

Ulcere da pressione: individuazione dei criteri per l'assegnazione dei presidi antidecubito presso l'Azienda USL 12 di Viareggio

di Maria Pina Bertuccelli e Joelle Ranieri



Maria Pina Bertuccelli



Joelle Ranieri

Le ulcere da pressione (UDP) sono un importante ed attuale problema di salute, nonché un problema sociale di altrettanto rilievo: oltre ad intervenire negativamente sulla qualità della vita dei Pazienti e di chi li assiste, assorbono risorse sanitarie con un forte impatto per il Sistema Assistenziale.

Questi effetti possono essere contenuti ed in parte prevenuti con il costante rispetto di Raccomandazioni Cliniche utili a prevenirle e curarle ed interventi ad alta fattibilità.

Interventi efficaci per ridurre l'entità del problema

Gli Interventi 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 antidecubito 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 antidecubito e delle medicazioni negli Ospedali e sul Territorio. Ed in particolare, è l'assistenza sul Territorio 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.

Introduzione

L'Azienda USL 12 di Viareggio ha da anni recepito gli obiettivi della Regione Toscana di implementazione delle Linee Guida (LL. GG.) di "Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione" e grazie alla sensibilità dei Dirigenti Infermieristici che si sono susseguiti nell'ultimo decennio, sono state sistematicamente sostenute iniziative a favore della diffusione di corretti principi di prevenzione e trattamento delle UDP.

Proprio per continuare a perseguire tali principi l'Azienda ha dato luogo alla costituzione di un gruppo di lavoro¹ coordinato da due **Functional Project Leader**, Infermiere con specifica formazione in **Wound Care**, Referenti Aziendali (rispettivamente una per il Settore Ospedaliero ed una per il Settore Territoriale), incaricate dal Dirigente Infermieristico di intrattenere rapporti con la Regione, recepire gli input in materia di UDP, capillarizzare in Azienda le informazioni e mantenere un elevato livello di attenzione su prevenzione e trattamento, mediante la collaborazione con i componenti del gruppo di lavoro.

Lo strumento principe, realizzato allo scopo, è la **Procedura Generale 10 "Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione nella persona adulta"** (P. G. 10): uno strumento dinamico, costantemente aggiornato con le più recenti evidenze scientifiche e revisionato sulla base di eventuali necessità del Gruppo professionale; un documento contenente tutti gli strumenti necessari a monitorare e gestire il fenomeno "ulcere da pressione".

La più recente delle revisioni è stata effettuata in seguito ad una serie di eventi intercorsi in Azienda nel 2012 che hanno condotto il Gruppo professionale a porsi quesiti tali da richiedere il sostegno degli Esperti aziendali:

- *In primis*, tutte le degenze dell'Ospedale Versilia sono state dotate di materassi in schiuma poliuretana garantendo all'utenza un *presidio preventivo di minima*² (Tabella 1).

¹ Gruppo di lavoro "Nursing best practice UDP" composto dai due Referenti Aziendali e da Infermieri "Referenti di settore" (un Infermiere per ciascun settore di degenza adulti ed un infermiere per ciascun settore di Assistenza Infermieristica Domiciliare).

² "I materassi in schiuma viscoelastica possono essere raccomandati per la prevenzione delle UDP" (LL.GG.R.T. "Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento" 2005)
"A tutti i soggetti "vulnerabili" alle UDP dovrebbe essere assegnato, di minima, un presidio in schiuma con specifiche di qualità" (NICE 2003)

a-1

ULCERE DA PRESSIONE: INDIVIDUAZIONE DEI CRITERI PER L'ASSEGNAZIONE DEI PRESIDI ANTIDECUBITO PRESSO L'AZIENDA USL 12 DI VIAREGGIO

di Maria Pina Bertuccelli e Joelle Ranieri

- E' stata ampliata l'offerta dei presidi antidecubito avanzati, in precedenza forniti da un'unica Ditta con un unico presidio; nel corso del 2012 la disponibilità è raddoppiata (due Ditte con due presidi ciascuna, per differenti tipologie di rischio).
- L'offerta dei presidi, in precedenza riservata solo ad alcuni Reparti di degenza, è stata ampliata agli Utenti a rischio in carico ai Reparti e/o ai Servizi di assistenza infermieristica domiciliare.
- Le Linee Guida Regionali, revisionate nel 2012, indicano come *cut off* del rischio il punteggio Bra-

den³ <= 16, non suddividendo più il rischio in ulteriori sottolivelli⁴.

