

ROMA, 21 APRILE 2018



**STRATEGIA NELLA
PREVENZIONE
DELLE LESIONI
ULCERATIVE**



Redatto da : Erika Zampieri



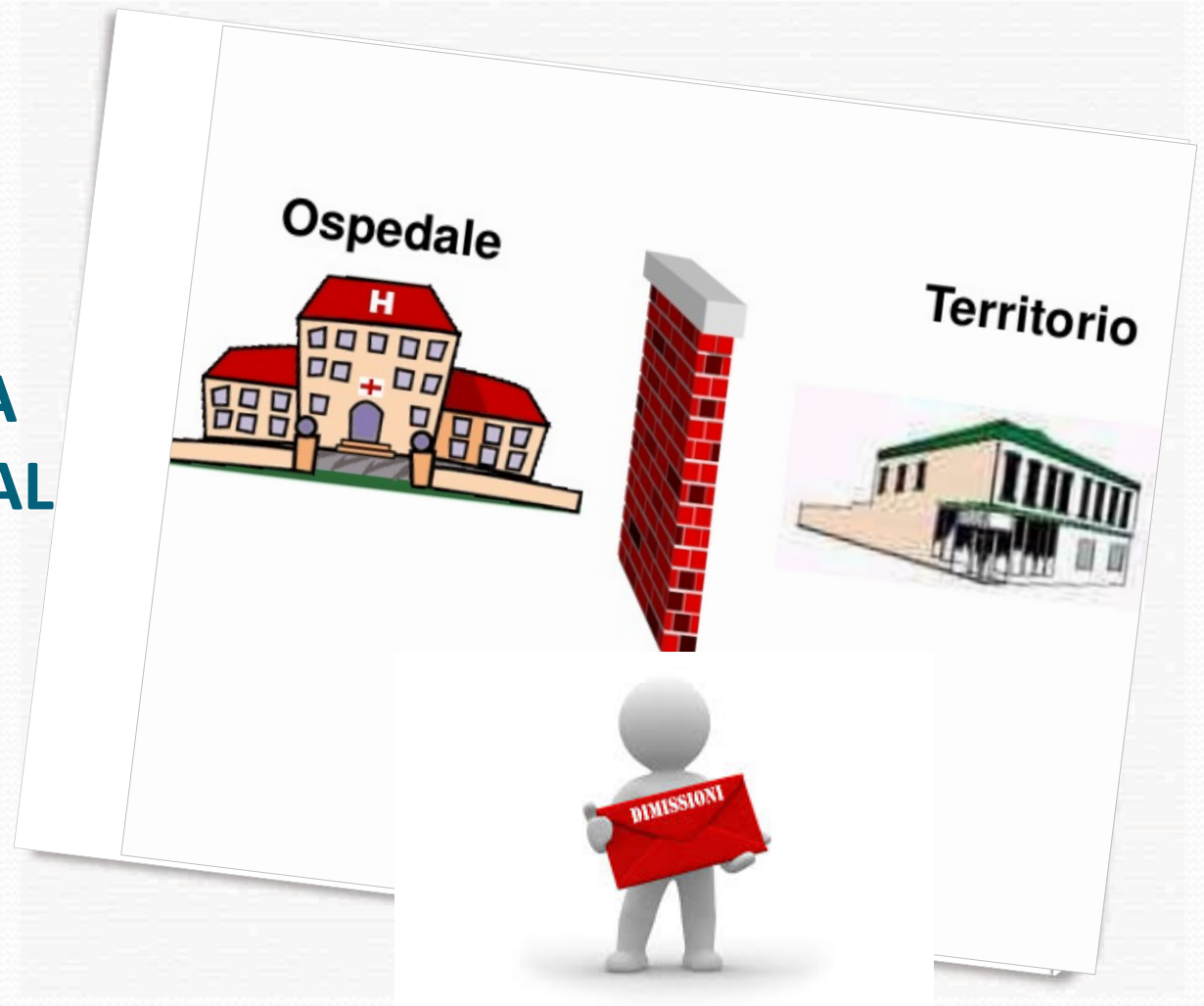
Io sottoscritta ZAMPIERI ERIKA

ai sensi dell'art. 76 comma 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017

dichiaro

per l'evento in oggetto la non esistenza negli ultimi due anni di rapporti di natura finanziaria e lavorativa con le seguenti imprese commerciali operanti in ambito sanitario

LA RETE ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO



Il cambiamento

- ❑ L'aumento dell'incidenza delle malattie croniche è uno dei principali driver della necessità di riequilibrio ospedale-territori.
- ❑ Occorre definire una “nuova” organizzazione e implementare nuove figure professionali al fine di assicurare la continuità assistenziale al paziente e l'integrazione socio sanitaria.

