

ASLAL

S.S.V.D. per la prevenzione e cura delle lesioni ulcerose

Responsabile dr. Rino Feltri

DISTRETTO DI CASALE MONFERRATO

Direttore dr. Roberto Stura

SERVIZIO DI ANGIOLOGIA-VULNOLOGIA E

DIAGNOSTICA VASCOLARE

Responsabile dr. Massimo Guazzotti



LESIONI DA PRESSIONE

Fisiopatologia

I meccanismi fisiopatologici che determinano le ulcere da decubito sono dovuti a fattori estrinseci ed intrinseci: tra i primi la pressione induce ischemia dei tessuti attraverso un aumento della pressione nel sistema capillare (oltre i 32 mm Hg nel sistema arteriolare e 12mm Hg nel sistema venula re), successiva filtrazione, edema e necrosi.

La compressione agisce secondo linee di forza configurate a cono, con apice verso la superficie e base verso gli strati più profondi.

Pertanto una piccola ulcerazione superficiale rappresenta la punta dell'iceberg di lesioni più profonde ed estese.

Tra i fattori intrinseci l'insufficienza alimentare costituisce il fattore più significativo in quanto porta l'organismo in uno stato catabolico di cui l'ulcera rappresenta l'epifenomeno.

TRE LEGGI

LEGGE DI STEVINO
LEGGE DI LAPLACE
LEGGE DI BERNOULLI



FATTORI DI RISCHIO

Tre tipologie:

1. Fattori locali

- pressione;
- forza di stiramento;
- attrito/frizione/sfregamento;
- aumento della temperatura locale;
- macerazione/umidità.

2. Fattori generali

- età avanzata;
- patologie che comportano l'accentuazione delle condizioni ischemiche e/o dell'ipossia locale, quali arteriopatie, bronco patie, cardiopatie, anemia, ipotensione, diabete, iperpiressia;
- patologie che implicano un rallentamento dei processi rigenerativi tissutali, quali malnutrizione, ipoalbuminemia, neoplasie, infezioni;
- patologie che riducono la percezione del dolore, quali neuropatia diabetica, emi-paraplegie, ictus, sedazione, demenze, stato comatoso;
- incontinenza urinaria e/o fecale.

3. Fattori ambientali

- umidità;
- temperatura;
- irradiazione.

Da: ASL Milano 1 RSA - RSD



PREVALENZA

Negli USA si stima che le lesioni da decubito colpiscano circa 1,5-3 milioni di persone.

Nel 70% dei casi esse hanno età superiore ai 70 anni.

Ciò comporta una spesa sanitaria annua di circa 5 miliardi di dollari.

La stima delle ulcere da pressione, varia in relazione al setting assistenziale.

Negli ospedali infatti, i valori oscillano tra lo 0,4% e il 38%, nelle RSA dal 2,2% al 23,9% e nell'assistenza domiciliare dallo 0 al 17%.

Altri autori stimano la prevalenza delle lesioni in RSA, in valori compresi tra l'11% e il 30%.

In Italia, si stimano, in ambito ospedaliero, prevalenze che oscillano dall'8,6% al 13% sino al 26,6%, in relazione allo stato di compromissione dei pazienti.

Un altro studio, condotto in 15 RSA italiane, evidenzia una prevalenza complessiva di lesioni, pari al 6,9% con il 67% ad insorgenza durante il soggiorno in RSA e l'11% durante un ricovero temporaneo in ospedale.

CHANGING WORLD

Secondo le stime di BMJ, le patologie croniche, che nel 1990 si attestavano a meno del 50 % nella popolazione, nel 2020 arriveranno a rappresentare circa il 70 % della totalità delle patologie.





