

PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE ULCERE DA PRESSIONE

*Metodi di sorveglianza
e ipotesi di lavoro*

Documenti dell'Agenzia Regionale
di Sanità della Toscana

Indagini di
prevalenza
2005 e 2006

Uso appropriato
di medicazioni
e superfici
anti-decubito

Formazione

42

Dicembre
2008

Collana dei Documenti ARS
Direttore responsabile: Eva Buiatti
Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138
Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498 del
19/06/2006
ISSN stampa 1970-3244
ISSN on-line 1970-3252

Progetto Regionale
Prevenzione e trattamento
delle Ulcere da Pressione

*Metodi di sorveglianza
e ipotesi di lavoro*

Dicembre 2008

Autori

Questo documento è stato progettato e redatto dal Gruppo di Coordinamento Regionale del Progetto "Prevenzione e trattamento delle Ulcere da Pressione", istituito presso ARS Toscana:

Cinzia Brilli	UO Dermatologia Universitaria, AOU Pisana
Mariangela Castagnoli	Osservatorio Qualità, ARS Toscana
Cristina Fabbri	Osservatorio Lesioni Cutanee, AOU Careggi, Firenze
Francesca Falciani	Assistenza Infermieristica Aziendale, AUSL 10 Firenze
Laura Rasero	Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica, Università di Firenze
Stefania Rodella	Osservatorio Qualità, ARS Toscana
Monica Simonetti	Osservatorio Qualità, ARS Toscana

Hanno collaborato

Ricerche bibliografiche

Maria Rita Maffei	Centro di Documentazione, ARS Toscana
Silvia Fallani	Centro di Documentazione, ARS Toscana

Revisione editoriale del documento e pubblicazione sul sito web

Caterina Baldocchi	Osservatorio Qualità, ARS Toscana
--------------------	-----------------------------------

Coordinamento del Progetto

Stefania Rodella	Coordinatore Osservatorio Qualità, ARS Toscana
Laura Rasero	Prof. Ass. Scienze Infermieristiche, Università di Firenze

Copia di questo documento può essere richiesta a:

Caterina Baldocchi
Osservatorio Qualità, ARS Toscana
Viale Milton, 7
50129 Firenze
e-mail: caterina.baldocchi@arsanita.toscana.it

oppure può essere scaricata dal sito web: www.arsanita.toscana.it

seguendo il percorso:

Documentazione → Pubblicazioni ARS → Elenco delle Pubblicazioni → Documento n. 42

SINTESI

Le ulcere da pressione sono *'aree di danno localizzato a cute e tessuti sottostanti che insorgono a causa di pressione, stiramento, 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. Producono sofferenza fisica e psicologica nei pazienti, costi per i servizi sanitari in termini di giornate di degenza, consumo di farmaci, materassi anti-decubito, medicazioni. Si manifestano soprattutto in soggetti immobilizzati, con gravi malattie acute o croniche, debilitati.

Dal 2005 esiste in Toscana un progetto collaborativo coordinato dall'Agenzia 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 ed RSA), ha realizzato nel 2006 un'indagine regionale, con la partecipazione di oltre 800 infermieri, precedentemente formati, che 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 RSA pubbliche, per rilevare l'eventuale presenza, numero e gravità di UdP. La progettazione e realizzazione dell'indagine è stata 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 1 paziente su 10 (10,6%) presentava un'UdP 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 geriatrie e le terapie intensive, dove circa 1 paziente su 5 è affetto da una o più UdP. Attenzione però, non tutte le UdP sono uguali: quelle di I 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 UdP 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 UdP 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 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 mobilitazione frequente dei pazienti allettati o con scarsa mobilità, prescrivere materassi anti-decubito validi al momento giusto e per un periodo sufficiente; dall'altro l'adozione da parte delle Aziende sanitarie di un insieme di criteri e procedure appropriati per l'acquisizione e la prescrizione dei presidi anti-decubito 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 ha inteso 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; 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 raccomandazioni delle Linee Guida regionali. (*Sole 24 ore Sanità Toscana, Supplemento al n. 16, anno XI del 22-28 aprile 2008*)

Hanno partecipato al Gruppo Regionale del Progetto 'Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione'¹

Paolo Bacconi (<i>infermiere</i>)	Referente Clinico Specialistico - Dipartimento Infermieristico e Ostetrico Azienda USL 8
Angela Brandi (<i>infermiera</i>)	Infermiere Dirigente, Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi
Marco Calamandrei (<i>medico pediatra</i>)	Responsabile Rianimazione Pediatrica Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer
Giovanni Cantelli (<i>medico chirurgo</i>)	Dirigente medico di I livello - Chirurgia Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi
Silvia Cappelli (<i>terapista della riabilitazione</i>)	Unità Spinale Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi
Corrado Catalani (<i>medico</i>)	Responsabile UO Formazione Azienda USL 3
Matteo Cosci (<i>infermiere</i>)	Infermiere Pronto Soccorso, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi
Cristina Fabbri (<i>infermiera</i>)	Responsabile Osservatorio Lesioni Cutanee Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi
Francesca Falciani (<i>infermiera</i>)	Assistenza Infermieristica Aziendale Azienda USL 10
Ida Gallorini (<i>terapista della riabilitazione</i>)	Unità Spinale Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi
Leonetto Giglioli (<i>medico geriatra</i>)	Direttore SOD Agenzia Geriatrica e Riattivazione DAI Emergenza-Accettazione e Accoglienza Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi
Maria Luisa Masini (<i>dietista</i>)	Staff Unità Professionale Servizi Tecnico-Sanitari, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi
Marcello Pani (<i>farmacista</i>)	Farmacia Ospedaliera Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana
Roberto Polignano (<i>medico angiologo</i>)	Responsabile Ambulatorio Angiologico Ospedale IOT, Azienda USL 10
Silvia Prunecchi (<i>infermiera</i>)	Coordinatore Infermieristico Rianimazione Pediatrica, Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer
Laura Rasero (<i>infermiera, Coordinamento Gruppo</i>)	Professore Associato di Scienze Infermieristiche Generali e Pediatriche. Dipartimento di Sanità Pubblica, Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Firenze
Piergiorgio Rogasi (<i>medico infettivologo</i>)	Dirigente Medico SOD Malattie Infettive DAI Specialità Medico-Chirurgiche, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi
Marco Romanelli (<i>medico dermatologo</i>)	Ricercatore Clinica Dermatologica Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

Le indagini regionali di prevalenza 2005 e 2006 sono state possibili grazie al contributo di quasi 1.000 infermieri rilevatori provenienti da tutte le Aziende sanitarie della Toscana

¹ Istituito presso ARS il 2/12/2004, il GdL si è riunito periodicamente fino al 30/01/2007, conducendo attività di progettazione e organizzazione su tre fronti: indagini di prevalenza, formazione, utilizzo degli ausili anti-decubito.

Hanno partecipato all'indagine regionale di prevalenza 2006²

Per la formazione ai rilevatori (Linee Guida regionali 'Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione')

Maria Grazia Costa (Azienda USL 1)
Cristina Rondinelli (Azienda USL 2)
Deanna Mati (Azienda USL 3)
Alberto Chiodi (Azienda USL 5)
Gianni Romboli (Azienda USL 6)
Claudia Vanni (Azienda USL 7)
Paolo Bacconi (Azienda USL 8)
Roberto Martinelli, Edgardo Norgini (Azienda USL 9)
Francesca Falciani (Azienda USL 10)
Sergio Bruni (Azienda USL 11)
Maria Pina Bertuccelli (Azienda USL 12)
Cristina Fabbri, Barbara Guasti, Maurilio Rossi (Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi)
Cinzia Brilli (Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana)

Per il supporto alla rilevazione nelle Aziende (Infermieri referenti)

Area Vasta Nord Ovest

Azienda USL 1 Massa e Carrara

Luca Cimoli, Monica Buratti, Maria Grazia Carosi, Maria Grazia Costa, Alessandra Giannelli, Lucilla Tesconi

Azienda USL 2 Lucca

Stefania Bertozzi, Claudia Fanucchi, Rosalba Fontana, Ida Motroni, Luisa Natucci, Patrizia Panelli, Angela Pieroni, Cristina Rondinelli

Azienda USL 5 Pisa

Vania Bernardini, Graziella Calvaruso, Alfonso Chiarini, Chiara Chiarini, Alberto Chiodi, Sergio Giacomi, Vanna Guerrieri, Lucia Salutini

Azienda USL 6 Livorno

Sabrina Barsanti, Letizia Buccioni, Laila Cini, Paola Cintelli, Federica Cosimi, Antonella Del Monte, Raffaella Del Torto, Rosalba Dini, Manola Edigati, Karin Guerrieri, Arturo Mancasi, Paola Rafanelli, Giovanni Romboli, Sabrina Rossi, Laura Simoncini, Alessandro Teglia

Azienda USL 12 Viareggio

Joelle Ranieri, Maria Pina Bertuccelli

Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

Romano Panizzi

Area Vasta Centro

Azienda USL 3 Pistoia

Cristina Avere, Nadia Bertocchini, Francesca Greco, Donatella Simoncini, Manola Venturi

Azienda USL 4 Prato

Patrizia Cini, Valeria Perseo

Azienda USL 10 Firenze

Silvia Abbarchi, Anna Bianchi, Cinzia Carducci, Antonella Carpini, Luciana Del Guasta, Oretta Dindelli, M. Luisa Goli, Silvia Guidi, Laura Innocenti Malini, Stefania Lanzini, Antonella Marilli, Cristina Merli, Patrizia Mondini, Claudio Enrico Paoli, Rossella Rosseti, Claudio Savelli, Gianni Visi, Angela Volpi

Azienda USL 11 Empoli

Angela Arzilli, Sergio Bruni, Giorgia Busanna, Sabrina Casarosa, Anna Cecconi, Francesco Di Cosmo, Giuseppina Giglioli, Chiara Gini, Maria Rosi, Lucia Salvadori

Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze

Maurilio Rossi

Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer

Silvia Prunecchi

² I risultati dell'indagine 2005 sono stati presentati in un Convegno dedicato, e sono consultabili sul sito web di ARS alla pagina <http://www.mad.it/ars/html/articolo.asp?Articolo=174&Voce=7&ID=160>

Azienda USL 7 Siena

Gioietta Bagaggiolo, Stefano Benicchi, Lorella Brandini, Tiziana Fusi, Adriana Galli, Marco Gozzi, Antonella Lisi, Vincenzina Marconi, Manuela Mari, M. Grazia Menichetti, Marilena Pizzetti, Ornella Poeta, Sandra Rosini, Avio Rubegni, Edi Santinelli, Suor Fiorella Cusuman, Paola Trapè, Marina Trevisan, Claudia Vanni, Luisa Vezzani, Davide Vicarelli

Azienda USL 8 Arezzo

Anna Bastianoni, Paolo Bacconi, Anna Del Chiappa, Mauro Faralli, Piero Fusini, Laura Gambassi, Morena Marmorini, Cosimo Molinaro, Alberto Moretti, Mirella Rossi, Rodolfo Rossi, Leonardo Sassoli, Meri Schincaglia, Luciano Tozzi

Azienda USL 9 Grosseto

Anna Bertini, Barbara Buoni, Renzo Capaccioni, Rita Castellani, Franca Cecchi, Estefania Ciacci, Carla Ducci, Renato Guidoni, Roberto Martinelli, Erica Mazieri, Edgardo Norgini, Roberta Petri, Lia Sabatini, Stefania Vannucchi

Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

Luana Bugnoli, Cristina Fastelli

Hanno inoltre collaborato al Progetto Regionale 'Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione'

I Dirigenti dei Servizi Infermieristici³

Luisella Nelli (*Azienda USL 1*)
Chiara Pini (*Azienda USL 2*)
Rosaria Raffaelli (*Azienda USL 3*)
Linda Calcagnini (*Azienda USL 4*)
Bernadette Vargiu (*Azienda USL 5*)
Patrizia Bottegaro (*Azienda USL 6*)
Gioietta Bagaggiolo, Roberto Del Buono (*Azienda USL 7*)
Valerio Lupetti (*Azienda USL 8*)
Tania Barbi (*Azienda USL 9*)
Maria Grazia Monti (*Azienda USL 10*)
Simonetta Chiappi (*Azienda USL 11*)
Antonella Guerra (*Azienda USL 12*) *
Donella Fossati (*Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi Firenze*)
Flora Coscetti (*Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana*)
Carla Pieri (*Azienda Ospedaliera Universitaria Senese*)
Tina Perrone (*Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer*)

I Comitati Ospedale Senza Dolore (COSD) delle Aziende sanitarie

Alberto Rutili (*Azienda USL 1*)
Vincenzo Piacentino (*Azienda USL 2*)
Luca Lavacchi (*Azienda USL 3*)
Gioia Pastacaldi (*Azienda USL 4*)
Roberto Baldini (*Azienda USL 5*)
Alessandro Ciari (*Azienda USL 6*)
Angela Ciarrochi (*Azienda USL 7*)
Pier Domenico Maurizi (*Azienda USL 8*)
Marcello Cipriani (*Azienda USL 9*)
Andrea Veneziani (*Azienda USL 10*)
Lucilla Di Renzo (*Azienda USL 11*)
Franco Dolfi (*Azienda USL 12*)
Epifanio Busà (*Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi*)
Andrea Messeri, Simona Caprilli (*Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer*)
Adriana Paolicchi (*Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana*),
Amerigo Brogi (*Azienda Ospedaliera Universitaria Senese*).

³ La dott.ssa Antonella Guerra è attualmente in servizio presso la Fondazione G. Monasterio, Ospedale del Cuore, Massa.

Si ringraziano:

I Direttori Sanitari delle Aziende USL e Ospedaliero-Universitarie

Nicola Comodo, Professore Ordinario di Igiene; Direttore, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Firenze

Maria Parrilli, Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana

Sara Albolino, Tommaso Bellandi, Riccardo Tartaglia - Centro Gestione Rischio Clinico (GRC), Direzione generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, Regione Toscana

INDICE

Presentazione	11
Introduzione	12
Prevenzione e trattamento delle UdP: raccomandazioni dalla letteratura internazionale	14
Le Linee Guida della Regione Toscana	26
Il Progetto Regionale: obiettivi e azioni, indicatori, metodi di lavoro	27
Migliorare la sorveglianza	29
<i>Indicatori per la valutazione di adesione alle Linee Guida</i>	30
<i>Metodi di lavoro - Le indagini di prevalenza 2005 e 2006</i>	33
<i>Le indagini di prevalenza in Toscana, 2005 e 2006: risultati</i>	37
L'indagine pilota di prevalenza 2005	37
L'indagine regionale di prevalenza 2006	51
Migliorare l'utilizzo di Presidi anti-decubito e medicazioni	79
Migliorare l'adesione alle Linee Guida attraverso la formazione	105
Progetto 'Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione'	106
Bibliografia e sitografia essenziale	119
Allegati	111
1. Scheda lettura ottica Progetto Toscana - Indagine pilota	
2. Protocollo Indagine regionale	
3. Scheda lettura ottica Progetto Toscana - Indagine regionale	
4. Newsletter Osservatorio Qualità 2005-2007 con riferimenti alle Ulcere da Pressione	
5. Delibera di Giunta Regionale 'Buone Pratiche Ulcere da Pressione'	

Presentazione

Nell'ambito del Progetto Linee Guida della Regione Toscana, la DGR n. 799/2005 affidava all'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) la definizione di indicatori di processo e di esito per la valutazione di impatto di quattro LG prioritarie: "Diagnosi e cura dell'*ictus*", "Insufficienza cardiaca", "Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento", "Percorsi riabilitativi - Riabilitazione dopo frattura di femore".

Il progetto regionale *'Prevenzione e Trattamento delle Ulcere da Pressione'*, coordinato da ARS Toscana, Osservatorio Qualità, si è sviluppato, a partire dal 2005, sia per realizzare questo mandato, sia per rispondere agli obiettivi del *'Progetto Nursing'*, lanciato nel 2004 dalla stessa Agenzia nell'intento di promuovere azioni di miglioramento delle pratiche assistenziali infermieristiche. Questo documento riassume e raccoglie tutto il lavoro condotto fino ad oggi e propone alcune linee di sviluppo per il futuro.

Le UdP sono un importante problema di salute e un problema sociale di altrettanto rilievo: causano sofferenza ed emarginazione, sottraggono dignità, assorbono risorse sanitarie e sono in buona parte prevenibili con semplici gesti e interventi ad alta fattibilità.

Il Progetto avviato dall'Agenzia, con la collaborazione del Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica dell'Università di Firenze e con i successivi contributi del Consiglio Sanitario Regionale e del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Clinico, è riuscito in poco tempo a coinvolgere un imponente numero di infermieri, che hanno raccolto con impegno la proposta di lavoro e hanno consentito la realizzazione degli obiettivi scelti per la prima fase del percorso, creando le condizioni necessarie per andare oltre.

Ci auguriamo che sia davvero possibile mantenere questo livello di attenzione e questa disponibilità ad agire; confidiamo che le nostre proposte di miglioramento vengano raccolte non solo da una rete sempre più estesa di operatori, ma anche dal *management* delle Aziende e dal governo regionale, perché sia realmente possibile *'far cambiare le cose'*.

Il Gruppo di coordinamento ARS
Stefania Rodella, Laura Rasero, Mariangela Castagnoli
Cinzia Brilli, Cristina Fabbri, Francesca Falciani

Introduzione

Viene definita 'Ulcera da Pressione' (UdP) qualsiasi lesione causata da una prolungata pressione sui tessuti, che ne determina il danno. Una definizione più dettagliata la descrive come 'area di danno localizzato alla cute e ai tessuti sottostanti e causata da pressione, trazione, frizione o combinazione di queste forze. Le UdP insorgono generalmente sulle prominente ossee e vengono classificate in livelli di gravità corrispondenti all'entità del danno tissutale.

Sebbene le UdP siano prevenibili nella maggior parte dei casi, la dimensione del fenomeno nelle strutture sanitarie appare in aumento.

Per informazioni precise su prevalenza e incidenza di UdP, in Italia e in altri Paesi, si rimanda alla sezione 'Epidemiologia' delle Linee Guida (LG) della Regione Toscana. Negli Ospedali italiani sono stati riscontrati valori medi di prevalenza tra l'8% e il 13%, con valori più elevati in reparti di Rianimazione/Terapia Intensiva, Neurochirurgia e Geriatria. Studi europei e americani riportano valori paragonabili, ma oscillazioni piuttosto ampie, comprese tra l'8% e il 29%. L'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI) americano riporta per gli Stati Uniti tassi di incidenza variabili, secondo il *setting* assistenziale, tra 0,4% e 38% nelle strutture per acuti, tra 2% e 24% nelle residenze per anziani, tra 0% e 17% nei pazienti assistiti a domicilio. Il *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) riporta, negli Stati Uniti, una prevalenza intorno al 15% e un'incidenza intorno al 7% nelle strutture per acuti. Il rischio di UdP è sensibilmente aumentato in sottogruppi di pazienti particolari (tetraplegici, anziani allettati). Non va sottovalutato infine il problema delle UdP nei bambini, per i quali sono state riscontrate prevalenze fino al 4% e valori anche maggiori per bambini ricoverati nelle Terapie Intensive.

Le UdP sono causa di grandi sofferenze per i pazienti, ostacolando il recupero delle normali funzioni e abilità quotidiane, causando frequentemente dolore e infezioni anche gravi. Le UdP sono anche associate a un prolungamento della degenza ospedaliera e a un aumento della mortalità. Si stima che negli Stati Uniti quasi 60.000 pazienti ricoverati in Ospedale muoiano ogni anno per complicazioni causate dalla presenza di UdP. Il costo stimato del trattamento di una singola UdP di grado avanzato si aggira intorno ai 70.000 \$ e si calcola che il costo totale per trattamento di UdP negli Stati Uniti sia di circa 11 miliardi di \$ l'anno.

La conoscenza dei fattori di rischio, l'adozione di comportamenti appropriati e l'uso di presidi efficaci sono elementi determinanti nella prevenzione dell'insorgenza, nella prevenzione dell'aggravamento e nella cura delle lesioni. Un buon livello di conoscenze e capacità deve essere garantito innanzitutto dal personale sanitario ospedaliero (in particolare infermieri), ma deve estendersi anche alle diverse figure che possono avvicinarsi nell'assistenza dei pazienti a casa, in strutture residenziali o a domicilio, sia in modo formale (es. infermieri domiciliari, badanti) sia in modo informale (familiari).

Il *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) inglese ha affermato recentemente che le UdP di grado 1, in cui ancora non si è verificata la lesione cutanea, debbano essere considerate eventi avversi evitabili.

Il *Department of Health and Human Services* americano, nel documento *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*, propone la riduzione dell'incidenza di UdP quale obiettivo prioritario per tutte le strutture sanitarie.

La prevenzione delle UdP e la riduzione della loro incidenza in Ospedale è uno degli obiettivi della campagna americana *'5 million lives'*, lanciata dall'*IHI*, attraverso la messa in atto di poche azioni di provata efficacia, mirate da un lato alla valutazione del rischio all'ammissione in Ospedale e durante la degenza e dall'altro alla messa in atto di strategie preventive per tutti i pazienti a rischio.

Anche in Regione Toscana, attraverso la pubblicazione delle LG per le UdP nel 2005 e l'avvio della seconda fase del Progetto Linee Guida, dedicata alla sorveglianza (monitoraggio tramite indicatori) e all'implementazione (attraverso azioni di miglioramento nella pratica assistenziale quotidiana), è stato avviato un percorso di miglioramento della qualità dell'assistenza a questo importante problema di salute.

Prevenzione e trattamento delle Ulcere da Pressione: raccomandazioni dalla letteratura internazionale

Già a partire dagli anni '90 sono stati pubblicati autorevoli documenti di indirizzo e LG dedicati al problema della prevenzione e del trattamento delle UdP. Tra le pubblicazioni internazionali degli ultimi anni meritano una segnalazione:

1. Le LG del *Royal College of Nursing* (RCN):

- prodotte nel 2001, recepite e pubblicate dal NICE nel 2003, dedicate alla valutazione del rischio e alla prevenzione delle lesioni;
- pubblicate dal NICE nel 2003, dedicate all'uso dei Presidi Anti-Decubito (PAD) per la prevenzione;
- pubblicate dal NICE nel 2005, dedicate alla gestione delle UdP nell'assistenza primaria e secondaria.

2. Le raccomandazioni dell'*IHI* americano nell'ambito della campagna '5 million lives' lanciata nel 2006.

I documenti citati al punto 1 rappresentano nel loro insieme una 'trilogia' completa di raccomandazioni relative a tutti gli aspetti del problema, in ogni *setting* assistenziale. Il documento dell'*IHI* è una buona e sintetica guida pratica alla progettazione, attuazione e valutazione di interventi di miglioramento nella realtà di tutti i giorni e assume in pieno i principi e gli strumenti del *Quality Improvement*.

La valutazione del rischio e la prevenzione delle UdP - LG NICE 2003, RCN, 2001

Il documento del 2001 identifica 9 aree prioritarie di raccomandazioni, articolate su **3 livelli di prove di efficacia** (*Box 1*).

Box 1
I. Dato/affermazione confermati da molti studi di qualità accettabile
II. Dato/affermazione basati su un singolo studio di buona qualità o sui risultati non omogenei di molti studi di qualità accettabile
III. Dato/affermazione basati su limitate prove scientifiche di efficacia o in assenza di studi di buona qualità i cui risultati siano direttamente applicabili alla pratica. Questa categoria include il parere degli esperti

Nelle Tabelle 1 e 2 vengono rappresentate le raccomandazioni di livello I e II.

Tabella 1 - Raccomandazioni di Livello I (RCN, 2001 - NICE, 2003)

Oggetto	Raccomandazione
Strumenti per la valutazione del rischio (scale)	dovrebbero essere usati come supporto alla pratica e non dovrebbero sostituire il giudizio clinico; una valutazione globale dovrebbe includere il livello di rischio, lo stato generale di salute, lo stato di <i>comfort</i> percepito dal paziente
Presidio Anti-Decubito (PAD)	la scelta di assegnare un PAD dovrebbe far seguito a una valutazione globale del soggetto e non solo al calcolo di uno <i>score</i> ottenuto con l'applicazione di una scala di <i>risk assessment</i>
Soggetti a rischio	non dovrebbero essere posizionati su un materasso a schiuma standard
Sala operatoria	un presidio (materasso, traversa) anti-decubito dovrebbe essere usato in sala operatoria per i soggetti ad alto rischio sottoposti a intervento chirurgico

Tabella 2 - Raccomandazioni di Livello II (RCN, 2001 - NICE, 2003)

Oggetto	Raccomandazione
Probabilità che un soggetto sviluppi un'UdP	è influenzata da fattori di rischio intrinseci come: ridotta mobilità o completa immobilità, alterazioni della sensibilità, malattia acuta, livello di coscienza, età molto avanzata o primi mesi/anni di vita, malattie vascolari, gravi malattie croniche o stato terminale, precedente storia di danni da pressione, malnutrizione e/o disidratazione, umidità della pelle e da fattori estrinseci , quali: pressione, frizione, trazione, farmaci e medicazioni
Pazienti ad alto rischio	dovrebbero essere collocati su materassi a pressione alternata o su altri PAD ad alta tecnologia
Operatori sanitari	dovrebbero essere formati/addestrati all'applicazione di strumenti e metodi per la valutazione del rischio e per la prevenzione delle lesioni

Tutte le altre raccomandazioni riportate nel documento sono di **livello III** e includono altri aspetti:

- identificazione dei soggetti a rischio;
- uso delle scale per la valutazione del rischio;
- ispezione della cute;
- uso dei PAD;
- uso di presidi obsoleti che non possono più essere raccomandati (ad es. i guanti riempiti d'acqua);
- tecniche e pratiche del riposizionamento per il paziente allettato;
- tecniche e pratiche del posizionamento in sedia o poltrona;
- formazione degli operatori ed educazione dei pazienti e del personale di assistenza.

Le LG *NICE - RCN* definiscono **'essentials of care'**, cioè elementi essenziali dell'assistenza: stato nutrizionale, gestione dell'incontinenza, igiene della cute e della persona.

L'uso dei Presidi Anti-Decubito (PAD) per la prevenzione delle UdP nell'assistenza primaria e secondaria - Le LG *NICE - RCN*, 2003

Questo documento segue logicamente il precedente, pubblicato dal RCN nel 2001 e recepito dal NICE nel 2003, e tratta in dettaglio il problema dell'uso appropriato dei PAD (materassi, traverse, cuscini), con un'attenzione specifica alla prevenzione delle lesioni.

Le raccomandazioni vengono classificate secondo **4 livelli di 'prove di efficacia'** (Box 2).

Box 2	
I.	Prove di efficacia ricavate da metanalisi o da <i>trials</i> clinici randomizzati (RCT) o almeno da un RCT
II.	Prove di efficacia ricavate da almeno un <i>trial</i> controllato non randomizzato o almeno da un altro tipo di studio quasi-sperimentale
III.	Prove di efficacia ricavate da studi descrittivi non sperimentali come studi comparativi, studi di correlazione e studi caso-controllo
IV.	Formulazione/raccomandazione basata su opinioni o <i>report</i> di comitati di esperti o sull'esperienza clinica di professionisti/istituzioni autorevoli

In **Tabella 3**, qui di seguito, vengono rappresentate le raccomandazioni principali, con l'indicazione del *grading* relativo alle prove di efficacia.

Oggetto	Raccomandazione
Assegnazione di un PAD	la scelta di assegnare un PAD dovrebbe seguire ad una valutazione globale del soggetto e dei costi e non solo al calcolo di uno <i>score</i> ottenuto con l'applicazione di una scala di valutazione del rischio. Una valutazione globale dovrebbe includere il livello di rischio, l'ispezione della cute, lo stato generale di salute, lo stato di <i>comfort</i> percepito dal paziente, lo stile di vita e le abilità presenti, eventuali necessità di cure intensive (v. RCN, 2001 - NICE, 2003)
Tutti i soggetti 'vulnerabili' alle UdP	a ciascun soggetto dovrebbe essere assegnato, di minima, un presidio a schiuma con specifiche di qualità (grado I)
Pazienti a rischio elevato	Sebbene non esistano prove di una maggiore efficacia dei presidi ad alta tecnologia rispetto ai presidi a schiuma con specifiche di qualità, l'uso dei primi è raccomandato come strategia preventiva di prima scelta in pazienti ad alto rischio (grado I, IV)
Pazienti sottoposti a intervento chirurgico	a ciascun soggetto sottoposto a chirurgia e valutato come 'vulnerabile' alle UdP, dovrebbe essere assegnato, di minima, un presidio a schiuma con specifiche di qualità (grado I, IV)

Tutte le altre raccomandazioni sono di **livello III o IV**, a significare il livello ancora scarso di conoscenze scientifiche conclusive in questo campo. Le aree tematiche di riferimento sono:

- la superiorità dei presidi dinamici rispetto ai presidi statici con specifiche di qualità, pur in assenza di prove di efficacia conclusive. L'uso dei presidi dinamici può essere considerato:
 - a. come strategia di prima scelta in soggetti ad alto rischio
 - b. in soggetti con storia precedente di rischio o UdP, in cui i presidi dinamici si siano già dimostrati efficaci
 - c. quando un presidio statico abbia già fallito
- la necessità di una copertura di 24 ore nell'assegnazione di un PAD;
- la necessità di rivalutare con regolarità l'uso di Superfici Anti-Decubito (SAD) e la pratica del riposizionamento sulla base dell'ispezione della cute, dello stato di *comfort* del paziente, delle condizioni generali e delle abilità presenti;
- la gestione dei pazienti in posizione seduta; anche in presenza di appropriati PAD può essere indicato limitare il tempo passato in posizione seduta a intervalli non superiori alle 2 ore, fino a quando le condizioni di un paziente ad alto rischio non siano migliorate;
- la necessità di un approccio coordinato e di una strategia complessiva riguardante tutti gli aspetti pertinenti all'utilizzo dei PAD: acquisizione, assegnazione e gestione/manutenzione;
- la formazione degli operatori e l'educazione, sia verbale sia con materiale scritto, di pazienti e *caregiver*.

Il documento propone anche un utile schema per l'organizzazione di attività di *audit* presso le strutture/organizzazioni sanitarie che intendano promuovere attivamente l'implementazione delle LG. A causa dell'ampia variabilità dei costi e della scarsità di studi rigorosi, nessuna valutazione conclusiva di costi-efficacia viene ritenuta possibile.

La gestione delle UdP nell'assistenza primaria e secondaria - Le LG NICE, RCN, 2005

Questo documento completa i due precedenti, trattando in modo unitario il problema della gestione dei pazienti in cui una o più UdP siano già presenti, includendo nella trattazione anche le raccomandazioni relative all'uso dei presidi. Le raccomandazioni vengono classificate secondo **4 livelli di 'prove di efficacia'**, a cui si aggiunge un '*Good Practice Point*', adattati dallo schema in uso presso la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)* (Box 3).

Box 3

- A. Prove di efficacia ricavate direttamente da metanalisi, revisioni sistematiche, *trials* clinici randomizzati (RCT) di buona qualità
 - B. Prove di efficacia ricavate direttamente da revisioni sistematiche, studi caso-controllo o studi di coorte di buona qualità o estrapolate da metanalisi, RCT o revisioni sistematiche di buona qualità
 - C. Prove di efficacia ricavate direttamente da studi caso-controllo o studi di coorte ben condotti, con una probabilità bassa di distorsione, o estrapolate da revisioni sistematiche, studi caso-controllo o studi di coorte di buona qualità
 - D. Formulazione/raccomandazione basata sui risultati di studi non analitici (es. *case report* o *case-series*) o su prove di efficacia estrapolate da studi caso-controllo di coorte ben condotti o sul consenso degli esperti
- D_{GPP} (*Good Practice Point*). Indicazione di buona pratica basata sull'esperienza del Gruppo che ha redatto le LG

Nessuna delle raccomandazioni incluse nel documento raggiunge i livelli compresi tra A e C, ma tutte appartengono al Livello D o D_{GPP}.

In **Tabella 4**, qui di seguito, sono riportate le raccomandazioni di **livello D**.

Viene classificata di **livello D_{GPP}** una sola raccomandazione, che però assume valenza strategica:

- **tutte le UdP di grado 2 o superiore dovrebbero essere documentate come incidenti clinici.**

Oggetto	Raccomandazione
Grado dell'UdP	deve essere registrato usando il sistema di classificazione raccomandato dall'EPUAP
Pazienti con UdP	dovrebbero ricevere una valutazione iniziale e una regolare rivalutazione. Quando sia possibile identificare una causa dovrebbero essere prese misure specifiche per rimuoverla o ridurne l'impatto. La valutazione dell'ulcera dovrebbe includere: cause dell'ulcera, sede/localizzazione, dimensioni, stadio/grado, quantità e tipo di essudato, segni locali di infezione, dolore, aspetto della lesione, condizioni della cute circostante, presenza di fistola, odore, coinvolgimento di personale esperto in <i>wound care</i> . La valutazione potrebbe essere accompagnata da disegni o fotografie (ad esempio con l'uso di un regolo)
	dovrebbero avere accesso a una SAD con una copertura di 24 ore/24, qualunque sia il PAD scelto
Soggetti con lesioni di grado 1-2	a ciascun soggetto dovrebbe essere assegnato 'di minima' un presidio a schiuma con specifiche di qualità; tali soggetti inoltre dovrebbero essere controllati con una regolare osservazione delle modificazioni cutanee e dovrebbero essere trattati con un regime di riposizionamento, accuratamente documentato
Soggetti con lesioni di grado 3-4 o con evidente peggioramento o nei quali si sviluppino nuove lesioni	è indicato un presidio dinamico
PAD a pressione alternata	nei casi in cui siano indicati, la prima scelta dovrebbe cadere su una traversa (<i>overlay</i>), ad eccezione di casi con esigenze particolari (peso, requisiti di sicurezza ecc.)
Medicazioni moderne e avanzate	deve essere creato un ambiente ottimale per la guarigione della lesione, attraverso l'uso di medicazioni moderne e avanzate (es. idrocolloidi, idrogel, alginati, ecc.) anziché di medicazioni semplici e 'di base'

Anche il documento del 2005 propone uno schema per l'organizzazione di attività di *audit*. Inoltre contiene un'ampia trattazione delle conoscenze disponibili riguardanti i diversi tipi di medicazione e di trattamenti anche innovativi sul piano tecnologico.

Un capitolo dedicato alle **raccomandazioni per la ricerca** suggerisce che gli studi futuri debbano superare le innumerevoli carenze metodologiche degli studi pubblicati fino ad oggi e pone l'accento su alcuni problemi che meritano attenzione:

- ruolo dei diversi fattori di rischio nel ritardo di guarigione o nell'insorgenza di complicanze;
- metodi e strumenti che consentono una valutazione ottimale dell'ulcera;

- rapporto costi-efficacia per i diversi tipi di SAD;
- efficacia di diversi regimi di riposizionamento;
- uso di antibiotici e di supporto nutrizionale;
- efficacia dei trattamenti chirurgici.

Le raccomandazioni dell'IHI: la campagna '5 million lives'

La campagna americana "(Protecting) 5 million lives (from harm)" è stata lanciata in dicembre 2006 dall'IHI, facendo seguito alla precedente campagna '100.000 lives'. La nuova iniziativa allarga l'elenco delle aree di attenzione prioritarie per la progettazione e attuazione di interventi 'di sistema' in grado di produrre miglioramenti misurabili dell'assistenza e ridurre le morti prevenibili collegate all'utilizzo dei servizi sanitari. Le UdP sono state inserite in questo nuovo elenco.

L'obiettivo dichiarato della campagna è **'Prevenire l'insorgenza di UdP in Ospedale mediante l'applicazione di sei pratiche essenziali'**.

1. Valutare il rischio di UdP in tutti i pazienti all'ammissione (viene consigliata la scala di Braden)
2. Rivalutare giornalmente i pazienti a rischio
3. Ispezionare giornalmente la cute
4. Prestare attenzione all'umidità cutanea: mantenere il paziente asciutto e idratare la cute
5. Assicurare una nutrizione e un'idratazione ottimale
6. Minimizzare la pressione sulle aree a rischio, sia attraverso il riposizionamento, (ogni 2 ore) sia con l'utilizzo di PAD

Per ciascuno dei sei interventi proposti il documento di guida all'implementazione (*the 'How-to Guide' - Getting Started Kit*) prende in esame il razionale, cita una bibliografia essenziale e identifica un numero minimo di azioni in grado di contribuire alla realizzazione dei singoli obiettivi. Vengono inoltre proposte alcune **strategie per favorire l'implementazione locale**, in singole strutture o Ospedali, riportate in Tabella 5.

La documentazione dell'IHI è estremamente pratica e sintetica e si presta assai bene ad essere utilizzata quale strumento di lavoro solido e flessibile da parte di un'organizzazione che intenda avviare un proprio progetto di miglioramento per la riduzione dell'incidenza di UdP.

Tabella 5 - Strategie di implementazione secondo l'IHI (2006).

Strategie per favorire l'implementazione locale	
<ul style="list-style-type: none"> - Costituire un <i>team</i> multidisciplinare dedicato (infermieri, dietisti, formatori e, dove possibile, pazienti o familiari); - definire obiettivi specifici e misurabili (es. 'Ridurre del 50% l'incidenza di UdP insorte in Ospedale entro dicembre 2008'); - applicare un modello di 'Quality Improvement', come il <i>Plan-Do-Study-Act</i>, il Six-Sigma ecc.; - organizzare periodicamente riunioni operative di valutazione; - applicare indicatori di monitoraggio. 	
Indicatori consigliati	
Processo	<ul style="list-style-type: none"> - % pazienti che ricevono una valutazione del rischio per UdP all'ammissione; - % di pazienti a rischio che ricevono il set completo di interventi preventivi appropriati; - % di pazienti a rischio che vengono rivalutati quotidianamente.
Esito	<ul style="list-style-type: none"> - incidenza di UdP/100 ammissioni; - incidenza di UdP/1000 giorni/pazienti.

Monitoraggio di incidenza e prevalenza delle UdP - La dichiarazione dell'EPUAP (EPUAP statement), 2005

Riportiamo qui di seguito, in sintesi e con alcuni adattamenti, la traduzione⁴ dal testo inglese della raccomandazioni diffuse dell'European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) nel 2005.

Introduzione

La prevalenza e l'incidenza rappresentano misure di frequenza di malattia. Sebbene siano state entrambe utilizzate per identificare il numero di pazienti con UdP, esse forniscono differenti prospettive sull'entità del problema.

Prevalenza

Viene definita come una 'conta trasversale' delle persone con UdP presenti, in uno specifico momento o periodo temporale, nella popolazione in studio.

Prevalenza 'puntuale' (*point prevalence*)

N. di persone con UdP

x 100

N. di persone in una popolazione in un preciso momento temporale
(es. un giorno preciso del calendario)

⁴ Traduzione a cura di: Caterina Baldocchi, ARS Toscana, Osservatorio Qualità.

Prevalenza 'di periodo' (*period prevalence*)

$$\frac{\text{N. di persone con UdP}}{\text{N. di persone in una popolazione in un definito periodo temporale (es. un anno)}} \times 100$$

Incidenza

Viene definita come il numero di persone che sviluppano una nuova UdP in una sede di pressione precedentemente libera da lesioni, all'interno di un determinato periodo di tempo in una particolare popolazione.

Incidenza cumulativa (*cumulative incidence*)

$$\frac{\text{N. di persone che sviluppano una nuova UdP in una sede precedentemente libera da lesioni}}{\text{N. di persone (con o senza UdP) nella popolazione in studio all'inizio del periodo (es. un anno solare)}} \times 100$$

Tasso di incidenza (*incidence rate*)

$$\frac{\text{N. di persone che sviluppano una nuova UdP in una sede precedentemente libera da lesioni}}{\text{N. di persone-giorni liberi da lesioni nella popolazione e nel periodo in studio (es. un anno solare)}} \times 100$$

Caratteristiche di prevalenza e incidenza

Prima di decidere se misurare la prevalenza o l'incidenza delle UdP è necessario prendere in considerazione le diverse informazioni che ciascuna delle due misure può fornire.

La prevalenza misura il numero di pazienti con UdP ad un certo momento o in un certo periodo di tempo; quindi fornisce a un'istituzione una visione d'insieme sull'ampiezza del problema ad un tempo definito e può essere un ausilio nel pianificare le risorse necessarie in ambito sanitario. Ad esempio, durante un'indagine di prevalenza è possibile registrare quanti dispositivi od ausili (materassi) sono stati utilizzati in quello specifico momento. Considerato che un'indagine di prevalenza può raccogliere anche informazioni su aspetti di prevenzione e trattamento, tali indagini possono dunque consentire anche di giudicare la *compliance* degli operatori sanitari nei confronti dei protocolli di trattamento in un definito momento o periodo di tempo.

L'incidenza misura il numero di persone che sviluppano nuove UdP durante un certo periodo di tempo e quindi fornisce un'analisi sulla natura del gruppo di pazienti che sono a rischio per lo sviluppo di UdP. La rilevazione dell'incidenza può dunque consentire di interferire (e quindi di agire) con gli aspetti che riguardano l'efficacia delle misure di prevenzione e la *compliance* con i protocolli di prevenzione e trattamento e, soprattutto, di valutarne gli effetti.

L'interpretazione dei dati di prevalenza e incidenza può risultare complessa

Nell'interpretare i dati di prevalenza e incidenza è importante comprendere i fattori che possono influenzare la misura apparente della popolazione con UdP.

La prevalenza sarà influenzata dal numero delle persone con UdP presenti all'ammissione/presa in carico nel *setting* assistenziale indagato. Se questo numero è alto, la prevalenza può essere ugualmente alta. Ad esempio, se i pazienti con UdP vengono inviati ad un particolare Ospedale o ambulatorio per motivi di *expertise* dello stesso nel trattamento delle ulcere, questa pratica di ammissione influenzerà il dato di prevalenza. La prevalenza viene anche influenzata dalle modalità di dimissione. Ad esempio, un Ospedale che è in grado di dimettere rapidamente pazienti con UdP verso una casa di riposo, può avere una prevalenza più bassa di UdP rispetto ad un Ospedale che può dimettere i pazienti solo dopo che le ulcere sono guarite.

Se i protocolli di prevenzione e trattamento sono di bassa qualità o la *compliance* verso questi protocolli è bassa, allora è più probabile che entrambe, sia prevenzione sia trattamento delle UdP, siano di livello sub-ottimale. Questo può portare i pazienti a convivere con le loro UdP per periodi più lunghi di tempo. Questi pazienti verranno quindi identificati più frequentemente durante uno studio di prevalenza.

L'incidenza viene anch'essa influenzata dalle procedure di dimissione e il suo valore varierà in base alla Durata di Degenza (DD) di ogni singolo paziente all'interno dello struttura. Ad esempio, un Ospedale che dimette i pazienti in pochi giorni, prima che un'UdP abbia il tempo di svilupparsi, avrà più probabilmente un'incidenza minore rispetto ad un Ospedale che ricovera i pazienti per lunghi periodi di tempo. Viene generalmente accettato che le UdP possano presentarsi dopo 3-5 giorni dal primo insulto su cute e tessuti molli. In pazienti con una durata di ricovero di soli 3 giorni, il danno da pressione può essere già presente ma non visibile e quindi il paziente non verrà registrato nello studio e non influirà sulla misura di incidenza.

Come per la prevalenza, se il protocollo di prevenzione è di bassa qualità o la *compliance* degli operatori è scarsa, allora le misure di prevenzione non saranno ottimali e l'incidenza sarà maggiore. La stessa considerazione vale anche per i pazienti già portatori di ulcere e che sviluppano nuove lesioni durante il ricovero, contribuendo alla rilevazione dell'incidenza. Può anche accadere che un'UdP guarisca rapidamente per la competenza dello staff medico e infermieristico e che, successivamente, la lesione si ripresenti nella stessa sede, contribuendo così due volte alla rilevazione di incidenza. Questi aspetti illustrano la complessità nel determinare quali UdP e quali pazienti debbano essere inclusi in uno studio di incidenza.

Sia prevalenza che incidenza vengono influenzate dal *case-mix* della struttura di ricovero. Questo significa che, a parità di pratiche di prevenzione, il centro con pazienti più gravi e a maggior rischio, potrà presentare un'incidenza maggiore di lesioni.

Aspetti pratici relativi alla raccolta dei dati di prevalenza e incidenza

La valutazione del tasso di incidenza richiede un disegno longitudinale: studi come questo sono molto più impegnativi e più costosi rispetto agli studi di prevalenza. La frequenza di osservazione del paziente, volta a registrare la comparsa di nuove UdP, può dipendere dalla tipologia del luogo di assistenza, ma nelle strutture per acuti dovrebbe essere rispettata l'osservazione giornaliera. Naturalmente l'accuratezza dei dati ottenuti deve essere attentamente valutata, sia che si parli di incidenza sia di prevalenza.

Nonostante siano stati eseguiti in passato, in diversi Paesi, molti studi di incidenza e soprattutto di prevalenza, non è stato condotto un confronto serio tra questi dati; inoltre sono stati utilizzati

differenti sistemi di classificazione delle UdP e i gruppi di pazienti sono risultati spesso non paragonabili tra loro, oppure i campioni in studio erano troppo piccoli e differenti le fonti di dati.

L'utilizzo di dati di prevalenza o di incidenza come strumento di misurazione della presenza di UdP dovrebbe essere fatto secondo una dettagliata considerazione del valore e delle limitazioni di entrambe le misure. L'EPUAP considera lo studio di incidenza come l'approccio più appropriato, se l'obiettivo è quello di influire sui protocolli e sulla pratica clinica. Se invece l'obiettivo è quello di misurare l'entità corrente del problema e le caratteristiche di una popolazione affetta da UdP, a scopo di programmazione sanitaria, allora lo studio di prevalenza può essere sufficiente e indicato.

Raccomandazioni pratiche per misurare incidenza e prevalenza delle UdP

Definizioni

- Si raccomanda di utilizzare la classificazione EPUAP per valutare e definire la severità delle UdP
- Il grado I dovrebbe essere un segnale di allerta, ma non dovrebbe essere incluso nel calcolo della prevalenza o dell'incidenza
- I talloni neri/blu devono essere classificati come ulcere di grado IV
- È necessario monitorare prevalenza e incidenza di UdP di grado II-IV

Preparazione dello studio

Perché misurare

- Tutti gli ambienti di cura dovrebbero rilevare la propria prevalenza e/o incidenza almeno 4 volte l'anno
- I dati di incidenza devono essere raccolti solamente quando:
 - l'informazione è richiesta per risolvere un problema (prevalenza troppo alta se comparata con dati preesistenti o con altri ambienti di cura);
 - per valutare l'efficacia delle misure di prevenzione;
 - per valutare l'impatto degli strumenti di valutazione del rischio.

Per quanto tempo

La raccolta dei dati di incidenza dovrebbe essere limitata nel tempo: un periodo di 4 settimane è appropriato. Una raccolta dati di incidenza più prolungata può non essere vantaggiosa per una probabile progressiva riduzione della qualità dei dati.

Con quale frequenza

Se si considera un reparto per acuti, una regola generale può essere questa: minore è la frequenza con cui i pazienti vengono osservati e meno attendibili diventano i dati di incidenza raccolti.

