

DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Deliberazione n. 471

del 28 DIC.2016

OGGETTO: approvazione percorso diagnostico terapeutico dell'ulcera da pressione/vascolare

STRUTTURA PROPONENTE: Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base.
Data di presentazione della proposta 22 dicembre 2016

In data 28 DIC.2016, nei locali della Sede Legale dell'ASP in via Mario Nicoletta Crotone, il Commissario Straordinario, Dr Sergio Arena adotta la seguente delibera.

Su conforme proposta del responsabile del procedimento designato nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità e di conformità dell'atto alla normativa vigente resa dalla Dr.ssa Maria Pompea Bernardi

VISTO il D.Lgs n.502 del 30/12/1992 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il DCA n.113 del 03/11/2016 "P.O.2013-2015 Programma 14.8-Riequilibrio ospedale territorio-Approvazione documento di riorganizzazione della Rete Territoriale";

VISTO l'atto aziendale dell'ASP di Crotone approvato con Delibera del Commissario Straordinario n.253 del 21/7/2016;

TENUTO CONTO che il PDTA – percorso diagnostico terapeutico aziendale rappresenta uno strumento per un razionale utilizzo delle risorse;

CHE il PDTA comprende l'insieme delle azioni da intraprendere al fine di ottimizzare la cura e la prevenzione delle diverse patologie e che si sviluppa affrontando diverse tematiche;

RITENUTO pertanto necessario, in osservanza alle disposizioni nazionali e regionali, approvare un percorso diagnostico terapeutico aziendale dell'ulcera da pressione/vascolare;

VISTI gli atti di indirizzo in narrativa;

VISTE le leggi vigenti in materia;

PROPONE

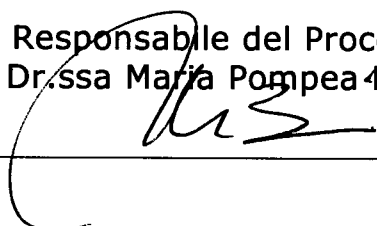
per quanto in narrativa che qui si intende integralmente ripetuto e confermato, di:

APPROVARE l'adozione del PDTA dell'ulcera da pressione/vascolare che allegato alla presente deliberazione ne forma parte integrante e sostanziale;

RECEPIRE le procedure previste nel suddetto PDTA;

TRASMETTERE copia della presente deliberazione, per gli adempimenti di rispettiva competenza, alle strutture di seguito indicate: Ufficio Affari Generali, Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base.

Il Responsabile del Procedimento
D.ssa Maria Pompea Bernardi



Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista la proposta di deliberazione che precede e che s'intende qui di seguito integralmente riportata e trascritta.

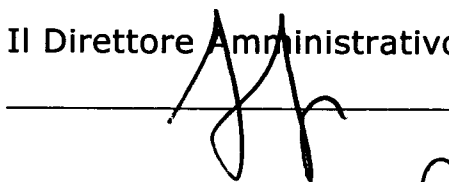
Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

Ritenuto di condividerne il contenuto.

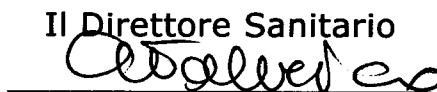
DELIBERA

di approvare la superiore proposta che qui s'intende integralmente riportata e trascritta per come sopra formulata dalla Posizione Organizzativa della struttura proponente.

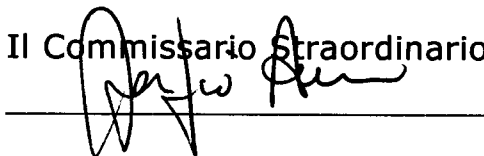
Il Direttore Amministrativo



Il Direttore Sanitario



Il Commissario Straordinario



**UFFICIO AFFARI GENERALI
SEGRETERIA GENERALE**

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo pretorio dell'Azienda in data 28 DIC.2016 con protocollo n. 131.

Crotone lì, 28 DIC.2016

Il Responsabile del procedimento

Valter Cosentino


~~Direttore U.O. Affari Generali
Il Direttore I.T. Ufficio
Affari Generali e Legali
Dr.ssa Anna GIORDANO~~

Valter Cosentino


PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DELL'ULCERA DA PRESSIONE/VASCOLARE

Premessa

Un paziente affetto da ulcera cutanea degli arti inferiori è in genere una persona anziana, con multimorbidità spesso affetta da dolori rilevanti nella sede della lesione.

L'etiologia che ha determinato l'insorgenza della lesione trofica è spesso complessa e multifattoriale, richiede un inquadramento diagnostico accurato e un programma terapeutico incentrato sia sull'eziopatogenesi che sullo stato del letto dell'ulcera, considerando le comorbidità e le condizioni della cute circostante.