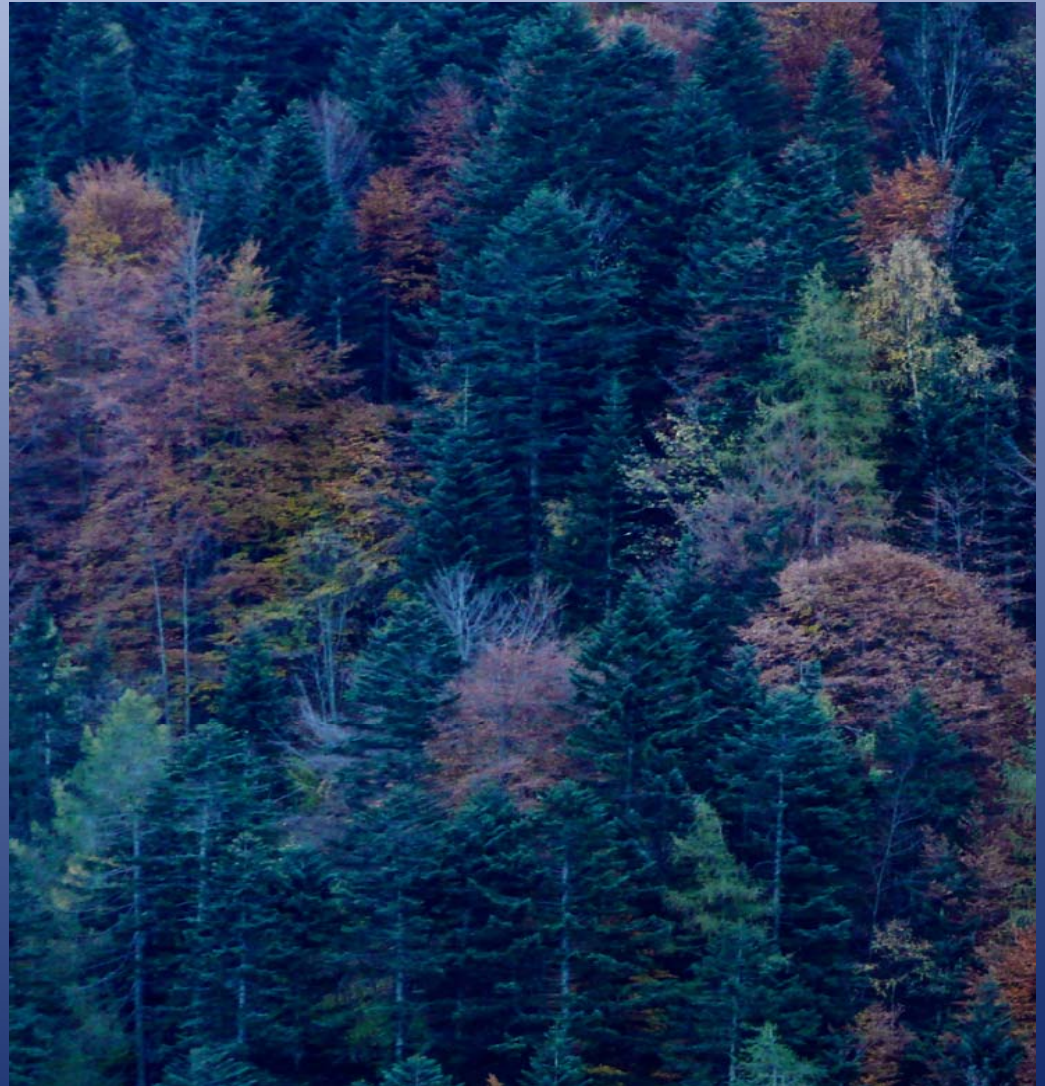
MODELLO ARISTOTELICO

- UNIVERSO
GEOCENTRICO
- CHIUSO
- IMMUTABILE
- FINITO



APPROCCIO OLISTICO

In “Olismi and Devolution”
Jana Must dice che ...”in
natura vi è la tendenza a
formare interi che sono più
grandi delle parti attraverso
l’evoluzione creativa...”



VISIONE EVOLUZIONISTA

« Ogni qualvolta una teoria ti sembra essere l'unica possibile, prendilo come un segno che non hai capito né la teoria né il problema che si intendeva risolvere ».