Nonostante quanto citato nei precedenti tre punti abbia rappresentato un' importante conquista per il *management* dei Pazienti a rischio di UDP, è stato altresì motivo di dubbio per il Professionista che si è trovato a doversi orientare fra i differenti **PAD** (*presidio antidecubito*) messi a disposizione.

Ciò ha dato luogo alla necessità di realizzare uno strumento a supporto dell'Infermiere volto a fornire criteri utili per la scelta del presidio *ad hoc*.

I presidi antidecubito

Presidi antidecubito

Box 1

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.

Box 1 - Fonte: Agenzia regionale Sanità Toscana - Osservatorio Qualità "La qualità dei servizi socio sanitari" newsletter aprile 2007 Anno III N.3

I presidi (o ausili, o superfici) antidecubito sono sistemi di supporto – materassi, cuscini e traverse – per la prevenzione e il trattamento delle 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 una possibile classificazione di riferimento potrebbe essere quella prodotta da ARS (Agenzia Regionale Sanità Toscana) nel 2007. (Box 1)

³ Scala di Braden: strumento validato impiegato per la rilevazione dell'indice di rischio UDP.

⁴ La valutazione del rischio dovrebbe avvalersi del giudizio clinico e non affidarsi esclusivamente allo strumento di indentificazione dei fattori di rischio.

L'indice di Braden identifica come *cut off* del rischio il punteggio 16, **non suddividendo il rischio in livelli diversi**: l'esperienza clinica suggerisce di suddividere ulteriormente il livello di rischio in sottolivelli, al fine di utilizzare meglio le risorse disponibili. (LL.GG.R.T. "Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento", aggiornamento anno 2012)

Individuazione dei criteri per la scelta del PAD

Per la realizzazione dello strumento operativo⁵ si è proceduto ad una revisione della letteratura e della normativa vigente in materia, selezionando i documenti con maggior pertinenza al problema.

Il documento realizzato è stato condiviso con il Gruppo di lavoro e completato da una formazione teorico pratica in aula, prima di essere reso fruibile.

Si riportano di seguito le indicazioni di maggior rilievo impiegate per la realizzazione del documento:

Fonte NICE - D

- La scelta dell'ausilio antidecubito si basa su una valutazione complessiva della persona (giudizio clinico).
- La valutazione olistica dovrebbe prendere in considerazione non soltanto il **punteggio della scala di valutazione del rischio, ma includere i seguenti punti**:
 - identificazione del livello di rischio,
 - valutazione della cute,
 - comfort,
 - stato generale di salute,
 - stili di vita e "abilità",
 - necessità di cure intensive,
 - accettazione da parte del paziente e/o dei familiari del tipo di ausilio proposto.

Fonte Delibera Regione Toscana 821 del 06/11/2006 "Indicazioni alle Aziende Sanitarie per la prescrizione e fornitura di dispositivi antidecubito . Allegato A"

Le condizioni per l'erogazione degli ausili antidecubito con caratteristiche tecniche di elevata qualità, che devono essere sempre previste all'interno di un progetto riabilitativo e/o assistenziale, sono:

1. **individuazione dei fattori di rischio** per il Paziente, con dettagliata relazione clinica che prenda in esame i fattori di rischio intrinseci ed estrinseci (Tabella 2)
2. **indicazione del grado di rischio rilevato con utilizzo della Scala di Braden** obbligatoriamente presente nella relazione clinica.