Si raccomanda che l'osservazione per la rilevazione di nuove lesioni venga registrata almeno giornalmente nei reparti per acuti e anche più frequentemente nelle terapie intensive. Nei reparti per non acuti l'incidenza può essere registrata ogni volta che il soggetto viene visitato da un sanitario; inoltre ogni familiare/badante dovrebbe essere in grado, con specifica formazione, di segnalare al personale sanitario ogni eventuale alterazione della cute nelle sedi a maggior rischio.

Criteri di inclusione ed esclusione

È necessario definire bene la popolazione da sorvegliare prima di iniziare a raccogliere i dati. Tutti i pazienti all'interno di una popolazione da sorvegliare dovrebbero essere inclusi durante il monitoraggio di incidenza o prevalenza. I pazienti che presentano una lesione già preesistente devono essere inclusi nella raccolta dati, tuttavia solamente quelli che sviluppano un'UdP in una sede inizialmente libera da lesioni verranno conteggiati nello studio di incidenza.

I criteri di esclusione devono comunque essere ridotti al minimo poiché l'abilità di generare commenti generali dai dati raccolti si riduce se vengono utilizzati campioni troppo selezionati.

Approvazione etica

Una formale approvazione da parte di un Comitato Etico non sembra necessaria quando vengano raccolti dati di prevalenza oppure quando dati di incidenza vengano raccolti per comprendere meglio i motivi di un alto tasso di prevalenza. L'approvazione formale potrà essere necessaria⁵ quando l'incidenza venga utilizzata per valutare l'efficacia degli interventi.

Schede raccolta dati

Le schede devono includere i criteri di valutazione del rischio e/o delle caratteristiche delle UdP, così come i dati ottenuti per migliorare la standardizzazione dei tassi di incidenza o di prevalenza - ad esempio: età, rischio, incontinenza.

La rilevazione di interventi e pratiche di prevenzione è ugualmente appropriata, e può essere opportuna la loro identificazione secondo raggruppamenti omogenei. In generale, maggiore è il numero delle variabili da registrare, maggiore sarà il costo (finanziario e di tempo) del monitoraggio dell'incidenza e minore sarà l'attendibilità dei dati.

Nelle indagini di incidenza alcuni dati verranno raccolti solo una volta, ad es.: età e sesso. Altri dati verranno raccolti giornalmente, ad es. sviluppo di UdP. Altri elementi verranno raccolti periodicamente, ad es. quando cambiano le condizioni: rischio, incontinenza.

Informazioni quali: struttura di ammissione e di dimissione, sede anatomica delle lesioni ed eventi significativi quali "il paziente è stato operato oppure ha subito esami radiologici" dovrebbero anche essere inclusi.

Formazione

Prima di avviare l'indagine è necessario istruire lo staff allo scopo di:

- garantire una corretta classificazione delle UdP: è necessario che i valutatori siano in grado di distinguere le UdP da altre tipologie di lesioni, come ad esempio i danni da incontinenza, per prevenire classificazioni errate; la concordanza tra rilevatori dovrebbe essere controllata e documentata;
- garantire una corretta compilazione delle schede raccolta dati.

Raccolta dati e validità della rilevazione

Ispezionare le sedi di pressione in ogni singolo paziente. L'utilizzo del personale medico e infermieristico in servizio presso la struttura non è necessariamente una scelta corretta per

⁵ Secondo la normativa dei diversi Paesi (ndr).

garantire l'attendibilità dei dati, poiché gli operatori sanitari non sempre sono a conoscenza del problema.

Utilizzare un dispositivo trasparente per facilitare l'identificazione del grado I (eritema che non scompare alla pressione). Negli studi di prevalenza si raccomanda che la valutazione della cute sia condotta da due osservatori che lavorano indipendentemente; idealmente uno dei due osservatori non dovrebbe fare parte del personale dell'Unità Operativa (UO) dove si trova il paziente.

Anche negli studi di incidenza si raccomanda che due osservatori indipendenti tra loro valutino la cute di ogni paziente, ma questo metodo è poco pratico. L'attendibilità dei dati potrebbe essere quantificata attraverso visite non annunciate da parte di una terza persona (infermiere specializzato) con gli infermieri del reparto, consapevoli che almeno una visita di questo tipo verrà svolta nell'arco delle quattro settimane di raccolta dati.

Nel caso vengano rilevate informazioni relative all'utilizzo di pratiche efficaci di prevenzione è importante segnalare quale dispositivo o quale SAD vengono utilizzati al letto del paziente.

Gestione e analisi dei dati

La gestione e l'analisi dei dati dovrebbe essere decisa prima di avviare la rilevazione. Può essere utile pianificare uno studio ridotto (studio pilota, studio di fattibilità) per testare e processare i dati prima del vero e proprio studio di incidenza che verrà eseguito nella struttura sanitaria.

Costi

Il costo di uno studio di incidenza può diventare molto alto in rapporto al numero delle variabili rilevate. L'incidenza deve essere misurata solamente quando è necessario, altrimenti un'indagine di prevalenza può essere sufficiente.

Consapevolezza

Dopo che lo staff sanitario è stato informato circa l'imminente effettuazione di uno studio di incidenza, può manifestarsi un effetto psicologico, di cui è possibile tenere conto attraverso una comparazione tra l'incidenza di varie UUOO e con dati eventualmente rilevati in precedenza. Questi dati sono molto interessanti per molte istituzioni e operatori sanitari, tuttavia senza una corretta standardizzazione il lavoro perde significato; del resto, anche in presenza di una standardizzazione, la successiva interpretazione può essere complessa.

Verifica di qualità

Attualmente non esistono strumenti condivisi. È stato suggerito che EPUAP conduca uno studio pilota di incidenza sulle UdP per stabilire dei criteri di base applicabili in diversi contesti.

Trasmissione dei dati di prevalenza e incidenza

La popolazione studiata dovrebbe essere descritta in dettaglio in ogni *report* pubblicato; questo facilita la comparazione con altri dati in letteratura. Tra i parametri che devono essere descritti è utile segnalare: età, sesso, rischio di sviluppare UdP, mobilità, attività, sede di ricovero (reparto per acuti-non acuti, aree specifiche come le terapie intensive).

I dati di prevalenza e incidenza delle UdP devono essere calcolati sui pazienti: i soggetti che presentano più di una lesione dovranno essere conteggiati una sola volta.

I dati devono essere segnalati secondo due modalità differenti: la prima includendo tutte le lesioni, la seconda escludendo le ulcere di grado I e segnalando solamente le UdP di grado II-IV.

Una comparazione dei risultati (sia di incidenza che di prevalenza) tra i differenti reparti o all'interno di un singolo reparto devono essere eseguite con cautela. In ogni comparazione è necessario tenere in considerazione le caratteristiche dei pazienti e il *case-mix*.

Le Linee Guida della Regione Toscana

Le LG regionali "Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento" sono state pubblicate nell'ottobre 2005, nell'ambito del processo 'Linee Guida' promosso dalla Regione Toscana e coordinato dal Consiglio Sanitario Regionale (CSR).

La stesura delle LG è stata curata da un gruppo multidisciplinare, con la collaborazione di AISLeC (Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee), AIUC (Associazione Italiana Ulcere Cutanee), EPUAP (*European Pressure Ulcer Advisory Panel*). Il documento è articolato in due parti principali, rispettivamente 'prevenzione' e 'trattamento'; contiene inoltre un glossario e una sezione 'Appendici' che include numerosi strumenti pratici di lavoro e consultazione.

Il documento è tuttora accessibile e può essere scaricato dal sito web del Servizio sanitario della Toscana, sezione dedicata al CSR <http://www.salute.toscana.it/sst/IDT/ulcere.shtml>.

Le LG sono state inserite nel Piano Nazionale Linee Guida (PNLG, ora SNLG - Sistema Nazionale Linee Guida) e sono consultabili al sito web www.snlg.it.

Una guida all'identificazione e applicazione di indicatori per la valutazione di adesione alle LG è stata successivamente diffusa in Toscana attraverso il documento ARS n. 33, "Indicatori per la valutazione di adesione alle linee guida", anch'esso consultabile su web all'indirizzo www.mad.it/ars/imgarticoli/UDP.pdf. nonché sul sito dell'SNLG.

"Con il processo 'Linee guida', la Regione Toscana non ha voluto soltanto rispondere alle esigenze di appropriatezza delle decisioni cliniche bensì accompagnare i professionisti nel loro autonomo percorso di responsabilizzazione sul miglioramento continuo della qualità dei servizi e sulla salvaguardia di elevati standard di assistenza" (*dalla presentazione dell'Assessore Enrico Rossi alle LG "Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento"*).

Il Progetto Regionale ‘Prevenzione e Trattamento delle UdP’: obiettivi e azioni, indicatori, metodi di lavoro

Obiettivi e azioni

L'intero Progetto si propone di contribuire all'implementazione delle LG regionali sulle UdP con il supporto di una rete collaborativa di operatori sanitari, soprattutto infermieri. Gli **obiettivi generali** della prima fase del progetto (2005-2006) sono stati così definiti:

1. identificare e coinvolgere un numero consistente di infermieri per la costruzione di una rete collaborativa regionale in grado di sviluppare un processo di implementazione graduale e sostenibile nel tempo
2. Definire e promuovere l'applicazione di un *set* minimo di indicatori per la valutazione di implementazione delle LG stesse e rilevazione di dati *baseline* (al momento T₀, prima dell'avvio di interventi correttivi)
3. Identificare problemi prioritari ai quali indirizzare azioni di miglioramento

Le **azioni** realizzate nel corso del **2005** sono indicate in *Box 4* mentre quelle condotte nel **2006** sono riportate in *Box 5*.

Infine, nel corso del **2007** e della prima metà del **2008** sono state realizzate ulteriori iniziative:

- a) è stato messo a punto un prototipo di **pacchetto formativo**, organizzato secondo la struttura delle LG del CSR, pensato per una formazione di base a tutti gli infermieri e orientato all'adozione di comportamenti corretti per la valutazione del rischio, per la prevenzione e per il trattamento delle lesioni di grado 1 e 2 (secondo Braden); un livello avanzato, indirizzato a infermieri dedicati e professionisti specializzati, orientato al corretto trattamento medico e chirurgico delle lesioni di grado 3 e 4 e delle complicanze, verrà realizzato in futuro;
- b) è stato avviato, in collaborazione con la Direzione Generale Diritto alla Salute - Area Integrazione socio-sanitaria e non autosufficienza - e con il Centro Regionale Gestione Rischio Clinico, un Progetto dedicato alle **RSA pubbliche e private**, allo scopo di raccogliere dati e progettare interventi di miglioramento 'integrati', non solo per quanto riguarda le UdP, ma anche le cadute e il dolore;
- c) è stato identificato un gruppo di infermieri con esperienza nel trattamento di **ulcere cutanee** associate a patologie di diversa natura (diabete, malattie oncologiche, malattie ortopediche, malattie reumatiche).

I primi tre anni del Progetto sono stati quindi dedicati alla costruzione di un insieme di condizioni necessarie per poter applicare pienamente il contenuto delle LG: oggi queste condizioni esistono. Si tratta quindi di passare ad una fase successiva, impegnando tutte le risorse mobilizzate e **orientando tutti gli sforzi verso cambiamenti reali, documentati e sostenibili:**

- ridurre l'incidenza delle lesioni
- trattare le lesioni con medicazioni e ausili appropriati e avanzati
- assicurare ai pazienti a rischio e a quelli già portatori di UdP, la continuità della Presa In Carico (PIC) lungo tutto il loro percorso di cura, in Ospedale e sul territorio.

Un'UdP può comparire in poche ore, ma una volta insorta rappresenta un problema di enorme rilevanza e spesso di impossibile risoluzione. Il cambiamento è possibile identificando obiettivi precisi e mettendo in atto interventi semplici ed efficaci; ma il successo può essere ottenuto solo se tutto il sistema, professionisti e *management*, 'accoglie' il problema e accetta di muoversi contemporaneamente nella stessa direzione.

Progetto UdP regione Toscana - Azioni 2005

Box 4

- è stato costituito un gruppo di coordinamento presso ARS, con funzioni di supporto scientifico e organizzativo
- è stato costituito un gruppo di lavoro (GdL) regionale, a partire dal GdL che aveva elaborato le LG del Consiglio Sanitario Regionale (CSR), con l'integrazione di ulteriori figure professionali (tra cui: farmacista, medico e infermiere pediatra, infettivologo)
- è stato inviato un questionario ai Servizi Infermieristici delle Aziende per la rilevazione di informazioni di base sullo stato attuale delle attività di controllo delle UdP
- sono state individuate 3 aree di progetto: a) sorveglianza (a partire da indagini di prevalenza); b) uso dei PAD e delle medicazioni avanzate; c) formazione
- maggio-giugno: è stata progettata e organizzata un'indagine pilota di prevalenza, che si è proposta soprattutto di verificare la fattibilità di un'indagine più ampia e di mettere a punto strumenti e metodi necessari per il mantenimento di un'attività di sorveglianza. La rilevazione dei dati si è svolta dal 27/06 al 1/07/2005
- l'indagine pilota ha coinvolto 16 centri (ospedalieri e territoriali) e 224 infermieri e ha indagato 2.966 pazienti. I risultati sono stati presentati in una giornata di studio organizzata da ARS il 17/11/2005

Progetto UdP regione Toscana - Azioni 2006

Box 5

- è stato costituito un gruppo di formatori, provenienti da diverse Aziende, con competenze o esperienza specifica in *wound care*, che hanno condotto la formazione per la rete di infermieri coinvolta nell'indagine di prevalenza regionale
- è stata progettata e realizzata l'indagine di prevalenza regionale, rivolta a circa 20.000 pazienti, con la partecipazione di 138 centri (ospedalieri e territoriali) e 825 infermieri; i risultati sono stati presentati in una giornata di studio organizzata da ARS l'11 dicembre 2006
- i risultati dell'indagine di prevalenza, specifici per Azienda o Ospedale, sono stati trasmessi alle Aziende che ne hanno fatto richiesta, a supporto di progetti locali di miglioramento
- è stato redatto un documento di sintesi utile come supporto alle procedure di acquisizione e assegnazione degli ausili anti-decubito (riportato in questo volume, pag. 79)

Migliorare la sorveglianza

Nelle prossime pagine viene presentato il risultato del lavoro condotto, nell'ambito del Progetto regionale, per la definizione di indicatori in grado di valutare l'adesione alle LG e per la rilevazione di dati di prevalenza, sia in Ospedale sia sul territorio

Indicatori per la valutazione di adesione alle Linee Guida

L'esame comparativo della letteratura internazionale, incluse diverse LG e documenti di indirizzo, ha consentito di evidenziare le aree critiche, e i conseguenti fattori di qualità del processo assistenziale, per la prevenzione e trattamento delle UdP, che rappresentano dunque ambiti di valutazione e possibile miglioramento (Box 6).

Ulcere da Pressione: ambiti di valutazione e miglioramento

Box 6

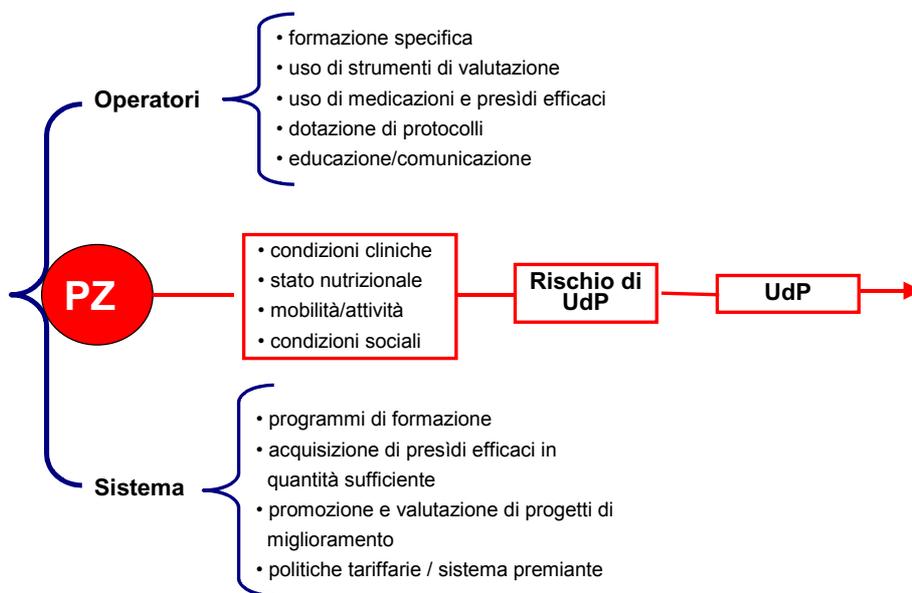
1. Identificazione dei soggetti a rischio
2. Uso di scale di valutazione del rischio
3. Frequenza e completezza di Ispezione della cute
4. Frequenza del riposizionamento del paziente
5. Identificazione e *grading* delle lesioni
6. Uso appropriato di PAD (materassi, cuscini, traverse)
7. Uso appropriato delle medicazioni
8. Formazione degli operatori
9. Esistenza di procedure per l'acquisizione e assegnazione dei presidi

Un set di indicatori pertinente a tali criteri generali può essere articolato in tre classi logiche:

- **indicatori di sistema:** misurano il grado di adesione/adequamento delle organizzazioni alle condizioni essenziali o requisiti (strutturali, tecnologici, organizzativi) necessari a garantire un'assistenza di buona qualità. Sono di pertinenza prevalentemente di Direzioni aziendali (e rispettive articolazioni: uffici formazione, uffici qualità, sistemi informativi ecc.) e di UO. Sono rilevabili mediante indagini dirette (questionari) presso le Aziende o UO o mediante visite *on site* (es. visite di accreditamento);
- **indicatori di processo:** misurano l'effettiva applicazione delle raccomandazioni nel processo assistenziale e nelle pratiche professionali. Sono di pertinenza prevalentemente di operatori di diverse professionalità, sia in ambito ospedaliero sia territoriale. Sono rilevabili in alcuni casi da flussi informativi, per lo più da consultazione di documentazioni sanitarie, da indagini *ad hoc* che utilizzino schede specifiche e standardizzate. Un'altra possibile fonte di rilevazione è rappresentata da indagini *ad hoc* su opinioni ed esperienze dei pazienti;
- **indicatori di esito:** misurano l'eventuale impatto finale dell'applicazione delle LG su morbilità, mortalità, disabilità, soddisfazione di pazienti e famiglie, qualità della vita, livello di informazione ed educazione di cittadini, pazienti e famiglie. Riguardano esclusivamente i pazienti e le loro famiglie, i soggetti a rischio e le comunità nel loro insieme. Sono misure di più complessa interpretazione e il loro utilizzo presuppone la messa in atto di procedure di aggiustamento del rischio. Possono essere rilevati da flussi informativi correnti, in alcuni casi da consultazione di documentazioni sanitarie o da indagini *ad hoc* presso le organizzazioni sanitarie o presso le famiglie. Le misure di disabilità e autonomia, qualità della vita, soddisfazione, grado di informazione e di educazione sono di acquisizione più complessa rispetto alle misure di morbilità e mortalità, poiché non sono coperte da flussi informativi standardizzati e disponibili di *routine* e presuppongono in alcuni casi (es. le misure di disabilità) l'utilizzo nella pratica di strumenti di valutazione (scale) ancora poco diffusi e disomogenei.

La definizione di un *set* di indicatori essenziali può anche avvalersi di un modello concettuale che identifica i gruppi di soggetti coinvolti nella rilevazione di dati (operatori, *management*, paziente) e, nel caso di operatori e sistema, identifica anche gli ambiti di responsabilità (**Figura 1**).

Figura 1 - Modello concettuale per la valutazione della qualità dell'assistenza nella prevenzione e trattamento delle UdP (fonte: Osservatorio Qualità, ARS Toscana).



Nelle tabelle 6, 7 e 8 vengono riportati i principali indicatori applicabili per la valutazione di impatto delle LG per le UdP, secondo la classificazione e il modello concettuale proposti.

Tabella 6 - Indicatori di Sistema (destinatari: *management* delle Aziende sanitarie)

Indicatore/requisito ⁶	Razionale
<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenza di operatori o strutture/funzioni dedicate alla prevenzione e controllo delle UdP - N./% di Ospedali/Aziende in cui esistono operatori o strutture/funzioni dedicate a prevenzione e controllo delle UdP 	<p>Valuta l'impegno delle organizzazioni e l'esistenza di condizioni strutturali necessarie ad assicurare risorse sufficienti ed efficaci per la prevenzione nei soggetti a rischio e per il trattamento nei soggetti affetti da UdP</p>
<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> - N./% di posti letto attrezzabili con dispositivi per la prevenzione e il trattamento delle UdP 	<p>Valuta l'impegno delle organizzazioni e l'esistenza di condizioni strutturali e organizzative sufficienti ad assicurare tecnologie efficaci per la prevenzione nei soggetti a rischio e per il trattamento nei soggetti affetti da UdP</p>
<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenza di procedure esplicite e documentate per la fornitura di presidi per la prevenzione e il trattamento delle UdP - N./% di Ospedali in cui è documentata una procedura per la fornitura di presidi appropriati nella prevenzione e trattamento delle UdP 	

⁶ Alcune raccomandazioni derivate dalle LG sono riconoscibili come requisiti organizzativi sia a livello aziendale che di UO.

Tabella 6 (segue) - Indicatori di Sistema (destinatari: *management* delle Aziende sanitarie).

Indicatore/requisito ⁷	Razionale
<p>4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esistenza di Progetti di formazione indirizzati agli operatori sanitari (medici e infermieri) per la prevenzione e il controllo delle UdP⁸ - N./% di operatori (tra quelli eligibili → definire) formati alla prevenzione e trattamento di UdP negli ultimi 3 anni * 	<p>Valuta l'impegno delle organizzazioni e l'esistenza di condizioni valide a garantire la competenza tecnico-professionale di un sufficiente numero di operatori per la prevenzione e il controllo delle UdP</p>
<p>5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esistenza di un sistema di monitoraggio della dimensione del fenomeno e dei costi (anche mediante progetti di MQ) - N./% di Aziende che possiedono un sistema di monitoraggio della dimensione del fenomeno e dei costi, anche attraverso partecipazione a progetti nazionali o regionali 	<p>Valuta l'impegno delle organizzazioni e l'esistenza di condizioni necessarie a garantire un'appropriata sorveglianza della dimensione del fenomeno e la valutazione di efficacia di interventi di miglioramento</p>

Tabella 7 - Indicatori di Processo (destinatari: *staff* professionali di Ospedali e reparti).

Indicatore	Razionale
<p>6</p> <p>% di documentazioni cliniche (in reparti a rischio) che includono la valutazione per UdP con scala di Braden</p>	<p>Valutare l'utilizzo di strumenti di risk assessment appropriati, standardizzati e condivisi dalla comunità scientifica</p>
<p>7</p> <p>% di pazienti a rischio a cui è stato assegnato un PAD raccomandato dalle LG</p>	<p>Valutare l'utilizzo, nella popolazione a rischio, di PAD di provata efficacia o per i quali LG di buona qualità documentano un elevato grado di consenso professionale</p>
<p>8</p> <p>% di pazienti a rischio per i quali è documentato in cartella il riposizionamento</p>	<p>Valutare l'utilizzo di pratiche di provata efficacia o per le quali LG di buona qualità documentano un elevato grado di consenso professionale nella prevenzione delle UdP</p>
<p>9</p> <p>% di pazienti a rischio o portatori di UdP (o loro <i>caregiver</i>) che hanno ricevuto materiale informativo o educativo di supporto alla gestione quotidiana del problema</p>	<p>Valutare la diffusione di interventi informativi o educativi per i pazienti e le famiglie</p>
<p>10</p> <p>% di pazienti (in reparti ospedalieri a rischio) valutati per rischio e/o presenza di UdP entro 6 h dall'ingresso.</p>	<p>Valutare la tempestività delle azioni di <i>risk assessment</i> (importante perché un'UdP può comparire in poche ore e un'ulcera di grado >1 può essere considerata un evento avverso)</p>

⁷ Alcune raccomandazioni derivate dalle LG sono riconoscibili come requisiti organizzativi sia a livello aziendale che di UO.

⁸ Definire criteri di buona qualità degli interventi formativi sulle UdP.

Tabella 8 - Indicatori di esito.

Indicatore	Razionale	Destinatari
11 Prevalenza di UdP, diversi gradi	Valutare la dimensione del fenomeno : in generale, in diverse aree assistenziali e situazioni organizzative	Pazienti ⁹
12 Incidenza di UdP, diversi gradi	Valutare il rischio di insorgenza di UdP : in generale, in diverse aree assistenziali, in diversi gruppi e tipologie di pazienti	
13 % di pazienti o <i>caregiver</i> con sufficiente grado di informazione per l'autogestione quotidiana del problema (prevenzione e trattamento)	Valutare l' efficacia di interventi informativi o educativi specifici rivolti ai pazienti e alle famiglie	Pazienti e familiari o <i>caregiver</i>

Metodi di lavoro - Le indagini di prevalenza 2005 e 2006

Lo studio pilota del 2005 è stato realizzato con l'obiettivo di esplorare, in un campione del sistema sanitario regionale, la fattibilità di un'indagine estesa all'intera Regione; lo studio ha anche consentito di avviare la costruzione della rete collaborativa di infermieri. Nel 2006 è stata portata a termine l'indagine regionale.

Entrambe le indagini sono state progettate e realizzate con metodi analoghi, pur se su scala diversa, e si sono avvalse del supporto scientifico e organizzativo del gruppo di Coordinamento ARS e del Gruppo di lavoro regionale già costituito.

Prima di tutto sono stati identificati e reclutati i Centri: Ospedali, RSA pubbliche, Distretti di riferimento per l'assistenza a domicilio. Successivamente gli infermieri sono stati coinvolti in un processo a cascata, attraverso la messa in moto di azioni collegate e successive:

- **formazione**, affidata a infermieri con formazione e competenza specifica in *wound care*, che hanno organizzato gli incontri formativi indirizzati agli infermieri rilevatori;
- **coordinamento**, con la collaborazione degli infermieri 'referenti', ciascuno dei quali si è assunto la responsabilità di coordinare una rete 'locale' di infermieri rilevatori, facilitando l'organizzazione della formazione e presidiando successivamente la rilevazione dati;
- **rilevazione**, con l'intervento diretto degli infermieri rilevatori precedentemente formati.

La raccolta dati è stata effettuata dagli infermieri rilevatori, in tutti i centri partecipanti, in un giorno preciso per Ospedali ed RSA e nel corso della stessa settimana per l'assistenza domiciliare. La rilevazione al letto del paziente è stata effettuata utilizzando una scheda standardizzata basata sulla scala di Braden e, dove possibile e/o necessario, consultando la cartella medica e infermieristica. L'intera attività di rilevazione si è svolta, nei singoli reparti, con il supporto dei caposala/coordinatori infermieristici e degli *staff* infermieristici locali.

⁹ Questi indicatori sono influenzati dalle condizioni cliniche complessive dei pazienti; è utile procedere a stratificazione o aggiustamento per gravità clinica.

L'input e l'analisi dei dati sono stati condotti in modo centralizzato presso l'ARS Toscana, con il supporto dal Gruppo di Coordinamento. I risultati delle indagini sono stati infine oggetto di *feedback* ai centri partecipanti, tramite le Direzioni Sanitarie e Infermieristiche.

Le caratteristiche principali delle due indagini sono riportate in **Tabella 9**.

Tabella 9 - Caratteristiche principali delle indagini di prevalenza 2005 e 2006 a confronto

Caratteristiche dello studio	Studio pilota 2005	Studio regionale 2006
Centri partecipanti	Totale 16	Totale 137
- <i>AOU</i>	2	4
- <i>Ospedali generali</i>	4	40
- <i>RSA pubbliche</i>	4	56
- <i>Distretti per assistenza a domicilio</i>	6	37
Infermieri referenti o coordinatori	20	150
Infermieri rilevatori	200	675
Pazienti indagati	2.966	18.674

Studio pilota - 2005

Il reclutamento dei Centri è avvenuto sulla base dei seguenti **criteri di inclusione** (anche tenendo conto dei risultati dell'indagine preliminare condotta tramite questionario inviato ai servizi infermieristici):

- in generale: limitata (o di breve durata) precedente esperienza di attività coordinate nel settore della prevenzione e controllo dell'UdP;
- per gli Ospedali: inclusione di un'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) e di un Ospedale pediatrico
- per ciascuna Area Vasta (AV): inclusione di due Ospedali generali e del Distretto territoriale di riferimento;
- per le RSA: una struttura pubblica per ciascuna AUSL inclusa nel campione.

In definitiva, in ciascuna delle 3 AAVV, sono stati identificati centri in cui le attività di monitoraggio e di prevenzione/controllo delle UdP non fossero ancora consolidate; inoltre, per ciascuna area geografica identificata, sono state incluse nel campione, per quanto possibile, tutte le tipologie di strutture: Ospedale, territorio, RSA.

Per gli Ospedali sono stati esclusi dalla rilevazione gli ambulatori ospedalieri e alcuni reparti medici e chirurgici che assistono normalmente tipologie di pazienti con rischio bassissimo o nullo di UdP (Tabella 10). Per il territorio sono stati esclusi tutti gli ambulatori di Distretto.

Tabella 10 - Reparti medici e chirurgici esclusi dalla rilevazione nello studio pilota

Reparti medici	Reparti chirurgici
Astanteria/PS/DEA	<i>Day surgery</i>
<i>Day hospital</i>	Oculistica
Dermatologia	Chirurgia della mano
Neuropsichiatria infantile	Chirurgia maxillo-facciale
<i>Nursery</i>	Odontoiatria
Tossicologia	Ostetrici e ginecologia
Servizi ambulatoriali	Otorinolaringoiatria

I criteri guida nella costruzione della rete di rilevazione sono stati i seguenti:

Ospedali (rilevazione in data 27/06/2005)

- 1 infermiere rilevatore ogni 20 pazienti (stima effettuata sulla base del n. di posti letto dei reparti coinvolti) scegliendo, laddove possibile, infermieri con specifica formazione sulla prevenzione e il trattamento delle UdP;
- 2 referenti per ciascuna struttura, con funzioni di formazione dei rilevatori, di coordinamento *in loco* della rilevazione e di contatto con il gruppo di coordinamento dell'ARS;
- Caposala dei reparti coinvolti, con funzioni di affiancamento e facilitazione durante la rilevazione.

Distretti (rilevazione effettuata nell'arco di 1 settimana, a partire dal 27 giugno):

- 1 Caposala e 1 referente, con specifica formazione sulla prevenzione e il trattamento delle UdP;
- tutti gli infermieri del Distretto.

RSA (rilevazione in data 27 giugno):

- coordinatori dell'attività infermieristica;
- caposala;
- 2 referenti/rilevatori per ciascuna RSA.

Inoltre, lo studio pilota è stato organizzato con l'intento di rappresentare, per tutti i rilevatori che vi hanno partecipato, un vero e proprio progetto formativo in cui apprendere: conoscenze di base sulle UdP e sulle LG regionali, contenuti e modalità d'uso della scheda di rilevazione (adattata dalla scheda proposta dall'EPUAP) e modalità di applicazione della scala di Braden.

La formazione relativa alle LG regionali è stata effettuata dal gruppo di coordinamento del progetto e indirizzata a referenti e formatori, che poi avrebbero provveduto a trasmettere le stesse conoscenze ai rilevatori loro assegnati nelle diverse sessioni; la formazione sulle domande dedicate al dolore è stata effettuata dalla dr.ssa Simona Caprilli (Servizio Terapia del Dolore, Ospedale Meyer).

La scheda di rilevazione a lettura ottica è riportata in Allegato 1.

Indagine regionale - 2006

Il reclutamento dei Centri è avvenuto secondo i seguenti **criteri di inclusione**:

- AOU: tutte (n=4);
- Ospedali di AUSL: tutti (n=41);
- Distretti: tutti (n=37);
- RSA: tutte le RSA pubbliche (n=57).

Come per l'indagine pilota, per gli Ospedali sono stati esclusi dalla rilevazione gli ambulatori e alcuni reparti medici e chirurgici rivolti a pazienti con rischio bassissimo o nullo di UdP.

I **criteri guida nella costruzione della rete di rilevazione** sono stati i seguenti:

Ospedali (rilevazione in data 9/05/2006)

- 1 infermiere rilevatore ogni 20 pazienti (stima effettuata sulla base del n. di Posti Letto dei reparti coinvolti) scegliendo, laddove possibile, infermieri con specifica formazione sulla prevenzione e il trattamento delle UdP;
- 2 referenti per ciascuna struttura, con funzioni di formazione dei rilevatori, di coordinamento *in loco* della rilevazione e di contatto con il gruppo di coordinamento dell'ARS;
- caposala dei reparti coinvolti, con funzioni di affiancamento e facilitazione durante la rilevazione.

Distretti (rilevazione effettuata nell'arco di 1 settimana, 9-15/05/2006):

- 1 Caposala e 1 referente, con specifica formazione sulla prevenzione e il trattamento delle UdP;
- tutti gli infermieri del Distretto.

RSA (rilevazione in data 9/05/2006):

- coordinatori dell'attività infermieristica;
- caposala;
- 2 referenti/rilevatori per ciascuna RSA.

Inoltre, prima dell'avvio dell'indagine regionale, è stato possibile costituire un gruppo di 15 formatori, infermieri esperti in *wound care*, che hanno concordato strategie e metodi di formazione comuni da applicare nelle sessioni per i rilevatori.

La formazione relativa alle domande sul dolore è stata effettuata direttamente nelle sessioni formative indirizzate ai rilevatori e ha visto la partecipazione quasi ovunque di responsabili o collaboratori dei COSD (Coordinamento Ospedale Senza Dolore) aziendali. In totale sono state effettuate 32 giornate di formazione in un periodo di tempo pari a poco più di un mese di calendario.

Anche l'indagine regionale ha inteso rappresentare, per tutti i rilevatori che vi hanno partecipato, un vero e proprio momento formativo in cui apprendere: conoscenze di base sulle UdP e sulle LG regionali, contenuti e modalità d'uso della scheda di rilevazione (adattata dalla scheda proposta dall'EPUAP) e modalità di applicazione della scala di Braden.

Le indagini di prevalenza in Toscana, 2005 e 2006: risultati

L'indagine pilota di prevalenza 2005

In **Tabella 11**, qui di seguito, sono riportati i 16 centri che hanno partecipato all'indagine: 2 Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU), 4 Ospedali di Azienda USL (AUSL), 6 Distretti e 4 RSA pubbliche.

CENTRI PARTECIPANTI		Schede
Aziende Ospedaliere Universitarie		
AOU Senese	Senese	507
AOU Meyer	Meyer	111
Ospedali di Azienda USL		
AUSL 12	Ospedale Unico 'Versilia'	304
AUSL 9	Presidio Misericordia	265
AUSL 10	P.O. S. Maria Annunziata	201
AUSL 5	Felice Lotti	178
Distretti - Assistenza a domicilio		
AUSL 10	Distretto Firenze	471
AUSL 12	Distretto Versilia	401
AUSL 5	Territorio Valdera	201
AUSL 7	Territorio Siena	86
AUSL 9	Distretto	32
Osp di Comunità (SI)	Siena	11
RSA pubbliche		
RSA Chiocciola	La Chiocciola	60
RSA PISA	I Villaggi - I Maggi	52
RSA Poggibonsi	RSA di Poggibonsi	48
RSA Villa Pizzetti	Villa Pizzetti	38
TOTALE 16 Centri		2.966

In totale, sono stati esaminati 2.966 pazienti, per un numero massimo di schede raccolte pari a 507 (AOU Senese) e minimo pari a 11 (Ospedale di Comunità di Siena). Il 52,8% dei pazienti esaminati era ricoverato in Ospedale, il 40,2% era assistito a domicilio e il 7,1% in RSA (Figura 2).

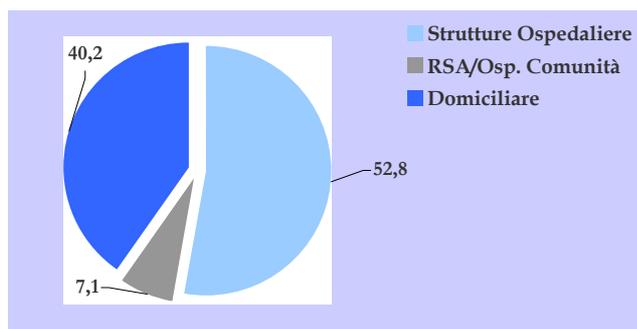


Figura 2
Indagine pilota 2005: distribuzione dei pazienti esaminati per *setting* assistenziale

Per quanto riguarda la distribuzione per area o specialità assistenziale il 25% circa dei pazienti era degente in area medica, il 18% in area chirurgica e il 39,8% era assistito a domicilio (Figura 3)

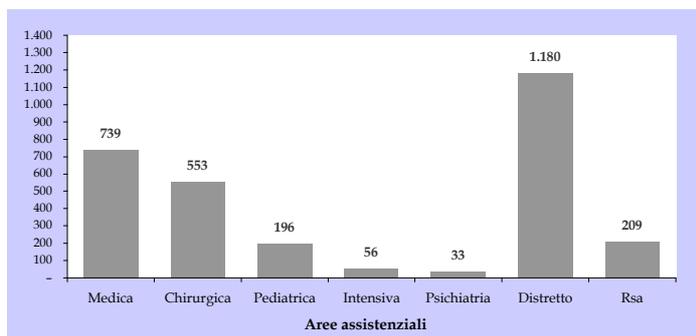


Figura 3
Indagine pilota 2005: distribuzione dei pazienti esaminati per area assistenziale o specialità.

Dati generali - Ospedali (AOU e Ospedali di AUSL)

Dei 1.547 pazienti esaminati, il 52,9% era rappresentato da maschi e il 63% circa da soggetti di età superiore ai 60 anni. La Durata di Degenza (DD) o Presa In Carico (PIC) al momento della rilevazione è riportata in Figura 4: nella quasi totalità dei casi si trattava di un periodo non superiore a 1 mese, ma in una proporzione superiore al 50% tale durata era inferiore a 6 giorni (dato compatibile con un *setting* assistenziale ospedaliero per acuti).

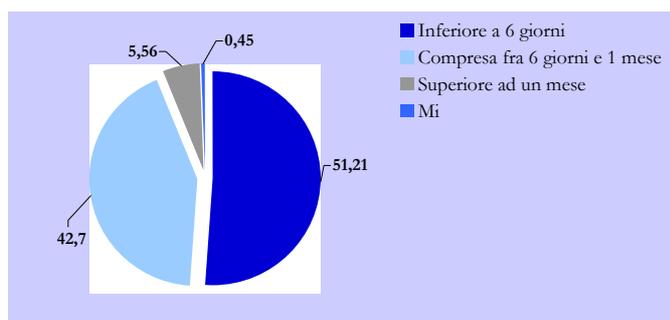


Figura 4 - Indagine pilota 2005: distribuzione dei pazienti esaminati secondo la DD (o della PIC) al momento della rilevazione. OSPEDALI

Dati generali - Distretti (assistenza a domicilio)

Dei 1.159 pazienti esaminati, il 32,9% era rappresentato da maschi (quindi nella popolazione assistita a domicilio la proporzione di donne è molto maggiore rispetto a quella ospedaliera) e il 92,4%, cioè la quasi totalità, da soggetti di età superiore ai 60 anni. La DD o PIC al momento della rilevazione è riportata in Figura 5: come atteso, in una proporzione molto elevata di casi, l'85%, si trattava di un periodo superiore a 1 mese, (dato compatibile con un *setting* assistenziale di assistenza a domicilio).

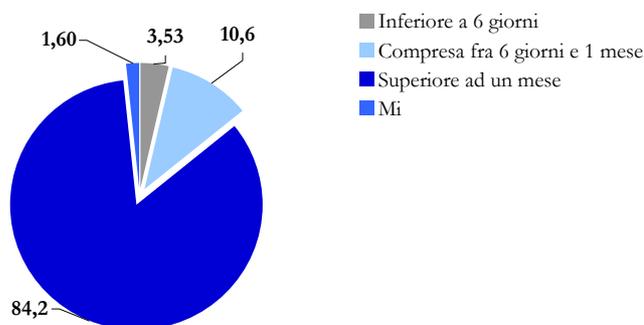


Figura 5 - Indagine pilota 2005: distribuzione dei pazienti esaminati secondo la DD (o della PIC) al momento della rilevazione. ASSISTENZA A DOMICILIO

Dati generali - RSA pubbliche

Dei 206 pazienti esaminati, il 22,8% era rappresentato da maschi (quindi nella popolazione assistita in RSA la proporzione di donne è ancora maggiore di quella assistita a domicilio) e il 97%, praticamente l'intera popolazione, da soggetti di età superiore ai 60 anni. La DD o PIC al momento della rilevazione è riportata in Figura 6: in una proporzione di casi ancora più elevata rispetto a quella osservata a domicilio (92,3%), si trattava di un periodo superiore a 1 mese.

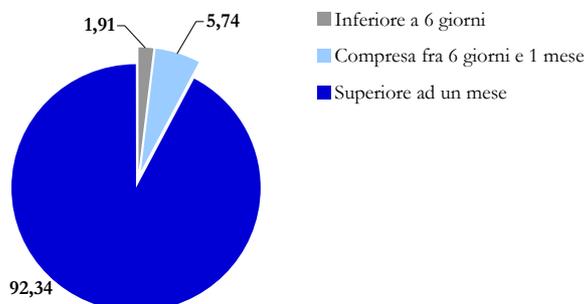


Figura 6 - Indagine pilota 2005: distribuzione dei pazienti esaminati secondo la DD (o della PIC) al momento della rilevazione. RSA PUBBLICHE

Quesito 1 - Come varia la DD o PIC in relazione al punteggio Braden ?

Ospedali

Nei 1.324 soggetti valutati con la scala di Braden per adulti, i 419 pazienti con punteggio Braden ≤ 16 (quindi a rischio) presentavano una PIC superiore a 1 mese nel 10,3% dei casi, a fronte di un 2,6% nei 905 soggetti con punteggio Braden ≥ 16 (quindi non a rischio) - Figura 7. Nei 233 soggetti valutati con Braden pediatrica tali proporzioni erano simili, sebbene meno stabili a causa della bassa numerosità della casistica.

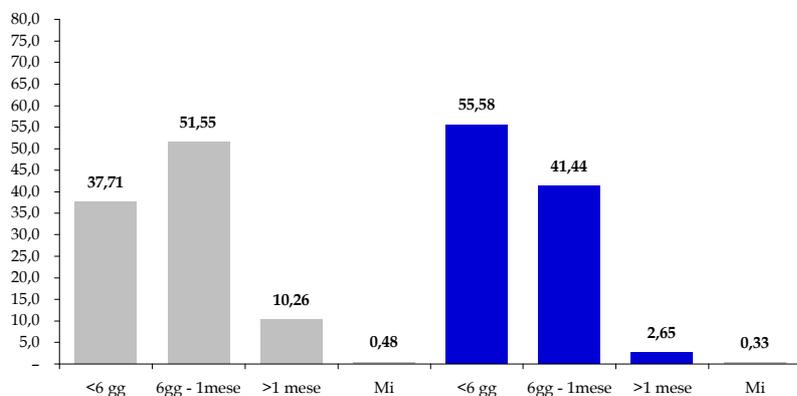


Figura 7

Indagine pilota 2005: distribuzione dei pazienti esaminati (adulti) secondo la DD o PIC e la classe di punteggio Braden. OSPEDALI

Assistenza a domicilio

Nei 1.183 soggetti valutati con la scala di Braden per adulti, i 688 pazienti con punteggio Braden ≤ 16 (quindi a rischio) e i 495 pazienti con punteggio Braden ≥ 16 (quindi non a rischio) presentavano una PIC superiore a 1 mese in una proporzione simile di casi esaminati, 86,1% e 81,6%, rispettivamente (Figura 8).

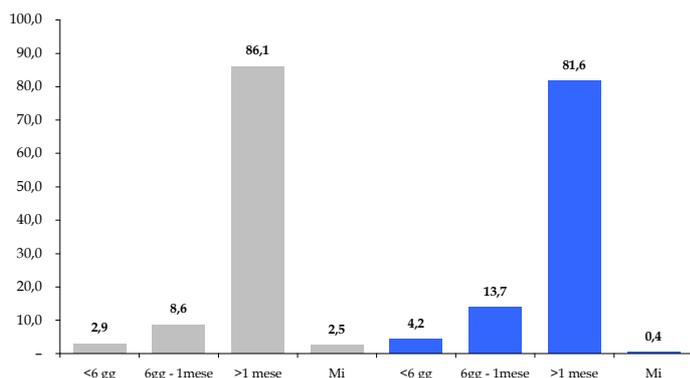


Figura 8

Indagine pilota 2005: distribuzione dei pazienti esaminati (adulti) secondo la DD o PIC e la classe di punteggio Braden.

ASSISTENZA A DOMICILIO

RSA pubbliche

Nei 208 soggetti valutati con la scala di Braden per adulti, i 123 pazienti con punteggio Braden ≤ 16 (quindi a rischio) e gli 85 pazienti con punteggio Braden ≥ 16 (quindi non a rischio) presentavano una PIC superiore a 1 mese in una proporzione simile di casi esaminati: 92,7% e 91,8%, rispettivamente (Figura 9).

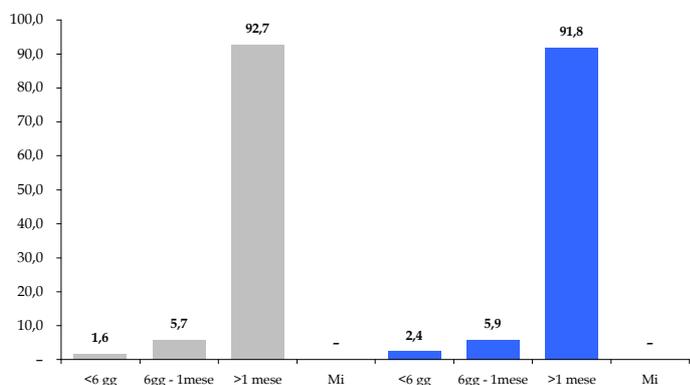


Figura 9

Indagine pilota 2005: distribuzione dei pazienti esaminati (adulti) secondo la DD o PIC e la classe di punteggio Braden.

RSA PUBBLICHE

Quesito 2 - Qual è la frequenza di soggetti con incontinenza? In relazione al punteggio Braden e all'area di degenza

Ospedali

Su 1.566 casi totali, circa il 32% dei pazienti ospedalieri esaminati presentava qualche alterazione dell'eliminazione (urinaria, fecale o entrambe; occasionale o abituale). Nei soggetti con punteggio Braden (scala adulti) ≤ 16 , tale percentuale saliva al 68,5%, mentre nei soggetti con punteggio ≥ 16 scendeva al 9,6%. I dati relativi ai bambini sono ovviamente meno significativi e interpretabili, data l'elevata proporzione di neonati e bambini inferiori ai 3 anni.

Per quanto riguarda eventuali differenze tra aree di degenza, i risultati della rilevazione sono piuttosto attesi: se si esclude l'area pediatrica, una maggiore proporzione di soggetti con incontinenza si osserva nell'area intensiva: nel 16,4% dei casi l'incontinenza era abituale (per urine o feci) e il 10,9% era di tipo doppio.