CONTINUITY OF CARE

Secondo l'**OMS**, la continuità delle cure è uno degli indicatori più sensibili del **buon funzionamento di un Servizio Sanitario**, poichè aggiunge al tradizionale concetto di cura quello della **presa in carico** del paziente ai diversi livelli della rete assistenziale tra territorio e ospedale.

CONTINUITY OF CARE

La **continuità** rappresenta, quindi, un obiettivo e insieme una strategia per migliorare la qualità dell'assistenza e per rispondere in modo efficace ai problemi critici, alle complessità organizzative e alle difficoltà umane poste, in particolare, dai pazienti cronici, per definizione non guaribili, che devono essere curati per un lungo periodo.

CONTINUITY OF CARE

- ***Per l'utenza:*** garanzia della continuità assistenziale per gli utenti affidati a strutture di Lungodegenza o territoriali.
- ***Per gli operatori:*** semplificazione della presa in carico del caso e continuità degli interventi intrapresi durante il ricovero.
- ***Per l'organizzazione:*** ottimizzazione dei percorsi assistenziali e affidabilità dei trattamenti.

ULCERA CUTANEA DIFFICILE

lesione che non guarisce e non progredisce attraverso le fasi della guarigione: infiammazione, proliferazione, rimodellamento.

Le lesioni croniche sono rappresentate dalle ulcere ischemiche, dalle ulcere diabetiche, da quelle venose, dalle ulcere da decubito, dalle ulcere vasculitiche, dalle ulcere neoplastiche

LA GESTIONE COMPLESSA DELL'ULCERA

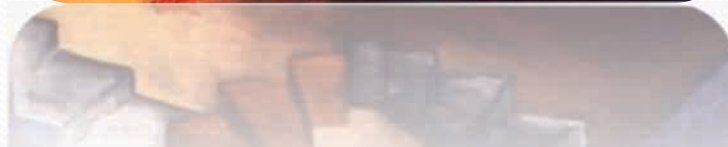


L'interazione
con il soggetto
fragile

Il soggetto fragile è spesso anziano



Valutazione multidimensionale



Valutazione multidimensionale



IMPATTO SOCIO-ECONOMICO

L'impatto socio-economico delle ulcere croniche è notevole.

La spesa riguarda:

- 1) Costi delle medicazioni
- 2) Costi del personale medico e infermieristico
- 3) Bendaggi compressivi
- 4) Spese per il trattamento di complicanze e recidive
- 5) Spese per ricoveri ospedalieri ed interventi chirurgici.

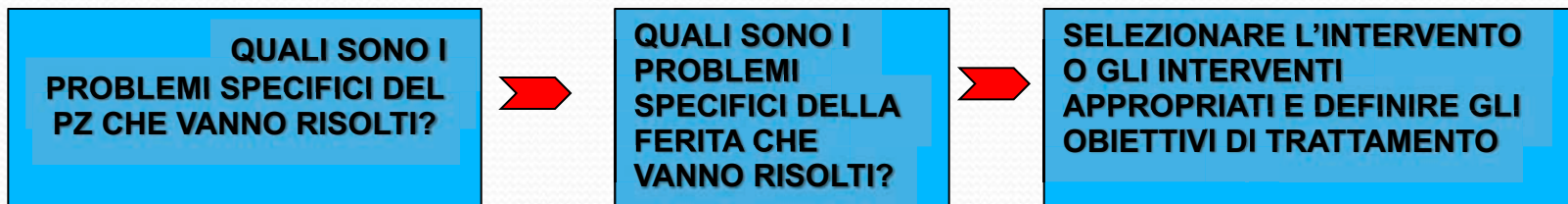
APPROPRIATEZZA

Il perseverante incremento della spesa sanitaria ha indotto anche il nostro Paese ad intraprendere una **“Politica del contenimento”**, rivolta in primo luogo ad una riduzione dei costi inutili, inappropriati, indicando e specificando una serie di percorsi diagnostico terapeutici virtuosi, volti ad ottimizzare l’intervento sanitario .



APPROPRIATEZZA

L'elemento chiave nella scelta di una **STRATEGIA APPROPRIATA**, per la gestione di una ferita, consiste nell'eseguire un'approfondita valutazione del paziente e nell'identificare i problemi che richiedono soluzione, inerenti sia al paziente sia alla ferita



PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI

Lo sviluppo di un percorso diagnostico terapeutico basato sull' Evidence Based Medicine, sul parere degli esperti nell'ambito di una società scientifica e condiviso da Ospedale e Territorio, è il mezzo essenziale per l'attuazione di una cura efficace ed appropriata dell'ulcera.