(Karl Popper)



O.M.S.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la continuità delle cure uno degli indicatori più sensibili del buon funzionamento di un Servizio Sanitario, perché aggiunge al tradizionale concetto di cura, quello della presa in carico del paziente ai diversi livelli della rete assistenziale tra territorio ed ospedale



REPORT DELL'OMS CIRCA I BENEFICI DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Integra le dimensioni fisica, psicologica, sociale ed economica delle cure.

Migliora la relazione tra erogatori ed utenti dei servizi sanitari.

Stimola ad un ruolo più attivo degli utenti nel mantenimento e nella promozione della propria salute.

Riduce i costi attraverso la prevenzione della duplicazione dei servizi e del sovrautilizzo degli stessi.

Aumenta la soddisfazione degli utenti verso i servizi ricevuti e dei professionisti nei riguardi del proprio lavoro.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE: STRUTTURE TERRITORIALI DI RIFERIMENTO
DEFINIZIONE "SCRITTA" DEI PERCORSI
INTEGRAZIONE DEI PERCORSI TRA PROFESSIONISTI
INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA
PROGETTAZIONE INTEGRATA CONTINUA

Da A. Brambilla e A. Incoli: La continuità assistenziale in Emilia Romagna



RICOVERI NEI PRESIDI OSPEDALIERI

RICOVERI IMPROPRI

- Cause sociali: criticità socio-familiari (pazienti soli, non autosufficienti, senza fissa dimora,....)
- Medicina difensiva: timore di denunce per eventi avversa

RICOVERI RIPETUTI

- Cause organizzative: insufficiente monitoraggio clinico assistenziale di pazienti cronici, con patologie complesse e/o con problemi familiari

DIMISSIONE DAI REPARTI

CRITICITA'

- Scarso coordinamento fra medici ospedalieri e MMG
- Procedura di dimissione protetta non sempre adeguata o rispettata

CAUSE

- Mancanza di cultura della integrazione professionale interdisciplinare
- Talora scarsa conoscenza delle procedura da parte degli operatori ospedalieri

COSTI

ESEMPIO DI COSTI SECONDO UNO STUDIO DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Un giorno di degenza in medicina..... € 700

Tre mesi di ADI 3° livello..... € 750

Sei mesi di ADI 2° livello..... € 720

CENTRALITA' DELLA SALUTE

Intesa come diritto fondamentale che viene garantito non solo attraverso un razionale sistema di assistenza e cura, ma anche agendo sui fattori socio economici ed ambientali che la condizionano

Da: Rino Feltri : "Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione: dove siamo e dove vogliamo andare".

TARGET

Creare una rete assistenziale a cui si possa accedere da più punti ottenendo lo stesso tipo di risposta, superando così barriere professionali, dipartimentali, strutturali.

IPAZIA



Ippazia fu figura di spicco nel campo della filosofia e matematica del tempo.
Fu assassinata poiché professava il dubbio e quindi la critica, cosa che male si accordava con l'assolutismo e l'intolleranza del tempo soprattutto nella figura del vescovo Cirillo.

Era l'anno 415 D.C..

Ippazia aveva circa 45 anni.

La vicenda è utile per ricordare l'importanza della libertà del pensiero da ogni pragmatismo o integralismo sociale o religioso.



Vi ringrazio per l'attenzione augurandovi un buon proseguimento delle lezioni

BIBLIOGRAFIA:

- Anni. Chi. Italiana: Bocchi et Al.
- Cook RE. et Al. : Gaps in the continuità of care and progress on patine afeti.
- Baldanti E. e Bovo C. : Regione Veneto.
- Tavolo Tecnico Interaziendale ASL 1 Milano: autori vari.
- Feltri RE.: ASLAL “Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione: dove siamo e dove vogliamo andare”.
- Boritisi Medicala Journal: autori vari.
- O.M.S.: autori vari.
- Popper K.: Conoscenza oggettiva: un punto di vista evolucionistico.
- Guazzotti M.: Le lesioni ulcerose degli arti inferiori.
- Ronchey S.: Saggio su Ippazia.

Tutte le immagini sono di Massimo Guazzotti tranne l’effigie di Ippazia tratta dal film Agorà di A. Amena bar.