Assistenza a domicilio

Su 1.191 casi totali, circa il 68% dei pazienti esaminati presentava qualche alterazione dell'eliminazione (urinaria, fecale o entrambe; occasionale o abituale), una proporzione doppia rispetto a quanto riscontrato in Ospedale. Nei soggetti con punteggio Braden (scala adulti) ≤ 16 , tale percentuale saliva al 93,6%, mentre nei soggetti con punteggio ≥ 16 scendeva al 33,3%.

L'analisi per area di degenza non è applicabile.

RSA pubbliche

Su 209 casi totali, circa l'82,8% dei pazienti esaminati presentava qualche alterazione dell'eliminazione (urinaria, fecale o entrambe; occasionale o abituale), una proporzione ancora superiore a quanto riscontrato sul territorio. Nei soggetti con punteggio Braden (scala adulti) ≤ 16 , tale percentuale saliva al 97,6%, mentre nei soggetti con punteggio ≥ 16 scendeva al 62,3%.

L'analisi per area di degenza non è applicabile.

Quesito 3 - Qual è la distribuzione dei pazienti secondo classi di rischio per UdP? (in base al punteggio Braden)

Ospedali

Circa il 70% dei pazienti esaminati è risultato non a rischio (punteggio ≥ 16), poco più del 6% è risultato a rischio alto o altissimo (punteggio ≤ 10). La distribuzione per fasce di rischio secondo il punteggio Braden è presentata in Tabella 12 (qui sotto).

La distinzione in diverse classi di rischio è presentata per comodità, ma non ha validità specifica (essendo comunemente raccomandata in letteratura solo la distinzione in 'rischio' e 'non rischio' (v. anche Tabelle 13 e 14).

Classe di rischio	Casi	%
Altissimo: ≤ 7	9	0,7
Alto: 8-10	76	5,7
Medio: 11-13	190	14,3
Basso: 14-16	144	10,9
No rischio: >16	905	68,3
TOTALE	1.324	100,0

Assistenza a domicilio

Il 42% circa dei pazienti esaminati è risultato non a rischio (punteggio ≥ 16), poco più del 10% è risultato a rischio alto o altissimo (punteggio ≤ 10). La distribuzione per fasce di rischio secondo il punteggio Braden è presentata in Tabella 13 (qui sotto):

Classe di rischio	Casi	%
Altissimo: ≤ 7	7	0,59
Alto: 8-10	117	9,89
Medio: 11-13	288	24,34
Basso: 14-16	276	23,33
No rischio: >16	495	41,84
TOTALE	1.183	100,00

RSA pubbliche

Il 41% circa dei pazienti esaminati è risultato non a rischio (punteggio ≥ 16), poco meno del 10% è risultato a rischio alto o altissimo (punteggio ≤ 10). La distribuzione per fasce di rischio secondo il punteggio Braden è presentata in Tabella 14.

Classe di rischio	Casi	%
Altissimo: ≤ 7	2	0,96
Alto: 8-10	18	8,65
Medio: 11-13	46	22,12
Basso: 14-16	57	27,40
No rischio: >16	85	40,87
TOTALE	208	100,00

Quesito 4 - Qual è la distribuzione dei pazienti secondo i singoli fattori della scala Braden?

Ospedali

Consideriamo soprattutto i seguenti: un'alterazione della percezione sensoriale (assente, molto limitata o limitata) è stata rilevata nel 22,9%; un'alterazione dell'umidità della cute (sempre umida, molto umida, a volte umida) nel 25,6%; un'alterazione della deambulazione nel 60,2% (e circa la metà di questi pazienti erano completamente allettati); un'alterazione della mobilità nel 52,6% e un'alterazione della nutrizione nel 19,7%.

Assistenza a domicilio

Un'alterazione della percezione sensoriale (assente, molto limitata o limitata) è stata rilevata nel 58,5%; un'alterazione dell'umidità della cute (sempre umida, molto umida, a volte umida) nel 46,2%; un'alterazione della deambulazione nel 79,7% (e poco meno della metà di questi pazienti erano completamente allettati); un'alterazione della mobilità addirittura nell'81,8% e un'alterazione della nutrizione nel 25,6%.

RSA pubbliche

Un'alterazione della percezione sensoriale (assente, molto limitata o limitata) è stata rilevata nel 67% circa; un'alterazione dell'umidità della cute (sempre umida, molto umida, a volte umida) nel 70,8%; un'alterazione della deambulazione nel 71,3% (ma solo nel 15% dei casi questi pazienti erano completamente allettati); un'alterazione della mobilità nel 72,2% e un'alterazione della nutrizione nel 17,7%.

Quesito 5 - Qual è la distribuzione dei pazienti secondo classi di punteggio Braden e classi d'età?

Ospedali

Tra i soggetti a rischio, l'84,4% ha un'età superiore a 60 anni, mentre la stessa classe d'età rappresenta il 66,2% dei soggetti non a rischio.

Assistenza a domicilio

Tra i soggetti a rischio, il 94,4% ha un'età superiore a 60 anni; tra i soggetti non a rischio, la proporzione degli ultrasessantenni scende al 90,3%.

RSA pubbliche

Tra i soggetti a rischio e non a rischio, una proporzione pari al 96-97% ha un'età superiore a 60 anni.

Quesito 6 - Qual è la distribuzione dei pazienti secondo classi di punteggio Braden e area di degenza?

Ospedali

La proporzione maggiore di soggetti a rischio proviene dall'area Intensiva (64,29); in area medica e chirurgica tale proporzione si aggira intorno al 30%.

Assistenza a domicilio ed RSA. Quesito non applicabile.

Quesito 7 - Qual è l'utilizzo di Superfici Anti-Decubito (SAD) nei pazienti a rischio?

In Ospedale, il 44% circa dei soggetti con punteggio di Braden ≤ 16 utilizzava, al momento della rilevazione, una SAD; nel 76% dei casi, tale SAD era del tipo raccomandato dalle LG.

Nei Distretti, la percentuale di soggetti a rischio che utilizzava una SAD era decisamente più elevata, il 79%; ma la proporzione di SAD raccomandate era bassissima, inferiore al 5%.

Nelle **RSA** i soggetti a rischio posizionati su SAD era pari al 41% (poco inferiore ai valori osservati in Ospedale), ma la proporzione di SAD raccomandate era sempre bassa, molto vicina a quella osservata nell'assistenza a domicilio (**Tabella 15**, qui sotto).

Tipo SAD	Ospedali	Assistenza a domicilio	RSA
Tutte	43,9%	79,1%	41,5%
Raccomandate dalle LG	75,6%	4,9%	8,3%

Quesito 8 - Qual è la prevalenza di UdP?

Ospedali

Dei 1.566 pazienti esaminati, una proporzione pari all'11,9% era affetto da UdP di qualunque grado (Figura 10), con una variabilità tra centri compresa tra 1,8% e il 18%. Se si escludono le ulcere di I grado, la prevalenza scende a 8,4% (Figura 11), con una variabilità compresa tra 1,8% e 11,9%.

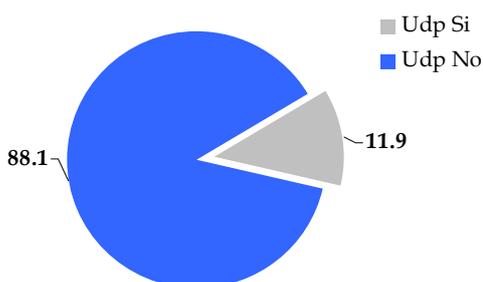


Figura 10

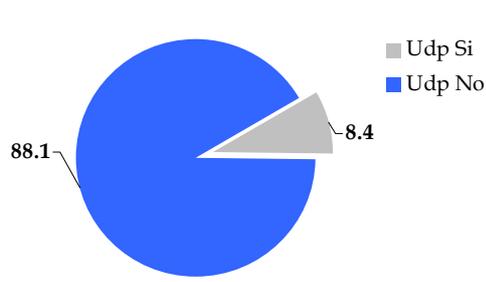


Figura 11

Assistenza a domicilio

Dei 1.189 pazienti esaminati, una proporzione pari al 34,8% era affetta da UdP di qualunque grado (Figura 12), con una variabilità tra centri compresa tra 28,2% e 59,4%. Se si escludono le ulcere di I grado, la prevalenza si modifica pochissimo: 32,0% (Figura 13), con una variabilità compresa tra 25,7% e 56,3%.

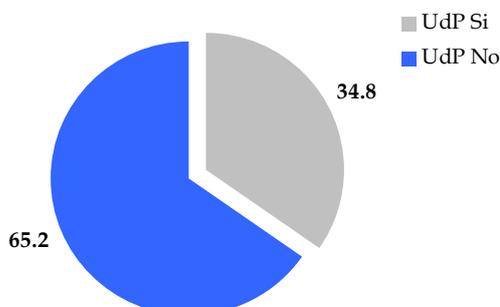


Figura 12

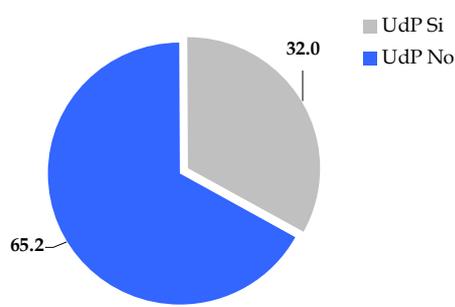


Figura 13

RSA pubbliche

Dei 209 pazienti esaminati, una proporzione pari al 12,0% era affetta da UdP di qualunque grado (Figura 14), con una variabilità tra centri compresa tra 5,8% e 18,8%. Se si escludono le ulcere di I grado, la prevalenza si modifica leggermente: 11,0% (Figura 15), con una variabilità compresa tra 3,3% e 18,8%. La prevalenza delle RSA sembra quindi più simile alla realtà ospedaliera che a quella territoriale.

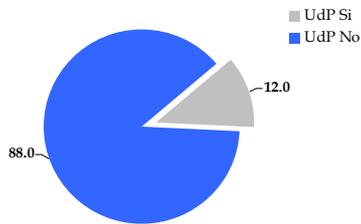


Figura 14

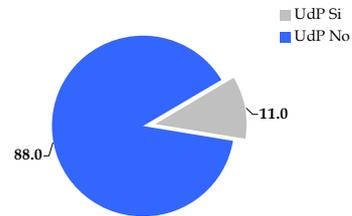
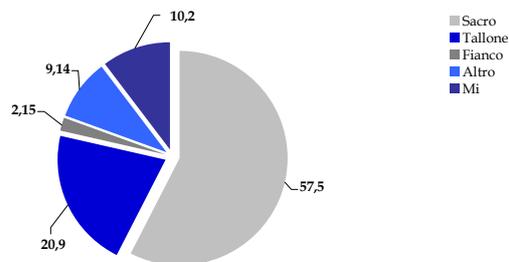


Figura 15

Quesito 9 - Quali sono le sedi più frequenti delle ulcere più gravi?

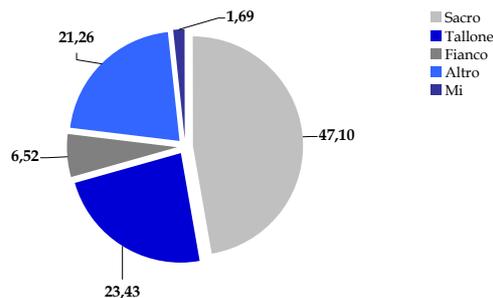
Ospedali

Le sedi 'sacro' (57,5%) e 'tallone' (20,9%) comprendono circa l'80 % dei casi - **Figura 16**.



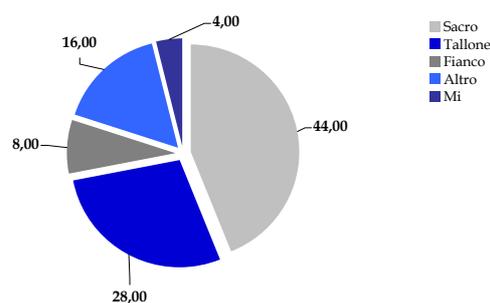
Assistenza a domicilio

Le sedi 'sacro' (47,1%) e 'tallone' (23,4%) comprendono circa il 70 % dei casi - **Figura 17**.



RSA pubbliche

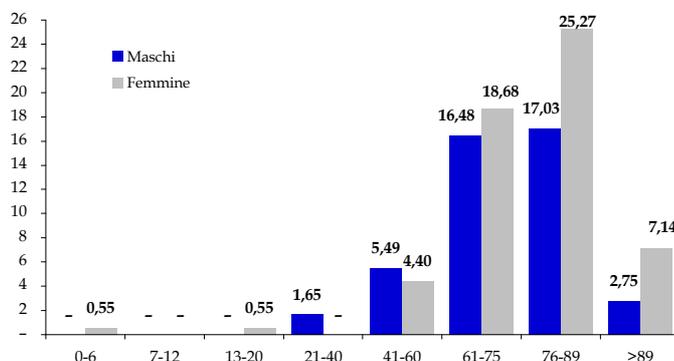
Le sedi 'sacro' (44,0%) e 'tallone' (28,0%) comprendono il 74 % dei casi - **Figura 18**.



Quesito 10 - Qual è la distribuzione per sesso ed età dei soggetti con UdP?

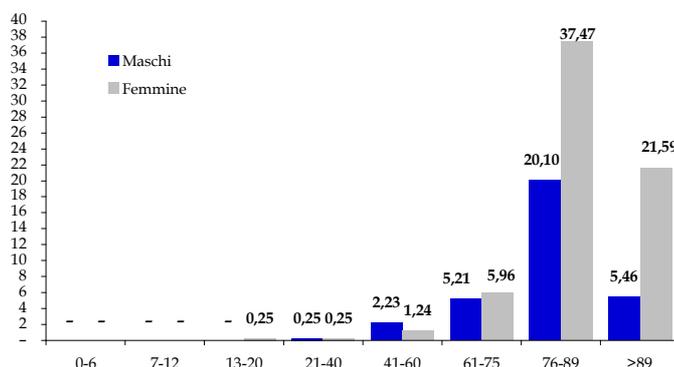
Ospedali

I maschi rappresentavano il 43,4% e i soggetti di età superiore ai 60 anni il 1'87,4%. La distribuzione completa per classi d'età è riportata in **Figura 19**, qui sotto. Le femmine presentano in tutte le classi d'età una prevalenza più elevata dei maschi.



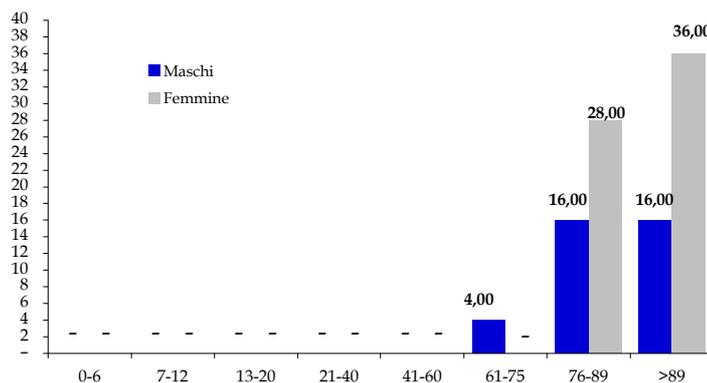
Assistenza a domicilio

I maschi rappresentavano il 33,2% e i soggetti di età superiore ai 60 anni il 1'95,8%. La distribuzione completa per classi d'età è riportata in **Figura 20**, qui sotto. Le femmine presentano in quasi tutte le classi d'età una prevalenza più elevata dei maschi.



RSA pubbliche

I maschi rappresentavano il 36,0% e l'intera popolazione esaminata, come del resto atteso, è di età superiore ai 60 anni. La distribuzione completa per classi d'età è riportata in **Figura 21**, qui sotto. Le femmine presentano una prevalenza più elevata dei maschi.



Quesito 11 - Qual è la distribuzione per punteggio Braden dei soggetti con UdP?

Ospedali

Complessivamente, come atteso, le UdP di qualunque grado sono presenti nei soggetti a rischio (punteggio Braden ≤ 16) in proporzione circa 10 volte superiore a quella osservabile nei soggetti non a rischio (34,8% *versus* 3,9%). Lo stesso rapporto è osservabile per le UdP di grado II-IV (**Figura 22**, qui sotto).

Prevalenza complessiva

	Presenza UdP		Totale
	Si	No	
Rischio	34,84%	65,16%	100,00%
	(146casi)	(273 casi)	(419 casi)
No Rischio	3,87%	96,13%	100,00%
	(35casi)	(870 casi)	(905 casi)
			(1324 casi Totali)

Prevalenza escluse le Ulcere di primo grado

	Presenza UdP		Totale
	Si	No	
Rischio	24,11%	65,16%	89,26%
	(101casi)	(273 casi)	(419 casi)
No Rischio	2,87%	96,13%	99,01%
	(26casi)	(870 casi)	(905 casi)
			(1324 casi Totali)

No Rischio: Braden > 16
Rischio: Braden ≤ 16

NB: 54 - casi con ulcere di I grado

La distribuzione completa per singolo punteggio Braden è presentata in Figura 23.

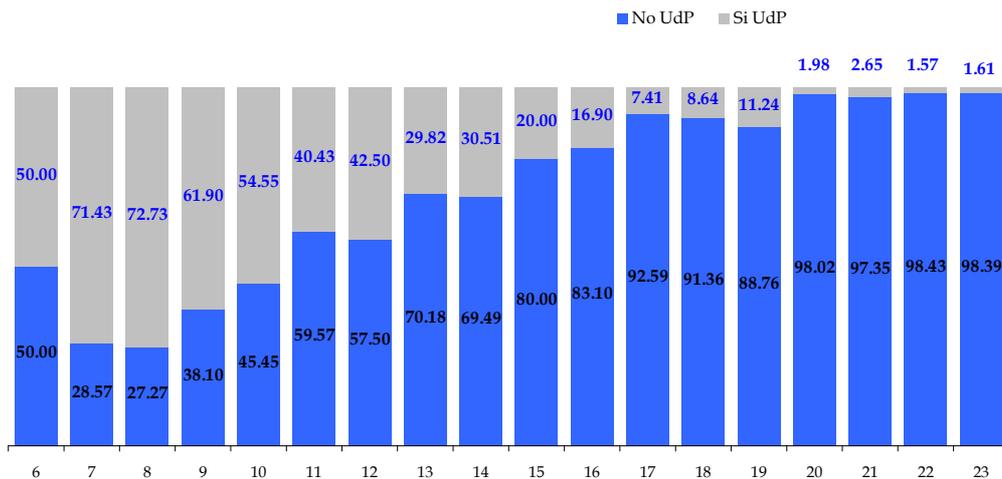


Figura 23

Assistenza a domicilio

Complessivamente, le UdP di qualunque grado sono presenti nei soggetti a rischio (punteggio Braden ≤ 16) in proporzione circa 2,8 volte superiore a quella osservabile nei soggetti non a rischio (47,9% *versus* 17,0%). All'incirca lo stesso rapporto è osservabile per le UdP di grado II-IV (Figura 24). La distribuzione completa per singolo punteggio Braden è presentata in Figura 25.

Prevalenza per Rischio/NonRischio

Prevalenza complessiva

	Presenza UdP		Totale
	Si	No	
Rischio	47,89%	52,11%	100,00%
	(329casi)	(358 casi)	(687 casi)
No Rischio	17,00%	83,00%	100,00%
	(84casi)	(410 casi)	(494 casi)
			(1181 casi Totali)

Prevalenza partendo dai pazienti con grado due UdP

	Presenza UdP		Totale
	Si	No	
Rischio	44,40%	52,11%	96,51%
	(305casi)	(358 casi)	(687 casi)
No Rischio	15,38%	83,00%	98,38%
	(76casi)	(410 casi)	(494 casi)
			(1181 casi Totali)

No Rischio: Braden > 16
Rischio: Braden ≤ 16

NB: 32 - casi con ulcere di I grado

Figura 24

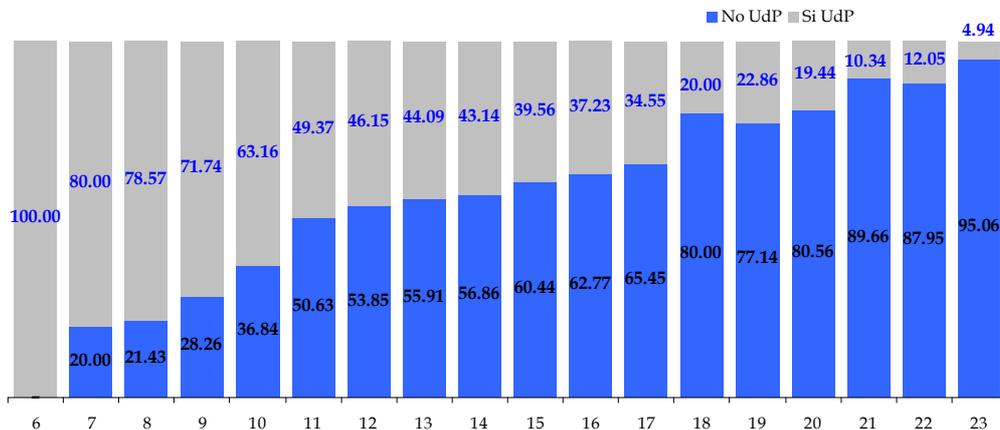


Figura 25

RSA pubbliche

Complessivamente, le UdP di qualunque grado sono presenti solo nei soggetti a rischio (punteggio Braden ≤ 16). La stessa distribuzione riguarda le ulcere di grado II-IV. (Figura 26). La distribuzione completa per singolo punteggio Braden è presentata in Figura 27.

Prevalenza per Rischio/NonRischio

Prevalenza complessiva

	Presenza UdP		Totale
	Si	No	
Rischio	20,33% (25casi)	79,67% (98 casi)	100,00% (123 casi)
No Rischio	0,00% (0casi)	100,00% (85 casi)	100,00% (85 casi)
			(208 casi Totali)

Prevalenza escluse le Ulcere di primo grado

	Presenza UdP		Totale
	Si	No	
Rischio	18,70% (23casi)	79,67% (98 casi)	98,37% (123 casi)
No Rischio	0,00% (0casi)	100,00% (85 casi)	100,00% (85 casi)
			(208 casi Totali)

No Rischio: Braden > 16
Rischio: Braden ≤ 16

NB: 2 - casi con ulcere di I grado

Figura 26

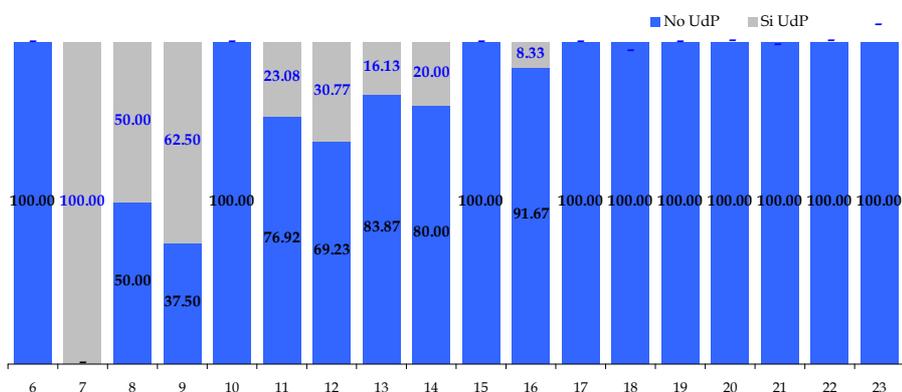


Figura 27

Quesito 12 - Qual è la distribuzione per area assistenziale dei soggetti con UdP?

Ospedali

Analogamente a quanto riscontrato per i pazienti a rischio, la proporzione maggiore di soggetti con UdP proviene dall'area Intensiva (37,5); in area medica tale proporzione è poco superiore al 14%, in area chirurgica è pari a circa il 10%.

Assistenza a domicilio ed RSA. Quesito non applicabile.

Quesito 13 - Qual è la distribuzione per DD o PIC dei soggetti portatori di UdP?

Ospedali

Tra i pazienti con DD/PIC superiore a 1 mese la proporzione di pazienti con UdP è oltre 5 volte superiore a quella osservata tra i pazienti con DD/PIC inferiore a 6 gg. (32,2% *versus* 6,2). È verosimile che una larga proporzione di soggetti con UdP e DD/PIC inferiore a 6 giorni sia rappresentata da pazienti portatori di UdP già all'ingresso in Ospedale.

Assistenza a domicilio

La proporzione di pazienti con UdP è pari al 33-34% in tutti soggetti con DD/PIC superiore a 6 giorni (anche superiore a 1 mese). La proporzione sale al 43% nei soggetti con DD/PIC inferiore ai 6 gg.: probabilmente si tratta di pazienti entrati in RSA già portatori di UdP.

RSA pubbliche

Le UdP sono quasi esclusivamente presenti tra i pazienti con DD/PIC superiore a 1 mese (23 casi su 25). Nessun paziente con UdP presentava una DD/PIC inferiore a 6 giorni.

Quesito 14 - Qual è la distribuzione per tipo di incontinenza dei soggetti con UdP?

Ospedali

Tra i pazienti con incontinenza abituale o doppia la proporzione di pazienti con UdP è rispettivamente 30,6% e 27,8%, circa 5 volte superiore a quella riscontrabile (6,23%) nei soggetti senza alcuna incontinenza.

Assistenza a domicilio

Nei pazienti con incontinenza doppia la proporzione di pazienti con UdP è pari al 54,6%, circa 3 volte superiore a quella riscontrabile (17,0%) nei soggetti senza alcuna incontinenza. Tra i pazienti con incontinenza abituale o occasionale la prevalenza è pari a 38,0% e 35,6%, rispettivamente.

RSA pubbliche

La proporzione di pazienti con UdP è più elevata nei pazienti con incontinenza abituale (35,3%). Tra i pazienti con incontinenza occasionale o doppia la prevalenza è pari a 2,8% e 11,5%, rispettivamente.

Quesito 15 - Qual è l'utilizzo di SAD nei pazienti con UdP?

In Ospedale, il 54% circa dei soggetti con UdP utilizzava, al momento della rilevazione, una SAD; nel 70% circa dei casi, si trattava di una SAD del tipo raccomandato dalle LG.

Nei Distretti, la percentuale di soggetti con UdP che utilizzava una SAD era decisamente più elevata, pari al 79%; ma la proporzione di SAD raccomandate era bassissima, il 5%.

Nelle **RSA** i soggetti con UdP posizionati su SAD era molto alta, pari al 92%, ma la proporzione di SAD raccomandate era sempre bassa, addirittura inferiore a quella osservata nell'assistenza a domicilio (**Tabella 16**, qui sotto).

Tipo SAD	Ospedali	Assistenza a domicilio	RSA
Tutte	53,9%	74,6%	92,0%
Raccomandate dalle LG	69,4%	5,0%	4,5%

Le proporzioni di pazienti con UdP che utilizzano SAD raccomandate, nei diversi *setting*, sono abbastanza simili a quelle osservate per i pazienti a rischio (quesito 7).

Colpisce tuttavia la percentuale molto alta di pazienti con Udp che utilizzano SAD (di qualunque tipo) in RSA (92%), rispetto alla proporzione osservata, sempre per le RSA, nei soggetti a rischio (41,5%), quasi a suggerire che la tendenza ad assegnare un ausilio anti-decubito sia più forte quando la lesione è già comparsa, piuttosto che in una fase precedente.

Tuttavia è assai probabile che i pazienti con UdP appartengano tutti alla categoria dei soggetti non autosufficienti (probabilmente posizionati su SAD sistematicamente), mentre è possibile che i pazienti a rischio appartengano a categorie diverse di ospiti, per le quali l'assegnazione di una SAD viene fatta anche solo su indicazione clinica.

L'indagine regionale di prevalenza 2006

In **Tabella 17**, qui di seguito, sono riportati i 44 Centri ospedalieri (40 Ospedali e 4 Aziende Ospedaliere) che hanno partecipato all'indagine.

Numero di pazienti inclusi nello studio - OSPEDALI		
Presidio Ospedaliero - Azienda Ospedaliera	Pazienti	%
AOU CAREGGI	937	13,01
AOU PISA	837	11,62
AOU LE SCOTTE SIENA	601	8,35
AO A. MEYER	105	1,46
Misericordia e Dolce, Prato	448	6,22
Ospedali Riuniti Livorno	345	4,79
Ospedale Gen. Prov. Piana di Lucca	315	4,37
Ospedale Unico 'Versilia'	289	4,01
Misericordia, Grosseto	246	3,42
S. Donato, Arezzo	218	3,03
S.M. Annunziata Bagno a Ripoli, Firenze	196	2,72
F. Lotti, Pontedera (PI)	190	2,64
Ospedali Riuniti Pistoia	178	2,47
S. Giovanni di Dio -Torregalli, Firenze	165	2,29
S.S. Giacomo e Cristoforo, Massa	161	2,24
S. Giuseppe, Empoli	140	1,94
Ospedale Civico Carrara	138	1,92
Valdarno S. Maria Della Gruccia	128	1,78
S. Maria Nuova, Firenze	124	1,72
S.S. Cosimo, Valdinievole	119	1,65
Nottola (SI)	116	1,61
Ospedale Cecina	114	1,58
Alta Val d'Elsa, Poggibonsi	103	1,43
Villa Marina, Piombino	83	1,15
Borgo S. Lorenzo, Firenze	66	0,92
Fivizzano (Massa e Carrara)	65	0,90
S. Francesco Barga (LU)	63	0,87
S. Pietro Igneo Fucecchio (FI)	61	0,85
S. Andrea, Massa M.Ma	60	0,83
S. Croce Castelnuovo Garfagnana (LU)	57	0,79
Ospedale degli Infermi S. Miniato (Pistoia)	55	0,76
S. Verdiana Castelfiorentino (FI)	52	0,72
Nuovo Ospedale Valdichiana 'La Fratta'	48	0,67
Civile Bibbiena (Arezzo) - Ospedale Del Casentino	45	0,62
Pontremoli	44	0,61
Serristori Figline V. A. (FI)	43	0,60
Valtiberina San Sepolcro	43	0,60
Elba Portoferraio	38	0,53
S. Maria Maddalena, Volterra (PI)	37	0,51
S. Giovanni di Dio, Orbetello	34	0,47
Ospedale Civile Castel del Piano (GR)	30	0,42
Ospedale L. Pacini S. Marcello Pistoiese	26	0,36
Riabilitazione Campiglia	21	0,29
Ospedale Abbadia S. Salvatore	17	0,24
Totale	7.201	100,00

I dati relativi all'AOU Meyer (105 pazienti) non verranno inclusi nelle elaborazioni successive, che saranno pertanto riferite, per gli Ospedali, a **7.096 pazienti**.

In **Tabella 18**, qui di seguito, sono riportati i **37 Distretti** che hanno partecipato all'indagine.

Numero di pazienti inclusi nello studio - DISTRETTI		
Distretti	Casi	%
Zona/Distretto di Pistoia	910	11,09
Zona Firenze	608	7,41
Zona Firenze Nord-Ovest	557	6,79
Distretto Empolese Val d'Elsa	471	5,74
Distretto Prato	426	5,19
Distretto Versilia	413	5,03
Zona Firenze Sud-Est	413	5,03
Zona Firenze Mugello	328	4,00
Distretto Livorno	323	3,93
Zona Senese	287	3,50
Distretto Val di Chiana	285	3,47
Distretto Valdarno Inferiore	270	3,29
Zona Pisana	250	3,05
Zona Valdarno	248	3,02
Territorio Massa	242	2,95
Alta Valdelsa	176	2,14
Territorio Lunigiana	159	1,94
Valle Serchio	159	1,94
Distretto Piombino	137	1,67
Territorio Carrara	136	1,66
Distretto Val Di Cornia	134	1,63
Zona 1 'Colline Metallifere'	129	1,57
Distretti Cecina	112	1,36
Zona Aretina	111	1,35
Zona Casentino	105	1,28
Distretti Isola d'Elba	92	1,12
Zona Valdera	92	1,12
Lucca 2	78	0,95
Zona 4 'Area Grossetana'	78	0,95
Zona 2 Colline dell'Albegna	73	0,89
Zona Valtiberina	72	0,88
Zona Amiata Siena	71	0,86
Zona Valdichiana	68	0,83
Zona Alta Val di Cecina	63	0,77
Lucca 1	61	0,74
Zona 3 'Amiata Grossetana'	59	0,72
Ospedale di Comunità Livorno	13	0,16
Totale	8.209	100,00

In **Tabella 19**, nella pagina successiva, sono riportati i **56 Centri residenziali** (RSA pubbliche) che hanno partecipato all'indagine.

Numero di pazienti inclusi nello studio - RSA PUBBLICHE		
--	--	--

RSA	Casi	%
RSA Le Civette	60	4,34
RSA 'Le Vele' Fucecchio	58	4,19
RSA via Roma	52	3,76
RSA di Poggibonsi	46	3,32
RSA Narnali	44	3,18
RSA Villone Puccini	39	2,82
RSA Villetta	39	2,82
RSA Aurora Pisa	37	2,67
RSA Caselli	37	2,67
RSA Ex ECA Montecatini	37	2,67
RSA 'Pablo Neruda' Castelfiorentino	36	2,60
RSA 'Selene Menichetti' Castelfranco	36	2,60
RSA Pontremoli	36	2,60
RSA Scanzano	36	2,60
Sede Distrettuale di "La Rosa"	36	2,60
RSA Le Lame	34	2,46
RSA S. Gimignano	34	2,46
RSA Colle Val d'Elsa	32	2,31
Casa Mimosa Pisa	31	2,24
Lo Spedaletto Loc. Vecchia	31	2,24
RSA Pizzetti	31	2,24
Villa Isabella	30	2,17
RSA Minghetti Spicchio	28	2,02
I Maggi Buti (PI)	27	1,95
RSA Coreglia	27	1,95
RSA I Girasoli	27	1,95
RSA Cantagrillo	26	1,88
RSA Arcobaleno	24	1,73
RSA Fivizzano	24	1,73
RSA Castiglion Fiorentino	22	1,59
RSA 'Via Chiassetelle' Empoli	20	1,45
I Villaggi Pontedera (PI)	19	1,37
La Magnolia Pisa	19	1,37
LUCIGNANO RSA	18	1,30
RSA 'Via Volta' Empoli	18	1,30
RSA Madonna dell'Acqua	18	1,30
RSA Tavarnelle	18	1,30
RSA Villa Santa Caterina	18	1,30
RSA Giardino delle Rose	17	1,23
RSA Morel	14	1,01
SPDC OSMA	14	1,01
SPDC SMN	14	1,01
RSA Magliano	13	0,94
RSA Rosa Giorgi	13	0,94
Res. Psic. Le Prata	12	0,87
SPDC Ponte Nuovo	12	0,87
Res. Psic. Il Sole	10	0,72
SPDC NSGDD	9	0,65
Valdarno PP.LL. SPDC e Residenziale	9	0,65
SPDC Le Scotte (SI)	8	0,58
CT Villino le Panche	7	0,51
CTP Borgognissanti	7	0,51
Casentino Residenza	6	0,43
RSA Giuncugnano	6	0,43
Arezzo spdc e residenziale	5	0,36
Valdichiana residenza	3	0,22
Totale	1.384	100,00

Dati generali

In totale, sono stati esaminati 16.689 pazienti, per un numero massimo di schede raccolte pari a 937 (AOU Careggi) e minimo pari a 3 (RSA della Valdichiana). Il 42,5% dei pazienti esaminati era ricoverato in Ospedale, il 49,1% era assistito a domicilio e l'8,3% in RSA (Figura 28).

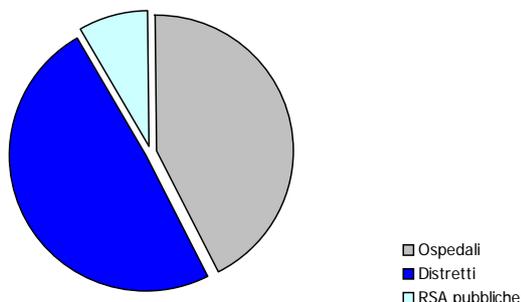


Figura 28 - Indagine regionale 2006: distribuzione dei pazienti esaminati secondo il *setting* assistenziale

Ospedali (AOU e Ospedali di AUSL)

Dei 7.096 pazienti esaminati, il 50,8% era rappresentato da maschi e il 53% circa da soggetti (maschi e femmine) di età uguale o superiore ai 70 anni (Figura 29). La DD o PIC al momento della rilevazione non si discosta da quanto già osservato nell'indagine pilota.

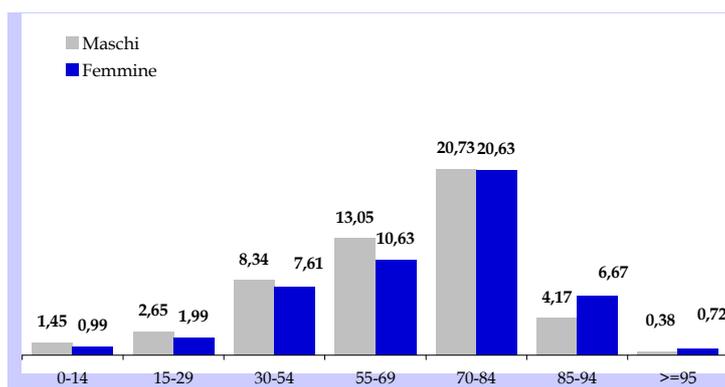


Figura 29

Distretti (assistenza a domicilio)

Degli 8.209 pazienti esaminati, il 33,7% era rappresentato da maschi e l'87% circa da soggetti (maschi e femmine) di età superiore o uguale ai 70 anni (Figura 30). La durata di PIC al momento della rilevazione non si discosta da quanto già osservato nell'indagine pilota.

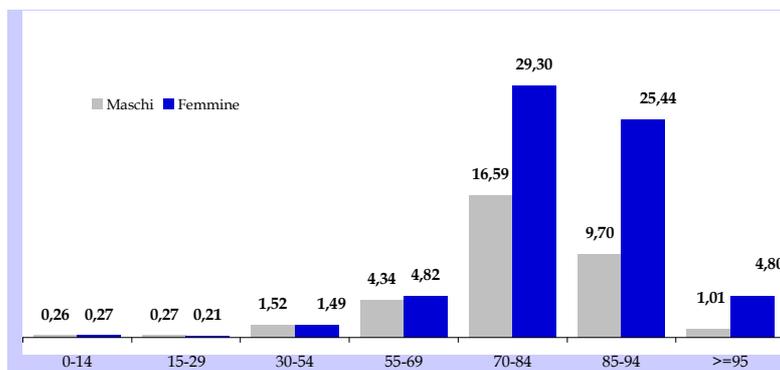


Figura 30

RSA pubbliche

Dei 1.384 pazienti esaminati, il 33,1% era rappresentato da maschi e il 76% circa da soggetti di età superiore o uguale ai 70 anni (Figura 31). La durata di PIC al momento della rilevazione non si discosta da quanto già osservato nell'indagine pilota.

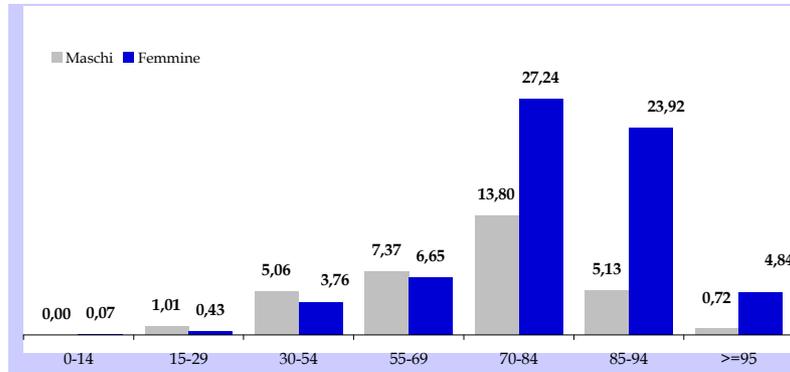


Figura 31

Quesito 1 - Qual è il rischio (secondo la scala di Braden) di insorgenza di un'UdP?

Ospedali (AOU e Ospedali di AUSL)

Nei 7.096 soggetti valutati con la scala di Braden per adulti, il **31,4%** risultava a rischio (punteggio Braden ≤ 16); inoltre, il 12,4% presentava un punteggio Braden ≤ 12 e il 19% un punteggio Braden compreso tra 13 e 16 (Figura 32). *Abbiamo per comodità denominato queste ultime due classi 'medio' ed 'alto' rischio, ma tale distinzione non ha validità specifica (essendo comunemente raccomandata in letteratura solo la distinzione in 'rischio' e 'non rischio' (v. anche Figure 33-34).*

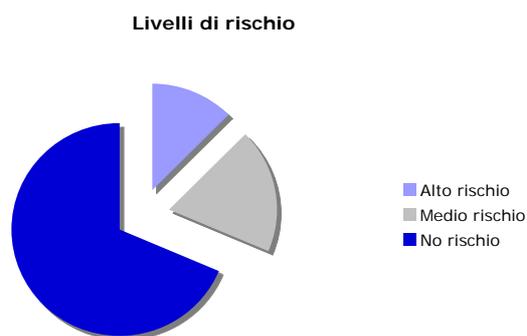


Figura 32
Distribuzione dei pazienti in base al rischio di UdP (secondo Braden) - OSPEDALI

Distretti (assistenza a domicilio)

Negli 8.209 soggetti valutati con la scala di Braden per adulti, il **53,8%** risultava a rischio (punteggio Braden ≤ 16); inoltre, il 25,7% aveva un punteggio Braden ≤ 12 e il 28,2% aveva un punteggio Braden compreso tra 13 e 16 (Figura 33).

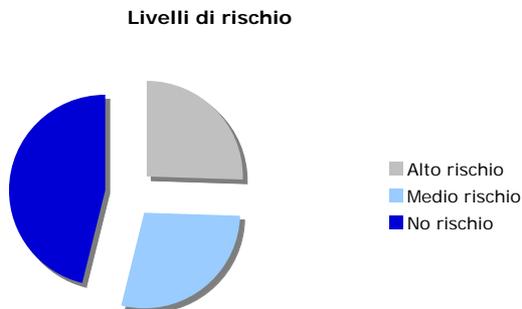


Figura 33
Distribuzione dei pazienti in base al rischio di UdP (secondo Braden) - DISTRETTI

RSA pubbliche

Nei 1.384 soggetti valutati con la scala di Braden per adulti, il **40,3%** risultava a rischio (punteggio Braden ≤ 16); inoltre, il 14,2% presentava un punteggio Braden ≤ 12 e il 26,1% aveva un punteggio Braden compreso tra 13 e 16 (Figura 34).

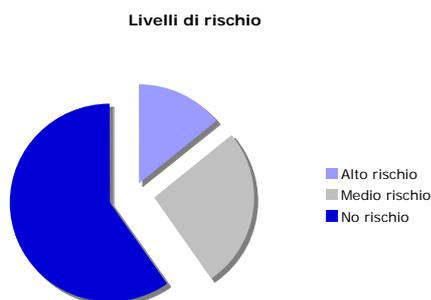


Figura 34
Distribuzione dei pazienti in base al rischio di UdP (secondo Braden) - RSA

Quesito 2 - Qual è la distribuzione dei pazienti per singoli fattori di rischio inclusi nella scala di Braden? (vengono presentati solo i risultati relativi all'incontinenza)

Ospedali (AOU e Ospedali di AUSL)

Tra i 7.096 pazienti esaminati, 2.079 presentavano un'incontinenza (**29,3%**). Naturalmente, poiché l'incontinenza è uno dei fattori che concorrono alla costruzione del punteggio di rischio secondo Braden, la prevalenza di pazienti incontinenti è più elevata nelle classi Braden a rischio (Figura 35). Sono possibili analisi disaggregate per età, area assistenziale, durata della degenza ecc. (non presentate in questa sede).

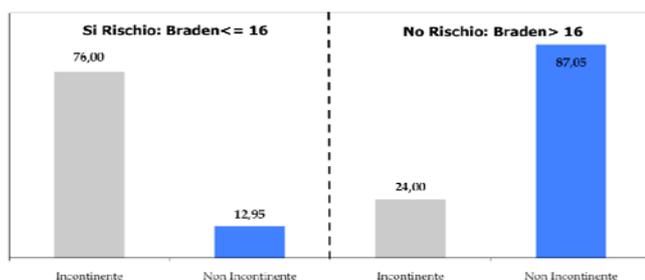
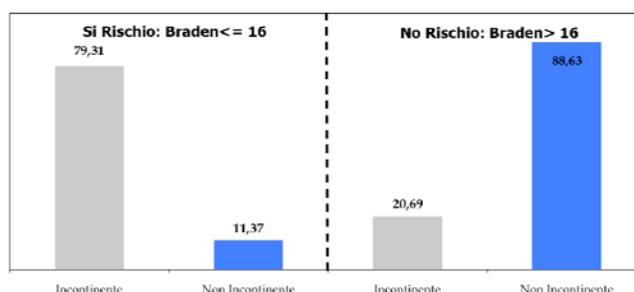


Figura 35 - Distribuzione dei pazienti in base a rischio di UdP (secondo Braden) e presenza di incontinenza - OSPEDALI

Distretti (assistenza a domicilio)

Tra gli 8.209 pazienti esaminati, 5.128 presentavano un'incontinenza (**62,5%**), quindi con una frequenza più che doppia rispetto agli Ospedali. Il rapporto incontinenti /non incontinenti nei soggetti a rischio / non a rischio secondo Braden è simile, come atteso, a quello osservato negli Ospedali (Figura 36).

Figura 36 - Distribuzione dei pazienti esaminati per rischio di UdP secondo Braden e presenza di incontinenza - DISTRETTI



RSA pubbliche

Tra i 1.384 pazienti esaminati, 885 presentavano un'incontinenza (63,9%), quindi con una frequenza più che doppia rispetto agli Ospedali e analoga a quella osservata per i Distretti. Il rapporto incontinenti /non incontinenti è pari a circa 25 nei soggetti a rischio, nonostante la proporzione di incontinenti sia rilevante anche tra i soggetti non a rischio (oltre il 40%). (Figura 37).

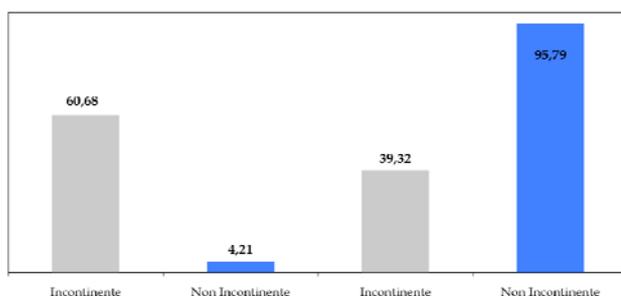


Figura 37 - Distribuzione dei pazienti in base a rischio di UdP (secondo Braden) e presenza di incontinenza - RSA

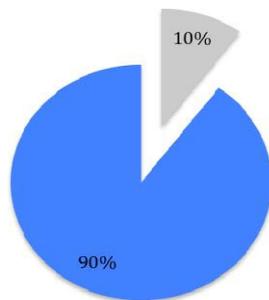
Quesito 3 - Qual è la prevalenza di UdP?