Le esigenze di salute del paziente poggiano su queste necessità cliniche e al tempo stesso debbono confrontarsi con le esigenze di una politica sanitaria che da una parte richiede livelli di eccellenza dall'altra impone un contenimento dei costi.

L'ASP di Crotone, per la complessità delle patologie legate alla presenza delle ulcere da pressione e vascolari, costituisce un gruppo di lavoro che possa redigere un percorso diagnostico-terapeutico integrato e finalizzato al trattamento omogeneo di queste lesioni.

Il percorso si pone come ponte tra Ospedale-Territorio-Domicilio consentendo al paziente di ottenere le cure migliori in qualunque ambito si trovi.

La strada da percorrere deve essere quella della appropriatezza, clinica, etica, tecnologica, gestionale, nell'ambito di una Medicina basata sulle evidenze.

Il meccanismo di formazione delle ulcere

Ogni ulcera è una lesione della cute che non tende a guarire e per la quale è necessario individuare la causa e la patogenesi oltre che la localizzazione. Si dividono in due grandi gruppi:

1. Vascolari:

- a) arteriose
- b) venose 45-50%
- c) miste
- d) miscellanea
- e) piede diabetico

2. Legate a fattori contingenti:

- a) post-traumatico intendendo anche quello della strada

b) ematoma ulcerato

3. Lesioni da Pressione:

- a) nel corso di un ricovero ospedaliero
- b) insorto a domicilio del paziente

Le **ulcere cutanee vascolari** insorgono a seguito di un trauma anche modesto che innesci una perdita di tessuto. Altre cause di ulcerazione cutanea sono i tumori epiteliali, malattie vascolari, malattie autoimmuni con coinvolgimento vascolare.

Nelle ulcere da decubito o da pressione, le lesioni sono causate dalla mancanza di un adeguato afflusso di sangue. E' un'area localizzata di danno della cute e dei tessuti sottocutanei causata da forze di pressione, trazione, frizione, o da una combinazione di questi fattori, che si forma normalmente in corrispondenza di prominenze ossee e la cui gravità è classificata in stadi. Generalmente si manifestano in pazienti allettati per un lungo periodo.

Le ulcere diabetiche hanno un'origine neuropatica. Sono spesso localizzate nel piede e determinate da un'alterazione nel flusso sanguigno e dall'ossigenazione dei tessuti.

A seconda della vastità e della profondità dell'ulcera, può essere necessario un ricovero del paziente in:

- a) day-surgery;
- b) one-day-surgery;
- c) ricovero ordinario;
- d) domicilio.

Il sintomo comune di tutte le ulcerazioni è il **dolore**, legato all'esposizione degli strati profondi dell'epitelio a processi infiammatori e irritativi determinati dalla maggiore sensibilità a traumi meccanici, chimici, infettivi.

Con l'invecchiamento della popolazione e il cambiamento nei modelli di malattia, questo problema è destinato a crescere, a meno che non si adottino contromisure adeguate.

Scopo delle linee guida

Lo scopo di queste linee guida è quello di determinare come le ulcere da pressione/vascolari possano essere prevenute, diagnosticate, trattate e gestite clinicamente nel modo più efficace e appropriato.

I consigli di queste linee guida sono rivolti al personale clinico ospedaliero e territoriale che assiste persone a rischio o portatrici di ulcere da pressione/vascolari: medici di medicina generale, internisti, geriatri, pediatri, chirurghi, infermieri, fisioterapisti, dietisti operanti in ambienti sanitari medico-chirurgici, in reparti di terapia intensiva, in centri di riabilitazione, in istituti geriatrici (RSA, reparti di lungodegenza) e in ambienti di cura a domicilio.

Gli interventi considerati sono relativi alla **prevenzione** e al **trattamento**.

Sono stati presi in esame i trattamenti basati su prove di efficacia, quali la riduzione della pressione e le strategie per mantenere la tolleranza del tessuto sano, dove per tolleranza si intende la capacità della cute e delle sue strutture di supporto di resistere agli effetti nefasti della pressione.

La classificazione della gravità delle ulcere da pressione adottata in queste linee guida è conforme alle indicazioni fornite dall'EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel):

Stadio 1: eritema fisso con cute integra che scompare alla digitopressione anticipatore dell'ulcera da compressione;

Stadio 2: perdita parziale della struttura cutanea con lesioni di continuo interessanti l'epidermide e il derma;

Stadio 3: interessamento a tutto spessore della cute con coinvolgimento del sottocutaneo. La lesione si estende alla fascia muscolare sottostante senza superarla;

Stadio 4: lesione a tutto spessore della cute, profonda, frastagliata, che si estende fino ai muscoli e all'osso sottostante.