...ATTRAVERSO il coinvolgimento di tutto il personale addetto

all'assistenza con un approccio

MULTIDISCIPLINARE



Il prendersi cura è un atteggiamento professionale individuale o un modello organizzativo ?

È un avanzamento culturale dei modelli di salute

Ma per esprimersi nel quotidiano ha bisogno di un supporto organizzativo

- Definizione di percorsi assistenziali concordati che lasciano spazio alla personalizzazione
- Formazione ad hoc per competenze di assessment, gestione dei problemi specifici , educative , di coordinamento del percorso assistenziale
- Monitoraggi continuo dell'efficacia del profilo di cura adottato
- Responsabilizzazione precisa e non generica al gruppo infermieristico

PERCORSI

Il percorso rappresenta il flusso logico di azioni che guida la risposta assistenziale

I percorsi possono essere classificati:

- in base all'autosufficienza dell'assistito;
- in base all'intensità di cure.

...nel rispetto **dell'unicità** del singolo!

Percorsi per pazienti autosufficienti

- attivazione di un percorso ambulatoriale per:
 - la gestione delle medicazioni avanzate;
 - l'esecuzione di indagini di laboratorio;
 - indagini strumentali;
 - somministrazione terapia antibiotica ospedaliera.

Percorsi per pazienti non autosufficienti

- attivazione di un percorso di assistenza domiciliare o territoriale presso altre strutture
 - la gestione delle medicazioni avanzate;
 - l'esecuzione di indagini di laboratorio;
 - indagini strumentali;
 - somministrazione terapia antibiotica ospedaliera.

MAPPATURA DEL FABBISOGNO RISORSE NEL TERRITORIO

Importante è definire un **SETTING ASSISTENZIALE** appropriato, cioè confrontare lo stato clinico assistenziale del paziente e quanto viene offerto dai servizi territoriali, la loro adeguatezza e rispondenza alle necessità evidenziate, in modo da garantire al paziente la miglior prosecuzione delle cure.

LA RELAZIONE CLINICA DI DIMISSIONE

Il passaggio dall'ambiente ospedaliero protetto, all'ambiente indipendente della propria abitazione, viene spesso affrontato con difficoltà e disagio in quanto non vengono adeguatamente pianificate attività che garantiscano continuità delle cure nella fase di dimissione.

LO STRUMENTO CHE TRACCIA IL PERCORSO DI CONTINUITA' DELLE CURE E' LA RELAZIONE CLINICA DI DIMISSIONE (relazione medico-infermieristica)

LA RELAZIONE INFERMIERISTICA

- **valutazione all'ingresso delle lesioni cutanee;**
- **descrizione degli interventi infermieristici attuati durante la degenza;**
- **rivalutazione alla dimissione delle lesioni cutanee;**
- **schema del trattamento prescritto;**
- **descrizione degli interventi assistenziali necessari;**
- **documentazione fotografica con relative misurazioni;**
- **Pianificazione del follow up ospedaliero**

Gruppo multidisciplinare aziendale “AMICI PER LA PELLE”.

- 1. Elaborazione delle linee guida aziendali sulla gestione delle Idd**
- 2. Costituzione di un gruppo di esperti clinici nel Wound Care**
- 3. Implementazione della scheda di valutazione, monitoraggio e trattamento delle Idd**
- 4. Lo studio di prevalenza delle Idd a livello aziendale**
- 5. Acquisizione di ausili e presidi specifici nelle gare di appalto**

Consulenza Infermieristica

Intesa come:

- **Prestazione tecnica**
- **Addestramento sul campo del collega**
- **Educazione del paziente e/o dei familiari**
- **Valutazione**
- **Supervisione ai colleghi**

INQUADRAMENTO CLINICO DEL PAZIENTE

- **Età:** 72 anni
- **Sesso:** femmina
- **Il giorno 08/03/2016** viene **ricoverata presso il reparto di Malattie Infettive**
- **Diagnosi di ingresso: 08/03/2016** infezione da acinetobacter baumannii deiscenza ferita chirurgica in sede trocanterica dx
- **Patologie concomitanti:** diabete mellito
- **Tempo di insorgenza della lesione:** la paz era stata operata 1 mese prima per intervento di protesi d'anca
- **Trattamenti precedenti:** terapia antibiotica con **CARBAPENEMICI**

Fase 1: 08/03/2016

ASSESSMENT DELLA LESIONE



Tipo di lesione: deisc. Ferita chirurgica

Sede: trocantere dx

Profondità: interessamento del sottocute

Dimensioni: largh. 9 X lungh 18 cm

Bordi: frastagliati

Tessuto: 20% deterso e 80% sough

Essudato: abbondante con presenza di pus

Cute perilesionale: iperemica, edematosa ed ipertermica e macerata

Dolore: 10 (insopportabile, secondo scala di valut. Numerica)

INTERVENTI EFFETTUATI

- tampone colturale della ferita;
- cons. dermatologica in cui è stata fatta diagnosi di fascite necrotizzante
- Attivata cons. ortopedica urgente per richiesta intervento chir. di bonifica necrosi
- Trattamento palliativo con soluzione iperossidata e medicazioni avanzate a base di collagenasi.
- Terapia antibiotica sistemica con CARBAPENEMICI

FASE 2: 1° giornata post operatoria

L'intervento di bonifica della ferita chirurgica è stato eseguito il giorno 09/03/2016.