Ospedali (AOU e Ospedali di AUSL)

Complessivamente, il **10,16%** dei 7.096 pazienti esaminati, presenta un'UdP al momento della rilevazione (Figura 38), con una variabilità, tra le 43 strutture esaminate, compresa tra un minimo di 1,54% e un massimo di 23,3%. La prevalenza di **UdP di grado II o superiore** è pari, complessivamente, al **6,34%**, con una variabilità ugualmente compresa tra 1,54% e 23,33% (e attribuibile alle medesime strutture).

La prevalenza di UdP è stata analizzata anche in rapporto al **momento di insorgenza**: per il 37,8% delle lesioni era documentata la presenza al momento del ricovero, mentre per il 41,45% veniva dichiarata la comparsa durante la degenza. Nel 20,7% dei casi il momento dell'insorgenza non era documentato (Figura 39).

La distribuzione degli Ospedali esaminati, in base alla prevalenza di UdP (qualunque grado) e delle UdP di grado II o superiore, è riportata in Figura 40 e 41, rispettivamente.



■ Si UdP
■ No UdP

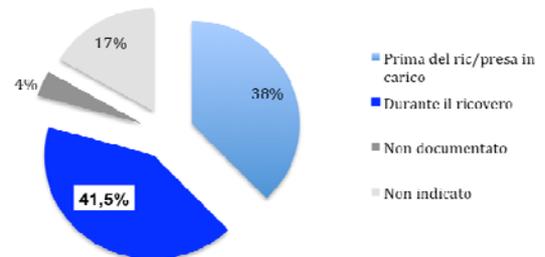


Figura 38 - Prevalenza complessiva di UdP, tutti i gradi - OSPEDALI

Figura 39 - Prevalenza complessiva di UdP, tutti i gradi, secondo il momento di insorgenza - OSPEDALI

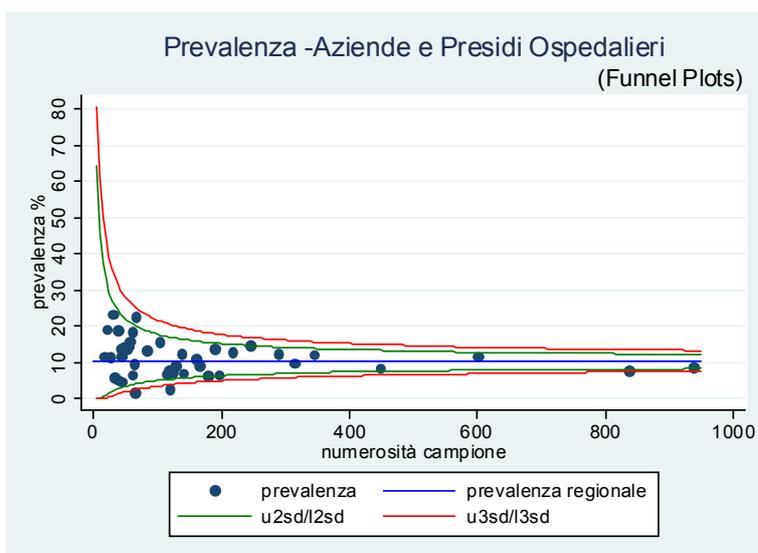


Figura 40
Prevalenza complessiva di UdP, tutti i gradi. Distribuzione degli OSPEDALI esaminati

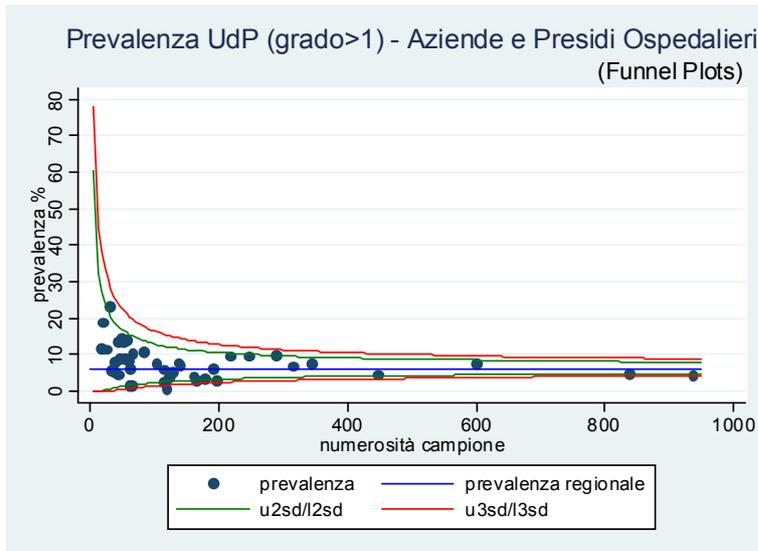


Figura 41
Prevalenza complessiva di UdP, grado II-IV. Distribuzione degli OSPEDALI esaminati

Distretti (assistenza a domicilio)

Complessivamente, il **30,4%** degli 8.209 pazienti esaminati, presenta un'UdP al momento della rilevazione (Figura 42), con una variabilità, tra i 37 Distretti esaminati, compresa tra un minimo di 16,5% e un massimo di 65,2%. La prevalenza di **UdP di grado II o superiore** è pari, complessivamente, al **26,9%**, con una variabilità compresa tra 14,0% e 65,2%.

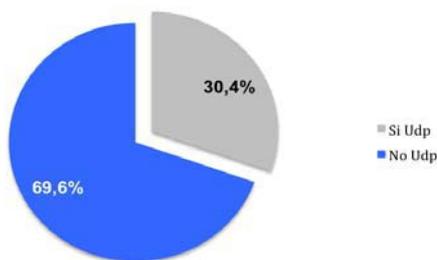


Figura 42
Prevalenza complessiva di UdP, tutti i gradi. DISTRETTI

La prevalenza di UdP è stata analizzata anche in rapporto al **momento di insorgenza**: per ben il 65% delle lesioni era documentata la presenza al momento della PIC, mentre per il 15,5% veniva dichiarata la comparsa durante il periodo di assistenza. Nel 19,5% dei casi il momento dell'insorgenza non era documentato (Figura 43).

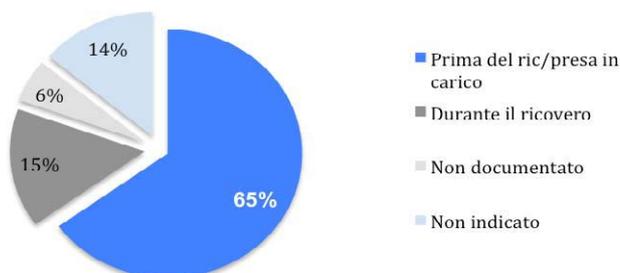


Figura 43
Prevalenza di UdP, tutti i gradi. Distribuzione secondo il momento di insorgenza - DISTRETTI

La distribuzione dei Distretti esaminati, in base alla prevalenza di UdP (qualunque grado) e delle UdP di grado II o superiore, è riportata in Figura 44 e 45, rispettivamente.

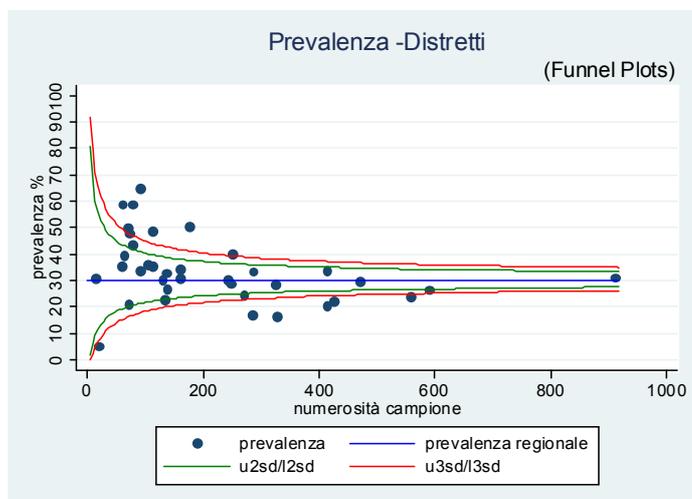


Figura 44
Prevalenza complessiva di UdP, tutti i gradi. Distribuzione dei DISTRETTI esaminati

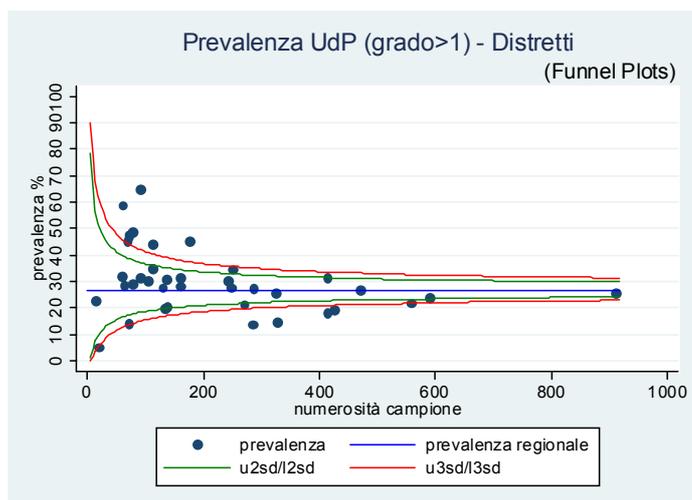


Figura 45
Prevalenza complessiva di UdP, grado II-IV. Distribuzione dei DISTRETTI esaminati

RSA pubbliche

Complessivamente, il **9,8%** dei 1.384 pazienti esaminati, presenta un'UdP al momento della rilevazione (Figura 46), con una variabilità, tra le 19 RSA esaminate, compresa tra un minimo di 4,48% e un massimo di 20,7%. La prevalenza di **UdP di grado II o superiore** è pari, complessivamente, al **7,4%**, con una variabilità compresa tra 3,3% e 15,8%. La prevalenza di lesioni nelle RSA sembra quindi più simile a quella osservata negli Ospedali, piuttosto che a quella rilevata nei pazienti assistiti a domicilio.

Anche per le RSA la prevalenza di UdP è stata analizzata in rapporto al **momento di insorgenza**: per il 33,8% delle lesioni era documentata la presenza al momento della PIC, mentre per il 55,1% veniva dichiarata la comparsa durante il periodo di assistenza. Nell'11% dei casi il momento dell'insorgenza non era documentato (Figura 47).

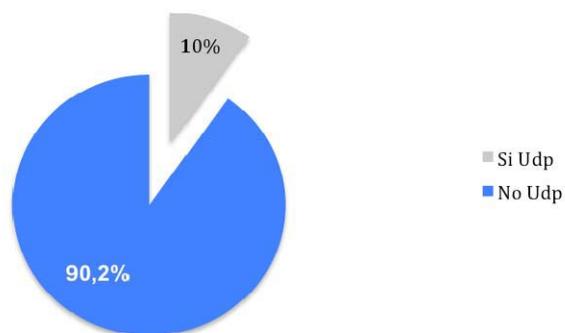


Figura 46
Prevalenza complessiva di UdP, tutti i gradi - RSA

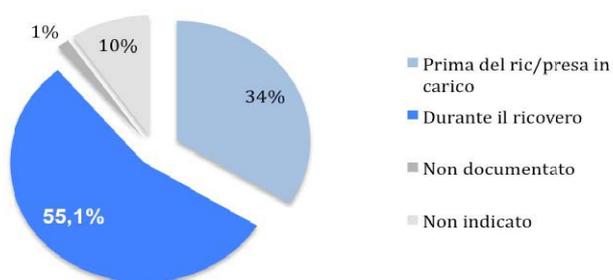


Figura 47
Prevalenza di UdP, tutti i gradi. Distribuzione secondo il momento di insorgenza - RSA

La distribuzione delle RSA in base alla prevalenza di UdP (qualunque grado) e delle UdP di grado II o superiore, è riportata in Figura 48 e 49, rispettivamente.

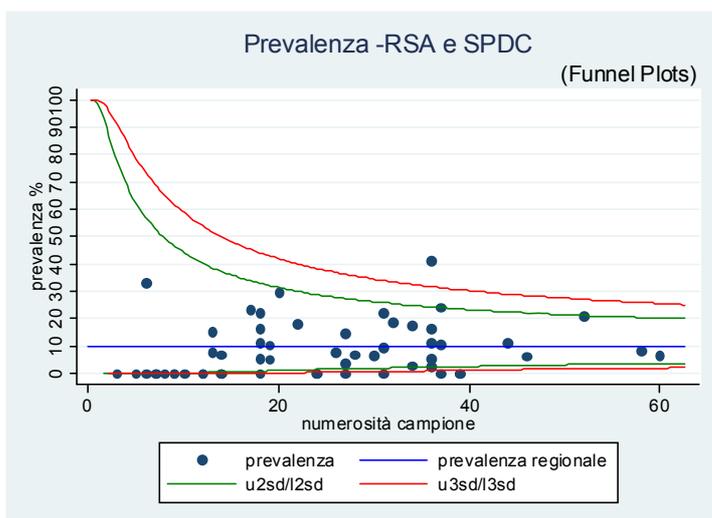


Figura 48
Prevalenza complessiva di UdP, tutti i gradi - Distribuzione delle RSA esaminate

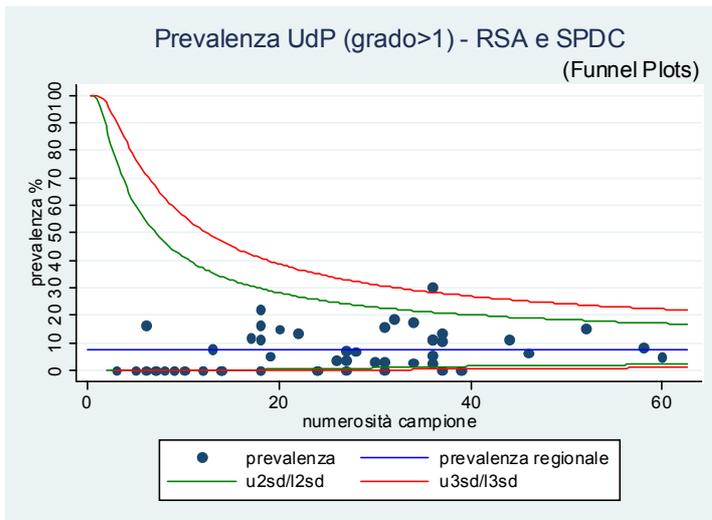


Figura 49
Prevalenza complessiva di UdP, grado II-IV - Distribuzione delle RSA esaminate

Quesito 4 - Qual è la distribuzione delle UdP secondo il numero di lesioni?

La proporzione di lesioni multiple era la seguente:

Ospedali	39,39%
Distretti	44,53%
RSA	26,47%

Le sedi 'sacro' e 'tallone' sono interessate nella maggior parte dei casi.

**Quesiti 5 - a) Qual è la distribuzione per sesso ed età dei pazienti con UdP?
b) Qual è la distribuzione per DD o della PIC?**

Ospedali (AOU e Ospedali di AUSL)

Dei 721 casi di UdP osservati, il 43,8% era rappresentato da maschi e il 79,2% circa da soggetti (maschi e femmine) di età uguale o superiore ai 70 anni (Figura 50).

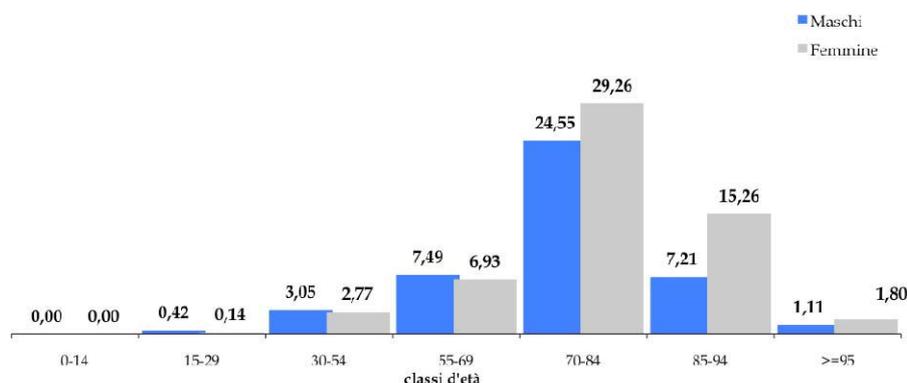


Figura 50

La DD al momento della rilevazione era inferiore a 10 gg. nel 49,7% dei casi e superiore a 1 mese nell'11,8% - **Tabella 20**, qui sotto.

Durata PIC	Casi	%
< 10 gg.	358	49,7
10-20 gg.	200	27,7
21 gg. - 1 mese	72	10,0
> 1 mese	85	11,8
non rilevabile	-	-
non indicato	6	0,8
Totale	721	100

Distretti (assistenza a domicilio)

Dei 2.497 casi di UdP osservati, il 33% circa era rappresentato da maschi e il 90,2% da soggetti (maschi e femmine) di età superiore o uguale ai 70 anni (Figura 51).

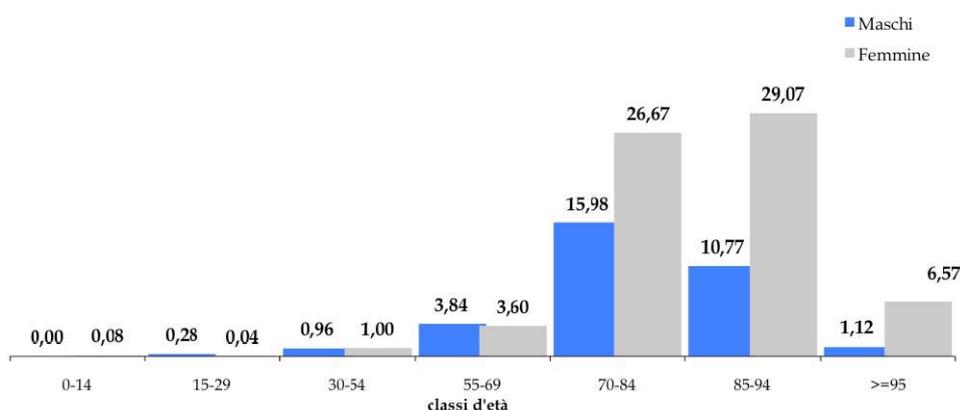


Figura 51

La durata della PIC al momento della rilevazione era superiore a 1 mese nel 79,2% dei casi - come atteso per una popolazione di pazienti cronici e in gran parte probabilmente allettati o con bassi livelli di autonomia.

RSA pubbliche

Dei 136 casi di UdP osservati, solo il 18,4% era rappresentato da maschi e, come per l'assistenza a domicilio, il 92,6% da soggetti (maschi e femmine) di età superiore o uguale ai 70 anni (Figura 52).

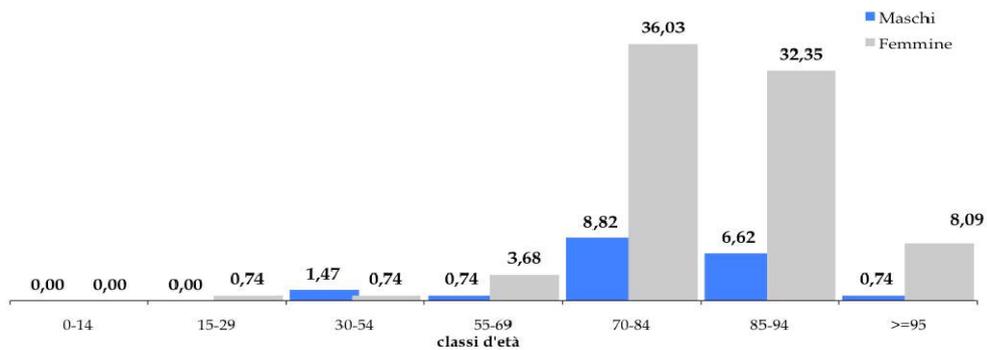


Figura 52

Quesito 6 - Qual è la prevalenza delle UdP nelle classi di punteggio Braden?

Ospedali (AOU e Ospedali di AUSL)

La prevalenza di UdP totali e di lesioni di I grado aumenta, come atteso, in ragione dell'aumento del rischio secondo il punteggio Braden (Figura 53). È interessante comunque notare come le lesioni di I grado, che possono ancora regredire, rappresentino sempre una proporzione considerevole, in alcune classi di rischio addirittura quasi uguale alla proporzione di lesioni di grado II-IV, ma mai superiore.

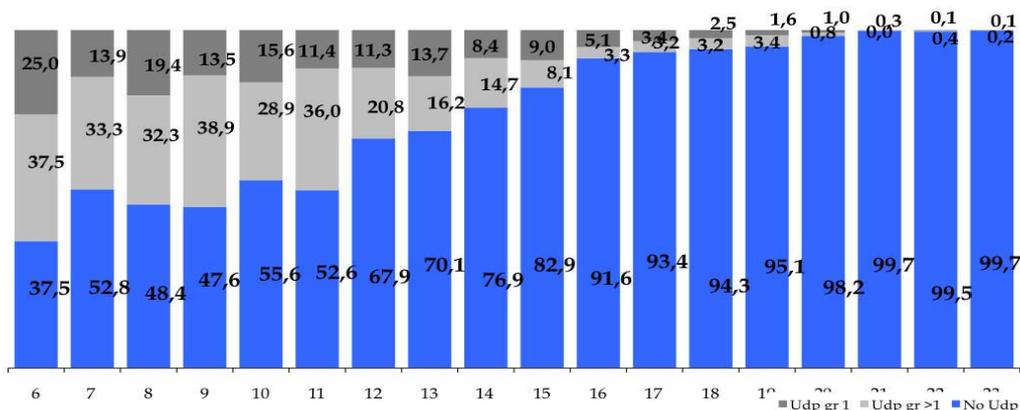


Figura 53

Distretti (assistenza domiciliare)

In questi pazienti le UdP sono presenti in tutte le fasce di punteggio Braden, con una prevalenza molto più alta rispetto ai pazienti ospedalieri (Figura 54). Le lesioni di I grado sono invece sempre presenti in proporzioni basse. Si tratta quindi di pazienti in cui la probabilità di regressione è decisamente meno favorevole.

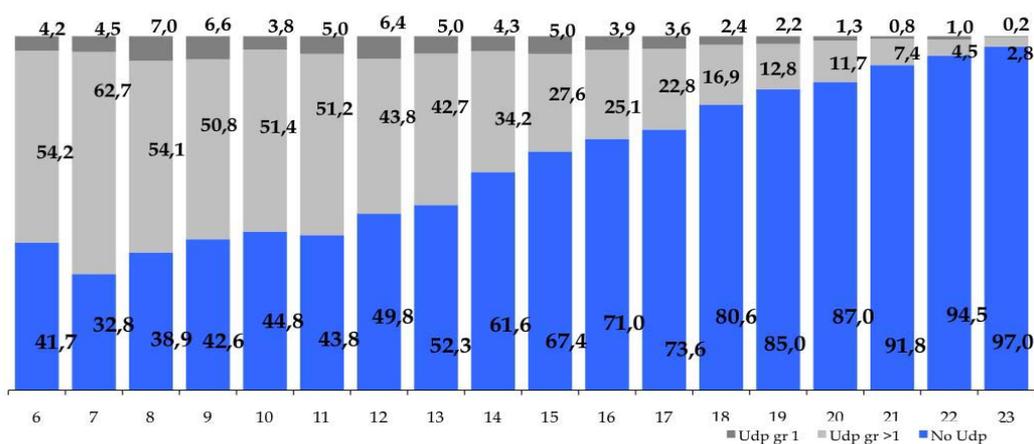


Figura 54

RSA pubbliche

Sebbene l'andamento crescente della prevalenza secondo il punteggio Braden sia ugualmente osservabile, in questi pazienti la distribuzione delle lesioni, incluse le lesioni di I grado, appare molto più irregolare (**Figura 55**). Questo fenomeno è interpretabile in diversi modi: potrebbe dipendere dalla diversa tipologia di pazienti (con diversi gradi di autonomia e di disabilità) che sono ospiti delle RSA, così come dalla scarsa numerosità della casistica.

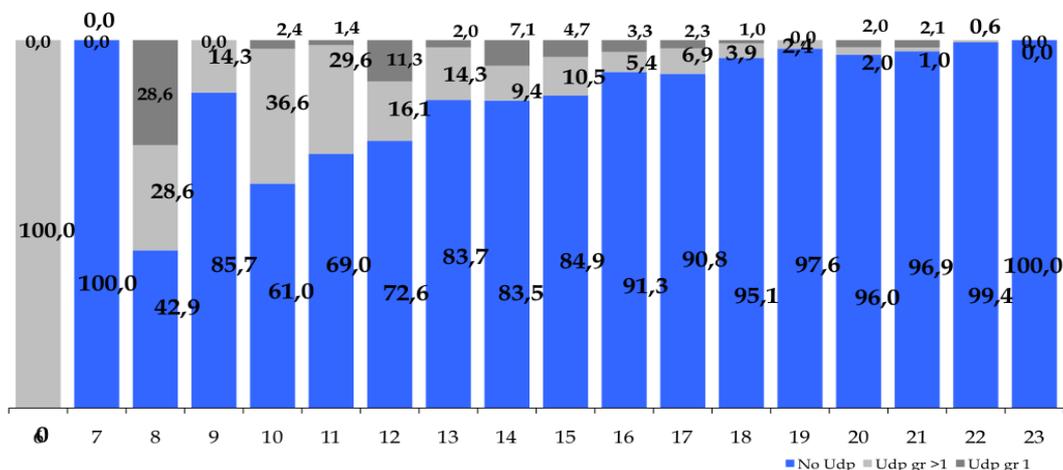


Figura 55

Quesito 7 - Qual è la prevalenza delle UdP secondo l'area assistenziale?

Ospedali (AOU e Ospedali di AUSL)

La prevalenza più elevata si osserva in tre aree assistenziali: **Terapia Intensiva** (12,1%), **Geriatrics** (12,7%) e **Riabilitazione** (17,6%). La Riabilitazione ha la proporzione più bassa di lesioni di I grado; in Geriatrics, Terapia Intensiva e Chirurgia di Alta Specializzazione le lesioni di I grado rappresentano circa 1/3 del totale delle lesioni. In Ortopedia e Medicina la quota di lesioni di I grado appare più elevata rispetto alle altre aree (Figura 56).

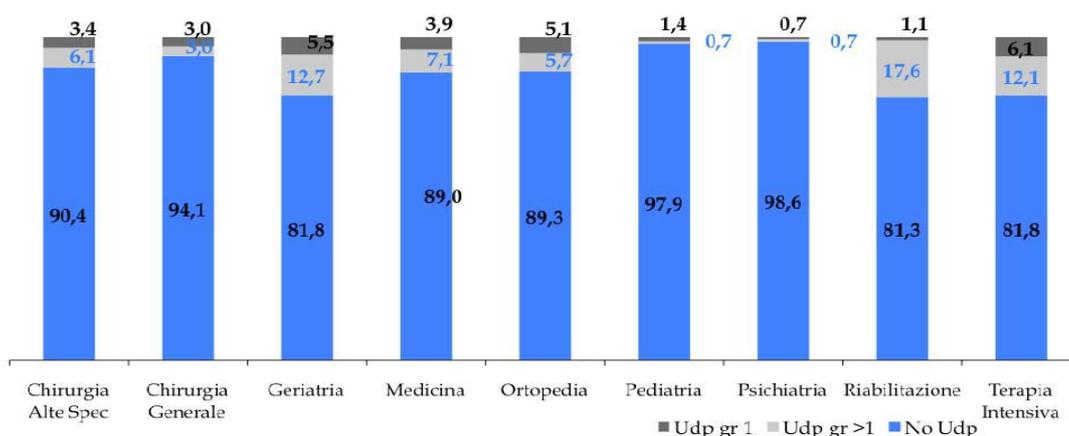


Figura 56

Il quesito 7 non è applicabile a Distretti e RSA.

Quesito 8 - Qual è la prevalenza delle UdP secondo diverse tipologie di incontinenza?

Ospedali (AOU e Ospedali di AUSL)

La prevalenza di lesioni di tutti i gradi è massima - 32,1% - tra i pazienti con incontinenza abituale. Tuttavia la proporzione elevata di pazienti con incontinenza di tipo non specificato non consente una stima affidabile di questo dato (Figura 57).

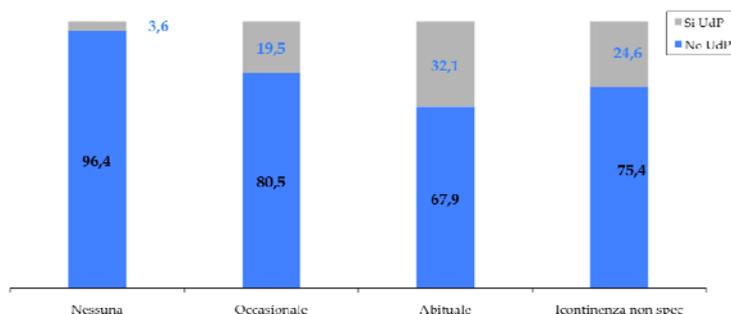


Figura 57

Distretti (assistenza a domicilio)

La prevalenza di lesioni di tutti i gradi è massima - 45,2% - tra i pazienti con incontinenza abituale. Tuttavia anche in questo caso la proporzione elevata di pazienti con incontinenza di tipo non specificato non consente una stima affidabile del dato (Figura 58).

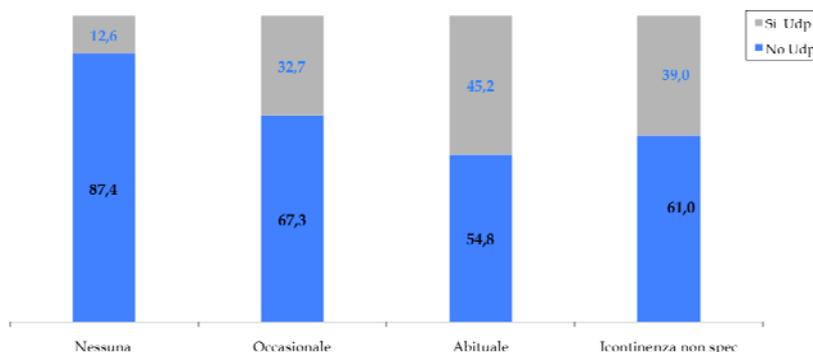


Figura 58

RSA pubbliche

In queste strutture la proporzione di lesioni è molto più bassa rispetto ai due *setting* assistenziali precedenti, raggiungendo il valore massimo di 17,4% nei pazienti con incontinenza abituale (Figura 59).

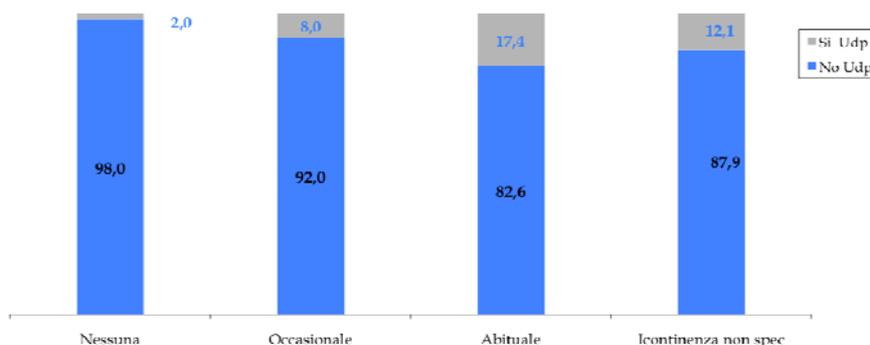


Figura 59

**Quesito 9 - a) Qual è l'utilizzo di SAD nel campione analizzato?
b) Qual è la proporzione di SAD raccomandate dalle LG?**

Ospedali (AOU e Ospedali di AUSL)

Una SAD viene utilizzata nel **14,85%** (n=1.054) dei 7.096 pazienti indagati. La maggior parte di queste, il **72,6%** (n=759), è del tipo **raccomandato dalle LG**, cioè con altezza > 10 cm, oppure letto fluidizzato.

Distretti (assistenza a domicilio)

Una SAD viene utilizzata nel **44,45%** (n=3.649) degli 8.209 pazienti indagati. Solo il **7,73%** però (n=282) è del tipo **raccomandato dalle LG**, cioè con altezza > 10 cm, oppure letto fluidizzato. In questo *setting* assistenziale dunque l'assegnazione di ausili di scarsa efficacia sembra essere la regola, piuttosto che l'eccezione.

RSA pubbliche

Anche nelle RSA l'utilizzo di ausili di scarsa efficacia sembra un problema rilevante: solo il **6,15%** (n=23) è del tipo **raccomandato dalle LG**, mentre l'utilizzo complessivo di SAD interessa il 27,0% degli ospiti (n=351).

I dati per Ospedali, Distretti ed RSA sono riportati in **Tabella 21**, qui sotto.

N. pazienti	Ospedali	%	Distretti	%	RSA	%
Totale	7.096	100	8.209	100	1.384	100
PAD	1.054	14,8	3.649	44,4	351	27,0
PAD raccomandato da LG (% sul totale dei PAD)	759	72,6	282	7,7	23	6,1

**Quesiti 10 - a) Qual è l'utilizzo di SAD secondo le classi di rischio della scala Braden?
b) Qual è la proporzione di SAD raccomandate dalle LG?**

Ospedali (AOU e Ospedali di AUSL)

L'utilizzo di SAD aumenta con l'aumentare del punteggio di rischio secondo la scala di Braden, soprattutto nelle fasce comprese tra 18 e 12. Nelle fasce a rischio più elevato, cioè con punteggio < 12, l'utilizzo di SAD sembra invece diminuire (Figura 60).

L'interpretazione del fenomeno non è chiara, ma deve anche essere considerata la scarsa numerosità di queste classi. In tutte le classi di rischio la proporzione di SAD non raccomandate è molto bassa.

La distribuzione degli Ospedali secondo la % di utilizzo di SAD nei pazienti a rischio è rappresentata in Figura 61.

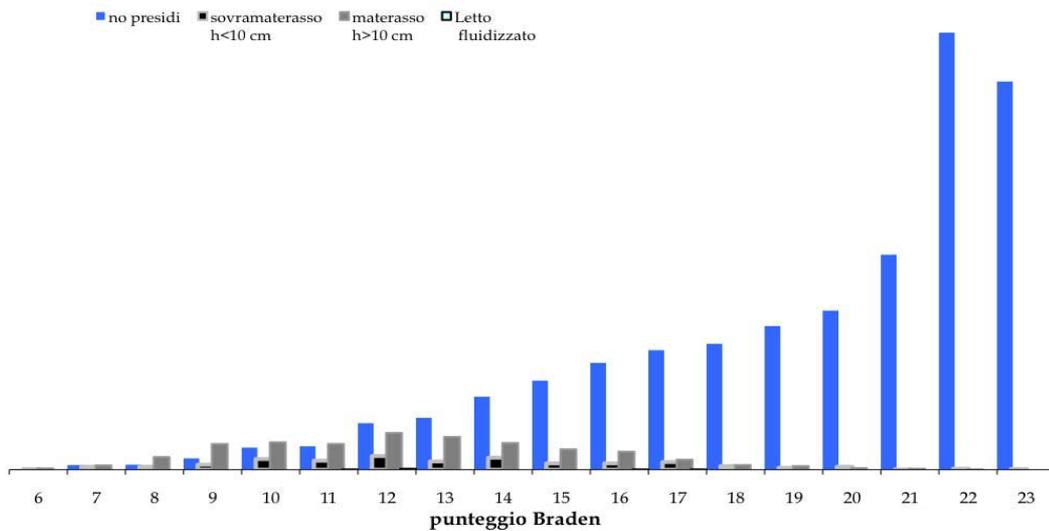


Figura 60
Utilizzo di SAD secondo le classi di punteggio Braden - OSPEDALI

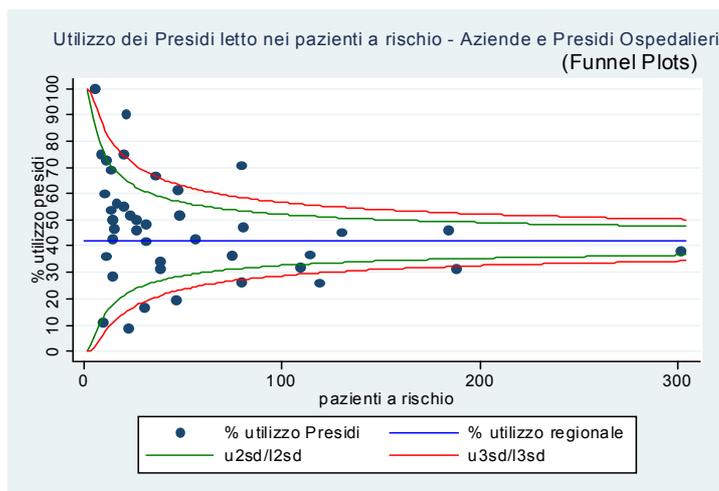


Figura 61
Distribuzione secondo la percentuale di utilizzo di SAD nei soggetti a rischio - OSPEDALI

Distretti (assistenza a domicilio)

Anche nei pazienti assistiti a domicilio l'utilizzo di SAD appare in aumento secondo il punteggio Braden, soprattutto nelle fasce comprese tra 19 e 10, per diminuire poi nelle fasce a rischio più elevato (Figura 62). Ma, contrariamente a quanto avviene in Ospedale, la maggior parte degli ausili assegnati è di tipo non raccomandato dalle LG (barre di colore nero), in tutte le fasce di rischio.

La distribuzione dei Distretti secondo la % di utilizzo di SAD nei pazienti a rischio è rappresentata in Figura 63.

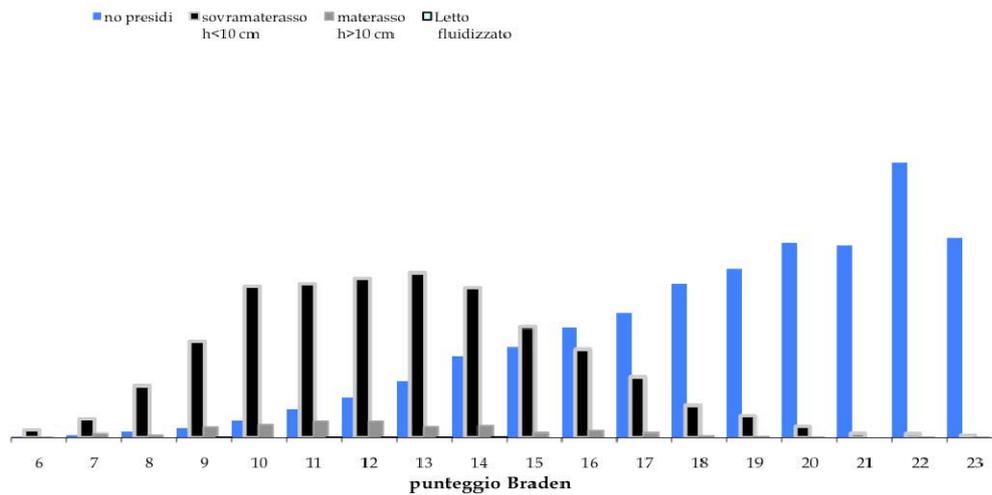


Figura 62
Utilizzo di SAD secondo le classi di punteggio Braden - DISTRETTI

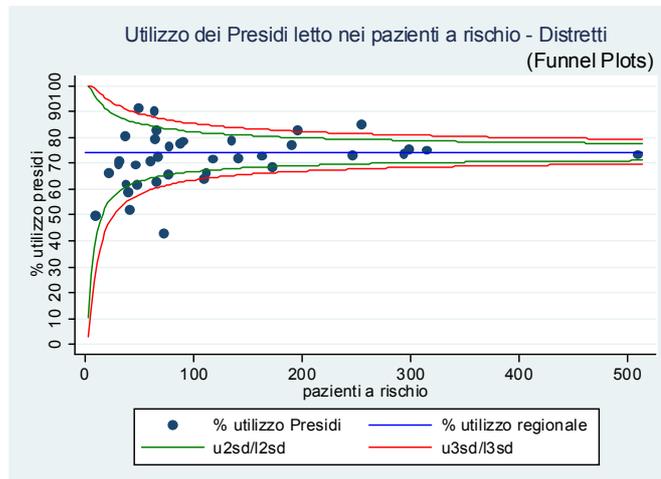


Figura 63
Distribuzione secondo la percentuale di utilizzo di SAD nei soggetti a rischio - DISTRETTI

RSA pubbliche

Anche nei pazienti ospiti di RSA l'utilizzo di SAD appare in aumento secondo il punteggio Braden, soprattutto nelle fasce comprese tra 20 e 11, per diminuire poi nelle fasce a rischio più elevato (Figura 64). Anche in questo *setting* assistenziale, la maggior parte degli ausili assegnati è di tipo non raccomandato dalle LG (barre di colore nero) in tutte le fasce di rischio.

La distribuzione delle RSA secondo la % di utilizzo di SAD nei pazienti a rischio è rappresentata in Figura 65.

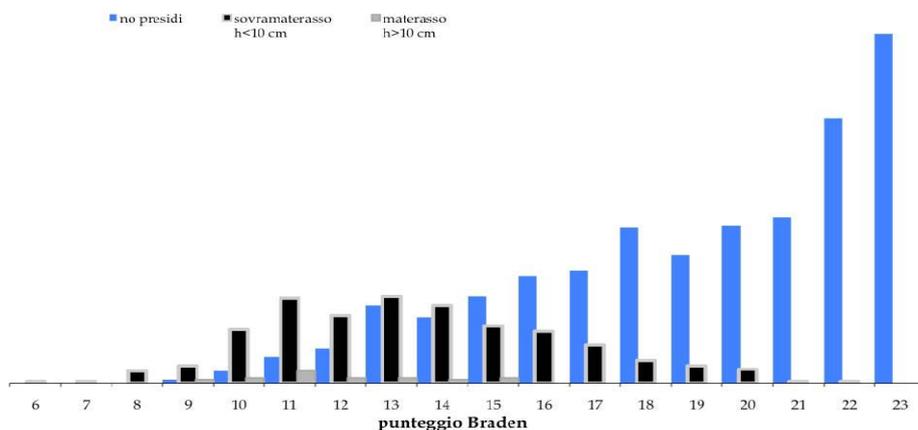


Figura 64
Utilizzo di SAD secondo le classi di punteggio Braden - RSA pubbliche

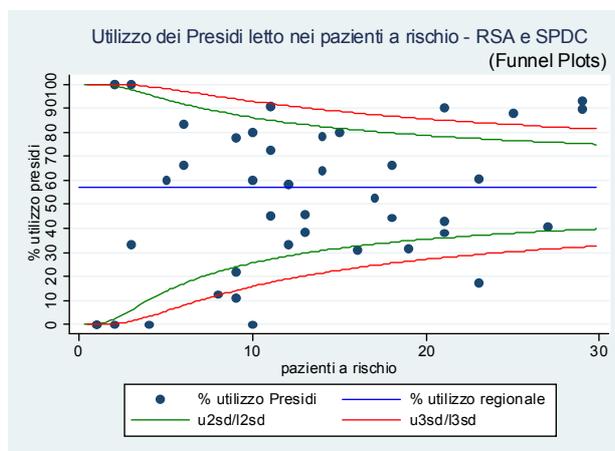


Figura 65
Distribuzione secondo la percentuale di utilizzo di SAD nei soggetti a rischio - RSA pubbliche

**Quesiti 11 - a) Qual è l'utilizzo di SAD nei pazienti con UdP?
b) Qual è la proporzione delle SAD raccomandate dalle LG?**

Ospedali (AOU e Ospedali di AUSL)

Il 59,8% dei pazienti con UdP utilizza una SAD e, tra questi, il 76,7% utilizza una SAD raccomandata dalle LG (Figura 66).

Distretti (assistenza a domicilio)

Il 72% dei pazienti con UdP utilizza una SAD (quindi una proporzione maggiore rispetto a quanto osservato in Ospedale) ma, nella quasi totalità dei casi (91,5%), si tratta di una SAD non raccomandata dalle LG (Figura 67).

RSA pubbliche

L'80% dei pazienti con UdP utilizza una SAD ma, come per l'assistenza a domicilio, si tratta nella maggior parte dei casi (90%) di una SAD non raccomandata dalle LG (Figura 68).

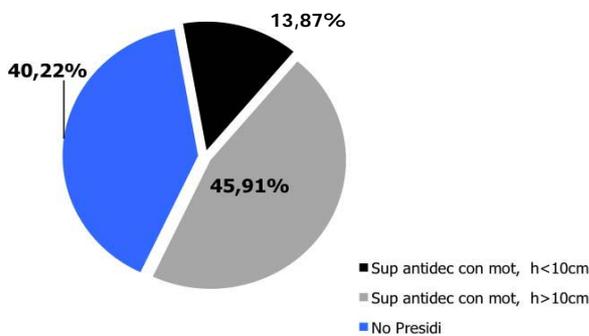


Figura 66 - Utilizzo di SAD nei pazienti con UdP - OSPEDALI

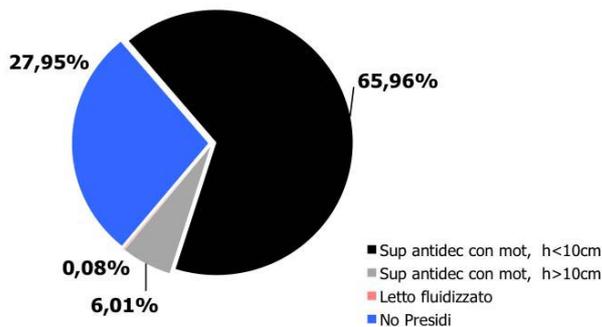


Figura 67 - Utilizzo di SAD nei pazienti con UdP - DISTRETTI

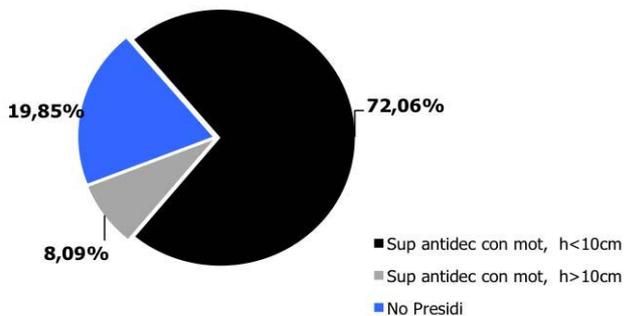


Figura 68 - Utilizzo di SAD nei pazienti con UdP - RSA pubbliche

La distribuzione degli Ospedali, dei Distretti e delle RSA secondo la % di utilizzo di SAD nei pazienti con UdP è rappresentata rispettivamente nelle Figure 69, 70 e 71.