A volte, osso, tendine o muscolo sono visibili o direttamente palpabili. Spesso, l'effettiva profondità dell'ulcera è completamente nascosta da *slough* (di colore giallo, beige, grigiastro,

verde o marrone) e/o da un'escara (di colore beige, marrone o nero) presenti sul letto della lesione. Fino a quando lo *slough* o l'escara non vengono rimossi, in modo tale da esporre la base dell'ulcera, non è possibile determinare la reale profondità della lesione, che sarà da considerare di stadio IV. La profondità di un'ulcera di grado IV varia in funzione della regione anatomica.

Un'escara stabile (stabile, secca, adesa, integra, senza eritema peri lesionale e fluttuazione alla palpazione) localizzata sui talloni non deve essere rimossa, in quanto ha la funzione naturale di copertura, ma va mummificata per disidratazione.

L'ulcera cutanea vascolare è una soluzione di continuo della cute con scarsa tendenza alla guarigione spontanea, secondaria a una patologia vascolare sottostante. Essa ha elevato impatto sociale sia in termini di perdita di giornate lavorative sia in termini di costi assistenziali e con significativa compromissione della qualità della vita dei pazienti.

Le ulcere vascolari degli arti inferiori rappresentano, quindi, un problema medico e socio-economico di grande rilevanza.

Organizzazione del percorso del paziente affetto da ulcere da pressione: dalla nutrizione alla medicazione, un approccio integrato al problema

Il primo obiettivo da porsi nella presa in carico della persona a rischio e/o portatrice di ulcere da pressione è un'accurata valutazione clinica. L'attenzione dovrebbe essere rivolta a identificare e trattare le patologie che potrebbero favorire l'insorgenza di ulcere od ostacolarne la guarigione (malattia vascolare periferica, diabete, immunodeficienze, malnutrizione, tumori, malattie vascolari del collagene, psicosi e depressione). L'anamnesi clinica deve comprendere anche la valutazione del rischio nutrizionale: è stato, infatti, riscontrato che l'insorgenza e il grado di un'ulcera da pressione sono correlati alla gravità dei deficit nutrizionali, specialmente in relazione al basso apporto proteico e all'ipoalbuminemia.

Si raccomanda, inoltre, una valutazione dello stato psicosociale dei pazienti, per determinare la loro capacità di comprensione e di adesione al trattamento..

La prevenzione dell'insorgenza, la gestione e il trattamento delle ferite acute, croniche e delle lesioni da pressione rappresentano, sia in ambito domiciliare che ospedaliero, attività "nursing sensitive outcomes", vale a dire che gli esiti, positivi o negativi sul paziente, sono direttamente

correlati alla qualità dell'assistenza erogata nei vari setting/contesti di cura. L'incidenza delle lesioni da pressione è un indicatore negativo della qualità di vita e dell'assistenza; la loro presenza ha un significato prognostico sfavorevole.

I presupposti necessari per “gestire” correttamente il problema, sono rappresentati da:

1. un approccio multidisciplinare alla patologia (che veda impegnate diverse figure professionali per gli aspetti clinico-assistenziali);
2. un approccio multi sistemico (dove fattori socio-economici si integrano e si sostengono a vicenda).

Il progetto

All'interno dell'ospedale San Giovanni di Dio di Crotone esiste già un ambulatorio vulnologico dedicato nell'U.O. di Angiologia. Si è pensato di utilizzare questo ambulatorio come fulcro di riferimento ospedaliero / territoriale, ben coscienti del fatto che la soluzione del problema deve passare da una serie di azioni che vedono tra loro coordinate varie figure che abbracciano il paziente sia sul territorio, che in ospedale.

Per costruire un “team multidisciplinare” che sia in grado di gestire la totalità della problematica in materia sia di prevenzione che di trattamento delle lesioni cutanee, occorre innanzitutto implementare la **formazione**, col preciso intento di omogeneizzare i comportamenti clinico-assistenziali di tutto il personale interessato, ad iniziare dai MMG/PLS per finire ad un pool di infermieri sia territoriali che ospedalieri che rappresenteranno il punto di riferimento sia per il paziente che per il caregiver.