"Prevenzione e trattamento
delle Lesioni da Pressione:
dove siamo e dove vogliamo andare"

..necessità di progettare, programmare, organizzare e verificare un sistema integrato che preveda modelli leggeri e non burocratici di accompagnamento nelle diverse fasi del bisogno soprattutto quando il paziente è caricato del peso di una malattia complessa di lunga durata ed è povero sul piano economico, culturale e relazionale..

**Percorsi diagnostico-terapeutici integrati
ospedale-territorio per la gestione delle
ulcere cutanee**



"Prevenzione e trattamento
delle Lesioni da Pressione:
dove siamo e dove vogliamo andare"

Riferimento organizzativo Legge 189/2012 “Legge Balduzzi”

Due strutture per i pazienti esterni

AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali)

MMG – PLS – Medici di Guardia Medica – Infermieri (ove previsto)

UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie)

**Che includono il maggior numero possibile di diverse professioni
Sanitarie mediche e non mediche che cooperano con i servizi ospedalieri**

Dal I° livello il Medico avvia a consulenza presso il II° livello

a) Tutti i pazienti che:

entro 6 settimane non mostrano alcuna progressione migliorativa della lesione in seguito al trattamento impostato o addirittura mostrano un peggioramento

b) Tutti i pazienti che arrivano in prima battuta e presentano:

una lesione ulcerosa recidiva oppure una lesione ulcerosa estesa con componente necrotica o infetta e/o dolorosa non controllata dai comuni analgesici



"Prevenzione e trattamento
delle Lesioni da Pressione:
dove siamo e dove vogliamo andare"

LIVELLI ASSISTENZIALI

- I° livello AFT
- II° livello..... UCCP
- III° livello..... OSPEDALIERO

II LIVELLO

UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie)

- **Personale coinvolto:**
Medici Esperti e Infermieri Esperti
- **Pazienti in carico:**
Pazienti che vengono indirizzati dal I° livello
Pazienti che sono stati trattati nei centri di III° livello

Da : Rino Feltri " Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione"

II LIVELLO

UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie)

Personale coinvolto : Medici Esperti e Infermieri Esperti

Specificità della figura Infermieristica

- Deve avere formazione specifica e motivazione
- Conoscere le linee guida di gestione infermieristica
- Conoscere e sapere utilizzare le medicazioni avanzate
- Conoscere i materiali e le tecniche di bendaggio
- Sapere eseguire un bendaggio
- Partecipare con il medico all'inquadramento del paziente e seguirlo nel tempo
- Essere di supporto per l'accesso alle visite specialistiche o al ricovero ospedaliero

Rino Feltri: "Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione"



"Prevenzione e trattamento
delle Lesioni da Pressione:
dove siamo e dove vogliamo andare"

II LIVELLO

UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie)

Personale coinvolto : Medici Esperti e Infermieri Esperti

Specificità della figura Medica

- Deve avere formazione specifica e motivazione
- Esperienza nella cura delle lesioni e nella diagnostica vascolare
- Conoscere le linee guida diagnostico terapeutiche
- Sapere utilizzare le medicazioni avanzate
- Conoscere le tecniche e i materiali di bendaggio
- Sapere utilizzare i presidi di detersione meccanica e chirurgica
- Avere capacità di leadership e di coinvolgimento e di delega alla figura infermieristica per quanto riguarda follow-up e terapia

Rino Feltri: "Prevenzione e trattamento delle lesioni ulcerose"

III LIVELLO

I centri di III Livello sono localizzati negli ospedali e svolgono assistenza a livello ambulatoriale, day-hospital, day-surgery, ricovero

Personale coinvolto:

Medici e Infermieri che operano nelle Unità Operative Specialistiche adeguate alle necessità dei pazienti (Chirurgia Vascolare, Chirurgia Generale, Diabetologia, Radiologia interventistica, Dermatologia..)

Pazienti in carico

Pazienti inviati dal II° livello che hanno necessità di procedure diagnostico terapeutiche di elevata complessità

DOVE TERMINA L'ARCOBALENO?







Tomba Hescana a Orvieto