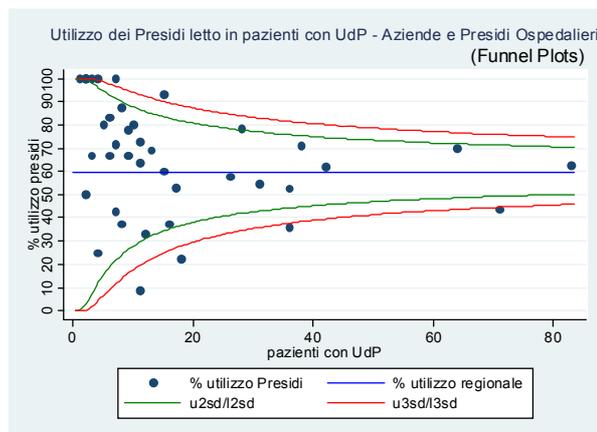


Figura 69 - Distribuzione degli OSPEDALI secondo l'utilizzo di SAD nei pazienti con UdP

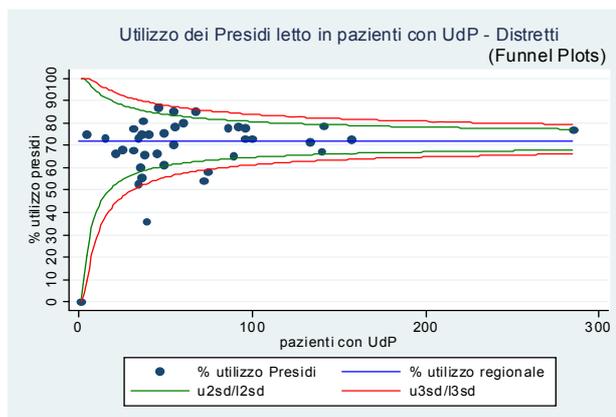


Figura 70 - Distribuzione dei DISTRETTI secondo l'utilizzo di SAD nei pazienti con UdP

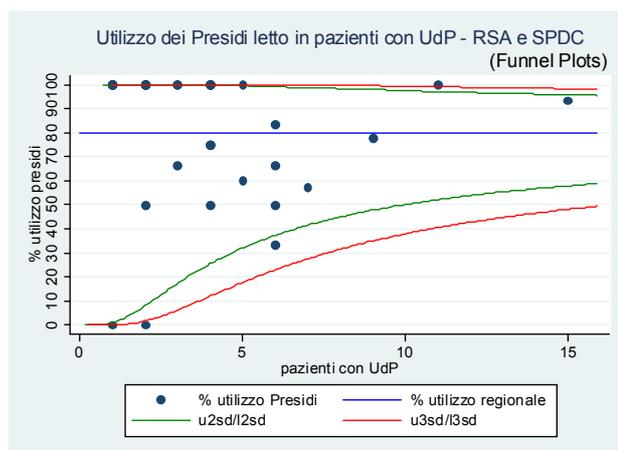


Figura 71 - Distribuzione delle RSA pubbliche secondo l'utilizzo di SAD nei pazienti con UdP

Tabella 22 - Indagini di prevalenza delle UdP condotte in Toscana
Sintesi dei quesiti

N.	Pilota, 2005	N.	Regionale, 2006
Il campione in studio			
Dati generali	Strutture partecipanti, dimensione del campione, distribuzione per sesso, età, DD o PIC	Dati generali	Strutture partecipanti, dimensione del campione, distribuzione per sesso, età, DD o PIC
Il rischio secondo Braden			
1	Come varia la DD/PIC? In relazione al punteggio Braden ?		
2	Qual è la frequenza di soggetti con incontinenza? <i>In relazione al punteggio Braden e all'area di degenza</i>		
3	Qual è la distribuzione dei pazienti secondo classi di punteggio Braden?	1	Come varia il rischio secondo la scala di Braden?
4	Qual è la distribuzione dei pazienti secondo i singoli fattori della scala Braden?	2	Qual è la distribuzione dei pazienti secondo i singoli fattori della scala Braden? <i>(solo incontinenza)</i>
5	Qual è la distribuzione dei pazienti secondo classi di punteggio Braden e classi d'età?		
6	Qual è la distribuzione dei pazienti secondo le classi di punteggio Braden e area di degenza?		
Le Ulcere da Pressione (UdP)			
8	Qual è la prevalenza di UdP?	3	Qual è la prevalenza di UdP?
		4	Qual è la distribuzione secondo il n. di lesioni?
9	Quali sono le sedi più frequenti delle UdP più gravi?		
10	Qual è la distribuzione per sesso ed età?	5	Qual è la distribuzione per sesso ed età?
11	Qual è la distribuzione per punteggio Braden?	6	Qual è la prevalenza nelle classi di punteggio Braden?
12	Qual è la distribuzione per area assistenziale?	7	Qual è la prevalenza secondo l'area assistenziale?
13	Qual è la distribuzione per DD/PIC?		
14	Qual è la distribuzione per tipo di incontinenza?	8	Qual è la prevalenza per tipo di incontinenza?
L'utilizzo delle SAD			
		9	Qual è l'utilizzo di SAD nell'intero campione esaminato?
7	Qual è l'utilizzo di SAD nelle diverse classi di rischio?	10	Qual è l'utilizzo di SAD nelle diverse classi di rischio?
15	Qual è l'utilizzo di SAD nei pazienti con UdP?	11	Qual è l'utilizzo di SAD nei pazienti con UdP?

Le Aree Vaste (AAVV)

Le tabelle e i grafici presentati e commentati nelle pagine precedenti si riferiscono alla situazione complessiva dell'intera regione Toscana. È utile tuttavia analizzare alcuni dei fenomeni indagati anche nelle singole AAVV, allo scopo di evidenziare eventuali differenze di possibile interesse per la programmazione regionale.

Dimensioni del campione

Nella tabella che segue - **Tabella 23** - è presentata la distribuzione del campione. Come si vede, l'AV Centro (AVC) ha fornito il contributo numericamente più consistente allo studio, sia con la popolazione complessiva (7278 soggetti, il 43,6% del totale) sia, in particolare, con le sottopopolazioni provenienti dai Distretti (48,5%) e dalle RSA (49,5%); per gli Ospedali invece, il contributo numericamente maggiore è stato fornito dall'AV Nord Ovest (AVNO).

Setting assistenziale	AVC	AVNO	AVSE	Totale
Totale	7.278	5.710	3.701	16.689
Ospedali	2.610 (n=14)	2.797 (n=18)	1.689 (n=13)	7.096 (n=44)
Distretti	3.983 (n=8)	2.464 (n=16)	1.762 (n=13)	8.209 (n=37)
RSA	685 (n=26)	449 (n=18)	250 (n=12)	1.384 (n=56)

Rischio di UdP secondo la classe Braden

A livello regionale, la proporzione di pazienti a rischio di UdP è pari a 31,4% negli Ospedali, 40,3% nelle RSA e 53,8% nell'assistenza domiciliare. In tabella 24 è presentata la distribuzione nelle 3 AAVV. La variabilità non è elevata per il *setting* ospedaliero, aumenta leggermente per i Distretti ed è massima per le RSA: questa osservazione suggerisce l'esistenza di differenze nella tipologia di pazienti - ospiti assistiti, anche se non possono essere escluse differenze legate all'attitudine dei rilevatori nelle singole AAVV.

Tabella 24

Setting assistenziale	AVC	AVNO	AVSE	Totale
Ospedali	31,9%	29,8%	33,4%	31,4%
Distretti	54,1%	56,7%	49,2%	53,8%
RSA	35,0%	46,8%	54,8%	40,3%

Prevalenza di UdP

La proporzione di pazienti con UdP nelle tre AAVV è presentata in Tabella 24. Come a livello regionale, la prevalenza tra i pazienti assistiti nei Distretti si conferma essere circa 3 volte quella osservata negli Ospedali. Il dato più rilevante tuttavia consiste nella posizione che ciascuna AV assume rispetto alle altre (*rank*): in tutti i *setting* assistenziali l'AV Sud Est (AVSE) mostra la prevalenza più elevata, con valori che superano quelli dell'AVC per una quota pari al 40-50%. Confrontando le tabelle 24 e 25, è possibile inoltre osservare come, in tutte le AAVV, la differenza tra soggetti a rischio e soggetti con UdP sia massima nelle RSA (dove, mediamente, il rapporto tra soggetti a rischio e pazienti con ulcera è pari a 4 circa) e minima nei Distretti (dove scende a 2 per l'AVC, a 1,6 per l'AVNO e addirittura a 1,3 per l'AVSE). Questo *trend* suggerisce l'opportunità di indagare in profondità l'efficacia delle pratiche di prevenzione nei *setting* assistenziali studiati, con particolare attenzione all'assistenza domiciliare.

Tabella 25

Setting assistenziale	AVC	AVNO	AVSE	Totale
Ospedali	8,4%	10,3%	12,5%	10,2%
Distretti	25,7%	35,1%	38,7%	30,4%
RSA	8,5%	10,9%	11,6%	9,8%

Utilizzo di Superfici Anti-Decubito (SAD)

A livello regionale, la proporzione di pazienti con UdP che utilizzano SAD è pari a 59,8% negli Ospedali, 80,0% nelle RSA e 72,0% nell'assistenza domiciliare. In tabella 26 è presentata la distribuzione nelle 3 AAVV. Anche in questo caso l'AVSE mostra proporzioni di pazienti 'protetti' nettamente inferiori alle altre AAVV. Questa osservazione risulta ancora più rilevante se si considera che la stessa AVSE presenta la prevalenza di UdP più elevata. Infine, come già osservato a livello regionale, tra i pazienti che utilizzano SAD, la proporzione di quelli con SAD raccomandate dalle LG è più elevata in Ospedale (da segnalare la posizione di vantaggio dell'AVNO) e molto bassa sul territorio. In generale, comunque, l'AVC appare la più virtuosa.

Tabella 26

Setting assistenziale	AVC	AVNO	AVSE	Totale
Ospedali	68,8% (73,0%)	59,7% (86,6%)	50,5% (66,3%)	59,8% (76,8%)
Distretti	75,27% (10,4%)	74,9% (5,4%)	62,6% (9,1%)	72,0% (8,5%)
RSA	88,0% (13,7%)	81,6% (9,9%)	62,0% (0,1%)	80,0% (10,1%)

Il dolore

Nel corso dell'indagine di prevalenza sono stati raccolti anche pochi e semplici dati sulla presenza di dolore, in tutti i pazienti indagati, e di dolore alla medicazione, nei pazienti con ulcera (v. Allegato 3). I risultati di questa rilevazione sono stati presentati in sedi specifiche, in ambito regionale, e raccolti in un *report*, consultabile sul sito ARS, alla pagina <http://www.mad.it/ars/html/articolo.asp?Articolo=174&Voce=7&ID=160>

In questo rapporto di ricerca vale la pena ricordare soltanto alcuni risultati relativi alla presenza di dolore alla medicazione. Ai pazienti con ulcera di qualunque grado è stata posta la domanda '*Prova (abituamente) dolore durante la medicazione?*', sollecitando una risposta in termini di punteggio espresso secondo una scala da 1 a 10. In caso di dolore non valutabile dal rilevatore (ad esempio per problemi di comunicazione o cognitivi) veniva selezionato un punteggio pari a 11.

I risultati principali sono stati i seguenti:

- **Ospedali:** il 53% dei pazienti con dolore valutabile ha dichiarato la presenza di dolore alla medicazione; tra questi, circa il 19% ha dichiarato di provare dolore forte o atroce;
- **Distretti** (assistenza a domicilio): il 72% dei pazienti con dolore valutabile ha dichiarato la presenza di dolore alla medicazione; tra questi, il 19% ha dichiarato di provare dolore forte o atroce;
- **RSA:** il 59% dei pazienti con dolore valutabile ha dichiarato la presenza di dolore alla medicazione; tra questi, il 21% ha dichiarato di provare dolore forte o atroce.

Anche per la rilevazione sul dolore devono essere menzionati alcuni limiti metodologici:

- la scheda per la raccolta dati è stata progettata per altri scopi, l'indagine sul dolore ne costituisce una parte ancillare;
- la rilevazione tramite scala verbale non è appropriata per le diverse tipologie di soggetti indagati, soprattutto per i pazienti assistiti a domicilio e per gli ospiti delle RSA, molti dei quali sono spesso affetti da problemi cognitivi;
- la formazione dei rilevatori, per quanto riguarda la rilevazione del dolore, è stata minimale, limitata all'uso dello strumento.

Nonostante tali aspetti problematici, le informazioni raccolte possono fornire un utile orientamento a supporto di futuri e più mirati approfondimenti.

Conclusioni

L'indagine di prevalenza 2006 ha fornito per la prima volta e per tutta la regione Toscana, informazioni sul problema 'UdP' non solo negli Ospedali ma anche in Distretti e RSA, documentando la rilevanza del problema ed evidenziando alcune differenze tra aree geografiche. L'alta percentuale di UdP con grado >1 - intorno al 60% negli Ospedali, fino al 90% tra i pazienti con UdP in assistenza domiciliare, senza rilevanti differenze tra le AAVV - rappresenta una sfida per tutto il servizio sanitario regionale.

Equità e appropriatezza nell'uso delle SAD, sia per i soggetti a rischio, sia per i pazienti con ulcera in atto, sono problemi importanti. In Ospedale si osserva un certo sottoutilizzo ma è più frequente la prescrizione di ausili raccomandati, mentre sul territorio il ricorso a SAD non raccomandate è davvero eccessivo. Questo problema potrebbe essere affrontato rivedendo le procedure di selezione e assegnazione e procedendo a un aggiornamento del nomenclatore tariffario.

Un'altra chiave di lettura che l'indagine regionale offre, è quella relativa al momento di insorgenza dell'ulcera. Analisi non sistematiche sui dati raccolti suggeriscono che, tra tutti i soggetti con ulcera, la proporzione di pazienti con ulcera già in atto al momento dell'ammissione o presa in carico in Ospedale o in RSA si aggira intorno al 35-37% e superi il 60% per i pazienti in assistenza domiciliare. Queste informazioni meritano ulteriori approfondimenti anche attraverso indagini di incidenza condotte nelle singole Aziende, in modo da consentire interventi mirati, a livello locale, per il miglioramento della continuità assistenziale.

L'indagine di prevalenza ha ovviamente molti limiti in sé, già discussi in questo documento, nella sezione dedicata (pag. 20). Inoltre, per una migliore discussione dei risultati, sarebbe necessario disporre di procedure di *risk adjustment*, che non è stato possibile adottare. Infine, non è stata condotta un'analisi di concordanza tra rilevatori, che avrebbe potuto offrire informazioni sul grado di affidabilità delle stime e della variabilità descritte. Tutti questi limiti sono propri di indagini 'sul campo', condotte in un contesto di 'vita reale' piuttosto che in condizioni strutturate e controllate adatte per ricerche metodologicamente rigorose. Tuttavia, data l'estensione geografica ampia in cui lo studio è stato condotto - con evidenti e comprensibili difficoltà logistiche e organizzative - e data la novità che questa iniziativa ha rappresentato per la rete dei servizi, i risultati ottenuti rappresentano a nostro parere un patrimonio informativo prezioso e un riferimento *baseline* obbligato per future ricerche conoscitive e per la valutazione di efficacia di interventi di miglioramento nella nostra Regione.

Infine, lo studio ha rappresentato un mezzo straordinario per promuovere e costruire una rete collaborativa regionale di operatori che, ci auguriamo resterà anche in futuro un riferimento costante, sia per l'attuazione delle principali raccomandazioni sia per il monitoraggio periodico di indicatori, soprattutto per quanto riguarda prevalenza e/o incidenza e utilizzo di SAD.

Migliorare l'utilizzo degli ausili anti-decubito e delle medicazioni

Nelle prossime pagine vengono presentate alcune riflessioni e proposte, elaborate nell'ambito del progetto regionale, per un utilizzo più equo e appropriato di ausili e medicazioni in Ospedale e sul territorio

**PROGETTO
'PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE ULCERE DA PRESSIONE'**

Documento prodotto dal Gruppo di lavoro¹⁰

**'PRESIDI DI MEDICAZIONE AVANZATA E SUPERFICI PER LA PREVENZIONE
E IL TRATTAMENTO DELLE UDP'**

Accesso e appropriatezza di utilizzo

IL PROBLEMA

Il problema delle ulcere croniche riveste una valenza sociale importante: colpisce oltre il 3% della popolazione generale e spesso il trattamento si prolunga per anni con grave sofferenza per il paziente e forti ricadute economiche per i servizi sanitari.

Per quanto riguarda la realtà attuale della regione Toscana, si stima che solo nell'area fiorentina il 50% dell'attività di assistenza domiciliare sia dedicata alla gestione dei pazienti con ulcere croniche; di questi, il 28% è affetto da UdP. Lo studio di prevalenza regionale condotto in Toscana nel 2006 con il coordinamento dell'ARS, ha stimato percentuali pari al 9,2% nelle AOU, al 10,6% negli Ospedali delle AUSL, al 34,4% nei pazienti assistiti a domicilio e al 9,8% nelle RSA. Nell'AVC, dove negli ultimi anni sono stati avviati progetti di miglioramento della qualità assistenziale mirati alla riduzione delle UdP, la prevalenza è risultata pari a 8,47%, con valori inferiori a quelli rilevati nelle altre due AAVV.

È stata segnalata e indagata da più studi l'efficacia di medicazioni di tipo avanzato nella gestione della riparazione dei tessuti rispetto alla medicazione tradizionale in garza asciutta. La rimborsabilità di questi prodotti, di cui è stata ampiamente dimostrata la potenzialità nel ridurre la spesa, anche del 60-70%, non è prevista, se non in minima parte, dal nomenclatore tariffario attualmente in uso¹¹. In altre regioni sono state messe in atto iniziative, anche a livello normativo, mirate a garantire una migliore gestione del problema.

La regione Toscana ha prodotto nel 2005 un documento di LG a supporto di una corretta pratica assistenziale. Le indagini di prevalenza successivamente (2005 e 2006) hanno messo a disposizione delle singole Aziende dati recenti di stima delle dimensioni del fenomeno.

È ora necessario proseguire il percorso con l'obiettivo di implementare gradualmente le raccomandazioni e migliorare la pratica assistenziale nei luoghi di cura. A supporto di questo obiettivo è stato redatto questo documento di analisi e proposta.

QUADRO NORMATIVO E ASSISTENZIALE: LA SITUAZIONE IN EUROPA

È possibile identificare alcuni principi fondamentali per una corretta assistenza al paziente con UdP:

il trattamento deve essere individualizzato e adeguato al singolo paziente

è necessario ridurre il peso assistenziale di questo problema in carico al personale medico e infermieristico e alle istituzioni sanitarie nel loro complesso

è necessario affrontare il problema considerando sia l'aspetto della prevenzione sia l'importanza di un inizio tempestivo del trattamento stesso, in modo da impedire la progressione a stadi più gravi spesso irreversibili.

Partendo da queste considerazioni, esistono diverse possibilità per definire e attuare un modello organizzativo efficace: nei diversi Paesi europei si sono andati definendo infatti modelli diversi, condizionati da fattori culturali, normativi e di impostazione generale delle politiche sanitarie. Vengono qui di seguito analizzati alcuni esempi.

¹⁰ Questo documento è stato redatto da Cristina Fabbri (AOU Careggi) Francesca Falciani (AUSL 10), Marco Romanelli (AOU Pisa), con il contributo di Stefania Rodella (ARS Toscana).

¹¹ Il Decreto nuovi LEA introduce alcune modifiche ma non è ancora in vigore.

Gran Bretagna

In Gran Bretagna e nei Paesi scandinavi la cura della lesione avviene in ambiente prevalentemente non ospedaliero, generalmente a casa del paziente, con il sostegno delle organizzazioni sanitarie a cui sono affidate le cure primarie e di comunità. Questo modello organizzativo riduce l'onere del problema a carico dell'Ospedale, dove l'assistenza ha costi maggiori.

La cura della lesione in un contesto non ospedaliero presenta molti aspetti positivi, soprattutto per i pazienti più anziani, che trovano più confortevole essere assistiti a casa. Tuttavia, bisogna sottolineare che in Gran Bretagna sono sorti servizi e istituzioni di sostegno dedicati a questo tipo di assistenza.

Spesso il personale infermieristico ospedaliero viene specificamente formato e può far riferimento a infermieri specializzati e con ampia esperienza nel trattamento delle lesioni croniche, come ad esempio i *"Tissue Viability Nurses"*. Inoltre, esistono strutture regionali specializzate per il trattamento di lesioni complesse, che richiedono interventi chirurgici minori. Il ricovero in Ospedale con intervento chirurgico rappresenta l'ultima soluzione per il trattamento.

Per il funzionamento di questo sistema, è evidente quanto sia importante il coordinamento del personale infermieristico con il servizio farmaceutico. Infatti, anche gli infermieri possono prescrivere medicazioni che sono incluse nel Prontuario farmaceutico: una parte del prontuario in uso in Gran Bretagna elenca i medicinali che possono essere prescritti dagli infermieri senza ricorrere a un medico. Molte medicazioni avanzate sono elencate in questa sezione e gli operatori sanitari possono richiedere l'inclusione nel prontuario di nuove medicazioni per lesioni croniche.

Il listino, realizzato dal *Department of Health*, costituisce un supporto fondamentale nell'assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni nel settore *Home Care* e la sostenibilità economica. Il listino viene pubblicato ogni mese per permettere aggiornamenti regolari ed include quasi tutte le medicazioni per il trattamento delle lesioni croniche, ad esclusione di quelle che richiedono un intervento chirurgico in Ospedale, come la ricostruzione o innesti cutanei.

Il sistema inglese è in vigore da diversi anni e sembra funzionare bene. Gli infermieri apprezzano la possibilità di prescrivere medicazioni appropriate senza dover ricorrere al medico di Medicina generale; i pazienti beneficiano del libero accesso alle medicazioni più avanzate senza dover andare in un Ospedale; l'intero sistema sanitario beneficia del fatto che medicazioni appropriate e con un buon rapporto qualità-prezzo siano disponibili per la cura della lesione; anche i produttori di medicazioni sono generalmente soddisfatti poiché questo sistema permette loro di promuovere i prodotti nell'ambiente *Home Care* dove la maggior parte delle lesioni viene trattata. L'unico lato negativo di questo sistema è che talvolta può essere lento e burocratico e possono esserci ritardi di diversi mesi prima che una medicazione disponibile in Ospedale sia disponibile anche nel contesto della *Home Care*. In questi casi può accadere che un paziente che ha iniziato un trattamento in Ospedale non abbia più accesso agli stessi prodotti una volta dimesso. La mancanza di continuità nel trattamento sta comunque migliorando dal momento che i tempi per l'inserimento di nuovi prodotti e medicazioni nel listino si sono progressivamente ridotti.

In ogni caso i prodotti utilizzati in Ospedale vengono attribuiti al *budget* generale e non agli stanziamenti specifici per i singoli reparti. I prodotti per il *wound care* vengono quindi forniti tramite gare e gli Ospedali adottano spesso modelli e prontuari con i prodotti disponibili.

Germania

In Germania la maggior parte delle lesioni croniche viene ancora curata nello studio del medico, che è responsabile della prescrizione, mentre la medicazione è effettuata da personale infermieristico. L'adozione di nuove tecnologie è un processo lento che può richiedere anche qualche anno. L'industria e il sistema sanitario sono innanzitutto orientati a convincere i medici dei benefici della cura delle ulcere e dell'importanza primaria dell'istruzione professionale, specialmente per prodotti innovativi.

Il rimborso delle medicazioni della lesione presenta tuttavia ancora alcuni problemi.

Nel settore ambulatoriale, il medico ha due sistemi di rimborso per i prodotti *wound care*. Il primo è il *budget* generale destinato ai *medical device*, *"Sprechstundenbedarf"*. La lista di prodotti che

possono essere rimborsati in questo modo è stabilita a livello regionale. Il secondo tipo di rimborso avviene attraverso la prescrizione, così come avviene per i prodotti farmaceutici e per le visite di controllo.

I medici possono prescrivere ogni prodotto che ritengano appropriato e il paziente viene rimborsato. Tuttavia, sui medici viene esercitata sempre maggiore pressione per limitare il loro *budget* di prescrizione, allo scopo di ridurre la spesa sanitaria sui prodotti farmaceutici. Generalmente, il *budget* per le medicazioni di lesioni cutanee croniche è insufficiente, soprattutto per quanto riguarda il *budget* generale, “*Sprechstundenbedarf*” (prima fonte di rimborso nel settore ambulatoriale). Questo *budget* copre il primo intervento del medico, mentre il *budget* per le prescrizioni riguarda il cosiddetto *follow-up*, cioè tutte le successive medicazioni. I prodotti sono elencati nel “*Sprechstundenbedarf*”, che viene negoziato individualmente con ognuna delle associazioni di medici regionali (oltre una ventina in Germania). In molti casi (circa il 70%), i prodotti più avanzati per la medicazione della lesione non sono presi in considerazione e non sono coperti adeguatamente da questo sistema di rimborso. Tuttavia, in molti casi i fondi per malattia (una sorta di assicurazioni private, molto diffuse e generalmente pagate dai datori di lavoro) provvedono al rimborso, che varia di regione in regione.

Un altro problema è quello della definizione di “*Verbandsmittel*” - medicazioni chirurgiche - perché molti nuovi prodotti per la medicazione della lesione non rientrano in questa definizione. In questi casi i fondi malattia non sono disposti a intervenire.

Nel settore ospedaliero i pazienti assicurati privatamente hanno facile accesso alle medicazioni, dal momento che ogni prodotto usato viene elencato dall’Ospedale e caricato sull’assicuratore privato. Tuttavia, questi pazienti sono rimborsati al di fuori del DRG ricevuto dall’Ospedale. I calcoli sulla maggior parte dei DRG non prendono in considerazione i prodotti *wound care* più recenti e ciò comporta una copertura di *budget* insufficiente.

In definitiva, in questo Paese la mancanza di *budget* specifici per prodotti *wound care*, sia nel settore di assistenza primaria che ospedaliera può creare barriere all’uso di nuovi prodotti, disincentivando l’uso delle medicazioni migliori, che potrebbero ridurre i tempi di guarigione.

Francia

Diversamente da altri Paesi europei, in Francia non vi è un sistema con centri specializzati in *wound care*. Molte delle UdP (49%) sono trattate da medici di Medicina generale o geriatri, mentre il 30% sono trattate nelle case di cura. Il restante 21% sono curate a casa.

Il medico visita il paziente una volta ogni due settimane. Molte ulcere venose degli arti inferiori (60%) e ulcere da piede diabetico vengono curate in casa ed il costo del rimborso varia. Le successive visite del medico possono avvenire nello studio o a casa del paziente. La tendenza che si sta sviluppando è quella di creare centri specializzati e realizzare un sistema di addestramento efficace per non specialisti (medici generici, infermieri e podologi).

In generale, il costo economico delle lesioni croniche non è molto definito in Francia. Alcuni studi dimostrano che i costi sono elevati anche se rimane ad oggi un campo scarsamente esplorato.

Il rimborso delle medicazioni viene gestito attraverso un sistema codificato, che regola i prezzi di rimborso. Una volta che il prodotto viene inserito nella lista di questo sistema, un medico generico può prescrivere il prodotto ed il paziente viene rimborsato. Tuttavia, questo sistema differenzia i prodotti specifici (marchi di commercio) dai prodotti generici e i farmacisti sono liberi di sostituire una medicazione se il medico fa una prescrizione generica.

Per avere il rimborso il produttore deve dimostrare che il prodotto costituisce un miglioramento rispetto alle tecnologie esistenti. Se il produttore non è in grado di offrire questa dimostrazione non può richiedere un prezzo diverso da quello delle tecnologie esistenti ed il prodotto rientra in una delle categorie già definite. In caso contrario il produttore può richiedere un *minimum price* o l’istituzione di una nuova categoria, richiesta che implica ulteriori approfondimenti sulla base di un dossier di documentazione specifica. L’onere per il produttore è fornire prova del miglioramento clinico sui prodotti esistenti, preferibilmente su base di studi controllati randomizzati che includano centri francesi. Sulla base dei benefici clinici dimostrati, il prodotto viene valutato su una scala di valori compresi tra 1 a 5, dove 1 rappresenta il prodotto innovativo, 5 il prodotto che non apporta

alcun miglioramento. Queste valutazioni, insieme ad altre informazioni sulle vendite attese, sui prezzi comparativi e sui costi di produzione, vengono esaminate da un comitato appositamente designato.

Il processo per valutare i prodotti innovativi in genere richiede 6 mesi, in altri casi tempi più lunghi.

Italia

Nel nostro Paese le lesioni cutanee vengono prevalentemente trattate in strutture di ricovero, da personale di provenienza specialistica diversa (Chirurgia Plastica, Chirurgia Vascolare, Dermatologia, Flebologia, Angiologia, Diabetologia, Geriatria, Medicina generale, altro).

La difficoltà di assicurare assistenza adeguata sul territorio è particolarmente accentuata nelle aree del Paese dove è più lento e problematico il diffondersi di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e strutture residenziali come le RSA.

I medici di Medicina generale sembrano ricoprire, al momento, una posizione di secondo piano rispetto a quanto avviene, ad esempio, in tutti gli altri Paesi europei. Le cause sono diverse:

- mancanza di piani di coinvolgimento/organizzazione
- difficoltà di diagnosi
- ridotta preparazione specifica
- non rimborsabilità dei presidi necessari alle cure della patologia

Di norma nessuna delle medicazioni di nuova generazione viene rimborsata, con l'eccezione di due realtà geografiche: il Piemonte e il Trentino, dove esistono regolamenti regionali specifici.

Per contro persistono, nel nomenclatore nazionale, prodotti obsoleti che rappresentano un significativo costo per il SSN, benché di dubbia o nessuna efficacia. La struttura del nomenclatore è inoltre immutata da diversi anni.

La standardizzazione dei protocolli di trattamento e il controllo dei costi rappresentano un traguardo essenziale nella gestione dei pazienti con UdP. In Italia la rimborsabilità dei prodotti per la cura delle lesioni cutanee è ancora molto frazionata nelle diverse regioni, ma le prove di efficacia clinica dimostrano che l'utilizzo delle medicazioni avanzate, associato ad un impiego di superfici di supporto tecnicamente conformi alle indicazioni delle LG, sono in grado di ridurre significativamente il costo di gestione dei pazienti e di migliorare la prevenzione di nuove lesioni (cioè, di ridurre l'incidenza). Nel calcolo generale del costo di gestione deve essere preso in considerazione non solo il costo della medicazione avanzata, che può sembrare molto più alto rispetto alle garze tradizionali, ma anche il costo del personale infermieristico, che supera spesso, per singolo accesso, il costo della medicazione avanzata. Riducendo il numero di accessi si può dunque arrivare a un considerevole abbattimento dei costi di gestione, con un miglioramento dei tempi di guarigione.

In una ricerca condotta in Emilia-Romagna, in merito all'analisi dei costi di gestione delle lesioni da pressione in assistenza domiciliare, è stato osservato un ridotto impegno delle risorse infermieristiche, stimabile fino al 34%, con una riduzione media degli accessi settimanali che è passata da 3.5 per settimana a 2.3 dopo l'impiego di un protocollo dedicato, con una riduzione del 37 % circa.

Conclusioni

In realtà, nessuno dei sistemi presi in considerazione risulta ideale per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee: ognuno di essi è una combinazione di aspetti sia positivi che negativi. Il sistema adottato in Gran Bretagna, che vede gli infermieri prescrivere in ambienti convenzionati, riduce i costi delle cure ospedaliere e delle visite mediche private; sembra essere inoltre un sistema molto apprezzato dal paziente. Tuttavia, anche se oggi gli infermieri inglesi sono più competenti rispetto al passato nella cura delle lesioni, rimangono una categoria professionale poco organizzata e molti di loro ancora usano protocolli/LG superati. La guida delle *Tissue Viability Nurses* e degli specialisti aiutano solo in parte a superare questo problema. Il passaggio ad ambulatori e a forme di assistenza domiciliare comporterebbe il vantaggio dell'individuazione di

nuove LG in grado di fornire strumenti decisionali agli infermieri con minore esperienza in *wound care*.

Per quanto riguarda il rimborso, l'uso di Prontuari e Tariffari assicura che vi siano più fondi disponibili per le nuove medicazioni e/o che queste siano rimborsate da assicurazioni. L'aspetto negativo è rappresentato dal fatto che questi Prontuari sono varati /regolati burocraticamente e sono quindi lenti a reagire alle nuove tecnologie. Perché siano efficaci, devono essere aggiornati più rapidamente e non utilizzati soltanto (come qualcuno pensa) come uno strumento di contenimento dei costi o dei prezzi. I prodotti *premium price* devono effettivamente dimostrare benefici clinici ed economici. Stando così le cose, produttori che lanciano presidi altamente innovativi, che comportano miglioramenti nella cura e risultano *cost-effective*, dovrebbero poter richiedere prezzi più elevati che rispecchiano il valore del prodotto. Indipendentemente dal sistema adottato o pianificato, è auspicabile prendere in considerazione il parere di tutti gli operatori coinvolti, inclusi pazienti, professionisti e produttori per comprendere bene ogni aspetto del problema. Bisogna inoltre ricordare che i costi delle medicazioni rappresentano solamente una piccola parte dei costi totali del *wound care*, ai quali vanno aggiunti ovviamente i costi diretti e indiretti del trattamento.

SUPERFICI ANTI-DECUBITO - SAD (materassi, cuscini, letti)

Un presidio, per essere definito efficace, deve intervenire attivamente sulle cause estrinseche che determinano una lesione cutanea e quindi garantire:

- La riduzione della pressione del corpo sul piano di appoggio
- La riduzione delle forze di attrito e di stiramento
- La dispersione di calore e di umidità
- Il mantenimento di una postura corretta

Pertanto, nella scelta della SAD, vanno valutate principalmente le seguenti caratteristiche:

- Caratteristiche tecniche della superficie
- Caratteristiche di *comfort* per il paziente
- Caratteristiche di *comfort* per l'operatore
- Caratteristiche delle coperture (*cover*)

Altre caratteristiche tecniche da considerare

- Portata massima
- Modalità di sanificazione/sterilizzazione
- Compatibilità con attrezzature esistenti (ingombro, peso, dimensioni)
- Presenza di allarmi (acustici/visivi) per segnalazione di irregolarità
- Presenza di sensori (a regolazione manuale o automatica)
- Modalità di fissaggio/ancoraggio del materasso al letto
- Modalità di stoccaggio
- Tipo di manutenzione
- Modalità di sgonfiaggio e gonfiaggio (es. rapidità per manovre d'emergenza)
- Silenziosità
- Conformità alle norme di sicurezza
- Autonomia di alimentazione in caso di disconnessione elettrica
- Costo/efficacia

Dalle LG della Regione Toscana, 2005 - Raccomandazioni

- I sistemi ad aria composti da celle con un diametro > 10 cm sono probabilmente più efficaci dei sistemi composti da celle più piccole, poiché permettono che il corpo dell'assistito sia sufficientemente sollevato (III A)
- Materassi e cuscini anti-decubito esercitano la loro efficacia quando consentono l'affondamento della superficie corporea a rischio. Questo affondamento non deve però essere tale da determinare l'appoggio diretto della superficie a rischio sulla base d'appoggio del presidio (fenomeno del toccare il fondo) (III A)
- Al fine di effettuare una verifica manuale, l'inserimento di una mano tra il materasso e il piano del letto permette di percepire se il corpo della persona tocca il fondo o rimane sollevato
- Nei soggetti allettati e completamente immobili, i talloni devono essere sempre sollevati dal piano del letto, mediante un cuscino posizionato sotto la gamba (dalla coscia alla caviglia). Nessun materasso anti-decubito riesce a ridurre efficacemente la pressione sui talloni (III A)
- Per gli individui allettati e a rischio si dovrebbero utilizzare alcuni supporti (cuscini, materiali in gel o schiuma) per la protezione delle piccole prominenze ossee (per esempio ginocchia e malleoli) al fine di evitarne il contatto diretto (VI A)
- È importante accertarsi che questi supporti non interferiscano con l'azione di qualsiasi altra superficie di appoggio già utilizzata per minimizzare la pressione (IV B)
- Il vello di pecora, dispositivi circolari (cuscini, supporti per talloni, eccetera), sostegni o contenitori (cuscini, guanti, eccetera) ripieni di acqua non possono essere raccomandati per la prevenzione delle UdP (V E)
- I cuscini a camere d'aria comunicanti (o a bolle d'aria a microinterscambio statici) sono i più efficaci nel quadro della prevenzione delle UdP (III B)

- In soggetti a medio rischio i cuscini in schiuma viscoelastica (*foam*) anatomici permettono una riduzione delle pressioni e una posizione seduta stabile (VI A)
- I materassi in schiuma viscoelastica possono essere raccomandati per la prevenzione delle UdP (I A)
- I materassi ad acqua e a fibre cave NON possono essere raccomandati (VI D)
- Usare un sistema di riduzione della pressione per i pazienti in Sala Operatoria, per ridurre l'incidenza di UdP nel periodo post-operatorio (I B)

Dalle LG NICE, 2005

- Non è possibile trarre conclusioni riguardo i costi totali di diversi presidi nell'ambito della vasta gamma di tipologie disponibili. Inoltre è notevole la variabilità dei costi di mercato nell'ambito di una stessa tipologia
- La sanificazione dei PAD rappresenta un problema rilevante

Classificazioni - Contesto nazionale

- A livello nazionale: il riferimento tradizionale è ancora costituito dal **Nomenclatore Tariffario delle protesi del DM 332/99**
- PAD e medicazioni sono anche compresi nella **Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND)**, approvata nella sua prima versione con Decreto Ministeriale 22/09/2005, dopo la Legge finanziaria per il 2006 (Legge n. 266 del 2005) e il coinvolgimento della Conferenza Stato-Regioni, ha subito un'attenta revisione. Una nuova versione della CND è stata approvata dalla Commissione Unica dei Dispositivi Medici (CUD) nel novembre 2006 (DM 20/02/2007) e, come previsto dal Decreto di emanazione della CND, è stata successivamente effettuata la prima revisione annuale, approvata dalla CUD il 19/12/2007; il 28/02/2008 la Conferenza Stato-Regioni ha sancito l'accordo sul testo del Decreto ministeriale di aggiornamento (DM 13/03/2008, in G.U. 29/05/2008)
- Nell'ottobre del 2006, il Governo, le Regioni e le Province autonome, attraverso la Conferenza Stato-Regioni, avevano sottoscritto il "Nuovo Patto sulla Salute" che impegnava il Governo alla revisione straordinaria dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA). Il tema delle lesioni da decubito è stato affrontato anche dal DPCM recante i "**Nuovi Livelli essenziali di assistenza**" (e approvato in chiusura della XVII Legislatura) che contiene, fra le altre novità, anche il nuovo "**nomenclatore tariffario dei presidi, delle protesi e degli ausili**"

Nuovi LEA¹²

Il Decreto premette che l'erogazione di protesi, protesi ed ausili tecnologici è una prestazione assistenziale propria del Servizio Sanitario Nazionale. Gli obiettivi di questa prestazione sono *"la prevenzione, la correzione o la compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, il potenziamento delle abilità residue nonché la promozione dell'autonomia dell'assistito"*. L'attività è quindi incardinata in un progetto riabilitativo individuale, cioè quell'insieme di interventi predisposti tenendo in considerazione le peculiarità dell'assistito. L'assistenza protesica è una delle attività attribuite, dal nuovo Decreto, al livello distrettuale del Servizio Sanitario Nazionale, nell'intento, forse, di favorire una maggiore aderenza ai bisogni e alle peculiarità del territorio.

Entrata in vigore e a regime

Il Decreto fissa alcuni principi fondamentali, ma rimanda la concreta applicazione dell'erogazione protesica ad una successiva intesa stipulata in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano. Fino ad allora rimangono in

¹² Il testo che segue, a pag. 87 e 88, è estratto dal sito www.handylex.org e da altre fonti collegate.

vigore le disposizioni e gli elenchi di ausili, ortesi e protesi fissati dal Decreto 332/1999. Dopo l'approvazione dell'intesa, l'entrata a regime dei nuovi elenchi e delle nuove procedure di erogazione, dipenderà dagli atti applicativi che ogni Regione predisporrà. Il Decreto, quindi, nulla stabilisce su aspetti quali la proprietà dell'ausilio, le fasi della prescrizione, dell'autorizzazione, del collaudo, o ancora sul diritto di scelta da parte del cittadino. Gli elenchi di prodotti (anche dei dispositivi monouso) non riportano prezzi di riferimento che dovranno essere definiti in base a gare di appalto.

Gli aventi diritto

Il Decreto individua i destinatari delle prestazioni di assistenza protesica. Rispetto alla versione del precedente Decreto (332/1999) il Decreto 'Nuovi LEA' non ha introdotto una semplificazione amministrativa (ad esempio legando l'assistenza protesica alla sola necessità sanitaria evidenziata nella prescrizione). L'articolo 18 elenca invece puntualmente i destinatari delle prestazioni di assistenza protesica. Ne hanno diritto, per le menomazioni accertate, le persone con invalidità civile, di guerra e per servizio, le persone non vedenti e quelle sordomute. Nel caso queste persone siano affette da gravissime patologie evolutive o degenerative che, in epoca successiva al riconoscimento della minorazione civile, abbiano determinato altre menomazioni, si potrà prescindere da un'ulteriore valutazione medico legale per la concessione di protesi e ausili resisi necessari e farà fede l'accertamento del medico specialista.

All'assistenza protesica hanno diritto anche le persone che hanno presentato istanza di riconoscimento dell'invalidità - ma che non hanno ancora ricevuto il verbale definitivo - cui siano state accertate, dalle competenti commissioni mediche, menomazioni che comportano una riduzione della capacità lavorativa superiore ad un terzo. Ugualmente possono accedere all'assistenza protesica le persone in attesa di accertamento dell'invalidità per le quali il medico specialista attesti la necessità e urgenza di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio per la tempestiva attivazione di un progetto riabilitativo. Questo vale anche per le persone ricoverate in una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, per le quali si certifichi la presenza di una menomazione grave e permanente e la necessità e l'urgenza dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per l'attivazione tempestiva o la conduzione del progetto riabilitativo. Contestualmente alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità.

Ma l'assistenza protesica e quindi la fornitura di ausili, protesi e ortesi può essere concessa anche **a prescindere dalla certificazione di invalidità civile in alcuni casi specifici**. Il primo riguarda i minori che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di un'invalidità permanente. Si può prescindere dalla certificazione di invalidità anche nei casi di persone amputate di arto, di donne con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di mastectomia e di persone che abbiano subito un intervento demolitore dell'occhio. La stessa attenzione è riservata alle persone affette da una delle malattie rare definite da uno specifico Decreto (DM 18/05/2001, n. 279, peraltro modificato dal testo stesso sui LEA che contiene le norme per l'assistenza protesica).

Si prescinde dalla certificazione di invalidità anche per le persone assistite in regime di ospedalizzazione domiciliare, di dimissione protetta o di assistenza domiciliare integrata per le quali il medico specialista certifichi la necessità di un dispositivo di serie a fronte di una grave disabilità transitoria, per il periodo necessario al recupero delle funzioni.

Gli ausili erogabili

Nell'**allegato 5** del Decreto sono riportati gli elenchi delle protesi, ortesi e ausili tecnologici che possono essere erogati a carico del Servizio Sanitario Nazionale. L'allegato 5 si distingue quindi in quattro elenchi: l'elenco 1, 2A, 2B (in cui sono classificati gli ausili anti-decubito), 2C.

Nell'allegato 2B gli ausili anti-decubito sono descritti come:

*“ausili che distribuiscono in modo ottimale le pressioni di appoggio dei segmenti corporei, al fine di limitare le forze di compressione (con conseguente occlusione capillare prolungata), lo stiramento e l'attrito sulla pelle che espongono le persone con mobilità ridotta all'aumento del rischio di lesioni da decubito. Comprendono **cuscini anti-decubito** (da posizionarsi sul sedile di una carrozzina), **materassi anti-decubito** (da posizionarsi sul letto o sul normale materasso), **traverse anti-***

decubito (da posizionarsi su una base di livellamento), **protezioni speciali anti-decubito** (da applicarsi sui segmenti corporei a rischio). Esprimono livelli diversi di prevenzione direttamente relazionabili alla condizione clinica dell'assistito e al suo grado di mobilità residua.

Indicazioni: assistiti con gravi limitazioni motorie che impongono situazioni di prolungata immobilità in cui sussiste o aumenta il rischio di ulcerazione cutanea. A fronte di un rischio basso o medio-basso potranno essere sufficienti ausili a bassa prevenzione; quando il rischio è elevato o molto elevato - o è in corso una lesione - saranno necessari ausili ad alta prevenzione. Per un adeguato programma di prevenzione delle lesioni in persone ad elevato rischio può essere necessaria la fornitura combinata di un materasso e di un cuscino anti-decubito”.

Punti per discussione e approfondimento

- Criteri e procedure di assegnazione nelle strutture di ricovero e sul territorio
- Procedure di sanificazione dei PAD in magazzino
- Livello di adeguatezza del nomenclatore tariffario: identificazione di presidi inutili o non raccomandati
- Tempestività dell'attuale modello di prescrizione: qual è il tempo medio (min., max) per la procedura di assegnazione (giorni? Settimane?) rispetto al tempo di possibile sviluppo di una lesione? (anche poche ore)

Medicazioni

Classificazioni - Contesto nazionale

- A livello nazionale: il riferimento tradizionale è ancora costituito dal **Nomenclatore Tariffario delle protesi del DM 332/99**
- PAD e medicazioni sono anche compresi nella **Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND)**, approvata nella sua prima versione con DM 22/09/2005, dopo la Legge finanziaria per il 2006 (Legge n. 266 del 2005) e il coinvolgimento della Conferenza Stato-Regioni, ha subito un'attenta revisione. Una nuova versione della CND è stata approvata dalla Commissione Unica dei Dispositivi Medici (CUD) nel novembre 2006 (DM 20/02/2007) e, come previsto dal Decreto di emanazione della CND, è stata successivamente effettuata la prima revisione annuale, approvata dalla CUD il 19/12/2007; il 28/02/2008 la Conferenza Stato Regione ha sancito l'accordo sul testo del Decreto ministeriale di aggiornamento (DM 13/03/2008, in G.U. 29/05/2008)
- Nell'ottobre del 2006, il Governo, le Regioni e le Province autonome, attraverso la Conferenza Stato-Regioni, avevano sottoscritto il "Nuovo Patto sulla Salute" che impegnava il Governo alla revisione straordinaria dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA). Il tema delle lesioni da decubito è stato affrontato anche dal DPCM recante i "**Nuovi Livelli essenziali di assistenza**" (e approvato in chiusura della XVII Legislatura) che contiene, fra le altre novità, anche il nuovo "**nomenclatore tariffario dei presidi, delle protesi e degli ausili**"

Per Decreto 'Nuovi LEA' vedi anche 'Presidi anti-decubito' per: entrata in vigore e a regime, aventi diritto, presidi erogabili.