Da qui partiremo con un progetto ambizioso, focalizzato sui seguenti obiettivi:

- *imparare a riconoscere le diverse tipologie di lesioni (ferite acute, croniche, lesioni da pressione), secondo le ultime Linee guida nazionali ed internazionali;*
- *selezionare e utilizzare correttamente gli strumenti operativi appropriati da impiegare nella pratica assistenziale quotidiana (scale di valutazione ed accertamento del rischio di insorgenza di lesioni, scale e sistemi di stadiazione ed evoluzione delle lesioni maggiormente utilizzate a livello internazionale);*
- *applicare nella pratica assistenziale quotidiana le indicazioni di “Best Practice” per il trattamento delle diverse tipologie di lesioni;*

- *imparare a selezionare e utilizzare le diverse tipologie di medicazioni avanzate (I e II linea) nel trattamento delle ferite acute, croniche e delle lesioni da pressione, rispettando indicazioni, controindicazioni ed appropriatezza relativa;*
- *omogeneizzare i comportamenti clinico-assistenziali, considerando i diversi percorsi formativi ed esperienziali dei singoli professionisti e dei gruppi professionali;*
- *elaborare uno strumento innovativo integrato, in formato elettronico, ad uso ospedaliero e territoriale, per la corretta stadiazione (anche fotografica) ed il trattamento avanzato di tutte le tipologie di ferite e lesioni e che possa far dialogare tra di loro le diverse figure.*

Percorso del paziente

Il punto cardine del percorso del paziente con lesioni da decubito e vascolari agli arti inferiori è da considerarsi il territorio. L'Ospedale entra nel PDTA quando, oltre alle Ulcere da pressione/vascolari, il paziente che frequentemente è un paziente anziano affetto da multimorbidità, deve essere curato per le proprie patologie di base od in caso si debbano eseguire delle visite specialistiche per lo più in regime ambulatoriale o di Day Hospital (Vulnologo, Ecodoppler, Algologo).

Percorso per la diagnosi e il trattamento di un ulcera in un paziente non autosufficiente E/O deambulante

Il paziente con lesioni cutanee non autosufficiente (temporaneamente o definitivamente) è essenzialmente un paziente che non può spostarsi dal proprio domicilio. Dovendo soddisfare le necessità di cura di un soggetto che non può andare incontro alle cure, è necessario pianificare un percorso in tale ottica. Devono essere le cure ad andare incontro al paziente; bisogna prevedere e attuare un piano assistenziale nel suo contesto abitativo e socio-familiare, valorizzando e sostenendo le risorse ambientali e umane disponibili, garantendo in ogni caso il raggiungimento dei risultati programmati in appropriatezza e sicurezza.

La non autosufficienza può essere di vario grado ed è legata essenzialmente alla entità della menomazione provocata dalla/dalle patologia/e presente/i .

Il paziente, col crescere del suo grado di disabilità e di handicap, presenta non solo bisogni di assistenza sanitaria, ma anche necessità materiali (igiene della casa, della persona, alimentazione, pulizia personale ecc.) che possono essere attese dalla sua famiglia secondo una scala di possibilità che va dalla completa possibilità di assistenza alla mancanza totale.

Il MMG è nel tempo testimone del passaggio del suo assistito dalla auto alla non autosufficienza, per cui quando è chiamato ad intervenire per un paziente non autosufficiente, che presenta lesioni cutanee in base alla sua conoscenza del caso, deve immediatamente stabilire di fronte a quale delle seguenti tre possibilità si trova:

- paziente con ulcera e con problemi socio-sanitari non risolvibili a domicilio;
- paziente con ulcera e con problemi socio-sanitari risolvibili a domicilio;
- problemi con ulcera senza problemi sociali.

Il paziente **non deambulante** inizia quindi una terapia domiciliare previa richiesta del MMG/PLS di visita specialistica ambulatoriale. Lo specialista ambulatoriale si uniformerà alle seguenti linee guida.

Le informazioni tra i diversi operatori avverranno attraverso la compilazione delle cartelle cliniche tenute al domicilio dell'utente e delle schede di **valutazione e trattamento delle ferite e delle lesioni**, quotidianamente aggiornate al termine del passaggio infermieristico, ma che seguono il paziente anche in ospedale qualora si renda necessario il ricovero.

All'interno delle mini-equipe avvengono scambi verbali al termine del proprio turno di lavoro circa le condizioni dei propri assistiti.

Gli utenti vengono suddivisi a seconda del carico assistenziale nelle diverse tipologie assistenziali previste dalla Delibera dell'ASP di Crotone 82/2006 per le cure domiciliari. Vengono seguiti in ADI (Assistenza Domiciliare Infermieristica), a seconda dei livelli di complessità, per lo più i pazienti affetti da patologie di tipo vascolare.

I pazienti **deambulanti**, dopo la visita dal MMG/PLS, si recano, previa prenotazione al CUP con individuazione del relativo carattere d'urgenza, presso l'ambulatorio vulnologico dell'ospedale ed iniziano lì un percorso diagnostico terapeutico individuale che si completa all'interno dello stesso

ambulatorio. In questo caso, il MMG/PLS viene tenuto costantemente informato attraverso la “Scheda di valutazione e trattamento delle ferite e lesioni” che verrà elaborata dal gruppo di lavoro e sarà parte integrante di queste linee guida.