Definizione dei punteggi di rischio secondo la scala di Braden:

- a) **basso** con punteggio fino a 16
- b) **medio** con punteggio da 13 a 11
- c) **alto** con punteggio da 10 a 8
- d) **altissimo** con punteggio da 7 a 6

Fattori intrinseci	Fattori estrinseci
Ridotta mobilità	Pressione
Malnutrizione	Umidità (conseguenza di incontinenza, macerazione o altro)
Malattie croniche	Frizioni (attriti)
Età	Frizioni di taglio
Patologie neurologiche o stati clinici di particolari complessità	

Tabella 2 - Fattori di rischio intrinseci ed estrinseci

Fonte LL.GG.R.T.: "Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento", aggiornamento anno 2012

La valutazione del rischio dovrebbe avvalersi del giudizio clinico e non affidarsi esclusivamente allo strumento di indentificazione dei fattori di rischio.

L'indice di Braden identifica come *cut off* del rischio il punteggio 16, **non suddividendo il rischio in livelli diversi**: l'esperienza clinica suggerisce di suddividere ulteriormente il livello di rischio in sottolivelli, al fine di utilizzare meglio le risorse disponibili.

⁵ Allegato n.2 alla P. G. 10 "Ulcere da pressione: indicazioni per la scelta del presidio di prevenzione correlato all'indice di rischio"

ULCERE DA PRESSIONE: INDIVIDUAZIONE DEI CRITERI PER L'ASSEGNAZIONE DEI PRESIDI ANTIDECUBITO PRESSO L'AZIENDA USL 12 DI VIAREGGIO

di Maria Pina Bertuccelli e Joelle Ranieri

Fonte Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana n. 42: Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione. Metodi di sorveglianza e ipotesi di lavoro. Dicembre 2008 (Tabella 1)

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 score 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" olio 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, fuso 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)

Tabella 1 - Principali raccomandazioni con l'indicazione del *grading* relativo alle prove di efficacia

Conclusioni e considerazioni

Esaminando il documento e confrontando fra loro le diverse fonti si può apprezzare che le fasce di rischio danno ampio spazio alla discrezionalità e al giudizio clinico dell'Operatore.

L'ultimo aggiornamento delle LL.GG. della Regione Toscana (2012) elimina addirittura qualsiasi classificazione intermedia, ponendo unicamente l'attenzione sul valore *cut off* e sull'esperienza clinica.

Occorre sottolineare che la Scala di Braden restituisce unicamente un indice numerico, mentre l'esperienza suggerisce invece che, a parità di punteggio, i quadri clinici possono apparire notevolmente differenti a causa delle variabili riportate nei diversi indicatori.

Tali premesse confermano in maniera **inequivocabile l'importanza del giudizio clinico dell'Operatore per la scelta dei presidi antidecubito.**

BIBLIOGRAFIA

Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione. Metodi di sorveglianza e ipotesi di lavoro. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana n. 42. Dicembre 2008

Superfici antidecubito: caratteristiche e criteri di scelta per l'utilizzo e l'acquisizione. Agenzia Regionale della Sanità - programma di prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito regione Friuli Venezia Giulia. Febbraio 2006

Linee Guida Regione Toscana "Ulceri da pressione: prevenzione e trattamento". Documento n. 3 Consiglio Sanitario Regionale. Anno 2005

Delibera Regione Toscana 821 del 06/11/2006 "Indicazioni alle Aziende Sanitarie per la prescrizione e fornitura di dispositivi antidecubito. Allegato A"

Linee Guida Regione Toscana "Ulceri da pressione: prevenzione e trattamento". Documento n. 3 Consiglio Sanitario Regionale. Revisione 2012

ERRATA CORRIGE

Sull'insero n.8, allegato al numero della rivista **focus infermiere 3+4 duemilatredici**, erroneamente è stata inserita una foto che non corrispondeva all'autrice dell'articolo **Nadia Andreuccetti**.

Ci scusiamo con le interessate e i lettori.

P.O. Maria Pina Bertuccelli
Coordinatore Infermieristico di Area Servizi Ospedalieri

Dott.ssa Joelle Ranieri
Coordinatore Infermieristico Medicina Riabilitativa Sez. Codice 75

Referenti Aziendali UDP - Azienda USL 12, Viareggio