Nuovi LEA - I dispositivi medici monouso

Il Decreto, rispetto alle norme precedenti, separa nettamente la gestione degli ausili tecnologici, protesi e ortesi, dai dispositivi monouso (articoli 11 e 12). Questi sono garantiti (indicati nell'allegato 2A ai soggetti laringectomizzati, tracheostomizzati, ileostomizzati, colostomizzati e urostomizzati, agli assistiti che necessitano permanentemente di cateterismo, agli assistiti affetti da incontinenza urinaria o fecale cronica ed agli assistiti affetti da patologia cronica grave che obbliga all'allettamento. Il Decreto fissa, nell'allegato 2B, i principi generali per l'erogazione dei dispositivi medici monouso, che poi saranno articolati dalle Regioni. Certificazione e prescrizione vengono rilasciate da un medico specialista o convenzionato. La prescrizione riporta la specifica menomazione e disabilità, i dispositivi necessari e i relativi codici identificativi, e la quantità indicata per il periodo intercorrente fino alla successiva visita di controllo e comunque per un periodo non superiore ad un anno. Un allegato specifico elenca i prodotti (cateteri, cannule, pannoloni ecc.) prescrivibili e la quantità massima mensile erogabile. In futuro questo elenco sarà sostituito da un repertorio di prodotti più particolareggiato. **L'erogazione dei prodotti per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito** è condizionata da un piano di trattamento di durata definita elaborato da un medico specialista che è anche responsabile della conduzione del piano. Alla prescrizione segue l'autorizzazione alla fornitura dei dispositivi prescritti, competenza questa dell'AUSL che verifica la titolarità del diritto dell'assistito e la correttezza della prescrizione. Le Regioni dovranno disciplinare le modalità di rilascio dell'autorizzazione, prevedendo il tempo massimo per la conclusione della procedura da parte dell'AUSL e le modalità di consegna.

I nuovi ausili

Ciò che ha attirato maggiore curiosità nei potenziali interessati è la presenza, nel nomenclatore approvato, di nuovi prodotti ed ausili (prodotti che non potranno però essere richiesti da subito, ma solo dopo intesa stipulata in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano).

Fra gli "Ausili per terapia individuale", prescrivibili a carico del SSN, ai ventilatori polmonari, broncoaspiratori, concentratori di ossigeno, sono stati aggiunti altri dispositivi medici e di monitoraggio, quali ad esempio il saturimetro, il contagocce elettronico, i misuratori di pressione e di glicemia parlanti e i termometri sonori utili soprattutto alle persone con problemi visivi. Anche il

numero e la tipologia degli ausili per la **prevenzione delle piaghe da decubito** risulta aumentata rispetto alla normativa ancora in vigore (332/99).

Regione Toscana¹³

Le medicazioni vengono attualmente prescritte nell'ambito della normativa sull'assistenza integrativa, sulla base di un piano terapeutico redatto dal medico curante su ricettario regionale, da cui risulti che il soggetto *'è affetto da patologie di particolare rilevanza per le quali ricorre la continuità del bisogno'*. Tra i riferimenti normativi di riferimento è compresa anche la DGR 253/2000.

Il Servizio Sanitario Regionale garantisce ai cittadini affetti da minorazioni fisiche psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, l'erogazione di protesi e di ausili per compensare al massimo livello possibile la perdita di abilità determinata dall'evento invalidante e sviluppare l'autonomia personale. Le protesi e gli ausili erogabili sono indicati dettagliatamente nel "Nomenclatore Tariffario" (DM 332 del 27/08/1999).

L'erogazione dei dispositivi protesici avviene con oneri a totale carico del Servizio Sanitario Regionale, salvo il caso di prescrizione di dispositivo non incluso nel nomenclatore, ma riconducibile per omogeneità funzionale ad un dispositivo incluso; in tale ipotesi l'eventuale differenza economica tra la tariffa prevista dal nomenclatore e il costo del dispositivo è a carico dell'assistito.

Gli aventi diritto

Accedono alla fornitura di dispositivi protesici inclusi nel DM 332/99 i soggetti di seguito individuati, in connessione a loro menomazioni e disabilità invalidanti:

- Gli invalidi civili, di guerra e per servizio
- I privi della vista e i sordomuti
- I minori di anni 18 che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di un'invalidità permanente
- Gli istanti in attesa di accertamento che si trovino nelle condizioni previste dall'art. 1 della Legge 11/02/1980, n. 18
- Gli istanti in attesa di riconoscimento cui, in seguito all'accertamento sanitario effettuato dalla commissione medica della AUSL, sia stata riscontrata una menomazione che comporta una riduzione della capacità lavorativa superiore ad un terzo, risultante dai verbali di cui all'art. 1, comma 7, della Legge 15/10/1990, n. 295
- I soggetti laringectomizzati e tracheotomizzati, ileo-colostomizzati e urostomizzati
- I portatori di catetere permanente
- Gli affetti da incontinenza stabilizzata nonché gli affetti da patologia grave che obbliga all'allettamento, previa presentazione di certificazione medica
- I soggetti amputati di arto, le donne con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di mastectomia ed i soggetti che abbiano subito un intervento demolitore dell'occhio, previa presentazione di certificazione medica
- I ricoverati in struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, per i quali il medico responsabile dell'UO certifichi la contestuale necessità e urgenza dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, ai fini dell'attivazione tempestiva o la conduzione del progetto riabilitativo, a fronte di una menomazione grave e permanente. Contestualmente alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità

¹³ Dal sito della regione Toscana, www.regione.toscana.it

Percorso erogativo

Il cittadino, anche su indicazione del medico di famiglia, si rivolge ad un medico specialista pubblico, di norma dell'AUSL di residenza. Lo specialista individua il dispositivo protesico da utilizzare, rivolgendosi, se necessario, a personale tecnico sanitario (terapisti della riabilitazione, altri tecnici).

Il medico specialista prescrive il dispositivo protesico. La prescrizione del dispositivo è autorizzata dagli uffici amministrativi della AUSL di residenza dell'utente.

Il dispositivo protesico può essere fornito:

- Direttamente dalla AUSL all'utente
- Consegnato da fornitori privati, scelti liberamente dal cittadino

In caso di dispositivo erogato **da soggetti privati**:

- i dispositivi personalizzati (su misura) sono erogati dai fornitori presenti sul territorio regionale individuabili consultando l'elenco. Tale elenco evidenzia anche, per ciascun fornitore, la tipologia dei dispositivi trattati;
- i dispositivi non personalizzati (di serie) sono erogati da fornitori in possesso dei generali requisiti per l'esercizio.

Il fornitore consegna il dispositivo all'utente nel rispetto dei tempi di lavorazione previsti nella tabella all. 2 al DM 332/99.

Dopo la consegna del dispositivo protesico, l'utente fa collaudare il dispositivo ricevuto dal medico specialista che ha effettuato la prescrizione, al fine di verificarne la corretta realizzazione e funzionalità.

Partecipazione alla spesa sanitaria (esenzioni)

Non è prevista la partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni di assistenza protesica previste dal DM 332/99; i soggetti individuati che accedono alle prestazioni sono esenti, tra l'altro, dalla partecipazione alla spesa per le visite e le prestazioni specialistiche collegate con la fornitura di ausili e protesi indicate nel Decreto.

Raccomandazioni (alcune) per l'utilizzo *(da LG della Regione Toscana, 2005)*

- Utilizzare una medicazione che mantenga il fondo della lesione costantemente umido (I A)
- Le medicazioni a ritenzione di umidità ottimizzano l'ambiente locale della ferita e promuovono la guarigione (I A)
- Usare il giudizio clinico nel selezionare un tipo di medicazione umida adatta al tipo di lesione. Studi su differenti tipi di medicazioni umide non hanno mostrato differenze nella guarigione delle lesioni da pressione (II A)
- Scegliere una medicazione che, contemporaneamente, mantenga asciutta la cute intatta circostante la ferita e umido il fondo della lesione (VI A)
- Quando si sceglie una medicazione considerare il tempo disponibile dell'operatore (V A)
- Eliminare lo spazio morto all'interno della lesione riempiendo le cavità con materiale da medicazione. Evitare di imbottire eccessivamente la lesione (IV A)
- Monitorare le medicazioni applicate vicino all'ano poiché è difficile mantenerne l'integrità (IV B)

Punti per discussione e approfondimenti

- Livello di adeguatezza dell'attuale nomenclatore tariffario: identificazione prodotti inutili o non raccomandati
- Tempestività dell'attuale modello di prescrizione di I livello: qual è il tempo medio (min, max) per la procedura di assegnazione (giorni, settimane?) rispetto al tempo di possibile sviluppo di una lesione? (anche poche ore)
- Appropriatezza dei criteri di riferimento per la prescrivibilità e distribuzione dalle farmacie: attualmente viene utilizzata una classificazione fondata prevalentemente su formato e caratteristiche 'anatomiche' della medicazione. È necessario invece utilizzare criteri fondati prevalentemente sulle caratteristiche terapeutiche. La classificazione CND può essere appropriata e sufficiente

Nelle tabelle seguenti sono riportati i principali PAD e le categorie di medicazioni attualmente utilizzate e prescritte in Italia.

Dove applicabile, viene riportata l'indicazione dei codici (secondo il nomenclatore 332/99, il nuovo nomenclatore approvato con il Decreto 'nuovi LEA' e la Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici - CND), la sintesi delle caratteristiche tecniche e delle indicazioni cliniche (secondo quanto raccomandato dalle LG).

Alcuni dei prodotti menzionati non sono inseriti nei nomenclatori.

Tabella 23 - PAD. Sintesi delle caratteristiche tecniche e delle indicazioni all'utilizzo.

Presidio Definizione	Codice Nomenclatore DM 332/99 Decreto LEA 2008	Caratteristiche tecniche	Principio di funzionamento	Indicazioni	Classe CND Agg.to DM 13.3.08
MATERASSI E SOVRA- MATERASSI STATICI	(DM 332) 03.33.06.003 (LEA 08) 04.33.06.003	Materasso ventilato espanso. Superfici costituite da polimeri sintetici, per lo più poliuretani, solitamente rivestite da fodere traspiranti, permeabili ai vapori e impermeabili all'acqua <u>Definizione LEA '08:</u> bassa prevenzione	Dispositivi a bassa pressione costante Agiscono adattandosi alla forma del corpo e ai movimenti del paziente, riducendo la pressione di contatto e ridistribuendola su una superficie più ampia	Devono essere usati solo nei pazienti che possono cambiare posizione e presentano un rischio medio/basso (I B) <i>LG RT, 2005</i> Se è impossibile effettuare il cambio di posizione nei tempi raccomandati dovrebbero essere usati dispositivi per la corretta distribuzione della pressione (II A) <i>LG RT, 2005</i> Materassi e cuscini anti-decubito esercitano la loro efficacia quando consentono l'affondamento della superficie corporea a rischio. Questo affondamento non deve però essere tale da determinare l'appoggio diretto della superficie a rischio sulla base d'appoggio del presidio (fenomeno del toccare il fondo). (III A) <i>LG RT, 2005</i>	Y 033306
	(DM 332) 03.33.06.006 (LEA 08) 04.33.06.006	Materasso ventilato in espanso composito. Superfici costituite da polimeri sintetici, per lo più poliuretani, solitamente rivestite da fodere traspiranti, permeabili ai vapori e impermeabili all'acqua. Realizzato con materiali di diversa densità per garantire lo scarico differenziato delle pressioni a livello delle specifiche zone corporee. <u>Definizione LEA '08:</u> bassa prevenzione			
Superfici a bassa tecnologia (<i>low tech</i>) Costituiti da materiale morbido o fluido					

Tabella 23 (segue) - PAD. Sintesi delle caratteristiche tecniche e delle indicazioni all'utilizzo.

Presidio Definizione	Codice Nomenclatore DM 332/99 Decreto LEA 2008	Caratteristiche tecniche	Principio di funzionamento	Indicazioni	Classe CND Agg.to DM 13.3.08
<p>MATERASSIE SOVRA- MATERASSI STATICI</p> <p>Superfici a bassa tecnologia (<i>low tech</i>)</p> <p>Costituiti da materiale morbido o fluido</p> <p>(<i>segue</i>)</p>	<p>(DM 332) 03.33.06.033 (LEA 08) 04.33.06.033</p>	<p>Traversa a bolle d'aria con microinterscambio. Superfici composte da celle in PVC, neoprene o poliuretano, ripiene d'aria interconnesse e gonfiate ad un livello definito di pressione, con pompa manuale</p> <p><u>Definizione LEA '08:</u> alta prevenzione</p> <p>NB: Necessità di controllo periodico del livello di pressione</p>	<p>v. materassi ventilati, pag. precedente</p>	<p>v. materassi ventilati, pag. precedente</p>	<p>Y 033306</p>
	<p>Non previsto</p>	<p>Combinazioni di tipologie</p>			

Tabella 23 (segue) - PAD. Sintesi delle caratteristiche tecniche e delle indicazioni all'utilizzo.

Presidio Definizione	Codice Nomenclatore DM 332/99 Decreto LEA 2008	Caratteristiche tecniche	Principio di funzionamento	Indicazioni	Classe CND Agg.to DM 13.3.08
MATERASSI E SOVRA- MATERASSI STATICI Superfici a bassa tecnologia (<i>low tech</i>) Costituiti da materiale morbido o fluido (<i>segue</i>)	(DM 332) 03.33.06.009 (LEA 08) 04.33.06.009	Materasso in fibra cava siliconata Superfici costituite da fibre cave di silicone, o di poliestere siliconate all'esterno, contenute in cilindri di cotone <u>Definizione LEA '08:</u> bassa prevenzione	Intendono ridurre la pressione di contatto attraverso la distribuzione del carico su una superficie più ampia, permettono una continua aerazione della cute La fibra cava siliconata non ha dimostrato efficacia nello scarico delle pressioni	Materassi ad acqua e fibre cave - NON raccomandati (VI D) - <i>LG RT, 2005</i> Vello di pecora, dispositivi circolari (cuscini, supporti per talloni, ecc.), sostegni o contenitori come: cuscini, guanti, eccetera) ripieni di acqua - NON raccomandati (V E) <i>LG RT, 2005</i>	Y 033306
	(DM 332) 03.33.06.012 (LEA 08) 04.33.06.012	Materasso in fibra cava siliconata ad inserti asportabili Superfici costituite da fibre cave di silicone, o di poliestere siliconate all'esterno, contenute in cilindri di cotone trasversali asportabili <u>Definizione LEA '08:</u> bassa prevenzione		Garantire la manutenzione periodica e straordinaria di tutti i presidi dinamici per la prevenzione da parte della ditta produttrice (VI A) <i>LG RT, 2005</i> Per la manutenzione/sanificazione ordinaria (2-4 volte al mese) dei presidi statici e dinamici, segui- re le specifiche indicazioni della casa produttrice (VI A) <i>LG RT, 2005</i>	
	(DM 332) 03.33.06.030 (LEA 08) 04.33.06.030	Traversa in fibra cava siliconata Superfici costituite da fibre cave di silicone, o di poliestere siliconate all'esterno, contenute in cilindri di cotone			

Tabella 23 (segue) - PAD. Sintesi delle caratteristiche tecniche e delle indicazioni all'utilizzo.

Presidio Definizione	Codice Nomenclatore DM 332/99 Decreto LEA 2008	Caratteristiche tecniche	Principio di funzionamento	Indicazioni	Classe CND Agg.to DM 13.3.08
<p>MATERASSI E SOVRA- MATERASSI STATICI</p> <p>Superfici a bassa tecnologia (<i>low tech</i>)</p> <p>Costituiti da materiale morbido o fluido</p> <p>(<i>segue</i>)</p>	<p>(DM 332) 03.33.06.015 (LEA 08) non previsto</p>	<p>Materasso ad acqua con bordo laterale di irrigidimento Superfici costituite da una camera o più sezioni, in materiale plastico robusto, riempite d'acqua</p>	<p>La capacità dell'acqua di permettere la ridistribuzione delle pressioni risulta efficace ma essendo necessariamente racchiusa in un involucri impermeabile, non garantisce la dispersione dell'umidità né il mantenimento di una temperatura costante, poiché tende al raffreddamento. La gestione di questi presidi è complessa, anche a causa del peso eccessivo, e non garantisce la stabilità del paziente</p>	<p>Materassi ad acqua e fibre cave - NON raccomandati (VI D) - <i>LG RT, 2005</i></p> <p>Vello di pecora, dispositivi circolari (cuscini, supporti per talloni, ecc.), sostegni o contenitori come: cuscini, guanti, eccetera) ripieni di acqua - NON raccomandati (VE) <i>LG RT, 2005</i></p> <p>Garantire la manutenzione periodica e straordinaria di tutti i presidi dinamici per la prevenzione da parte della ditta produttrice (VI A) <i>LG RT, 2005</i></p>	<p>Non prevista</p>
	<p>(DM 332) 03.33.06.024 (LEA 08) non previsto</p>	<p>Traversa in vello naturale Porzione del manto della pecora</p>	<p>Questa tipologia di presidi agisce esclusivamente sulla frizione e non sullo scarico della pressione: inoltre il materiale sintetico probabilmente non favorisce la dispersione di calore e umidità, fattori favorevoli l'insorgenza di Udp</p>		
	<p>(DM 332) 03.33.06.027 (LEA 08) non previsto</p>	<p>Traversa in materiale sintetico</p>			

Tabella 23 (segue) - PAD. Sintesi delle caratteristiche tecniche e delle indicazioni all'utilizzo.

Presidio Definizione	Codice Nomenclatore DM 332/99 Decreto LEA 2008	Caratteristiche tecniche	Principio di funzionamento	Indicazioni	Classe CND Agg.to DM 13.3.08
MATERASSI E SOVRA - MATERASSI DINAMICI Dispositivi ad alta tecnologia (<i>high tech</i>)	(DM 332) non previsto (LEA 08) 04.33.06.021	Bassa cessione d'aria (<i>low air loss</i>), <u>Definizione LEA '08</u> : Ausilio atto a garantire una bassa pressione di contatto continua su tutto il corpo dell'assistito in appoggio, creando in maniera attiva un microcircolo d'aria diretto verso il corpo dell'assistito. Prescrivibile a persone ad altissimo rischio o con lesioni già conclamate e con macerazione della cute	Dispositivi a bassa pressione di contatto Superfici composte da celle in materiale sintetico a coefficiente elevato di permeabilità e riempite di aria per mezzo di un compressore a turbina. La cessione di aria filtrata permette di contrastare la macerazione cutanea in quanto l'aria viene convogliata sul paziente	I pazienti a rischio, che non possano beneficiare di una mobilitazione alternata, devono essere posizionati su un sistema ad aria alternata o su un sistema dinamico a ridistribuzione di pressione (I A) <i>LG RT, 2005</i> I sistemi ad aria composti da celle con un diametro superiore a 10 cm sono probabilmente più efficaci dei sistemi composti da celle più piccole, poiché permettono che il corpo dell'assistito sia sufficientemente sollevato (III A) <i>LG RT, 2005</i>	Y 033306 Y 033399
Costituiti da un materasso gonfiabile e da un sistema di pompaggio dell'aria	(DM 332) non previsto (LEA 08) 04.33.06.018	Pressione Alternata (<i>Alternating Pressure</i>) <u>Definizione LEA '08</u> : ausilio costituito da tubolari trasversali al piano di appoggio; deve mantenere una bassa pressione di contatto su tutto il corpo dell'assistito in appoggio, anche nella fase di massimo gonfiaggio dei tubolari. Prescrivibile a persone ad altissimo rischio o con lesioni già conclamate	Dispositivi a bassa pressione di contatto Superfici composte da celle riempite di aria per mezzo di un compressore che si gonfiano in modo alternato	L'utilizzo di un sistema dinamico si giustifica solamente se questo uso è fatto correttamente e se al sistema viene fatta una manutenzione regolare (VI A) <i>LG RT, 2005</i>	

Tabella 23 (segue) - PAD. Sintesi delle caratteristiche tecniche e delle indicazioni all'utilizzo.

Presidio Definizione	Codice Nomenclatore DM 332/99 Decreto LEA 2008	Caratteristiche tecniche	Principio di funzionamento	Indicazioni	Classe CND Agg.to DM 13.3.08
<p>MATERASSI E SOVRA - MATERASSI DINAMICI</p> <p>Dispositivi ad alta tecnologia (<i>high tech</i>)</p> <p>Costituiti da un materasso gonfiabile e da un sistema di pompaggio dell'aria</p> <p>(segue)</p>	<p>Non previsto</p>	<p>Bassa Pressione Continua (<i>Air Flotation o Continuous Low Pressure</i>)</p> <p>Materasso gonfiabile composto da un certo numero di celle che attraverso un sensore adeguano costantemente il loro gonfiaggio al peso del paziente ed alla sua posizione</p>	<p>Dispositivi a bassa pressione di contatto</p> <p>Superfici dotate di sensori che permettono l'adeguamento automatico delle pressioni in base alle necessità del paziente (distribuzione del peso, movimento, e posizioni assunte)</p>	<p>I pazienti a rischio, che non possano beneficiare di una mobilizzazione alternata, devono essere posizionati su un sistema ad aria alternata o su un sistema dinamico a ridistribuzione di pressione</p> <p>(I A) <i>LG RT, 2005</i></p> <p>I sistemi ad aria composti da celle con un diametro superiore a 10 cm sono probabilmente più efficaci dei sistemi composti da celle più piccole, poiché permettono che il corpo dell'assistito sia sufficientemente sollevato (III A) <i>LG RT, 2005</i></p> <p>L'utilizzo di un sistema dinamico si giustifica solamente se questo uso è fatto correttamente e se al sistema viene fatta una manutenzione regolare (VI A) <i>LG RT, 2005</i></p>	<p>Y 033306 Y 033399</p>

Tabella 23 (segue) - PAD. Sintesi delle caratteristiche tecniche e delle indicazioni all'utilizzo.

Presidio Definizione	Codice Nomenclatore DM 332/99 Decreto LEA 2008	Caratteristiche tecniche	Principio di funzionamento	Indicazioni	Classe CND Agg.to DM 13.3.08
LETTI DINAMICI	Non previsto	<p>Fluidizzati (<i>air fluidised</i>)</p> <p>dispositivo che impiega la circolazione dell'aria filtrata che attraverso microsfere rivestite di silicone creano l'effetto di un liquido</p> <p>NB: Necessaria manutenzione periodica - Peso elevato - Costo elevato</p>	<p>Superficie ad alta tecnologia, composta da una vasca contenente microsfere siliconate (simili a sabbia), racchiuse da una fodera permeabile all'aria e fluidizzate attraverso l'immissione di un elevato flusso d'aria calda deumidificata, che le mantiene in continuo movimento.</p> <p>Pertanto, il corpo risulta "sospeso" in una condizione di fluttuazione (simile a quella di un liquido) attraverso l'immersione per i 2/3 nella superficie. Il telo di copertura della vasca, in associazione con l'effetto di sospensione, garantisce la gestione ottimale delle forze di frizione e di taglio. L'aria calda crea un ambiente asciutto che controlla gli effetti della sudorazione, dell'incontinenza e della produzione di essudato da ferite e lesioni</p>	<p>Si raccomanda un letto fluidizzato per i soggetti che sono portatori di numerose UoP di III e IV stadio, e per i pazienti in cui la guarigione è risultata fallimentare su un materasso a bassa cessione d'aria</p> <p>Usare una superficie di supporto dinamica (come un letto a bassa cessione d'aria o un letto fluidizzato) se:</p> <ul style="list-style-type: none"> il paziente non può assumere posizioni diverse senza gravare con il peso del corpo sull'UoP se l'umidità cutanea è un problema, o se il paziente comprime appieno la superficie di supporto statica (toccare il fondo). <i>AMDA 2003</i> il paziente è sottoposto ad interventi chirurgici di ricostruzione delle lesioni da decubito <i>Pressure Ulcer Prevention And Treatment Following Spinal Cord Injury: Clinical Practice Guideline - Spinal Cord Medicine - 2000</i> pazienti con dolore intenso (grandi ustionati). <i>Fleck CA - Support surfaces: criteria and selection - Chronic Wound Care - 661-671 - 2001</i> 	Non previsto

Tabella 23 (segue) - PAD. Sintesi delle caratteristiche tecniche e delle indicazioni all'utilizzo.

Presidio Definizione	Codice Nomenclatore DM 332/99 Decreto LEA 2008	Caratteristiche tecniche	Principio di funzionamento	Indicazioni	Classe CND Agg.to DM 13.3.08
	(DM 332) 03.33.06.006 (LEA 08) 04.33.06.006	Cuscino in gel fluido Gel a base acquosa o siliconica	Intendono ridurre la pressione di contatto attraverso la distribuzione del carico su una superficie più ampia. Durante la posizione seduta, la superficie di contatto aumenta e la pressione di contatto si riduce	I cuscini costituiti da gel non automodellante e quelli a fibra cava non possono essere raccomandati per la prevenzione delle Udp (VI E) <i>LG RT, 2005</i>	Y 033303
	(DM 332) 03.33.06.003 (LEA 08) 04.33.06.003	Cuscino in fibra cava siliconata Cuscino costituito da fibre cave di silicone, o di poliestere siliconate all'esterno	Riducono la pressione di contatto attraverso la distribuzione del carico su una superficie più ampia. Questa capacità è correlata alla densità, alla memoria, allo spessore e al grado di modellamento al corpo determinata dalla temperatura o dal carico dello stesso. L'altezza di questi dispositivi deve essere tale da far affondare i glutei senza che questi tocchino il fondo e senza interferire con la stabilità e la sicurezza del paziente in posizione seduta	In soggetti a medio rischio i cuscini in schiuma viscoelastica (<i>Foam</i>) anatomici permettono una riduzione delle pressioni e una posizione seduta stabile (VI A) <i>LG RT, 2005</i>	
CUSCINI STATICI Sistema di supporto per la posizione seduta	(DM 332) 03.33.06.009 (LEA 08) 04.33.06.009.	Cuscino in materiale viscoelastico compatto Cuscino costituito da polimeri sintetici, per lo più poliuretani	Riducono la pressione di contatto attraverso la distribuzione del carico su una superficie più ampia. Questa capacità è correlata alla densità, alla memoria, allo spessore e al grado di modellamento al corpo determinata dalla temperatura o dal carico dello stesso. L'altezza di questi dispositivi deve essere tale da far affondare i glutei senza che questi tocchino il fondo e senza interferire con la stabilità e la sicurezza del paziente in posizione seduta	In soggetti a medio rischio i cuscini in schiuma viscoelastica (<i>Foam</i>) anatomici permettono una riduzione delle pressioni e una posizione seduta stabile (VI A) <i>LG RT, 2005</i>	Y 033303

Tabella 23 (segue) - PAD. Sintesi delle caratteristiche tecniche e delle indicazioni all'utilizzo.

Presidio Definizioni	Codice Nomenclatore DM 332/99 Decreto LEA 2008	Caratteristiche tecniche	Principio di funzionamento	Indicazioni	Classe CND Agg.to DM 13.3.08
CUSCINI STATICI <i>(segue)</i>	(DM 332) 03.33.06.012 (LEA 08) 04.33.06.012	Cuscino composito con fluidi automodellanti Cuscino con base anatomica preformata o base con formazione personalizzata, integrata con fluidi automodellanti	Ridistribuiscono la pressione di contatto grazie all'azione fluttuante che si basa sulla legge di Pascal (il peso di un corpo posto su un sistema fluido si distribuisce in modo uguale sull'intera superficie eliminando in questo modo i punti di pressione)	I cuscini in gel o fluidi automodellanti, associati a basi anatomiche in schiuma, sono consigliati <i>(VI B) LG RT, 2005</i>	Y 033303
	Cuscino a celle, a bolle d'aria o con struttura a micro interscambio Cuscino composto da celle in PVC, neoprene o poliuretano, ripiene d'aria interconnesse e gonfiate ad un livello definito di pressione. NB: necessitano di controllo periodico della pressione di gonfiaggio	I cuscini a camere d'aria comunicanti (o a bolle d'aria a microinterscambio statici) sono i più efficaci nel quadro della prevenzione delle Udp <i>(III B) LG RT, 2005</i>			
	(DM 332) 03.33.06.018 (LEA 08) 04.33.06.018		Cuscino a bolle d'aria micro interscambio o a celle con fluidi automodellanti a settori differenziati Cuscino composito da celle in PVC, neoprene o poliuretano, ripiene d'aria interconnesse e gonfiate ad un livello definito di pressione, con settori differenziati. NB: Necessitano di controllo periodico della pressione di gonfiaggio		

Tabella 23 (segue) - PAD. Sintesi delle caratteristiche tecniche e delle indicazioni all'utilizzo.

Presidio Definizioni	Codice Nomenclatore DM 332/99 Decreto LEA 2008	Caratteristiche tecniche	Principio di funzionamento	Indicazioni	Classe CND Agg.to DM 13.3.08
CUSCINI STATICI (segue)	(DM 332) non previsto (LEA 08) 04.33.06.021	Cuscino ad acqua Costituiti da una camera o più sezioni, in materiale plastico robusto, riempite d'acqua		I cuscini ad acqua hanno una scarsa praticità per il peso, dispersione termica ed instabilità, scivolamento in avanti e diagonale (<i>T. Deflor</i>).	Y 033303
	(DM 332) 03.33.09.003 (LEA 08) 04.33.09.003	Protezione per tallone in materiale sintetico	Questa tipologia di presidi agisce esclusivamente sulla frizione e non sullo scarico della pressione, inoltre il materiale sintetico probabilmente non favorisce la dispersione del calore ed umidità, fattori favorevoli l'insorgenza di Udp	NON raccomandati	Y 033309
ATTREZZATURE SPECIALI ANTI-DECUBITO Ausili indicati dal Nomenclatore tariffario come idonei ad essere applicati su zone specifiche del corpo	(DM 332) 03.33.09.006 (LEA 08) 04.33.09.006	Protezione per tallone in fibra cava siliconata		Nei soggetti allettati e completamente immobili: i talloni devono essere sempre sollevati dal piano del letto. Posizionare un cuscino sotto la gamba (dalla coscia alla caviglia). Nessun materasso AD riesce a ridurre efficacemente la pressione sui talloni (III A) - LG RT, 2005	
	(DM 332) 03.33.09.009 (LEA 08) 04.33.09.009	Protezione per gomito in materiale sintetico		Utilizzare supporti (cuscini, materiali in gel o schiuma) per proteggere le piccole prominenze ossee (ginocchia e caviglie) al fine di evitarne il contatto diretto (VI A) LG RT, 2005	
	(DM 332) 03.33.09.012 (LEA 08) 04.33.09.012	Protezione per gomito in fibra cava siliconata			
	(DM 332) 03.33.09.015 (LEA 08) 04.33.09.015	Protezione per ginocchio in materiale sintetico			
	(DM 332) 03.33.09.018 (LEA 08) 04.33.09.018	Protezione per ginocchio in fibra cava siliconata			

Tabella 24 - Medicazioni anti-decubito. Sintesi delle caratteristiche tecniche e delle indicazioni all'utilizzo.

Medicazione Descrizione	Classe CND Agg.to DM 13.3.08	Codice Nomenclatore Decreto LEA 2008 - Allegato 2	Caratteristiche tecniche (da nuovi LEA, Allegato 2)	Codice nomenclatore DM 332/99	Indicazioni e tempi di permanenza
Medicazione in alginato	M040402	09.21.12.100 (110, 120, 130)	Medicazioni primarie a base di sali di calcio e/o sodio della miscela di acido manuronico e acido glucuronico (in diverse modalità e concentrazioni)	09.21.12.003 09.21.12.006	Indicata per il trattamento di lesioni caratterizzate da alta essudazione sierosa-ematica o francamente emorragica; controindicate per lesioni asciutte, detese, in fase di granulazione ovvero in quelle situazioni di medicazione e trattamento caratterizzate da presenza di tessuto necrotico. Sostituzione ogni 48/72 ore
Medicazione in idrocolloidi	M040403	09.21.12.200 (210, 220, 230)	Medicazioni composte da miscele di polimeri naturali o sintetici, quali CMC sodica, pectina, lecitina, gelatina ecc, sospese in forma microgranulare in una matrice adesiva	09.21.12.003 09.21.12.006	Indicata per il trattamento di lesioni in fase di granulazione, con essudato medio e con assenza di segni clinici di infezione. Sostituzione ogni 5/7 giorni
Medicazioni in idrofibra	M040404		Medicazione sterile in carbossimetilcellulosa con o senza arginato	09.21.12.009 09.21.12.012	Indicata per la gestione dell'iperessudazione in lesioni granuleggianti, piane o cavitare. Sostituzione ogni 3/5 gg.
Medicazione in poliuretano	M040406	09.21.12.600 (610, 620, 630)	Medicazioni primarie a base di poliuretano. Si presentano in forma di schiuma (semplice, idrocellulare, idropolimero) o a base di poliuretano in forma gelificata	09.21.12.003 09.21.12.006 09.21.12.009 09.21.12.012	Indicata per lesioni detese e a media secrezione. Sostituzione ogni 3/5 giorni (ogni 5/7 gg. per tallone)

Tabella 24 (segue) - Medicazioni anti-decubito. Sintesi delle caratteristiche tecniche e delle indicazioni all'utilizzo.

Medicazione Descrizione	Classe CND Agg.to DM 13.3.08	Codice Nomenclatore Decreto LEA 2008 - Allegato 2	Caratteristiche tecniche (da nuovi LEA, Allegato 2)	Codice nomenclatore DM 332/99	Indicazioni e tempi di permanenza
Medicazioni in argento	M040408	09.21.12.500 (510, 520, 530)	Medicazione in tessuto-non tessuto (o altro supporto) a prevalente base di argento, che è presente in varie forme (argento metallico micronizzato, ione argento, argento nano-cristallino)	09.21.12.003 09.21.12.006	Indicate per la gestione di lesioni infette o per lesioni ad evidente rischio di infezione. Sostituzione ogni 3/4 giorni
Medicazioni in gel idrofilo Pasta, gel o idrogel atta ad assorbire l'essudato	M040405	09.21.12.400	Medicazioni fluide (contenute in tubi, dispenser o flaconi) a base di polimeri idrofili (in genere dell'amido) con un contenuto di acqua >70% (fino all'85%)	09.21.18.003	Indicate per lesioni superficiali e di media profondità, con presenza di tessuto di granulazione. Specifiche per lesioni con tessuti necrotici e/o fibrinosi, che necessitano di idratazione e/o deiezione e sbrigliamento. Controindicate nelle lesioni infette. Il prodotto deve essere applicato in quantità non eccessiva in associazione al film di poliuretano (cod ISO 09.21.12.003) e sostituito ogni 24/72 ore
Medicazione a contenuto salino	M040401	---	Medicazione sterile impregnata di soluzione salina ipertonica	---	Medicazione antiaderente indicata nelle lesioni a spessore parziale (abrasioni) Sostituzione ogni 48/72 ore
Medicazione in silicone	M040407	---	Medicazione sterile siliconata	---	Medicazione antiaderente indicata nelle lesioni a spessore parziale (abrasioni) Sostituzione ogni 48/72 ore
Medicazione in carbone attivo	M040409	---	Medicazione sterile con carbone attivo su supporto assorbente e antiaderente	---	Indicate per il trattamento delle lesioni maleodoranti Sostituzione ogni 48/72 ore

Migliorare l'adesione alle Linee Guida attraverso la formazione

Nelle prossime pagine viene presentato il prototipo di uno strumento formativo dedicato a prevenzione e trattamento delle UdP per gli infermieri delle Aziende sanitarie della Toscana

**PROGETTO
'PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE ULCERE DA PRESSIONE'**

Documento prodotto dal Gruppo di lavoro¹⁴

'FORMAZIONE'

Proposta per uno strumento formativo rivolto a tutti gli infermieri

Nel corso del progetto regionale, è stata da più parti incoraggiata la creazione di un pacchetto formativo 'base', il più possibile coerente con l'articolazione delle LG regionali e a disposizione delle Aziende, anche per eventuali integrazioni con proprie iniziative formative locali.

Nel 2007-08 sono state quindi dedicate risorse specifiche alla progettazione e alla realizzazione di un prototipo di pacchetto formativo, costruito a partire da documentazione e materiale iconografico già utilizzato in singole realtà (Aziende sanitarie, Università) per interventi formativi agli infermieri e messo a disposizione dai partecipanti al gruppo di lavoro 'formazione', per la creazione di un unico prodotto.

Il prototipo che ne è derivato, in forma di CD.ROM, rappresenta quindi il risultato di un lavoro collettivo e un utile supporto a percorsi di implementazione delle LG regionali: lo proponiamo a tutti coloro che, nella nostra Regione, sono impegnati nella formazione alla prevenzione e al trattamento delle UdP, perché ne valutino la usabilità e applicabilità 'sul campo'.



Figura 72

Obiettivi formativi

Lo strumento è pensato per un livello formativo di base e si propone di migliorare conoscenze e capacità che dovrebbero essere possedute da tutti gli operatori sanitari (soprattutto infermieri), sia in Ospedale che sul territorio.

Un successivo sviluppo su un livello più avanzato potrà essere indirizzato a migliorare conoscenze e capacità di operatori con esperienza specifica in *wound care* o da operatori impegnati in ambiti assistenziali a rischio particolarmente elevato di UdP.

¹⁴ Questo capitolo è stato redatto da: Matteo Cosci e Stefania Rodella. Lo strumento formativo presentato è il risultato del lavoro collaborativo del gruppo di lavoro a cui hanno partecipato infermieri con esperienza di formazione in *wound care* che operano nelle Aziende sanitarie della Toscana (vedi elenco partecipanti all'Indagine regionale di prevalenza per la formazione ai rilevatori, pag. 7).

Alla fine del percorso formativo proposto dallo strumento i discenti dovranno aver acquisito conoscenze su:

1. Definizione delle UdP
2. Fattori di rischio
3. Profilo epidemiologico del problema
4. Strumenti per la valutazione dei soggetti a rischio di UdP e per la valutazione dei soggetti con UdP
5. Interventi efficaci di prevenzione, in particolare modalità di ispezione, riposizionamento e utilizzo appropriato dei PAD
6. Interventi efficaci di trattamento in lesioni di grado I e II, in particolare per quanto riguarda le medicazioni

e capacità di: (ovviamente con integrazione di sessioni pratiche e simulazioni)

1. Valutare il rischio di UdP
2. Valutare i soggetti con UdP
3. Attuare correttamente l'ispezione della cute e il riposizionamento del paziente
4. Attuare correttamente (anche in collaborazione con operatori dietisti) interventi per la correzione degli squilibri nutrizionali
5. Scegliere PAD appropriati per i soggetti a rischio e per i soggetti con lesioni di grado I e II
6. Attuare interventi efficaci di trattamento in lesioni di grado I e II, in particolare per quanto riguarda le medicazioni

Organizzazione del CD-ROM

Il CD-ROM articolato nei seguenti capitoli:

1. La dimensione del problema UdP: Epidemiologia, Fisiopatologia
2. La valutazione del soggetto a rischio
3. Educare per prevenire le UdP
4. Posizionamenti e SAD
5. Valutazione del soggetto con UdP
6. Il trattamento delle UdP: piano assistenziale, preparazione del letto della ferita, medicazione, Terapie chirurgiche e aggiuntive
7. Trattamento delle complicanze

Si tratta di uno strumento *user friendly*, anche se non propriamente interattivo. L'aspetto della interattività potrà essere perfezionato in futuro, anche con il contributo tecnico dei diversi soggetti istituzionali di riferimento per la formazione continua nella nostra Regione.

Il richiamo a sezioni e paragrafi delle LG è richiamato dal logo della Regione Toscana all'interno del riquadro didattico principale (Figura 73) o di box-ipertesti (Figura 74).

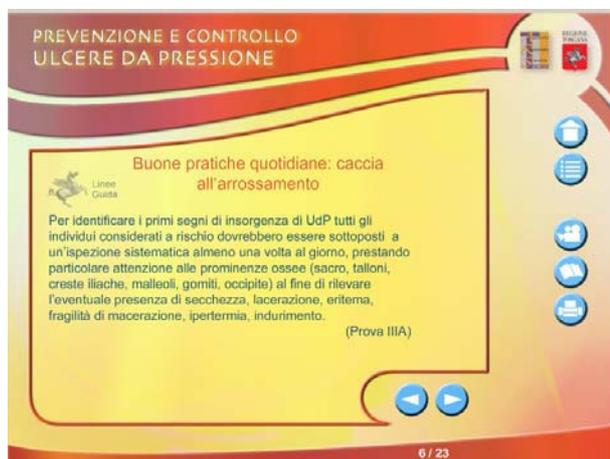


Figura 73



Figura 74

Molte sezioni del CD-ROM contengono illustrazioni esplicative (Figura 75)



Figura 75

o veri e propri filmati (Figura 76), oltre naturalmente a definizioni, tabelle e riferimenti bibliografici.

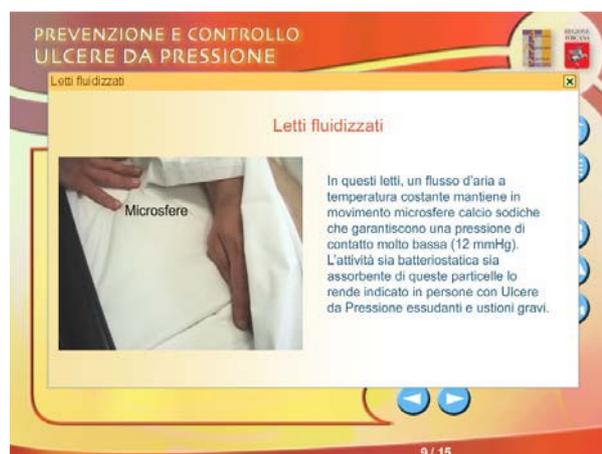


Figura 76

Inoltre, ogni parte del CD-ROM può essere stampata, se lo si desidera.

Al momento della stampa di questo documento ARS, il CD-ROM è in corso di prima revisione editoriale, sulla base delle indicazioni pervenute da parte del Gruppo di Lavoro 'Formazione'. Nel 2009 verranno definite, anche con la collaborazione di altri soggetti istituzionali e delle Aziende sanitarie, le modalità più appropriate per sperimentare e diffondere la versione definitiva dello strumento.

Bibliografia e sitografia essenziale

Agenzia Regionale di sanità. *Progetto Regionale 'Prevenzione e controllo delle ulcere da pressione*. www.mad.it/ars/html/articolo.asp?Articolo=174&Voce=7&ID=7

Agenzia Regionale di sanità. *Indicatori per la valutazione di adesione alle linee guida*. Documento ARS n. 33, luglio 2007. www.mad.it/ars/html/articolo.asp?Articolo=174&Voce=7&ID=7

Decreto Ministero della Sanità 27/08/1999, N. 332. *Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe*. <http://www.handylex.org/stato/d270899.shtml>

Defloor T, Clark M, Witherow A, Colin D, Lindholm C, Schoonhoven L, Moore Z, European Pressure Ulcer Advisory Panel. *EPUAP statement on prevalence and incidence monitoring of pressure ulcer occurrence*. *J Tissue Viability* 2005, 15(3):20-7.

European Pressure Ulcer Advisory Panel. www.epuap.org/

Institute of Health Improvement. *5 million Lives Campaign - Prevent Pressure Ulcers*. www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/PressureUlcers.htm

Ministero della Salute. *Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici*. www.ministerosalute.it/dispositivi/paginainterna.jsp?id=328&menu=strumentieservizi

Mongardi M, Bedosti C, Moro ML. *Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture residenziali per anziani: l'esperienza della Regione Emilia-Romagna*. *Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere*, 2005, 12, 1.

National Institute for Clinical Excellence (NICE), ottobre 2003. *Pressure relieving devices: the use of pressure relieving devices for the prevention of pressure ulcers in primary and secondary care* www.nice.org.uk/Guidance/CG7

National Institute for Clinical Excellence (NICE), settembre 2005. *Pressure ulcers: The management of pressure ulcers in primary and secondary care*. www.nice.org.uk/Guidance/CG29

Regione Toscana, Sistema Nazionale Linee Guida. *Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento*. Ottobre 2005. www.pnlg.it/lgr_toscana_ulcere_da_pressione

Royal College of Nursing. *Pressure Ulcers Risk assessment and Prevention, 2001*. www.rcn.org.uk/development/practice/clinicalguidelines/pressure_ulcers

ALLEGATI

Allegato 1

Scheda lettura ottica Progetto Toscana - Indagine pilota

Studio Regionale di Prevalenza sulle Ulcere da Pressione

1 Rilevazione Data Giorno

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Mese 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Anno 0 1
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Fascia Oraria Mattina Pomeriggio

2 Codice centro

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

reparto

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

rilevatore

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

3 Identificazione Struttura

Str Universitaria
 Ospedaliera
 RSA/Osp.Comunità
 Domiciliare

4 Giorni di degenza/presa in carico

inferiore a 6 giorni
 compresa fra 6 giorni e 1 mese
 superiore ad 1 mese

5 Età del soggetto

0-6 21-40 76-89
 7-12 41-60 >89
 13-20 61-75

6 Sesso utente

Maschile Femminile

7 Valutazione Dolore

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 non valutabile

8 Scala Braden

Percezione sensoriale

Assente
 Molto Limitata
 Limitata
 Normale

Macerazione

sempre umido
 molto umido
 umido a volte
 raramente umido

Attività

allettato
 seduto obbligato
 cammina occasion.
 cammina frequent

Perf. tissut. ossig. (solo pediatria)

eccellente
 adeguata
 compromessa
 estrem. comprom.