Scheda di valutazione e trattamento ferite e lesioni

È necessario elaborare uno strumento univoco, omogeneo, basato sull’evidenza e condiviso tra tutti i professionisti per la corretta stadiazione e il trattamento avanzato di tutte le tipologie di ferite e lesioni: un supporto inizialmente cartaceo e poi informatico che sia al contempo adeguato per l’inquadramento clinico, il trattamento ed il follow-up.

La “Scheda di valutazione e trattamento delle ferite e lesioni” sarà la stessa che il paziente porterà in copia ad ogni ingresso in ambulatorio ed al MMG/PLS.

Ricevute tutte le autorizzazioni necessarie La “Scheda di valutazione e trattamento delle ferite e lesioni”, sarà inserita come scheda tecnica sul supporto informatico che collegherà l’ospedale con il territorio.

Tre sono gli utilizzi previsti:

1. la stadiazione e il trattamento avanzato di ferite acute, croniche e lesioni da pressione;
2. la continuità assistenziale ed il follow-up intraospedaliero;
3. la continuità assistenziale ed il follow-up ospedale-territorio (una volta completato l’allineamento degli applicativi interaziendali).

Questo processo determinerà:

1. integrazione multiprofessionale, comprendendo tra le altre figure standard, anche il fisioterapista e il responsabile del NAD;
2. omogeneizzazione ed uniformità dei processi di cura;
3. ottimizzazione e “presa in carico” del paziente.

Il termine "percorso" definisce l'iter organizzativo-gestionale che vede protagonista l'assistito dal primo contatto con il mondo sanitario sino all'eventuale dimissione protetta. I termini "diagnostico", "terapeutico", "riabilitativo", "assistenziale", definiscono e connotano gli interventi multi professionali e multidisciplinari rivolti al paziente con lesioni da pressione (dall'ambito psico-fisico, a quello sociale, alle eventuali disabilità).

L'importanza della gestione multi focus del paziente con LDD è supportata da evidenze di efficacia, efficienza, economicità, ed è sostenuta da alcuni capisaldi legislativi:

- Legge 23 dicembre 1996, n. 662, art.1 comma 28, relativa ai tetti di spesa: *"Allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio delle gestioni, i medici abilitati alle funzioni prescrittive conformano le proprie autonome decisioni tecniche a percorsi diagnostici e terapeutici, cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa";*
- DL 229/99 *"... Il PSN 1998-2000 indica le linee guida ed i relativi Percorsi diagnostico terapeutici allo scopo di favorire lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale e assicurare i LEA".*

La fase diagnostica si avvarrà di:

1. anamnesi;
2. esame clinico;
3. esami di laboratorio;
4. esami strumentali.

1. ANAMNESI

Prevede:

- Anamnesi Patologica Remota (A.P.R.);
- Anamnesi Patologica Prossima (A.P.P.).

Dalla storia del paziente, vengono raccolti dati utili nella guida all'identificazione dell'etiologia della lesione.

L'A.P.R. prevede la raccolta dei dati riguardanti: patologie associate, in modo particolare diabete mellito, A.C.O., malattie cardiache, I.C.T.U.S., T.I.A., artrite reumatoide, connettivopatie, neoplasie.

L'A.P.P. prevede la raccolta dei dati che concernono:

a) Storia dell'ulcera:

È necessario indagare su:

- precedenti episodi ulcerativi
- periodo d'insorgenza
- sede
- data dell'ultimo episodio ulcerativo
- tempo libero da lesioni
- trattamenti precedenti
- precedenti interventi chirurgici vascolari o ricostruttivi/rigenerativi
- uso attuale, o pregresso di elastocompressione

b) Fattori favorenti:

Rappresentano fattori favorenti:

- sedentarietà
- familiarità
- gravidanza
- anticoncezionali orali
- IVP
- malnutrizione
- neoplasie
- disidratazione
- trombofilie congenite ed acquisite
- IMA, ictus
- cardiopneumopatie gravi
- traumi, fratture, ustioni

- interventi chirurgici
- post-partum
- SPT
- malattie immuno-ematologiche
- policitemia secondaria
- sindrome nefrosica

c) Fattori aggravanti:

- alterazione della pompa plantare
- alterazione della pompa alla caviglia
- alterazione della pompa al polpaccio
- mobilità limitata
- immobilizzazione
- fumo
- isolamento sociale

d) Sintomatologia:

Prevede l'identificazione delle caratteristiche del dolore.