In sede intraoperatoria viene applicata la Terapia a pressione negativa



10/03 rimozione TNP in quanto la ferita era abbondantemente emorragica e trattata con alginato di calcio

2° giornata post operatoria



Riapplicata TNP :

- per miglioramento:dei valori Hb ;
- l'essudato della ferita presentava soltanto tracce di sangue

RIVALUTAZIONE LESIONE

Profondità: interessamento del tessuto muscolo scheletrico.

Sottominature: sottominata ai bordi, in particolar modo a livello del margine superiore

Dimensioni: largh. 11 cm X lungh 18 cm

Bordi: frastagliati

Tessuto: 30% deterso e 70% sough

Essudato: abbondante 480 cc ogni tre gg

Cute perilesionale: iperemica, ipertermica e necrotica.

Dolore: 10 (insopportabile, secondo scala di valut. Numerica)

TRATTAMENTO:

- **IN SEDE LESIONALE:** MEDICAZIONE NON ADERENTE + SCHIUMA POLIURETANICA ALL'AG CON TNP
- **IN SEDE PERILESIONALE:** COLLAGENASI+ IDROFIBRA AG PLUS
- **INTERVALLO DI SOSTITUZIONE:** 1 VOLTA DIE DUE VOLTE A SETTIMANA

FASE INTERMEDIA: 25/03/2016



FASE ULTIMA: PZ DIMESSA



La paziente vie trasferita in una struttura di riabilitazione in data 26/04/2016 e nella rivalutazione della lesione, essa si presenta come segue:

Profondità: interessamento del muscolo scheletrico

Sottominature: a livello del bordo superiore

Dimensioni: largh. 5,5 X lungh 10 cm

Bordi: frastagliati

Tessuto: 100% deterso

Essudato: 200 cc in tre gg

Cute perilesionale: integra e rosea. Riparazione del 100%

TRATTAMENTO PRESCRITTO ALLA DIMISSIONE

- **IN SEDE LESIONALE:** MEDICAZIONE NON ADERENTE + SCHIUMA POLIURETANICA ALL'AG CON TNP
- **IN SEDE PERILESIONALE:** IDROFIBRA AG
- **INTERVALLO DI SOSTITUZIONE:** 1 VOLTA DIE DUE VOLTE A SETTIMANA

CONTROLLO POST DIMISSIONE



31/05/2016

Riduzione essudato: 30 cc in tre giorni

Riduzione dimensione lesione: 4 cm larg x 8 cm lung

Riduzione del dolore: 3 (lieve, secondo la scala di val. num.)

TRATTAMENTO

- SOSPENSIONE TNP
- APPLICAZIONE IDROFIBRA AG + SCHIUMA IN POLIURETANO
- CON CADENZA MEDICAZIONE 1 VOLTA DIE DUE VOLTE A SETTIMANA

RISULTATI

Inizio trattamento	Fine trattamento
Data inizio 08/03/2016	Data fine 31/05/2016
Dimensioni ferita 11 X18	Dimensioni ferita : 4 X 8
Dimensioni medicazione 25X25	Dimensioni medicazione: 10 X 10
Letto di lesione: iperessudante	Letto di lesione: moderatamente essudante
Margini/bordo: frastagliati con bordi interamente sottominati	Margini/bordo: lineari con sottominatura bordo superiore
Cute perilesionale: iperemica, ipertermica e necrotica	Cute perilesionale: integra e rosea
Dolore trattamento: - 10 (insopportabile)	Dolore con attuale trattamento: - 3 (lieve)
-Durata del trattamento 60 giorni circa	-Intervallo di cambio: 1 volta die due volte a settimana
-Numero di cambi effettuati 1 8	

CONCLUSIONI

Garantire la continuità delle cure nel trattamento delle lesioni difficili, comporta le seguenti criticità nel Territorio:

1. Il personale non è sempre adeguatamente formato;
2. Le risorse materiali a disposizione sono scarse



**PEGGIORAMENTO DELLE CONDIZIONI CLINICHE DELLA LESIONE E
RIOSPEDALIZZAZIONE**

*GRAZIE
PER
L'ATTENZIONE*