Mobilità

immobile
 molto limitata
 limitata
 senza limitazioni

Nutrizione

scadente
 probabilmente insuf.
 adeguata
 eccellente

Forze di taglio e frizione

problema presente
 problema potenz.
 nessun problema

9 Incontinenza

nessuna
 occasionale
 abituale / urine o feci
 doppia

10 Presidi di prevenzione presenti

Sul letto: si no
 superf. antidec. senza motore di altezza inferiore a 10 cm
 superf. antidec. senza motore di altezza uguale o sup. a 10cm
 superf. antidec. con motore di altezza inferiore a 10 cm
 superf. antidec. con motore di altezza uguale o sup. a 10 cm
 In poltrona personalizzata si no
 cuscino antidecubito di altezza inferiore a 7cm
 cuscino antidecubito di altezza uguale o superiore a 7cm
 nessuna superficie speciale

11 Cambio Posturale

Nel Letto

non pianificato / irregolare

pianificato/standardizzato

In poltrona

non pianificato / irregolare

pianificato/standardizzato

12 Presenza di UdP

no (fine della rilevazione)

si (proseguire)

13 Segnalare lo stadio dell'ulcera più grave:

eritema resistente alla digitopressione

abrasione / vescicola

necrosi / profonda cavità

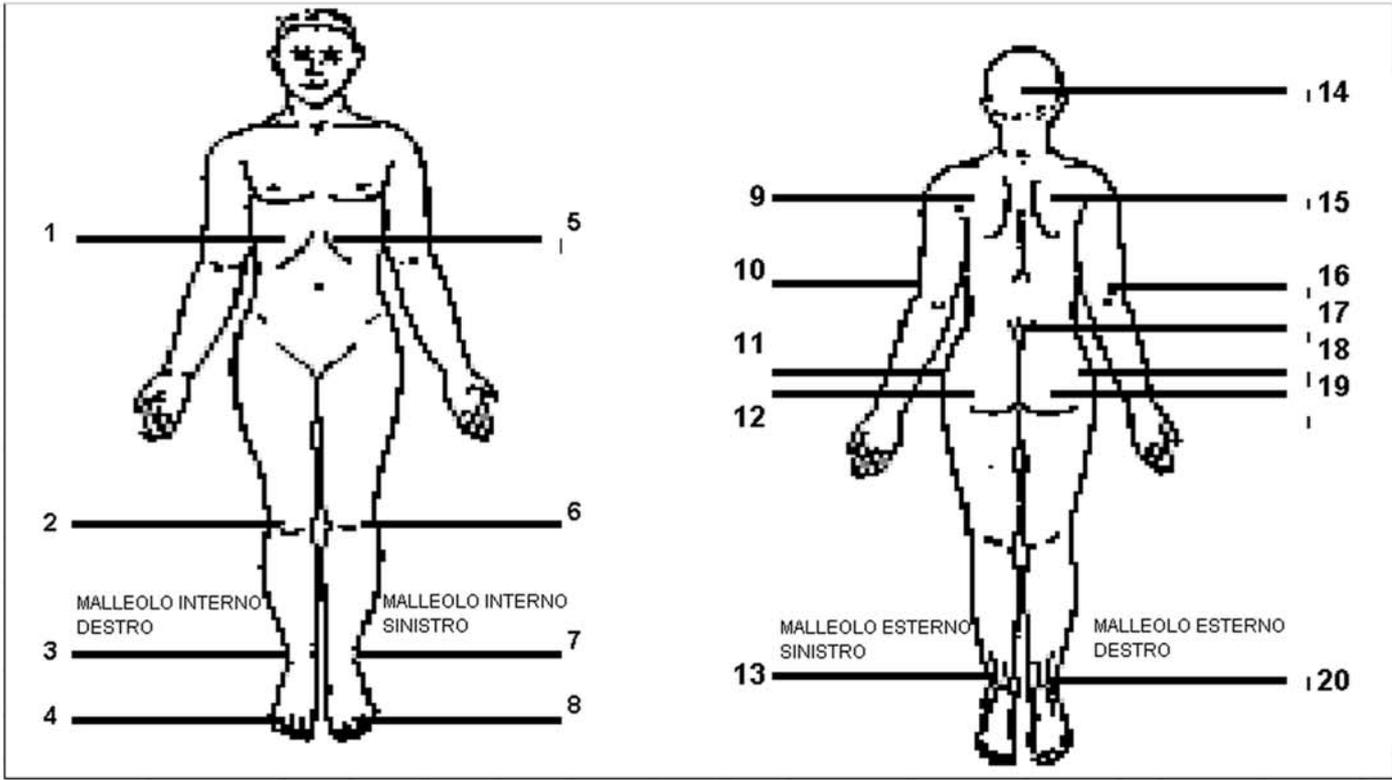
esposizione tendini, ossa, articolazioni

escara chiusa

14 sede ulcera più grave

Sacro Tallone Fianco Altro

Sede di tutte le UdP presenti



15 Segnalare la sede di tutte le ulcere

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 altro 21

16 Ha dolore durante la medicazione?

si no

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 non valutabile

Allegato 2

Protocollo Indagine regionale

Agenzia Regionale di Sanità - Osservatorio Qualità

Ulcere da pressione Indagine di prevalenza 2006

Livello di rischio e presenza di UdP nella popolazione toscana: ospedali, distretti e assistenza domiciliaredomicilio, RSA

PROTOCOLLO DI STUDIO

1. OBIETTIVI

Gli obiettivi principali dello studio sono:

Descrivere

- il livello di rischio e la presenza di UdP
- l'utilizzo dei presidi antidecubito
- la presenza di dolore per qualunque causa
- la presenza di dolore alla medicazione in presenza di UdP

nei pazienti ricoverati in ospedale, assistiti a domicilio e ricoverati in RSA della regione Toscana

Identificare

Aree critiche per la qualità dell'assistenza, utilizzando i risultati dello studio come misurazione *baseline*

Progettare

Un sistema di monitoraggio periodico, basato su indicatori *evidence-based* (EB) per la valutazione di impatto di interventi di miglioramento (ad esempio per l'implementazione di Linee Guida)

Rendere disponibili

Un metodo di lavoro e un insieme di indicatori scientificamente validi e applicabili a diversi livelli del Sistema Sanitario Regionale (Regione, Area Vasta, Azienda)

Promuovere

L'adozione di un linguaggio comune da parte della rete di operatori coinvolti ogni giorno quotidianamente nella pratica assistenziale della prevenzione, diagnosi e trattamento delle UdP.

2. DISEGNO DELLO STUDIO

Lo studio è di tipo 'trasversale' e risponde al disegno dell'indagine di prevalenza. E' basato sull'elaborazione di dati rilevati direttamente al letto del paziente e consultando la documentazione clinica per quanto riguarda i dati anagrafici; la rilevazione sarà effettuata contemporaneamente in tutti i centri reclutati.

L'indagine verrà condotta da una Rete Collaborativa Regionale (RCR) di oltre 800 infermieri e si articolerà su 3 fronti: formazione, rilevazione dati, diffusione dei risultati e *feed back* ai

centri. Complessivamente, nel Progetto verranno coinvolti 85 centri (46 ospedali e 39 distretti, comprensivi delle RSA pubbliche).

Formazione – La formazione ai contenuti delle LG regionali (pubblicate nel 2005 da un GdL del CSR e inserite nel PNLG) e ai metodi per la sorveglianza verrà sviluppata in 3 tappe: 1) identificazione degli infermieri con formazione ed esperienza in *wound care* presenti in Toscana e costituzione di un Gruppo Regionale di Formazione (GRF); 2) identificazione negli ospedali e nei distretti del SSR degli infermieri coordinatori (IC) e loro formazione; 3) con il supporto degli IC, il GRF replicherà in diverse aree geografiche della Regione un intervento formativo indirizzato agli infermieri rilevatori (IR).

E' prevista inoltre la preparazione di strumenti pratici (*booklets, memos, ecc*) per assistere gli infermieri nell'applicazione delle LG e nella partecipazione ad eventuali progetti locali per il MQ. Inoltre è prevista l'elaborazione di un pacchetto formativo 'tipo' da parte del GRF

Rilevazione dati – Verrà effettuata dagli IR in tutti i centri reclutati, in una settimana definita, con la collaborazione degli staff infermieristici di reparto e il supporto degli IC.

Feed back ai centri - è prevista attraverso *report* a stampa e su *web*, sia regionali sia locali, nonché mediante giornate di studio indirizzate a professionisti e *manager*.

Gli *end-points* dello studio sono soprattutto: tassi di rischio e di prevalenza delle lesioni, tassi di utilizzo di presidi antidecubito (vedi sez. 7 - INDICATORI).

3. METODI DI INDAGINE

3.1 Popolazione in studio

La popolazione in studio è rappresentata dai pazienti:

- a) degenti negli ospedali pubblici della Regione (compresi ospedali di comunità/SPDC)
- b) degenti nelle RSA pubbliche
- c) assistiti a domicilio

al momento dell'avvio della rilevazione, 9 maggio 2006.

3.2 Fonte dei dati

La fonte dei dati è rappresentata da:

- a) esame diretto e intervista al paziente
- b) esame della documentazione clinica (medica e infermieristica) per le variabili pertinenti allo studio

3.3 Criteri di selezione

Verranno esclusi dalla rilevazione:

Strutture

- Cliniche ed RSA private (che saranno oggetto di una rilevazione successiva *ad hoc*)

Reparti di degenza

- astanteria/Pronto soccorso/DEA
- chirurgia della mano
- chirurgia maxillo-facciale
- dermatologia

- *day hospital e day surgery*
- neuropsichiatria infantile
- nursery
- oculistica
- odontoiatria
- ostetricia e ginecologia
- otorinolaringoiatria
- tossicologia
- strutture ambulatoriali

3.4 *Strumento di rilevazione*

La rilevazione al letto del paziente verrà condotta dagli IR mediante una scheda standard a lettura ottica (Allegato 1), basata sulla scala di Braden e orientata sia alla valutazione del rischio di UdP sia alla rilevazione di presenza, numero e gravità delle UdP stesse.

3.5 *Variabili registrate per ciascun paziente*

Variabili demografiche

- Data di nascita (età)
- Sesso

Area assistenziale

- Dati identificativi del Centro (ospedale, RSA, distretto)
- Dati identificativi del reparto di degenza (se il pz. è ricoverato in ospedale)
- Durata in giorni (GG) della presa in carico

Rischio di lesioni (secondo scala di Braden)

- Percezione sensoriale
- Frizione/scivolamento
- Umidità
- Mobilità
- Attività
- Nutrizione

Presenza di lesioni

- Momento di insorgenza (prima/durante il ricovero presa in carico)
- *Grading* della lesione
- Sede

Incontinenza

- Presenza
- Tipo
- Frequenza
- Ausili

Presidi utilizzati

- Classe Superficie antidecubito (letto, poltrona)
- Tipo (da interpretare secondo raccomandazioni delle LG)

Dolore

- Presenza e *grading* (secondo scala verbale)
- Presenza e *grading* alla medicazione in caso di UdP (secondo scala verbale)

Altre variabili cliniche

- Documentazione di peso e altezza (da cartelladocumentazione clinica)
- Fattori predisponenti
- Altre ulcere cutanee (da osservazione diretta)

3.6 Codifica

A ciascun centro (ospedale, distretto) verrà attribuito un codice, prestampato sulla scheda di rilevazione.

A ciascun reparto verrà attribuito un codice e l'elenco sarà fornito a ciascun rilevatore.

A ciascun rilevatore verrà attribuito un codice, identificato dal GdC e comunicato agli IC.

A ciascun paziente verrà attribuito un codice (corrispondente al numero nosografico per i ricoveri ospedalieri ed ad un numero progressivo per gli assistiti al domicilio) dall'IR.

Tutte le altre procedure di codifica saranno effettuate nell'ambito del *software* per la lettura ottica delle schede.

3.7 Controlli di qualità dei dati

Il controllo di qualità dei questionari verrà effettuato sia sulla base della completezza delle variabili registrate che sulle eventuali incongruenze tra variabili. Alcune incompletezze od incongruenze potranno essere corrette in via indiretta, tenuto conto delle informazioni rilevate in altre variabili correlate (es: incontinenza verso umidità, mobilità verso attività). Là dove non sarà possibile correggere i dati in via indiretta e le informazioni mancanti siano ritenute di rilievo (con maggiore peso rispetto ad altre variabili), ai fini dell'indagine (es: presenza della lesione, sesso, data di nascita), il Gruppo di Coordinamento (GC) richiederà direttamente agli IC le dovute integrazioni. Quando tutte le informazioni saranno complete la scheda verrà validata ed entrerà a far parte del database finale.

Completezza (questionari non compilati, variabili non compilate, esclusioni..)

Incongruenze tra variabili (es. mobilità vs attività o altro)

3.8 Criteri di esclusione dei casi dalle analisi

Verranno escluse dalle analisi finali le schede che non presenteranno la completezza nelle sezioni:

Variabili identificative del paziente

- Data di nascita (età)
- Sesso

Braden (la mancata rilevazione dell'intera Braden o di almeno una delle 3 variabili indicate configura un'incompletezza di gravità 1)

- Umidità
- Mobilità

- Attività
- sezione Braden non compilata in toto

Presenza di lesioni

- PresenzaSede
- *Grading* della lesione e sede

Presidi utilizzati

- Classe Superficie antidecubito (letto)
- Tipo (da interpretare secondo raccomandazioni delle LG)

4. DOCUMENTAZIONE PER GLI IC E PER GLI IR

Prima dell'indagine sia gli IC sia gli IR riceveranno una documentazione essenziale, anche iconografica, in merito a:

- obiettivi del progetto
- modalità di svolgimento dell'indagine di prevalenza (data, reparti, ecc.)
- modalità di codifica IR paziente
- istruzioni operative per l'attuazione della rilevazione al letto del paziente, con materiale illustrativo appropriato per il riconoscimento delle lesioni (secondo scala NPUAP), scheda integrale per il riconoscimento delle lesioni braden, legenda scheda di rilevazione, diagrammi di flusso RC-IR..

Le schede di rilevazione verranno assemblate per centro e spedite da ARS agli IC, che poi le inoltreranno agli IR di loro competenza.

5. GESTIONE E AGGIORNAMENTO DELL'ARCHIVIO

L'aggiornamento dell'archivio verrà effettuato in ARS a partire dalla conclusione dell'indagine (15 maggio) e via via che le schede di rilevazione verranno restituite.

L'archiviazione delle schede raccolte avverrà tramite un software per la lettura ottica (Abbyy Formreader ver 6.5) che richiede una massima precisione nella fase di compilazione dei questionari ma che ne permette in modo rapido l'archiviazione in un database. Inoltre, il sistema consente di disporre "a video" delle immagini relative ai questionari consentendone quindi una facile consultazione.

Il sistema a lettura ottica si compone di due fasi principali, l'acquisizione dell'immagine tramite la scansione e l'esportazione dei dati ad un database compatibile con il sistema. Per l'esportazione ed archiviazione dei dati finali verrà utilizzato un database Access che verrà implementato automaticamente al termine di ogni sessione di lettura delle schede. Il database dovrà essere costruito prima di procedere alla prima esportazione dei dati e dovrà contenere tutte le variabili previste dal questionario di rilevazione.

6. INDICATORI

Il Progetto UdP nel suo complesso identificherà tre categorie di indicatori:

6.1 Indicatori di sistema

Misurano il grado di adesione/adeguamento delle organizzazioni alle condizioni essenziali o requisiti (strutturali, tecnologici, organizzativi) necessarie a garantire un'assistenza di buona qualità per la prevenzione, diagnosi e trattamento delle UdP. Sono di pertinenza prevalentemente di Direzioni Aziendali (e rispettive articolazioni: uffici formazione, uffici qualità, sistemi informativi ecc.) e di UO. Sono rilevabili mediante indagini dirette (questionari) presso le Aziende o UO o mediante visite on site (es. visite di accreditamento). Esempi di indicatori di sistema sono:

- a. % Aziende che hanno progettato interventi formativi sulle UdP negli ultimi...anni (definire criteri di buona qualità degli interventi formativi sulle UdP);*
- b. % Aziende con esplicite procedure di acquisto fornitura dei presidi antidecubito*
- c. % Aziende con personale dedicato alla prevenzione, diagnosi e trattamento delle UdP*
- d. % Aziende che hanno attivato un sistema di monitoraggio della dimensione del fenomeno e dei costi dell'assistenza (anche nell'ambito di progetti di MQ)*
- e. % reparti (a rischio) che adottano sistematicamente la valutazione di rischio per UdP con scala di Braden*
- f. % infermieri (eligibili) che hanno partecipato a interventi formativi sulle UdP negli ultimi...anni (v. criteri buona Q degli interventi formativi)*
- g. % infermieri o fisioterapisti che hanno partecipato a interventi formativi sull'utilizzo dei presidi antidecubito negli ultimi...anni (v. criteri buona Q degli interventi formativi)*

Questi indicatori non verranno rilevati dall'indagine di prevalenza.

6.2 Indicatori di processo

Misurano l'effettiva applicazione delle raccomandazioni nel processo assistenziale e nelle pratiche professionali. Sono di pertinenza prevalentemente di operatori di diverse professionalità, sia in ambito ospedaliero sia territoriale. Sono rilevabili in alcuni casi da flussi informativi, per lo più da consultazione di documentazioni sanitarie, da indagini *ad hoc* che utilizzino schede specifiche e standardizzate. Un'altra possibile fonte di rilevazione è rappresentata, da indagini su opinioni ed esperienze dei pazienti. Esempi di indicatori di processo sono:

- a. % documentazioni cliniche (di reparti a rischio..) che includono la valutazione per UdP con scala di Braden;*
- b. % pazienti a rischio valutati entro 6 ore dal ricovero*
- c. % pazienti a rischio di UdP a cui è stato assegnato un presidio antidecubito raccomandato (o non raccomandato) dalle LG.*
- d. % pazienti a rischio per i quali è documentato in cartella il riposizionamento*
- e. % pazienti a rischio o con presenza di UdP (e loro caregiver) che hanno ricevuto materiale informativo di supporto per la gestione quotidiana del problema.*

L'indicatore C verrà rilevato dall'indagine di prevalenza.

6.3 **Indicatori di esito**

Misurano l'eventuale impatto finale dell'applicazione delle linee guida su morbilità, dolore, percezione di pazienti e famiglie, qualità della vita, livello di informazione ed educazione di pazienti, famiglie e *caregiver*. Riguardano esclusivamente i pazienti e le persone che li assistono, i soggetti a rischio e le comunità nel loro insieme. Sono misure di più complessa interpretazione e il loro utilizzo presuppone la messa in atto di procedure di aggiustamento del rischio, non sempre attuabili. Sono rilevabili da flussi informativi correnti, ma per le UdP questa fonte generalmente sottostima il fenomeno. I *dati di prevalenza*, benché imperfetti, possono essere ottenuti in modo relativamente semplice anche in campioni molto ampi. I *dati di incidenza* sono di più complessa acquisizione, maggiormente fattibile in ambiti ristretti (reparto). Le misure di *qualità della vita, soddisfazione, grado di informazione e di educazione* sono di acquisizione ancora più complessa e presuppongono comunque l'utilizzo nella pratica di strumenti di valutazione (scale) ancora poco diffusi e disomogenei.

L'indagine di prevalenza rileverà soprattutto indicatori di esito (tassi di prevalenza di UdP, tassi di prevalenza di soggetti a rischio)

7. **RISERVATEZZA**

Il trattamento dei dati¹ necessari a produrre le elaborazioni previste da questo protocollo risponde alle vigenti norme sulla *privacy*, in particolare alle indicazioni del regolamento sulla *privacy* adottato da ARS.

8. **RISORSE**

Per la realizzazione dello studio verranno impiegate le seguenti risorse:

Competenze tecniche in ARS
1 professionista (infermiere) Coordinatore dell'indagine
3 professionisti (infermieri) per costruzione rete e supporto tecnico alle elaborazioni
1 assistente editoriale per revisione testi
1 documentalista per ricerca e aggiornamento bibliografico
Competenze tecnico-professionali rete infermieristica toscana

¹ Sistema di autenticazione, informatica, adozione di procedure di gestione delle credenziali di autenticazione, utilizzazione di un sistema di autorizzazione, aggiornamento periodico della gestione e manutenzione degli strumenti informatici, adozione di procedure di custodia di copia di sicurezza, tenuta di un aggiornato documento programmatico sulla sicurezza, adozione di cifrature per determinati dati idonei a rilevare lo stato di salute effettuati da organismi sanitari.

Collaborazione del Gruppo Regionale per la prevenzione e il trattamento delle Ulcere da Pressione in Toscana (GRUP-T): stesura del Progetto e alla elaborazione del protocollo di ricerca: incontri periodici in 2005-6

Collaborazione del Gruppo Regionale dei Formatori per la prevenzione e il trattamento delle Ulcere da Pressione in Toscana (GRUP-For-T): allestimento del materiale didattico, alla progettazione e attuazione degli incontri di formazione degli IC e degli IR incontri periodici in 2005-6

Tecnologie

Sistema informativo ARS

Altre voci

Consulenza tecnica esterna per allestimento *software* lettura ottica

9. PUBBLICAZIONE DEI DATI

I risultati dell'indagine di prevalenza a livello regionale verranno resi disponibili:

- a tutte le Aziende della regione Toscana
- ai soggetti istituzionali del governo regionale (DGDS, CSR)
- a tutti i componenti della rete che hanno contribuito alla sua realizzazione.
- per pubblicazione su sito web di ARS.

Solo dopo presentazione e diffusione in ambito regionale i risultati dello studio potranno essere utilizzati per pubblicazioni scientifiche su riviste e per presentazioni a convegni in ambito nazionale o europeo.

I risultati dell'indagine di prevalenza per le singole Aziende ed eventuali disaggregazioni per aree assistenziali verranno resi disponibili a seguito di richiesta specifica da parte delle Direzioni Aziendali.

10. BIBLIOGRAFIA

- Linee Guida Regione Toscana
- Documenti EPUAP

Allegato 3

Scheda lettura ottica Progetto Toscana - Indagine regionale

1 GIORNI DI DEG./PRESA IN CARICO

- inferiore a 10 giorni
 compresa fra 10 giorni e 20 giorni
 compresa fra 21 giorni e 1 mese
 superiore ad 1 mese
 non rilevabile

2 SESSO

- Maschio
 Femmina

3 DATA NASCITA

Mese		Anno			
0	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4 DATI RILEVATI IN CARTELLA

- Peso Si No
 Altezza Si No

5 VALUTAZIONE DOLORE

5.1 In questo momento sente dolore in qualche zona del corpo?

scala verbale del dolore

0=assente 1=lieve 2=moderato 3=forte 4=atroce

5.2 Da quanto tempo ha questo dolore?

- meno di 1 settimana
 più di 1 settimana meno di 1 mese
 più di 1 mese, meno di 6 mesi
 più di 6 mesi, meno di 1 anno
 più di 1 anno, meno di 3 anni
 più di 3 anni

5.3 Dolore non valutabile perché

- paziente non presente al momento della rilevazione
 paziente non in grado di rispondere
 altro

6 SCALA DI BRADEN

Percezione sensoriale <input type="checkbox"/> non limitata <input type="checkbox"/> leggermente limitata <input type="checkbox"/> molto limitata <input type="checkbox"/> completamente limitata	Umidità <input type="checkbox"/> mai bagnato <input type="checkbox"/> occas. bagnato <input type="checkbox"/> spesso bagnato <input type="checkbox"/> costant. bagnato	Attività <input type="checkbox"/> cammina frequentemente <input type="checkbox"/> cammina occasionalmente <input type="checkbox"/> in poltrona <input type="checkbox"/> complet. allettato
Mobilità <input type="checkbox"/> limitazioni assenti <input type="checkbox"/> parzialmente limitata <input type="checkbox"/> molto limitata <input type="checkbox"/> completamente immobile	Nutrizione <input type="checkbox"/> eccellente <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> probabilmente inadeguata <input type="checkbox"/> molto povera <input type="checkbox"/> non rilevabile	Frizione e scivolamento <input type="checkbox"/> nessun problema <input type="checkbox"/> problema potenziale <input type="checkbox"/> problema

7 FATTORI PREDISPONENTI (risposta multipla)

- presenza di apparecchi gessati o trazioni
 edemi diffusi
 marcatamente sottopeso
 obesità
 diabete
 arteriopatia
 altre malattie
 nessuno

8 INCONTINENZA

- Si No

Tipo Incontinenza (risposta multipla)

- Urina Fecale

Frequenza Incontinenza

- Occasionale Abituale

Ausilio presente (risposta multipla)

- pannolino pediatrico pannolone per adulti
 catetere vescicale condom

Studio Regionale di Prevalenza sulle Ulcere da Pressione

9 PRESIDI DI PREVENZIONE PRESENTI

Sul letto Si No

Se si

- superf. antidec. con motore, altezza inferiore a 10 cm (sovramaterasso)
- superf. antidec. con motore, altezza uguale o sup. a 10 cm (materasso)
- letto fluidizzato

10 VIENE ALZATO IN POLTRONA?

Si No

Se si

- cuscino antidecubito, altezza inferiore a 7cm
- cuscino antidecubito, altezza uguale o superiore a 7cm
- nessuna superficie speciale

11 PRESENZA UDP

Si No

Se si

- prima del ricovero/presa in carico
- durante il ricovero
- non documentato

12 SEDE E GRADO SOLO DELLE UDP

Mediane

Sacro 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Occipite 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Altro 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○
---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Dx

Trocantere 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Ischio 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Malleolo 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Tallone 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Altra 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○
--------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Sx

Trocantere 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Ischio 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Malleolo 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Tallone 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○	Altra 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○
--------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

13 HA DOLORE DURANTE LA MEDICAZIONE?

scala verbale del dolore				
0=assente	1=lieve	2=moderato	3=forte	4=atroce
○	○	○	○	○

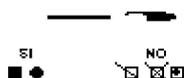
13.1 Se dolore non valutabile indicare il motivo:

- paziente non presente al momento della rilevazione
- paziente non in grado di rispondere
- altro

14 ULCERE DI ALTRA NATURA

- ulcere della gamba
- altro

ANNERIRE CON PENNA NERA
IN QUESTO MODO



	CODICE PAZIENTE	CODICE REP/DISTR	CODICE RILEVATORE
0	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 ○ ○	0 ○ ○
1	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	1 ○ ○	1 ○ ○
2	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	2 ○ ○	2 ○ ○
3	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	3 ○ ○	3 ○ ○
4	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	4 ○ ○	4 ○ ○
5	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	5 ○ ○	5 ○ ○
6	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	6 ○ ○	6 ○ ○
7	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	7 ○ ○	7 ○ ○
8	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	8 ○ ○	8 ○ ○
9	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	9 ○ ○	9 ○ ○

Allegato 4

*Newsletter Osservatorio Qualità 2005-2007
con riferimenti alle Ulcere da Pressione*



La qualità dei servizi socio-sanitari newsletter

Giugno-Luglio 2005 - Anno I - N. 3

ARS Toscana - Osservatorio Qualità

Coordinatore: Stefania Rodella

Via Vittorio Emanuele II, 64 - 50134 Firenze

Viale Milton, 7 - 50129 Firenze

Tel.: 055 462431 - Fax: 055 4624330

E-mail: caterina.baldocchi@arsanita.toscana.it



Argomenti: parliamo di...

La diffusione pubblica dei dati di qualità dei servizi sanitari

La diffusione pubblica di dati comparativi sulla *performance* dei servizi sanitari (terminologia usata: *public disclosure, public release, report cards, publicly reporting quality information, league tables, public dissemination*) è stata proposta negli ultimi 15 anni come un nuovo meccanismo per il miglioramento della qualità dei servizi e rappresenta, in alcuni Paesi, una componente chiave delle politiche sanitarie. Si ritiene che la pubblicazione dei dati di qualità agisca attraverso **due meccanismi principali**: a) l'accesso alle informazioni consente ai pazienti e agli acquirenti dei servizi sanitari di selezionare gli erogatori migliori; b) i medici e gli ospedali possono essere incoraggiati a competere sulla qualità e ad identificare aree di possibile miglioramento. Le informazioni pubbliche dunque, possono teoricamente essere usate come strumento di cambiamento, di regolazione e di informazione per i cittadini. Dati di *performance* relativi a diverse aree assistenziali sono stati resi pubblici negli USA; sono molto conosciute, ad esempio, le esperienze relative alla cardiocirurgia e alle infezioni ospedaliere. Nel 2000 un documento della *RAND Health* ha rivisto l'esperienza degli Stati Uniti ed ha proposto alcune raccomandazioni per una strategia di diffusione pubblica dei dati in Gran Bretagna, di interesse per qualunque Paese o regione intenda affrontare questo problema. Un'imponente letteratura è comunque disponibile sulla questione, i cui punti salienti possono essere così riassunti:

lo stato delle conoscenze. Le prove di efficacia sono ancora insufficienti a dimostrare che la diffusione pubblica dei dati di qualità determini un reale miglioramento dell'assistenza. Un quesito ancora irrisolto riguarda la maggiore efficacia di tale metodo a fronte di un utilizzo dei dati tutto interno al sistema sanitario, per la conduzione di progetti di miglioramento.

Atteggimento dei professionisti. Diverse indagini hanno dimostrato da un lato l'interesse dei medici verso i dati pubblici, dall'altro il loro scetticismo e la scarsa attitudine a farne uso nella pratica.

Impatto sulle organizzazioni sanitarie. Gli ospedali e le strutture che erogano assistenza sembrano rispondere in modo positivo, soprattutto in un contesto di competizione, mettendo in atto azioni di cambiamento. L'uso di dati sia di processo sia di esito sembra più efficace rispetto all'utilizzo dei soli dati di mortalità, spesso criticati e contestati sul piano metodologico.

Atteggimento di pazienti e cittadini. Diversi studi hanno descritto una posizione favorevole al principio della disponibilità pubblica di informazioni sulla qualità dei servizi, ma allo stesso tempo hanno segnalato difficoltà di interpretazione e la necessità di intermediari. L'impatto delle informazioni sulle decisioni che i pazienti prendono sulla loro salute sembra ancora minimo, se non assente.

Conseguenze indesiderate. Possono coinvolgere sia i professionisti sia le organizzazioni inducendo comportamenti distorti, come concentrare l'attenzione solo sulle aree misurate a detrimento di altre ugualmente rilevanti, o su obiettivi a breve termine a sfavore di azioni di lungo respiro, o dare importanza all'evitare posizioni di *outlier* piuttosto che perseguire miglioramenti più sostanziali. Il timore di compiere errori può disincentivare innovazione e sperimentazione; infine, possono verificarsi veri comportamenti opportunistici (selezione dei pazienti) o fraudolenti.

Nelle sue raccomandazioni strategiche il documento della RAND rimanda soprattutto ad alcune priorità: rendere trasparenti gli obiettivi della pubblicazione, coinvolgere i professionisti e le società scientifiche nell'intero processo, realizzare percorsi formativi specifici per i destinatari delle informazioni, mettere in atto strategie di monitoraggio dei benefici e delle conseguenze indesiderate.

La diffusione dei dati di qualità è diventata un punto nodale della riforma del *National Health Service* inglese. In generale, la tendenza verso una sempre maggiore diffusione di informazioni sulla qualità dei servizi sembra inarrestabile. Il problema oscilla tra la necessità scientifica di acquisire maggiori prove di efficacia e perfezionare i metodi di selezione e presentazione dei dati e l'opportunità e la volontà politica nel promuovere o frenare iniziative di 'consumerismo informato'. **La pubblicazione dei dati di qualità non è quindi semplicemente un intervento tecnico, ma è una scelta politica**, che incide sui valori professionali e sociali e sulle regole organizzative. Esperienze positive di *public reporting* non sono possibili con operazioni di imposizione, ma implicano piuttosto una effettiva *partnership* tra professionisti, *manager*, politici e pubblico (e sue rappresentanze), attraverso un processo di negoziazione e deliberazione.

Bibliografia essenziale

1. Marshall M et al. *Dying to know: public release of information about quality of health care*. RAND Health, 2000.
2. Marshall M, Romano P, Davies HTO. *How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care?* International Journal for Quality in Health Care 2004;16, S1:i57-i63.
3. Werner RM, Asch DA. *The unintended consequences of publicly reporting quality information*. JAMA 2005, 293: 1239-1244.



Progetti: lavoriamo per...

Prevenzione e controllo delle Ulcere da Pressione (UdP)

L'Osservatorio Qualità, a sviluppo del Progetto regionale Linee Guida (LG) e in continuità con il Progetto *nursing* (anno 2004, Proposta per un progetto regionale), ha avviato in gennaio 2005, in collaborazione con la Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, (DGDS, area Governo Clinico) e con il Consiglio Sanitario Regionale (CSR), un progetto per l'implementazione delle LG regionali per la prevenzione e il controllo delle UdP. Il Progetto ha identificato alcuni **obiettivi**: a) costituzione di un Gruppo di Lavoro (GdL) regionale; b) ricognizione delle attività in corso nelle aziende; c) effettuazione di una prima indagine di prevalenza; d) definizione di indicatori per la verifica di impatto delle LG; e) identificazione di criticità prioritarie e messa in atto di azioni di miglioramento. Qual è lo stato dell'arte ad oggi?

È stato costituito il **GdL regionale**, a partire dal GdL che aveva elaborato le LG del CSR, con l'integrazione di ulteriori figure professionali (tra cui: farmacista, medico e infermiere pediatra, infettivologo) e sono stati identificati **3 sottogruppi** impegnati su diversi fronti: a) prescrizione di presidi e medicazioni avanzate; b) realizzazione di un'indagine di prevalenza; c) progettazione e realizzazione di iniziative formative. Mediante un **questionario inviato ai Servizi Infermieristici** sono state rilevate alcune informazioni di base sullo stato attuale delle attività di controllo delle UdP nelle aziende. Inoltre, il progetto è stato presentato in un **incontro regionale** rivolto alle aziende (Servizi Infermieristici, Direzioni Sanitarie e Uffici Qualità). Nel periodo maggio-giugno è stata progettata e preparata (allestimento scheda rilevazione, identificazione referenti e rilevatori nelle aziende, progettazione e allestimento materiale informativo, organizzazione intervento formativo per i rilevatori) un'indagine pilota per la rilevazione di dati di prevalenza, svoltasi nella settimana 27 giugno-1 luglio. L'indagine ha coinvolto un numero limitato di centri (6 ospedali pubblici, 4 RSA e 5 distretti territoriali in cui è attiva l'Assistenza Domiciliare Integrata - ADI) e oltre 200 rilevatori formati nelle aziende, con il contributo di 20 referenti esperti. L'adesione e la partecipazione al Progetto sono state immediate ed entusiastiche. Durante l'estate saranno completati l'input dei dati (oltre 3.200 schede) e l'elaborazione dei risultati. Successivamente, anche sulla base delle indicazioni che emergeranno dall'indagine pilota, verrà attuata un'indagine di prevalenza a estensione regionale, che coinvolgerà un campione rappresentativo di organizzazioni, pubbliche e private, di assistenza sia ospedaliera sia territoriale. Presso ARS è stato costituito un **gruppo di coordinamento**, con funzioni di supporto scientifico e organizzativo al Progetto.

Bibliografia essenziale



1. Consiglio Sanitario Regione Toscana. Linee guida sulle ulcere da pressione: prevenzione e trattamento.
2. *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP). www.epuap.org.
3. Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee (AISLeC). www.aislec.it.

Per informazioni (ARS, viale Milton, tel. 055 462431): *Stefania Rodella*, *Laura Rasero* (progetto), *Francesca Falciani*, *Cristina Fabbri* (gruppo di coordinamento infermieristico), *Paola Serafini* (segreteria).



Eventi e corsi

Convegno internazionale. 22^a Conferenza dell'*International Society for Quality in Health Care (ISQua)*. 25-28 ottobre, Vancouver, Canada.

www.isqua.org/isquaPages/Conferences.html

Corso avanzato in Evidence-based nursing. Organizzato dal **GIMBE**. Bologna, novembre-dicembre 2004.

www.gimbe.org/ebn/index.htm



Appuntamenti

23/6, ore 10:00 - Incontro del GdL Registro Toscano Dialisi e Trapianti (RTDT). ARS, villa Fabbricotti.

29/6, ore 9:30 - Primo Convegno di studio "Il rischio infettivo da attività sanitarie". Auditorium del Consiglio Regionale, via Cavour, 4 - Firenze.

30/6, ore 10:00 - GdL regionale "Definizione del percorso assistenziale dei pazienti con ICTUS" (in collaborazione con DGDS e CSR) - ARS, Villa Fabbricotti.

30/6, ore 14:30 - GdL dei Direttori Medici di Presidio Ospedaliero (in collaborazione con DGDS). ARS, villa Fabbricotti.

13/7, ore 14:30 - GdL regionale "Creazione registro toscano sugli interventi di implantologia protesica dell'anca". ARS, villa Fabbricotti.

21/7, ore 15:00 - GdL "Implementazione linee guida regionali per la prevenzione e il controllo delle Ulcere da pressione (UdP)". ARS, villa Fabbricotti.

Per informazioni e documentazione sugli incontri di giugno e luglio: **Paola Serafini**, tel. 055 4624386, e-mail: paola.serafini@arsanita.toscana.it



Pubblicazioni

È pubblicato il documento dell'ARS n. 16 "Assistenza di fine vita e cure palliative", versione definitiva del report già diffuso in febbraio 2005 (vedi *newsletter* N. 1). Copie del documento possono essere richieste a:

Caterina Baldocchi, tel.: 055 4624390

e-mail: caterina.baldocchi@arsanita.toscana.it



Contattateci

Per ricevere la *newsletter* potete scrivere a: caterina.baldocchi@arsanita.toscana.it o telefonare allo 055 4624390. Potete consultare la *newsletter* sul sito www.arsanita.toscana.it, sezione "Qualità".

Nel prossimo numero

Argomenti: parliamo di...

...la qualità dell'assistenza ai pazienti con ictus

Progetti: lavoriamo per...

...il Registro di Implantologia Protesica RIPO-T

I contenuti di questo numero sono stati curati da:

Stefania Rodella, *Laura Rasero*, *Francesca Falciani*, *Cristina Fabbri*, *Caterina Baldocchi*, *Paola Serafini*

Revisione editoriale e impaginazione a cura di:

Caterina Baldocchi



La qualità dei servizi socio-sanitari newsletter

Novembre 2005 - Anno I - N. 6

ARS Toscana - Osservatorio Qualità

Coordinatore: Stefania Rodella

Via Vittorio Emanuele II, 64 - 50134 Firenze

Viale G. Milton, 7 - 50129 Firenze

Tel.: 055 462431 - Fax: 055 4624330

E-mail: caterina.baldocchi@arsanita.toscana.it



Argomenti: parliamo di...

Le Ulcere da Pressione (UdP)

L'Udp è un'area di danno localizzato della cute e dei tessuti sottocutanei, causata da forze di pressione, trazione, frizione o da una combinazione di questi fattori (European Pressure Ulcer Advisory Panel - EPUAP, 2003). La loro gravità è classificata in gradi.

Le ulcere si formano normalmente in corrispondenza di prominenze ossee e si manifestano prevalentemente in soggetti anziani allettati per malattie che compromettono le capacità funzionali neuromotorie. Le UdP sono in grado di innescare un meccanismo di scompenso a cascata che può portare ad un'irreversibile dipendenza, con necessità di elevatissimi livelli di assistenza o, in alcuni casi, fino alla morte. Nonostante i progressi della Medicina, una maggiore conoscenza del problema, una migliore assistenza e l'impiego di presidi sempre più sofisticati per la prevenzione, le UdP continuano a essere un grave problema e a colpire un numero ancora troppo elevato di persone.

Le UdP sono molto frequenti nella popolazione ospite di strutture preposte alle cure sanitarie (Ospedali, Residenze Sanitarie Assistite - RSA - e strutture per lungo-degenti), così come tra le persone che ricevono cure a domicilio, ma possono colpire individui di ogni età, comportando costi elevati sia in termini di sofferenza umana che di impiego di risorse. Con l'invecchiamento della popolazione e il cambiamento nella storia naturale delle malattie, questo problema è destinato a crescere a meno che non si adottino contromisure adeguate.

Lo studio di **incidenza** e **prevalenza** delle UdP è difficile sul piano metodologico e oneroso in termini organizzativi. I contributi maggiori in ambito epidemiologico sulle UdP ci vengono forniti da studi americani ed europei condotti negli ultimi 20 anni. Le indagini condotte in ambito ospedaliero mostrano valori di prevalenza abbastanza omogenei, compresi tra l'8% e il 22% circa. In particolari sottogruppi di popolazione (soggetti tetraplegici, anziani allettati, pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive - TI) il rischio è maggiore e la prevalenza può essere molto alta (33-66%). Alcuni studi

condotti tra i ricoverati in residenze per lungo-degenti o RSA hanno documentato una prevalenza compresa tra 2,4% e 23%. Tra i soggetti curati a domicilio, la prevalenza varia tra 8,7% e 20%. Le UdP possono manifestarsi anche in età pediatrica, raggiungendo valori di incidenza e prevalenza pari al 4%, con un aumento di incidenza fino al 17-25% quando venga considerata la popolazione ricoverata nelle TI. Anche in Italia i dati disponibili provengono da alcuni studi pubblicati negli ultimi 20 anni. Uno Studio nazionale di prevalenza, pubblicato nel 2004 e condotto nell'ambito di uno Studio pilota europeo, ha osservato 13.081 persone ricoverate in 24 strutture ospedaliere, rilevando un tasso di prevalenza pari al 10,97%. Nel 90,6% dei casi non erano state prese misure preventive. Un altro Studio, effettuato nel 1985 su 20 Ospedali (reparti di Neurologia, Geriatria, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Neurochirurgia, Rianimazione e Urologia), per un totale di 12.048 utenti, mostrava una prevalenza pari all'8,6% e registrava le prevalenze maggiori in reparti di Rianimazione e TI (26,6%), Neurochirurgia (13%) e Geriatria (11%). Altri 2 Studi condotti dall' AISLeC negli anni '90 su 2.584 e 5.554 utenti, hanno riportato, rispettivamente, una prevalenza del 13,2% e del 12,9%.

Le UdP e il loro trattamento hanno un impatto importante sulla qualità di vita di pazienti e familiari, ma anche dal punto di vista finanziario. Negli Stati Uniti i costi associati al trattamento di UdP sono stati stimati tra 500 e 50.000 \$ per ulcera (Studio pubblicato nel 2001).

Tra le recenti pubblicazioni internazionali devono essere segnalate le Linee Guida (LG) pubblicate dal *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* inglese nel settembre 2005 e prodotte dal *Royal College of Nursing* e la dichiarazione dell'EPUAP (*EPUAP statement*) in merito ai metodi per il monitoraggio di incidenza e prevalenza, pubblicato nell'agosto 2005. Il Documento del NICE identifica **10 raccomandazioni prioritarie**, pertinenti ad alcuni importanti fattori di qualità: classificazione delle UdP secondo il sistema EPUAP, definizione delle UdP di grado 2 o superiore come incidenti clinici, valutazione dei pazienti con UdP secondo criteri ben definiti, uso di presidi medico-chirurgici adeguati e avanzati (materassi, cuscini, medicazioni) per la prevenzione e il trattamento nei soggetti affetti da differenti gradi di UdP.

Il documento dell'EPUAP (aggiornamento di un'analogia pubblicazione del 2003) fornisce **raccomandazioni** pratiche e semplici per il **calcolo e la pubblicazione di dati di incidenza e prevalenza** e per la costruzione di indicatori di qualità.

Laura Rasero, Stefania Rodella

Nota. Nell'ambito del Programma regionale 'Linee Guida', con la collaborazione tra Consiglio Sanitario Regionale (CSR) e Direzione Generale Diritto alla Salute (DGDS), è in corso di pubblicazione la versione rivista delle LG su prevenzione e trattamento delle UdP. Nell'ambito dello stesso Programma, è affidato ad ARS Toscana il compito di definire indicatori di qualità.

Bibliografia essenziale



1. NICE. *The management of pressure ulcers in primary and secondary care*. Royal College of Nursing, settembre 2005. www.nice.org.uk/page.aspx?o=273074
2. EPUAP. *Statement on prevalence and incidence monitoring on pressure ulcer occurrence*. Tissue Viability Society, 15;3:20-27.
3. Di Giulio P. *La prevalenza delle ulcere da decubito nei pazienti ospedalizzati*. Rivista dell'Infermiere, 1985;2:5-10.
4. AISLEC *Profilassi delle lesioni da decubito e cambio posturale. Ricerca multicentrica*. NEU, 1995;1:12-15.
5. Associazione Italiana Ulcere Cutanee (AIUC). www.aiuc.it



Progetti: lavoriamo per...

...la definizione, validazione e sperimentazione di indicatori di qualità dell'assistenza territoriale

L'ARS Toscana, su mandato regionale e con la responsabilità scientifica dell'OQ (Stefania Rodella) partecipa al Progetto di ricerca finanziato dal Ministero della Salute e avviato nel gennaio 2004 'Definizione, validazione e sperimentazione di indicatori per la valutazione di qualità delle attività sanitarie del territorio'. Capofila del Progetto è l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) di Roma e vi partecipano, oltre alla Toscana, altre Regioni e Aziende Sanitarie italiane. Il Progetto si concluderà in marzo 2006.

Utilizzando principalmente i flussi informativi correnti disponibili in ciascuna Regione partecipante e sulla base della letteratura scientifica e di alcune esperienze di rilievo in ambito internazionale, in particolare europeo, sono stati definiti diversi set di indicatori orientati alla valutazione della qualità dell'assistenza per alcune patologie/percorsi di cura a prevalente o rilevante sviluppo sul territorio. Ciascuna Regione aderisce al Progetto per una o più patologie: sono stati così identificati alcuni sottogruppi di lavoro che hanno affrontato lo studio dello stesso gruppo di patologie/percorsi assistenziali, condividendo definizioni, informazioni sui rispettivi sistemi informativi, metodi di lavoro, criteri di interpretazione dei risultati. Il metodo di lavoro adottato dal Progetto si basa su una classificazione degli indicatori in 3 categorie:

- **indicatori di tipo A**, rilevabili da flussi informativi standardizzati a livello nazionale (SDO, schede di morte), utili soprattutto per l'intercettazione dei casi di interesse all'inizio o alla conclusione del loro percorso di cura;
- **indicatori di tipo B**, rilevabili da flussi informativi che, pur misurando spesso fenomeni analoghi, mostrano notevoli differenze tra Regioni per struttura, data di attivazione, tipo di informazioni raccolte, in funzione dei diversi modelli organizzativi adottati. È questo il caso di settori quali la Riabilitazione, la Psichiatria, l'assistenza in Residenze Sanitarie per gli anziani, l'assistenza alla gravidanza e al parto, ecc. Nella rilevazione di questi indicatori viene dedicata particolare attenzione all'utilizzo di *link* tra diversi archivi per la ricostruzione del percorso dei pazienti;
- **indicatori di tipo C**, rilevabili solo in alcune Regioni che hanno attivato progetti specifici con sistemi informativi dedicati o integrati da *survey ad hoc*. È il caso, ad esempio, dell'assistenza ai pazienti in dialisi (Marche, Toscana) o ai pazienti con insufficienza respiratoria cronica (Fondazione Maugeri).

Lo sviluppo delle diverse tappe del Progetto ha reso possibile la ricognizione dei flussi informativi presenti nelle diverse Regioni e il confronto tra diversi modelli organizzativi, mettendo comunque in evidenza una generale difficoltà di lettura delle attività sanitarie territoriali e di valutazione della loro qualità. La Toscana partecipa al Progetto per le patologie *ictus*, frattura di femore (indicatori di tipo A e B), dialisi (indicatori di tipo C) e coordina il sottogruppo delle Regioni Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche e Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento (APSS).

Bibliografia essenziale



http://www.assr.it/ricerca/ricerca_2003/ricerca_indicatori_territorio.htm

Per informazioni: (ARS, viale Milton, tel. 055 462431) *Stefania Rodella* (Progetto di ricerca), *Valeria Di Fabrizio* (elaborazione dati), *Paola Serafini* (segreteria).



Eventi e corsi

Convegno Nazionale - **La prevenzione delle infezioni nelle strutture sanitarie della Regione Veneto**. Organizzata da SIMPIOS e Sistema Epidemiologico della Regione Veneto. *Castelfranco Veneto, 18 novembre 2005*. Programma disponibile all'indirizzo www.simpios.org



Appuntamenti

4/11, ore 14:30 - Progetto regionale CORIST. Sottoprogetto 'Revisione e implementazione di LG per la gestione del Catetere Venoso Centrale (CVC)'. GdL 'Posizionamento del CVC' - ARS, Viale Milton 7, Firenze.

17/11, ore 14:00 - Convegno 'Il Progetto regionale per la prevenzione e il controllo delle UDP' - in collaborazione con DGDS e CSR. *Auditorium Banca Toscana, via Panciatichi 87, Firenze*.

22/11, ore 14:30 - Progetto regionale CORIST. Sottoprogetto 'Revisione e implementazione di LG per la gestione del CVC'. GdL 'Complicanze non infettive' - ARS, Viale Milton 7, Firenze.