Tipologia sensoriale:

- sordo
- lanciaante
- pulsante
- urente
- acuto
- crampiforme
- censivo
- corrosivo
- acuto come da scoppio

Tipologia emozionale:

- nauseante
- angosciante
- crudele
- spaventoso

Periodicità :

- continuo
- intermittente
- peggiora di giorno
- peggiora di notte
- disturba il sonno
- al cambio della medicazione

2. ESAME CLINICO

Prevede:

- **Esame obiettivo generale (EOG):**
Vengono ricercati tutti i segni clinici generali di patologie che possono essere responsabili di lesioni cutanee o che ne permettono la cronicizzazione.
- **Esame obiettivo locale (EOL):**
Viene eseguito l'esame clinico della lesione e dell'arto (in caso di localizzazione all'arto):

a) L'esame dell'arto:

Devono essere esaminati entrambi gli arti inferiori, nella ricerca di segni che possono essere indicativi di una patologia venosa o arteriosa.

Segni di malattia venosa:

- varici
- edema
- corona flebectasica alla caviglia
- eczema
- lipodermatosclerosi
- iperpigmentazione
- atrofia bianca

Segni di malattia arteriosa:

- cute discromica e distrofica
- annessi scarsamente rappresentati
- assenza dei polsi periferici

b) L'esame della lesione:

Dimensioni:

Vi è unanime consenso che per la misurazione delle dimensioni di una lesione, è sufficiente utilizzare un foglio trasparente in modo da tracciare il contorno della lesione e misurare i diametri longitudinali e trasversali maggiori.

Sede:

- malleolare interna
- malleolare esterna
- circonferenziale
- acraposta
- polpaccio
- piede

Bordo-Margini:

- inclinato/attivo
- a scalino/piantato
- sottominato
- arrotondato
- ipercheratosico
- erosi

Essudato:

- sieroso
- ematico
- siero-ematico
- purulento
- scarso
- medio
- abbondante

Fondo:

- piano
- cavitario
- tunnelizzato
- deterso

- granuleggiante
- ipergranuleggiante
- fibrinoso
- parzialmente fibrinoso
- necrotico
- parzialmente necrotico
- sanioso-biofilmato
- in riepitelizzazione

3. ESAMI DI LABORATORIO

Tra tutti gli esami verranno scelti quelli di volta in volta ritenuti più importanti ai fini diagnostici.

Le IgG, IgA, IgM, il dosaggio C3 e C4 e gli autoanticorpi anti-nucleo vanno richiesti solo in presenza di segni clinici sospetti per connettivopatia o malattia reumatica.

Recentemente è stato dimostrato l'importanza dell'*emosiderinuria* sulle urine delle 24 ore come markers di IVC e relativo rischio di ulcera venosa.

L'esame batteriologico colturale dell'ulcera, esteso talora anche agli anneroidi e miceti, non è necessario eseguirlo di routine ma soltanto qualora esistano chiari segni clinici di infezione e cioè:

- segni di flogosi acuta periulcerosa (rubor, calor, dolor, cellulite)
- iperpiressia
- essudato purulento e maleodorante
- rapido peggioramento ed aumento delle dimensioni dell'ulcera
- aumento del dolore

4. Esami Strumentali

Esami strumentali di I° livello:

- esame doppler con rilevazione dell'indice di Winsor
- esame ecocolordoppler
- rxgrafia

Esami strumentali di II° livello:

- angiografia
- flebografia
- linfoscintigrafia
- Angio TC
- Angio RM

Le medicazioni

Si è passati dal concetto di essiccare la ferita, ritenuto fino dagli anni 60 l'ambiente ideale per la guarigione, alla guarigione in ambiente umido.

Le medicazioni avanzate, attualmente, sono composte da materiali biologicamente compatibili, privi di effetti allergizzanti, con le caratteristiche peculiari del tessuto sede dell'area cutanea ulcerata, ormai priva della funzione di barriera. Esse costituiscono il mezzo più utilizzato nella cura locale delle ulcere cutanee, in virtù della capacità di mantenere la condizione di un microambiente umido ottimale per il processo di guarigione; consentono il mantenimento di una temperatura fisiologica costante; permettono lo scambio gassoso di ossigeno, anidride carbonica e vapore acqueo con l'ambiente esterno, essendo permeabili all'ossigeno; garantiscono una protezione meccanica da possibili traumi e si conformano alle superfici anatomiche irregolari; possono evitare la toilette chirurgica in quanto producono una detersione di tipo autolitico con assorbimento e rimozione di essudato e materiale necrotico, proteggendo, di conseguenza, da processi infettivi; permettono, inoltre, di allungare l'intervallo di tempo tra una medicazione e l'altra riducendo il traumatismo della ferita (non ledono il tessuto di granulazione e l'orletto di riepitelizzazione all'atto della medicazione) e la frequente esposizione della lesione all'ambiente esterno che comporterebbe l'abbassamento della temperatura della stessa, con conseguente ritardo del processo di guarigione. Sono, d'altra parte, ben accette dai pazienti sia perché non dolenti alla rimozione in quanto scarsamente traumatiche, sia per la loro praticità e maneggevolezza d'uso. Questo comporta una migliore qualità di vita dei pazienti, consentendo la maggior parte delle attività quotidiane.

Il maggior costo assoluto delle medicazioni avanzate è ampiamente ripagato dalla maggiore durata in situ della medicazione stessa e dalla riduzione dei tempi di guarigione.

Le medicazioni che rispondono a queste caratteristiche sono molte. Non esiste, infatti, la medicazione ideale capace di determinare la guarigione delle ulcere: è solo il quadro clinico,

diverso da paziente a paziente, e spesso, diverso nel percorso di guarigione dello stesso paziente, che né determinerà la scelta.

Tuttavia, ricordiamo che la guarigione di una lesione cutanea passa per:

1. **Rimozione del tessuto necrotico/non vitale (idrocolloidi, idrogels e collagenasi);**
2. **Rimozione della carica batterica attraverso il controllo dell'infezione (Idrofibra e Ag, Ido-alginati ed Ag, Poliuretano ed Ag, Iodosorb);**
3. **Controllo dell'essudato (idrocolloide composite, idrofibra e poliuretano);**
4. **Correzione della matrice (cellulare ed extracellulare);**
5. **Correzione del microambiente biologico (idrocolloide, collagenasi, acido ialuronico).**

Le medicazioni possono essere classificate in:

1. medicazioni tradizionali, che coprono la ferita;
2. medicazioni interattive, che sono materiali di copertura con caratteristiche di biocompatibilità (realizzano un ambiente umido nell'interfaccia tra lesione e medicazione);
3. medicazioni bioattive.

1. Medicazioni tradizionali:

- *Garze grasse (Garze impregnate):*

Sono medicazioni costituite da una garza idrofila di cotone, tessuta a rete ed impregnate uniformemente con vari prodotti. La medicazione, adattabile e facilmente applicabile, è ottimamente tollerata dalla cute. Accelera i processi di guarigione della pelle senza aderire alle lesioni cutanee permettendo in tal modo il drenaggio. Possono essere impregnate di vario materiale (ac. ialuronico, antisettici), per cui possono svolgere diverse funzioni.

2. Medicazioni interattive:

- *Collagenasi:*

Lo sbrigliamento enzimatico (collagenasi), utilizzato quando non è possibile attuare un debridement chirurgico o in aggiunta a questo, riduce il carico batterico della lesione ed accelera la riepitelizzazione inibita dal tessuto necrotico. Gli enzimi hanno la capacità di digerire il tessuto necrotico agendo in modo specifico su fibrina e collagene. Vanno

applicati solo sulla lesione e non sulla cute sana o sul tessuto in via di granulazione, in quanto agiscono sia sui tessuti necrotici che sani.

Per assicurare il successo enzimatico del trattamento delle lesioni con collagenasi, esso deve essere effettuato due volte al giorno e deve essere presente una sufficiente umidità nell'area della lesione. Pertanto, nelle lesioni a scarso essudato, il fondo della lesione deve essere inumidito con soluzione fisiologica salina o glucosio.

Uno strato di collagenasi di circa 2 mm di spessore deve essere applicato e va tenuto in sede con una medicazione.

L'applicazione di collagenasi non dovrebbe essere effettuata in presenza di antisettici, metalli pesanti, detergenti e saponi che ne inibiscono l'attività enzimatica. Tirotricina, gramicidina e tetraciline non dovrebbero essere usate localmente con collagenasi.

- *Idrogeli:*

Gli idrogeli sono gel sterili costituiti da idrocolloidi naturali (pectina, carbossimetilcellulosa sodica) dispersi in un substrato trasparente e viscoso. Il gel crea un ambiente umido che aiuta a promuovere i naturali processi autolitici per la rimozione del tessuto necrotico ed ha inoltre proprietà di assorbire l'essudato. È consigliabile l'utilizzo in associazione con una adeguata medicazione secondaria tipo idrocolloide extra-sottile o film di poliuretano. Oltre a favorire la rimozione del tessuto necrotico, reidratando le ferite secche con escara, stimolano la proliferazione del tessuto di granulazione grazie alle loro proprietà angiogeniche. Sono un'ottima alternativa agli enzimi proteolitici, poiché agiscono per autolisi, per via naturale. La colonizzazione delle ferite croniche non ne rappresenta una controindicazione. Se si sospetta o si sviluppa un'infezione durante l'utilizzo di idrogeli, si dovrebbe iniziare un'adeguata terapia antibiotica. Trovano indicazione nelle ulcere degli arti inferiori e nelle piaghe da decubito a spessore parziale o a tutto spessore.