Per informazioni e documentazione sugli incontri di novembre: Paola Serafini tel. 055 4624386 paola.serafini@arsanita.toscana.it



Pubblicazioni

Segnaliamo la recentissima pubblicazione da parte dell'OMS delle **LG sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria** (*Hand Hygiene in Healthcare*). Le LG sono state prodotte nell'ambito del Programma 2005-2006 'Clean Care is Safer Care', per la sicurezza dei pazienti in tutto il mondo e nell'ambito di una collaborazione internazionale OMS per la sicurezza dei pazienti (*WHO World Alliance for Patient Safety*). Le LG sono disponibili in lingua inglese (non sono ancora state tradotte in italiano) sul sito del Ministero della Salute: www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/274/Exec_Summ_ENGLISH_FINAL.pdf



Contattateci

Se volete proporre un tema per la rubrica 'Argomenti' o se volete ricevere la *newsletter* via e-mail potete scrivere a: caterina.baldocchi@arsanita.toscana.it o telefonare allo 055 4624390. La *newsletter* è anche consultabile sul sito www.arsanita.toscana.it, sezione Qualità, Newsletter.

Nel prossimo numero

Argomenti: parliamo di...

...gravi cerebrolesioni acquisite

Progetti: lavoriamo per...

...indicatori di qualità in dialisi

I contenuti di questo numero sono stati curati da:

Stefania Rodella, Laura Rasero, Cristina Fabbri, Francesca Falciani, Valeria Di Fabrizio, Paola Serafini

Revisione editoriale e impaginazione a cura di:

Caterina Baldocchi



La qualità dei servizi socio-sanitari

newsletter

Ottobre 2006 - Anno II - N. 7

ARS Toscana – Osservatorio Qualità
Coordinatore: Stefania Rodella

Via Vittorio Emanuele II, 64 - 50134 Firenze

Viale Milton, 7 - 50129 Firenze

Tel.: 055 462431 - Fax: 055 4624330

E-mail: osservatorio.qualita@arsanita.toscana.it



Argomenti: parliamo di...

Il Progetto dell'American Stroke Association per l'implementazione di Linee Guida (LG) sull'ictus (*Get With the Guidelines Stroke – GWGS*)

Get With The Guidelines (GWTG) è un innovativo programma di miglioramento della qualità dell'assistenza a disposizione degli ospedali americani, promosso dall'*American Heart Association* e dall'*American Stroke Association*. L'intero programma si propone di diffondere e rafforzare negli operatori sanitari la capacità di trattare i pazienti cardiologici (con malattia coronaria o scompenso) e con *stroke* in modo omogeneo e in accordo alle LG più recenti e scientificamente valide.

Gli obiettivi del *GWG Stroke* sono indicati in *Box 1*.

Obiettivi di 'GWG Stroke'

Contribuisce a garantire un miglioramento continuo del trattamento dell'ictus acuto e della prevenzione dell'ictus ischemico.

È particolarmente indirizzato ai protocolli di diagnosi e cura per i *team* assistenziali, così da assicurare ai pazienti un trattamento e una dimissione appropriate.

Il programma è disponibile per essere implementato negli ospedali per acuti di tutto il Paese.

La prima tappa del programma consiste nell'istituzione di un '**Primary Stroke Center**' (PSC), caratterizzato da alcuni elementi chiave: l'esistenza di uno *stroke team* e di una *stroke unit*, la disponibilità di protocolli di cura scritti, un sistema integrato di risposta all'emergenza. Inoltre devono essere presenti importanti servizi di supporto: la disponibilità di una TAC 24h/24 e la possibilità di effettuare rapidamente i necessari test di laboratorio. Uno specifico pacchetto

formativo include raccomandazioni e strumenti informativi o *check list* di valutazione, proponendosi quindi come strumento pratico utile ad assistere gli ospedali nella messa a regime di un PSC.

Il *GWG Stroke* mette a disposizione una trentina di LG, pertinenti a specifici aspetti del percorso di cura, come ad esempio; a) la prevenzione primaria dell'ictus ischemico; b) la riduzione del ritardo nell'accesso all'ospedale; c) la riabilitazione ecc.

Inoltre, il programma include anche una cosiddetta *Toolbox*, cioè una sezione che raccoglie gli strumenti essenziali di supporto allo sviluppo di progetti concreti nei singoli ospedali (vedi *Box 2*).

Box 2

GWG Stroke Toolbox: risorse per assistere gli ospedali nell'implementare il programma

1. Corso on-line 'Getting started'
2. Alcune fondamentali LG di supporto: a) prevenzione primaria e secondaria dello *stroke*; b) raccomandazioni per l'organizzazione degli *stroke centers*; c) raccomandazioni per l'organizzazione della *stroke care*; d) LG dell'*American Stroke Association*
3. Altre risorse specifiche: a) programma di trattamento dello *stroke* acuto; b) esempi di documenti utili nella gestione del processo di cura (es. moduli, *check list*, procedure, istruzioni operative, scale di valutazione); c) suggerimenti per l'implementazione; d) codici diagnosi ICD IX; e) modulo tracciabilità pazienti; e) elenco delle più comuni barriere all'implementazione e ipotesi di soluzione

Gli ospedali in grado di documentare un percorso di successo nell'applicazione del programma *GWG Stroke* possono ricevere benefici e riconoscimenti a livello locale o nazionale ed essere menzionati in appositi *report* sulle migliori riviste scientifiche del settore (*Circulation, Stroke*). Il programma viene inoltre considerato un ottimo supporto alla preparazione degli ospedali in vista di alcuni riconoscimenti promossi dalla *Joint Commission* (JCAHO).

Tutto il materiale riportato nel sito di *GWG Stroke* può rappresentare un valido riferimento per analoghe iniziative nel nostro Paese.

Bibliografia e sitografia essenziale

1. American Stroke Association. *Get with the Guidelines Stroke*. <http://www.strokeassociation.org/presenter.Jhtml?identifier=3002728>



Progetti: lavoriamo per...

La definizione di indicatori per l'implementazione delle LG regionali sulle Ulcere da Pressione (UdP)

L'esame comparativo della letteratura, delle diverse LG e documenti di indirizzo esaminati dal Gruppo di Coordinamento ARS (v. *newsletter* n. 3 e n. 5 del 2005) ha consentito di evidenziare i criteri raccomandati a livello internazionale (*Box 3*) per la valutazione di qualità nel controllo delle UdP.

Box 3

UdP: criteri per valutazione di qualità

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. Identificazione e *grading* delle lesioni
5. Modalità di ispezione della cute
6. Uso dei presidi medico-chirurgici
7. Uso di medicazioni
8. Modalità di cambio posturale
9. Formazione degli operatori

A partire da tali criteri, il Gruppo di coordinamento ARS ha identificato un set di indicatori essenziali: 5 indicatori di sistema, 4 indicatori di processo e 3 indicatori di esito. In *Box 4* vengono riportati gli Indicatori di processo).

Box 4

Controllo UdP: Indicatori di processo

Indicatore	Razionale
% di documentazioni cliniche (in reparti a rischio) che includono la valutazione per UdP con scala di Braden	Valutare l' utilizzo di strumenti di risk assessment appropriati, standardizzati e condivisi dalla comunità scientifica
% pazienti a rischio a cui è stato assegnato un presidio antidecubito raccomandato dalle LG (o non raccomandato)	Valutare l' utilizzo di presidi antidecubito di provata efficacia o per i quali le LG documentano un elevato grado di consenso professionale
% di pazienti a rischio per i quali è documentato nella cartella clinica il riposizionamento	Valutare l' utilizzo di pratiche di provata efficacia o per le quali le LG, documentano un elevato grado di consenso professionale
% di pazienti a rischio o portatori di UdP (o loro caregiver) che hanno ricevuto materiale informativo/educativo di supporto alla gestione quotidiana del problema	Valutare il grado di diffusione di materiale informativo per i pazienti e le famiglie

Il documento integrale relativo agli indicatori per la valutazione d'impatto delle LG regionali dedicate alle UdP verrà presto pubblicato sul sito ARS e ne verrà data comunicazione in questa *newsletter*.

Bibliografia essenziale

1. Regione Toscana, Consiglio Sanitario Regionale. *Ulcere da pressione: Prevenzione e controllo*. Progetto Nazionale Linee Guida. www.pnlq.it
2. National Institute for Clinical Excellence. *The use of Pressure-Relieving Devices (beds, mattresses and overlays) for the prevention of pressure ulcers in primary and secondary care*. Collaborating Centre for Nursing & Supportive Care, 2003.
3. Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations. *National Patient Safety Goals 2007*. www.jcpatientsafety.org/show.asp?durki=9335

4. National Guideline Clearinghouse. *Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers*. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), 2005.

Per informazioni (presso ARS, viale Milton, tel. 055 462431): *Stefania Rodella*.



Eventi

XVI Congresso della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza sanitaria (SIQuaS). *La qualità del sistema sanitario*. Assisi, 15 – 18 novembre 2006.

Programma e informazioni: www.siquas.it



Incontri di ottobre

6/10, ore 15:00 - Progetto regionale CORIST - Sottoprogetto 'Rischio Infettivo in Terapia Intensiva' - Incontro GdL ARS - ARS, Viale Milton 7.

27/10, ore 9:30 - Progetto regionale 'Qualità nei Dipartimenti di Prevenzione' - Incontro del sottogruppo di lavoro 'Problemi di salute' - Presidio di San Salvi, c/o Dipartimento Prevenzione ASL 10 Firenze.

27/10, ore 15:30 - Progetto regionale 'Qualità nei Dipartimenti di Prevenzione' - Incontro del sottogruppo di lavoro 'Prestazioni' - ARS, Viale Milton 7.

Per informazioni: **Paola Serafini**, tel. 055 4624386, paola.serafini@arsanita.toscana.it



Pubblicazioni

Diversi *abstract* pertinenti ad attività dell'OQ sono stati presentati al **Convegno dell'Associazione Italiana di Epidemiologia** (AIE, Palermo 2006), al **XV Meeting del GIVITI** (Gruppo Italiano Valutazione Interventi in Terapia Intensiva, Pesaro, ottobre 2006) e verranno presentati al **Convegno SIQuaS** (v. sezione Eventi). Tutte le relazioni saranno pubblicate sul sito ARS nella seconda metà di novembre.

Per informazioni: **Caterina Baldocchi**, tel. 055 4624390, caterina.baldocchi@arsanita.toscana.it



Contattateci

Per ricevere la *newsletter* potete scrivere a: caterina.baldocchi@arsanita.toscana.it o telefonare al numero 055 4624390 oppure collegarvi al sito internet www.arsanita.toscana.it

Nel prossimo numero:

Argomenti: parliamo di...

...indicatori di qualità nell'assistenza ai pazienti con Scompenso Cardiaco

Progetti: lavoriamo per...

...il controllo del rischio infettivo in Terapia intensiva: seconda fase del Progetto

I contenuti di questo numero sono stati curati da: *Stefania Rodella, Monica Simonetti, Laura Rasero, Paola Serafini*
Revisione editoriale e impaginazione a cura di: *Caterina Baldocchi*



La qualità dei servizi socio-sanitari

newsletter

Aprile 2007 - Anno III - N. 3

ARS Toscana – Osservatorio Qualità

Coordinatore: Stefania Rodella

Via Vittorio Emanuele II, 64 - 50134 Firenze

Viale Milton, 7 - 50129 Firenze

Tel.: 055 462431 – Fax: 055 4624330

E-mail: osservatorio.qualita@arsanita.toscana.it



Argomenti: parliamo di...

I presidi antidecubito: raccomandazioni per la prescrizione e l'utilizzo.

I Presidi (o ausili o superfici) AntiDecubito (PAD) sono sistemi di supporto – materassi, cuscini e traverse - per la prevenzione e il trattamento delle Ulcere da Pressione (UdP). Le tipologie disponibili sul mercato sono moltissime e una vera e propria classificazione valida a livello internazionale non esiste, anche per le difficoltà di traduzione di specifiche e termini tecnici. Sulla base delle conoscenze disponibili è tuttavia possibile una classificazione di riferimento, proposta in Box 1.

Presidi antidecubito

Statici. Agiscono per lo più adattandosi alla forma del corpo del paziente, riducendo la pressione di contatto e ridistribuendola su una superficie più ampia. Possono essere:

- a **schiuma (foam)** standard (materiale morbido);
- a **schiuma espansa viscoelastica** con specifiche di qualità (*visco-elastic foam, high specification*);
- ad **acqua o gel (gel/fluid)**;
- **combinazioni** di tipologie.

Dinamici. Costituiti da un materasso gonfiabile e da un sistema di pompaggio. Consentono al corpo di affondare nel materasso senza toccare il fondo. Comprendono diverse tipologie, secondo il meccanismo d'azione:

- a (bassa) **cessione d'aria (low air loss)**, con flusso costante d'aria assicurato da un motore;
- a **bassa pressione continua (air flotation o continuous low pressure)**: un sensore mantiene una pressione d'aria minima, che consente di affondare senza toccare il fondo;
- a **pressione alternata (alternating pressure)**: agiscono tramite sacche (celle) d'aria che si gonfiano e sgonfiano ciclicamente, alternando i punti di contatto;
- **letti fluidizzati (air fluidised)**: letti simili a vasche da bagno, con microsfere calcio-sodiche rivestite di silicone, agitate da un continuo flusso d'aria.

Indicazioni per l'utilizzo dei PAD sono riportate nelle Linee Guida 'Ulcere da Pressione: prevenzione e trattamento' pubblicate dal Consiglio Sanitario Regionale nel 2005 (Raccomandazioni principali in Box 2).

Box 2

Linee Guida Regione Toscana - 2005

Sistemi di supporto: alcune raccomandazioni

1. I sistemi ad aria con celle di diametro >10cm sono probabilmente più efficaci dei sistemi con celle più piccole.
2. Vello di pecora, dispositivi circolari, sostegni o contenitori ripieni d'acqua non possono essere raccomandati per la prevenzione delle UdP.
3. L'utilizzo di un sistema dinamico si giustifica solo se usato correttamente e con regolare manutenzione.
4. I materassi a schiuma viscoelastica possono essere raccomandati per la prevenzione delle UdP.
5. I presidi ad acqua o a fibre cave non possono essere raccomandati nella prevenzione delle UdP.

Un'estesa valutazione delle prove di efficacia clinica e di costi-efficacia è stata prodotta dal NICE in due documenti, pubblicati nel 2003 e nel 2005 e dedicati rispettivamente alla prevenzione e al trattamento delle UdP. Per quanto riguarda **la prevenzione**, il documento NICE del 2003 raccomanda soprattutto:

- la prescrizione di un PAD deve basarsi su una valutazione globale del soggetto e non solo sul punteggio ricavato dall'uso di scale di *risk assessment*;
- a tutti i soggetti 'vulnerabili' alle UdP dovrebbe essere assegnato, di minima, un presidio a schiuma con specifiche di qualità; tale raccomandazione si applica anche alla sala operatoria, nel caso di soggetti sottoposti a interventi chirurgici;
- pur in assenza di prove di efficacia conclusive sulla superiorità dei presidi dinamici rispetto ai presidi statici con specifiche di qualità, il loro uso può essere considerato: a) come strategia di prima scelta in soggetti ad alto rischio; b) in soggetti con storia precedente di rischio o UdP, in cui i presidi dinamici si siano già dimostrati efficaci; c) quando un presidio statico abbia già fallito.

A causa dell'ampia variabilità dei costi e della scarsità di studi rigorosi, nessuna valutazione conclusiva di costi-efficacia viene invece ritenuta possibile.

Per quanto riguarda **il trattamento delle UdP**, il documento NICE del 2005 conclude che non esistono prove conclusive sulla superiorità di un tipo di presidio rispetto a un altro. Tuttavia, sulla base del consenso professionale è possibile raccomandare:

- in caso di lesioni di grado 1-2 è indicato 'di minima' un presidio a schiuma con specifiche di qualità;
- per lesioni di grado 3-4 o di evidente peggioramento di lesioni già in atto è indicato un presidio dinamico.

È essenziale inoltre un'adeguata **manutenzione e sanificazione** dei PAD: un presidio difettoso non protegge il paziente o lo espone addirittura a rischi di ferite o cadute, mentre un presidio contaminato lo espone al rischio di infezioni. Attenzione dunque a questi aspetti, sia nella formazione degli operatori sia nella definizione dei criteri di acquisizione dei PAD.

Bibliografia essenziale

1. Regione Toscana, 2005 *Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento*. www.pnlg.it
2. NICE, 2003. *The use of pressure-relieving devices for the prevention of pressure ulcers in primary and secondary care*. www.nice.org/uk
3. NICE, 2005. *The management of pressure ulcers in primary and secondary care*. www.nice.org/uk



Progetti: lavoriamo per...

...il progetto qualità dei Dipartimenti di Prevenzione

Il Progetto, avviato tra il 2005 e il 2006 dalla Direzione Generale Diritto alla Salute, con il ruolo di capofila del Dipartimento di Prevenzione (DP) della AUSL 10 di Firenze e con il supporto tecnico di ARS, sta concludendo il suo primo anno di attività e la sua Fase Pilota, per la quale erano stati identificati precisi obiettivi specifici (v. *newsletter n. 9, 2006*). Lo **stato di attuazione** del progetto è il seguente:

- è stata concordata una nomenclatura essenziale dei problemi di salute più rilevanti per ciascun settore dei DP;
- è stato formulato un elenco unico e comparato di processi tecnici/prestazioni (ancora in bozza) a partire dai due principali 'dizionari' disponibili in ambito nazionale e regionale: 'LEA-Progetto Mattoni' e 'Prodotti finiti';
- sono stati identificati, per ciascun settore funzionale, alcuni PS esemplificativi, ai quali è stato applicato un percorso metodologico basato sui metodi dell'*Evidence-Based Prevention*;
- per i processi tecnici pertinenti ai PS esemplificativi individuati, sono stati definiti (in forma di proposta da sottoporre a validazione più allargata) requisiti minimi e indicatori di qualità;
- è stato concordato un elenco dei processi gestionali e sono stati proposti e discussi strumenti e metodi per la loro valutazione di qualità e ponderazione, nonché per la stesura di un Manuale di Qualità dei DP.

Sono attualmente **in corso**:

- per i problemi di salute esemplificativi scelti, la formulazione di una proposta di ponderazione delle relative prestazioni in termini di efficacia, pertinenza al mandato dei DP, variabilità;
- per i Processi Gestionali, la definizione di requisiti minimi di qualità, con riferimento ai requisiti già individuati, per tutte le organizzazioni sanitarie, nell'ambito del processo di accreditamento istituzionale della Regione Toscana.

La documentazione relativa alle presentazioni del progetto è accessibile dal sito ARS (sezione Qualità → Accreditamento e MQ → Aree di Progetto → Dipartimenti di Prevenzione). Gli strumenti di lavoro e il materiale in bozza prodotto fino ad oggi sono disponibili attraverso un *forum* dedicato al Progetto Qualità dei DP, ad accesso riservato per i componenti del gruppo di lavoro. Alla fine della fase pilota, i risultati dell'intero lavoro svolto verranno raccolti in un documento unico e presentati in un incontro di studio prima dell'estate.

Bibliografia essenziale

1. Progetto Mattoni - *Assistenza Sanitaria Collettiva*. <http://www.epicentro.iss.it/focus/mattoni/pizzuti.asp>

2. Conferenza Stato-Regioni. *Linee guida sui Dipartimenti di Prevenzione*. <http://www.epicentro.iss.it/archivio/23-05-2002/LG-prevenzione.pdf>

Per informazioni: **Stefania Rodella** (ARS, tel. 055 462431)



Eventi

Evidence-based Nursing, corso avanzato, organizzato dal **Centro Studi GIMBE, Bologna**. Programma e informazioni:

<http://www.gimbe.org/eventi/ebn/index.htm>



Incontri di aprile

12/4, ore 10:00 - Progetto regionale 'Qualità nei Dipartimenti di Prevenzione' - Incontro del Gruppo di Coordinamento Tecnico, Qualità dei Processi gestionali. Monte dei Paschi, via dei Pecori 7, Firenze.

24/4, ore 14:00 - Progetto CORIST, sottoprogetto 'Rischio Infettivo in terapia Intensiva'. ARS, Villa Fabbricotti.

26/4, ore 15:00 - Osservatorio regionale Cardiochirurgia - Incontro periodico di aggiornamento. ARS, Villa Fabbricotti.

Per informazioni: **Paola Serafini**, tel. 055 4624386, paola.serafini@arsanita.toscana.it



Pubblicazioni

Segnaliamo l'aggiornamento del sito ARS:

Prevenzione e Trattamento delle Infezioni CVC-correlate. Documento di Consenso regionale. Versione definitiva, consultabile all'indirizzo <http://www.mad.it/ars/html/articolo.asp?Articolo=112&Voce=7&ID=27>. Sono inoltre disponibili, presso la sede ARS, i **CD con l'intero documento e i filmati** relativi all'Igiene delle mani e alla Medicazione.

All'**International Quality Forum** di Barcellona (18-20 aprile - v. *newsletter n 1/2007*) verranno presentati i risultati del Progetto regionale 'Ulcere da Pressione', 2005 e 2006.

Per informazioni: **Caterina Baldocchi**, tel.: 055 4624390, caterina.baldocchi@arsanita.toscana.it



Contattateci

Per ricevere la *newsletter* potete scrivere a: caterina.baldocchi@arsanita.toscana.it o telefonare al numero 055 4624390 oppure collegarvi al sito internet www.arsanita.toscana.it

Nel prossimo numero:

Argomenti: parliamo di...

... La Cardiochirurgia in Toscana: survey 1997-2005.

Progetti: lavoriamo per...

...Il dolore in ospedale e sul territorio: un'indagine regionale

I contenuti di questo numero sono stati curati da: Stefania Rodella, Carla Arfaoli, Cristina Fabbri Laura, Francesca Falciani, Laura Rasero, Sergio Tonelli, Paola Serafini

Revisione editoriale e impaginazione a cura di: Caterina Baldocchi

Allegato 5

Delibera di Giunta Regionale 'Buone Pratiche Ulcere da Pressione'



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 01-12-2008 (punto N. 26)

Delibera

N.1005

del 01-12-2008

Proponente

ENRICO ROSSI

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile: Maria Giuseppina Cabras

Estensore: Maria Giuseppina Cabras

Oggetto:

Attestazione buone pratiche per la sicurezza del paziente. Integrazione D.G.R. 267/2007.

Presenti:

CLAUDIO MARTINI

AGOSTINO FRAGAI

FEDERICO GELLI

ENRICO ROSSI

GIANNI SALVADORI

GIANFRANCO SIMONCINI

MASSIMO TOSCHI

GIUSEPPE BERTOLUCCI

EUGENIO BARONTI

MARCO BETTI

Assenti:

ANNA RITA BRAMERINI

AMBROGIO BRENNI

RICCARDO CONTI

PAOLO COCCHI

ALLEGATI^o: 1

ALLEGATI:

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
A	Si	Cartaceo+Digitale	All. A DGR integr. BP

STRUTTURE INTERESSATE:

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
Direzione Generale	DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Note:

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso che il Piano Sanitario Regionale 2008/2010 approvato con la deliberazione del Consiglio Regionale n. 53 del 16/07/08 prevede al punto 7.5.2 le attività di prevenzione e gestione del rischio clinico e l'ergonomia del sistema;

Vista la L.R. 40 del 24/02/2005 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale" ed in particolare l'art. 43 comma 1 lettera d) che individua il Centro Regionale Gestione Rischio Clinico Sicurezza del Paziente quale organismo del governo clinico regionale;

Richiamata la D.G.R. n. 1179 del 10-11-2003 con la quale la Regione Toscana, con l'approvazione della proposta operativa del Centro Regionale Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente, si è dotata di un proprio sistema di gestione del rischio clinico, impegnandosi a porre in atto le iniziative tese al miglioramento della sicurezza del paziente;

Considerato che il Centro Regionale Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente, come stabilito dalla delibera G.R. n. 1387 del 27/12/2004, promuove periodicamente alcune campagne di sperimentazione e di informazione mirate alle prevenzioni dell'errore in medicina, condivise con gli operatori sanitari ed i rappresentanti dei cittadini mediante una fase di verifica sul campo;

Ritenuto che occorre intervenire con provvedimenti che favoriscano l'introduzione, la diffusione e l'applicazione di buone pratiche per la sicurezza del paziente anche mediante la valorizzazione e la visibilità dei risultati ottenuti dalle strutture sanitarie che s'impegnano nella loro adozione;

Considerato che per le strutture sanitarie aziendali rappresenta un elemento di merito sottoporsi volontariamente ad una valutazione di conformità rispetto alla corretta adozione delle buone pratiche per la sicurezza del paziente;

Richiamata la deliberazione G.R. n. 267 del 16-04-2007 con cui è stato approvato il documento "Attestazione volontaria di buone pratiche per la Gestione del Rischio Clinico" con il quale sono state definite le finalità ed il processo di valutazione volontaria delle buone pratiche;

Preso atto altresì che con il sopra richiamato provvedimento sono state approvate le seguenti schede relative alle buone pratiche per la sicurezza del paziente, condivise e sperimentate nel servizio sanitario regionale:

- scheda terapeutica unica
- igiene delle mani per il controllo delle infezioni ospedaliere
- uso appropriato degli antibiotici
- rassegna di mortalità e morbilità
- audit clinico GRC
- incident reporting
- gestione eventi sentinella;

Visto che con la D.G.R. n. 135 del 25/02/2008 è stato ritenuto opportuno integrare le buone pratiche approvate con D.G.R. 267/2007 introducendo ulteriori buone pratiche utili alle Aziende Sanitarie per la

messa a punto di un più completo sistema aziendale di gestione del rischio clinico volto a migliorare la sicurezza del paziente:

- la corretta identificazione del paziente
- prevenzione e gestione emorragia post-partum
- prevenzione e gestione distocia di spalla
- prevenzione del rischio nutrizionale
- prevenzione del rischio tromboembolico venoso in ortopedia e traumatologia;

Considerato che con la D.G.R. n. 704 del 08-10-2007 sono stati introdotti gli indirizzi per la gestione del sistema di attestazione volontaria delle buone pratiche per la sicurezza del paziente e degli eventi sentinella;

Ritenuto di integrare ulteriormente le buone pratiche approvate con la D.G.R. n. 267 del 16-04-2007, così come modificata dalla D.G.R. n. 135 del 25/02/2008, con altre buone pratiche mirate a realizzare un sempre più completo sistema di gestione del rischio clinico nelle aziende sanitarie, e più precisamente:

- la misura e gestione del dolore
- adesione alla rete di sorveglianza microbiologica
- gestione dei chemioterapici antiblastici
- utilizzo dei cateteri venosi centrali
- prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione;

Preso atto del parere tecnico favorevole del Consiglio Sanitario Regionale e delle società scientifiche di riferimento sulle summenzionate buone pratiche proposte dal Centro Regionale Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente;

A voti unanimi

DELIBERA

- di approvare, ad integrazione della D.G.R. n. 267 del 16-04- 2007, così come modificata dalla D.G.R. n. 135 del 25/02/2008, gli indirizzi alle Aziende Sanitarie contenuti nelle schede di cui all'allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, relativi alle seguenti buone pratiche per la sicurezza del paziente, condivise o sperimentate nel servizio sanitario regionale:
 - la misura e gestione del dolore
 - adesione alla rete di sorveglianza microbiologica
 - gestione dei chemioterapici antiblastici
 - utilizzo dei cateteri venosi centrali
 - prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione;
- di incaricare le Aziende Sanitarie a predisporre attraverso le Direzioni Sanitarie Aziendali e i Responsabili della Gestione del Rischio Clinico e della Sicurezza del Paziente, tutti gli adempimenti per la corretta applicazione delle buone pratiche di cui al punto 1 del deliberato e descritte all'allegato A, nonché l'attivazione di specifiche iniziative di supporto, in collaborazione con le società scientifiche di riferimento, mirate alla adozione di tali pratiche all'interno delle strutture interessate;

- di dare mandato alla Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà di provvedere ai successivi atti necessari a garantire la corretta adozione delle buone pratiche di cui all'allegato A.

Il presente atto, soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 18, comma 2, lett. A) della L.R. 23/2007, in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile
MARIA GIUSEPPINA CABRAS

Il Direttore Generale
VINICIO EZIO BIAGI

Area 1	Standard	Buona pratica	Ambito di applicazione
Attività clinica e assistenziale	Sicurezza assistenziale	La misura e gestione del dolore	Struttura, Presidio, Azienda

Razionale

Il dolore può essere un segnale d'allarme utile per la comprensione della malattia ma una volta individuata la causa che lo provoca il dolore che ne consegue è inutile e dovrebbe essere eliminato.

La valutazione del dolore costituisce la base imprescindibile per un adeguato trattamento, che trova il razionale nella adozione di protocolli, elaborati mediante un processo di revisione sistematica della letteratura, adattati alle caratteristiche organizzative e gestionali del reparto, con il coinvolgimento e la condivisione delle diverse figure professionali dedicate all'assistenza.

Per gli operatori sanitari, la valutazione del dolore basata sul tipo, sull'entità e sulla percezione individuale rappresenta il presupposto indispensabile per combatterlo attuando un adeguato approccio terapeutico.

Nessun'altra persona può sostituire il paziente nel riferire l'intensità del dolore provato; tendenzialmente gli operatori sanitari tendono a sottovalutare il dolore; il paziente stesso è l'unico accertatore competente per valutare il proprio dolore.

Requisiti minimi

Informazioni per l'utente

L'infermiere al momento di ingresso informa il paziente che nel reparto è in atto un programma per la misura del dolore e comunica, anche attraverso delle brochure (Allegato n.2) alcuni messaggi fondamentali:

Il dolore inutile non deve essere sopportato.

Informare subito il personale dell'insorgenza di un dolore o dell'aumento di un dolore già presente.

Non attendere che il dolore raggiunga livelli di intensità elevati.

Maggiore sarà la tempestività con la quale il personale sanitario sarà informato e maggiori le possibilità di controllare il dolore.

Misurazione all'ingresso

Per misurare il dolore si adottano scale specifiche che devono essere capaci di stimare lo stato reale del fenomeno osservato, capaci di cogliere le variazioni di intensità del fenomeno considerato, devono essere semplici, sensibili, affidabili, riproducibili e validate scientificamente.

Al momento dell'accoglienza l'infermiere dovrebbe far comprendere al paziente il funzionamento della scala, considerando, nella scelta tra le diverse scale, abitudini ed esperienze del reparto. È necessario utilizzare sempre, specificandola, la stessa scala nelle misurazioni successive. Le scale più utilizzate per la misurazione del dolore sono le monodimensionali per il monitoraggio del dolore quotidiano:

-Scala VAS (Visual Analogic Scale) scala lineare, rappresentazione visiva della gravità del dolore che il paziente avverte: il paziente indica l'intensità del dolore su una linea continua di 10 cm compresa tra due estremità: "assenza di dolore" "massimo dolore immaginabile"

-Scala Numerica (Numeric Rating Scale): scala lineare; il paziente gradua il dolore su una scala numerica da 0 a 10

-Scala Verbale (Verbal Rating Scale): il paziente definisce il dolore verbalmente utilizzando l'aggettivo che ritiene più appropriato su una serie proposta

-Scala Wong- Baker ("Scala delle faccine"), utilizzata dai tre ai sei anni circa, con cui il bambino può descrivere rispetto ad un modello figurativo il dolore che prova. In un righello ci sono una serie di sei faccine che esprimono diversa intensità di dolore (da niente a moltissimo) Si chiede al bambino di indicare quale è il dolore che sente.

-Scala F.L.A.C.C., (Face, Legs, Activity, Cries, Consolability): Scala Comportamentale usata quando il bambino non è in grado di descrivere verbalmente il proprio dolore.

Per la valutazione del dolore nei pazienti adulti con problemi cognitivi o alterazioni dello stato di coscienza si suggeriscono la BPS (Behavioural Pain Scale) e la scala PAINAD costruita specificatamente per i pazienti con demenza.

Esistono anche scale multidimensionali il cui utilizzo è riservato a particolari situazioni e che deve essere valutato e concordato all'interno dell'equipe assistenziale.

.Tra queste troviamo:

- Brief Pain Inventory (BPI): misura intensità e sollievo del dolore, disagio psicofisico e danno funzionale.

- McGill Pain Questionnaire, analizza la scelta delle descrizioni verbali effettuata dal paziente.

Determinazione del valore soglia

È necessario stabilire un valore di soglia che corrisponde, secondo la letteratura, a un valore >3 per la scala VAS e VNS, o >2 per la scala VRS, il quale costituisce l'intensità oltre la quale è necessario un intervento terapeutico.

In alcuni casi particolari il medico all'ingresso, in particolare nei casi di dolore cronico sia oncologico che non, concorda con il paziente il valore soglia specifico oltre il quale intervenire con un trattamento farmacologico.

Misurazione del dolore

La misurazione del dolore dovrebbe avvenire all'ingresso del paziente e poi almeno una volta per turno infermieristico (ad es.: h8, h15, h22) o più spesso, in relazione alla sua intensità. Se almeno due misurazioni consecutive indicano valori inferiori al valore di riferimento di dolore, non sono necessari ulteriori controlli.

La misurazione del dolore va ripresa se:

- intervengono eventi che modificano la situazione clinica
- su segnalazione del paziente
- comunque sempre dopo intervento che potrebbe essere doloroso per il paziente.

La misura del dolore dovrebbe essere registrata sempre anche al momento della dimissione e dovrebbe essere disponibile per la compilazione della relazione di degenza, al fine di garantire una continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Registrazione del dolore

Sono possibili differenti opzioni di registrazione del dolore nella cartella clinica, la cui scelta è subordinata alle esigenze delle singole realtà:

- Spazio apposito per la registrazione dei dati nella cartella clinica cartacea o informatizzata
- Timbro ad hoc in cartella clinica
- Stampato dedicato o cartella algologica da allegare alla cartella clinica (ogni reparto può personalizzare il suo modulo)

Ogni reparto, attraverso la collaborazione ed integrazione medico – infermieristica, deve stabilire l'opzione più opportuna per la registrazione del dolore.

Per ogni giorno di degenza deve essere previsto lo spazio per la registrazione di almeno tre rilevazioni: lo standard è che lo staff infermieristico assicuri almeno tre valutazioni giornaliere (una per turno), salvo le indicazioni previste nel sottoparagrafo precedente .

Le valutazioni andranno annotate nelle apposite caselle e costituiranno un grafico dell'andamento del dolore del paziente durante il ricovero.

Attivazione del medico ed eventuale adeguamento della terapia

L'infermiere, in caso di rilevazione di dolore superiore al valore soglia somministra la terapia sulla base della prescrizione dei protocolli, o di altre terapie secondo eventuali indicazioni già contenute nella scheda terapeutica del paziente.

Se però il controllo del dolore non viene raggiunto contatta il medico che valuterà l'opportunità di: prescrivere un altro trattamento antalgico .

Ogni trattamento antalgico impone una rivalutazione e una registrazione del punteggio del dolore dopo un intervallo di tempo congruo con il tipo di trattamento intrapreso.

Livello di prestazione

1. Deliberazione

Adozione a livello aziendale del protocollo sulla misura del dolore, formazione e informazione prevista dall'Azienda all'interno dei corsi sul dolore

2. Attuazione

Sono disponibili in reparto le scale per la valutazione

Esiste uno spazio in cartella infermieristica per la misurazione del dolore

È disponibile in reparto il protocollo per la gestione del dolore

Sono presenti eventi formativi sulla gestione del dolore all'interno del Piano annuale di formazione dell'Azienda

3. Valutazione

Cartella correttamente compilata con la registrazione di almeno 3 valutazioni al giorno del dolore.

Registrazione in cartella di un trattamento del dolore quando viene superata la soglia stabilita.

Presenza di protocolli sul trattamento del dolore che prevedano l'intervento automatico dell'infermiere nella somministrazione dei farmaci analgesici.

Presenza di cartelloni informativi e brochure sulla misura del dolore destinati agli utenti (vedi allegati n.1, n.2, n.3, n.4, n.5, n.6)

Vengono svolti corsi sul dolore che prevedano fra gli argomenti le corrette modalità per effettuare la misurazione (vedi allegati n. 7, n.8, n.9).

Atti, normativa e bibliografia di riferimento

American Pain Society Quality Of Care Committee Consensus Statement. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *Jama*, 274(23), 1874-80, 1995.

Continuing Education In Algologia-"Misurazione e valutazione dell'esperienza di dolore" - Ed. Pse 03/2001

Raccomandazioni Del Gruppo Di Studio S.I.A.A.R.T.I. per La terapia del dolore acuto e cronico (Minerva Anestesiologica

2002).

Provvedimento 24 Maggio 2001 – Accordo tra il Ministero della Sanità, le regioni e le province autonome sul documento linee guida inerenti il progetto ospedale senza dolore

Progetto speciale "Il controllo e la cura del dolore" nel PSR toscano 2005-2007 Allegati da 1 a 9

Area 1	Standard	Buona pratica	Ambito di applicazione
Attività clinica e assistenziale	Prevenzione delle infezioni – sorveglianza delle antibioticoresistenze	Adesione alla rete di sorveglianza microbiologica	Struttura

Razionale

Al di là della pura e semplice attività diagnostica, uno degli aspetti qualificanti della microbiologia clinica è l'apporto che essa può dare al monitoraggio e contenimento delle resistenze ai farmaci antimicrobici. Nell'intento di monitorizzare la situazione a livello della regione Toscana, dovrebbe essere istituita una rete informatica, con copertura di tutto il territorio regionale, di raccolta dei dati microbiologici sulla prevalenza degli agenti eziologici di infezione e delle resistenze batteriche in vitro, quale strumento a disposizione di una commissione istituita ad hoc.

Come logica premessa, tutti i servizi di microbiologia clinica ospedaliera dovrebbero essere dotati degli strumenti informatici e risorse umane necessarie a realizzare sia una seria epidemiologia che un adeguato monitoraggio delle infezioni. Dovrebbero successivamente seguire, ad opera della commissione suddetta, interventi mirati di prevenzione e contenimento delle infezioni e delle resistenze. È necessaria quindi la progettazione ed attuazione di una rete di sorveglianza informatizzata, che consenta una approfondita conoscenza della situazione microbiologica nelle diverse realtà della Regione. L'acquisizione di tali elementi conoscitivi e la progressiva implementazione del sistema regionale informatizzato potranno rappresentare le basi razionali ed operative per lo sviluppo, in una fase successiva, di un progetto complessivo di riordino ed ottimizzazione della rete regionale delle strutture microbiologiche.

Requisiti minimi

Per partecipare alla rete di sorveglianza delle resistenze batteriche è necessario che ogni struttura, oltre ad eseguire controlli di qualità interni con cadenza almeno quindicinale e controlli esterni, sia in possesso dei seguenti requisiti:

- Aggiornamento periodico (annuale) degli antibiotici da saggiare nei test di sensibilità (di concerto con il CCIO o, dove esiste, il dipartimento tecnico-scientifico di malattie infettive)
- Non refertare farmaci inattivi o non indicati, per ragioni farmacocinetiche, nella specifica sede di infezione
- Refertare di norma i farmaci disponibili nel prontuario terapeutico, anche se vengono saggiate varie molecole
- Adottare procedure di lavoro che prevedano l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame ed il tipo di campione biologico e che nell'interpretazione dei risultati esse facciano riferimento ad organismi internazionali (attualmente CLSI) escluse situazioni specifiche in corso di definizione
- Programma di formazione per il personale della struttura sui vari aspetti dei test di sensibilità
- Essere in condizione di effettuare test di sensibilità aggiuntivi nel caso di isolamento di microrganismi MDR e/o su indicazione e richiesta mirata da parte degli esperti di terapia antinfettiva
- Capacità di interazione con gli esperti di terapia antinfettiva e possibilità di canali informativi su vari aspetti interpretativi del test di sensibilità (Es. informazioni sulle equivalenze fra farmaci, sinergismi, sensibilità e resistenze intrinseche)
- Raccordo con il CCIO per la sorveglianza delle infezioni e la segnalazione di patogeni MDR sentinella (da discutere una lista condivisa a livello regionale)
- Archiviazione dei risultati microbiologici in formato elettronico
- Auspicabile possibilità di raccolta e conservazione dei ceppi batterici isolati o disponibilità ad inviarli a un centro di riferimento regionale.
- Auspicabile un sistema di benchmarking dei processi dei laboratori

Livello di prestazione

1. Deliberazione

Atto aziendale per la partecipazione alla rete di sorveglianza

2. Attuazione

- Realizzazione della formazione al personale
- Costruzione di un archivio elettronico dei risultati microbiologici (se non già presente)
- Rendere il laboratorio capace di effettuare test di sensibilità aggiuntivi (se non lo è già)
- Verificare che le procedure di lavoro prevedano l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione
- Verificare cadenza dei controlli di qualità
- Verificare che la refertazione avvenga secondo quanto indicato dai requisiti minimi
- Definire una modalità organizzativa di confronto strutturato con CCIO

3. Valutazione

- Documento di certificazione di avvenuta formazione al personale
- Presenza di un archivio elettronico dei risultati microbiologici (inclusi i CQ)
- Presenza di un sistema capace di effettuare test di sensibilità aggiuntivi
- Presenza di procedure di lavoro che prevedono l'uso di metodiche appropriate secondo la specie batterica in esame e il tipo di campione
- Presenza di refertazione secondo quanto indicato dai requisiti minimi
- Documentazione di descrizione di una modalità organizzativa di confronto strutturato con CCIO

Atti, normativa e bibliografia di riferimento

Documento CTR "Indirizzo della Commissione Terapeutica Regionale per una maggior appropriatezza d'uso dei chemioterapici antibatterici"

Area 1	Standard	Buona pratica	Ambito di applicazione
Attività clinica e assistenziale	Sicurezza nell'uso dei farmaci	Gestione dei chemioterapici antitumorali (CTA)	Strutture che allestiscono e/o somministrano CTA

Razionale

L'obiettivo è di contribuire alla gestione del rischio clinico e al miglioramento dei livelli di sicurezza per pazienti ed operatori nell'ambito dell'oncologia attraverso la messa a punto di una buona pratica sulla gestione dei chemioterapici antitumorali, alla luce sia dei riferimenti legislativi che degli studi della recente letteratura.

Per quanto riguarda i riferimenti legislativi:

- Il piano sanitario nazionale 1998 – 2000 si poneva tra i diversi obiettivi quello di migliorare la sicurezza delle strutture sanitarie pubbliche e private nel rispetto delle disposizioni di prevenzione, previste dai decreti legislativi 19 settembre 1994 n. 626 e 19 marzo 1996 n. 242.
- Uno dei rischi rilevati nel settore sanitario è quello derivante dall'esposizione ai CTA. Tale rischio è riferibile sia agli operatori sanitari che ai pazienti.
- Il documento di Linee Guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a CTA in ambiente sanitario del 5 agosto 1999 – GU del 07/10/1999 prevede la centralizzazione delle attività e la costituzione delle UFA (unità farmaci antitumorali)
- Le N.B.P. della F.U. Italiana XI equiparano alla preparazione magistrale anche le operazioni di diluizione, ripartizione ecc. prescritte per il singolo paziente, quindi tutte le operazioni di allestimento di terapie antitumorali sono da considerarsi preparazioni magistrali e quindi sotto la diretta responsabilità del Farmacista che ne garantisce la qualità e la tracciabilità.
- La preparazione e somministrazione dei CTA sono interventi programmabili e quindi pianificabili così da migliorare l'intera organizzazione.

I dati di letteratura evidenziano l'importanza dell'intervento in quest'area alla luce dei casi di eventi avversi verificatisi, se ne riportano solo alcuni:

- Una paziente con carcinoma dell'ovaio fu trattata con una dose di cisplatino equivalente al dosaggio del carboplatino e morì (12 aprile 1992 New York Post – Terapia per la morte)
- 2003 Fu segnalata una nuova morte da somministrazione intratecale di vincristina nonostante che il primo errore di questo tipo fosse stato pubblicato sin dal 1983 su Cancer e vi fossero stati numerosi Medication Safety Alert
- Morte x sovra-dosaggio della giornalista Betsy Lehman redattrice sanitaria di 35 anni del The Boston Globe morì per una overdose di ciclofosfamide affetta da carcinoma della mammella metastatico (Oncological Centre New England, 1994)

Requisiti minimi

- a) Istituzionalizzazione dell'UFA costituita dalle diverse figure professionali coinvolte nel processo;
- b) Gestione standardizzata delle 3 principali fasi di gestione del processo: Prescrizione, Allestimento, Somministrazione, al fine di una efficace comunicazione tra le diverse figure professionali coinvolte ed al fine di ridurre i rischi di errori associati alla trascrizione manuale di informazioni e dati, attraverso l'utilizzo di opportuni software di prescrizione.
- c) Presenza di schemi di terapia concordati in ambito UFA e GOM consultabili relativi a patologia/sede/Linea/Principio Attivo/dose/posologia.
- d) Adozione di una procedura scritta per la somministrazione dei CTA, per la gestione degli accessi venosi centrali, per la gestione dello stravasamento e per la gestione degli sversamenti accidentali uniche e condivise.
- e) La somministrazione dei CTA deve avvenire in ambienti adeguati, con servizi igienici dedicati e da personale opportunamente formato (Rif. Bibl. 1 e 4)
- f) Adozione di una procedura scritta per lo smaltimento e per il trasporto dei CTA e degli escreti unica e condivisa.
- g) Presenza e diffusione di opportuni opuscoli informativi per il trattamento degli escreti a domicilio del paziente.
- h) Allestimento delle terapie secondo quanto previsto dalle NBP della FU XI Ed.
- i) Gestione informatizzata del rischio clinico attraverso l'adozione di sistemi di lettura ottica delle terapie e riconoscimento del paziente con braccialetto identificativo (Delibera GR 135 del 25-02-2008).
- l) Il tempo di attesa tra l'arrivo del paziente e l'inizio della terapia deve essere ≤ 3 h. Ciò essenzialmente ha lo scopo di ridurre il rischio di modificazioni arbitrarie dei tempi di infusione, per motivi organizzativi.

1. Deliberazione

Delibera aziendale relativa alla costituzione dell'UFA

Procedura aziendale sullo smaltimento e trasporto dei CTA e degli escreti,

Procedura aziendale sulla somministrazione dei CTA per la gestione degli accessi venosi centrali, per la gestione dello stravaso e per la gestione degli sversamenti accidentali

2. Attuazione

Deve essere rispettato quanto previsto dal capitolo "requisiti minimi"

3. Valutazione

Facendo riferimento ai requisiti minimi è necessario che per ciascuno ci siano presenti le seguenti modalità:

a) numero di riunioni/anno UFA non < 3

b) si

c) si

d) si

e) si

f) si

g) si

h)

- presenza del sistema SAQ si/no

- personale tecnico adeguatamente formato si/no

- disponibilità di documentazione sull'idoneità dei locali di allestimento, secondo cap.11.1.2 delle NBP si/no

- sono disponibili procedure scritte sull'uso delle attrezzature si/no

presenza di procedure scritte relative alle varie fasi del processo di allestimento (pulizia, preparazione ambiente sterile, convalida di processo, gestione documentazione cartacea, tracciabilità del processo, confezionamento ed etichettatura, ecc.)

- presenza del Farmacista interamente dedicato (>=1 durante tutta la fase di allestimento)

i) si