- *Idrocolloidi:*

Le medicazioni a base di idrocolloidi si presentano generalmente con uno strato esterno costituito da un film di poliuretano ed uno interno costituito da una miscela di idrocolloidi (CMCna, Pectina e Gelatina), dispersi in una matrice polimerica inerte. Data

la loro impermeabilità, favoriscono la reidratazione e lo sbrigliamento autolitico delle lesioni secche con asportazione del tessuto necrotico, dato dall'accumulo di fibrina e dalla necrosi, facilitando in tal modo la migrazione delle cellule epiteliali. Questa azione di fagocitosi dei detriti della lesione è assicurata dai macrofagi che trovano l'ambiente idoneo per temperatura, umidità ed ossigeno. Gli idrocolloidi favoriscono la granulazione, esercitando un'azione di assorbimento e controllo dell'essudato, la cui componente acquosa viene rilasciata nell'ambiente esterno, attraverso lo strato di poliuretano, sotto forma di vapore acqueo impedendo la macerazione della lesione. Quest'ultima, impermeabile alle sostanze liquide esterne e ai microrganismi, garantisce l'isolamento termico prevenendo l'evaporazione dell'essudato e proteggendo la ferita dal raffreddamento. Alla prevenzione della disidratazione e del raffreddamento delle terminazioni nervose sembrerebbe essere dovuta la riduzione del dolore in ambiente umido.

La loro caratteristica è quella di mantenere il microclima ideale se l'ulcera non presenta segni di infezione e ne un essudato abbondante.

- *Film semipermeabili:*

Medicazione trasparente, adesiva, permeabile all'umidità, conformabile ed estensibile. È clinicamente testata per permettere la cicatrizzazione in un ambiente umido, soprattutto nel caso di ferite superficiali. Può essere efficacemente utilizzata quale medicazione secondaria e per prevenire la formazione di piaghe da decubito.

- *Schiуме di poliuretano:*

Presentano uno strato esterno impermeabile ed idrorepellente, vera barriera per batteri e fluidi, ed uno strato interno, particolarmente assorbente, a struttura alveolare tridimensionale o a celle idropolimeriche che intrappola l'essudato impedendone il rilascio anche sotto terapia elastocompressiva.

Lo strato più esterno di poliuretano è impermeabile a liquidi ed ai batteri, in tal modo è in grado di bloccare la fuoriuscita di essudato dalla medicazione, evitando le infezioni. La traspirabilità dello strato esterno permette all'umidità in eccesso di evaporare. Lo strato

interno, a contatto con la ferita, permette anche ai fluidi più viscosi di penetrare nello spessore della medicazione e la sua particolare struttura centrale assorbe e trattiene l'essudato nella sua struttura microscopica. Il loro elevato potere assorbente è dovuto alla capacità dei "chips" di schiuma di poliuretano, contenuti all'interno, di assorbire essudato sia per capillarità (come per le medicazioni assorbenti tradizionali) sia per intrappolamento del liquido all'interno della struttura della schiuma.

Grazie a queste specifiche caratteristiche, queste medicazioni permettono di ricreare sulla ferita un ambiente ideale che ne facilita la cicatrizzazione, senza dovere sostituire la medicazione troppo frequentemente. Permettono la formazione ed il mantenimento di un ambiente umido sulla superficie della ferita, impedendo la formazione dell'escara e promuovendo una guarigione rapida e indolore.

Si conformano perfettamente al letto della lesione mantenendo l'ambiente umido ideale per il processo di guarigione .

Sono indicate nelle lesioni ad essudato medio. Da evitare l'applicazione in combinazione con agenti ossidanti quali soluzioni di ipoclorito

- *Alginati:*

Medicazione soffice in tessuto non tessuto, costituita da fibre di alginato di calcio-sodio. Inglobano l'essudato e ne permettono, come per l'idrofibra, la diffusione solo in senso verticale, proteggendo la cute perilesionale. Facilmente adattabili al fondo della lesione, hanno una buona capacità di assorbimento ed una buona azione emostatica. Assorbono l'essudato e controllano, pertanto, l'idratazione della lesione: sono indicate nelle lesioni ad

essudato emorragico medio alto e quindi non per le escare o lesioni asciutte.

Alcuni prodotti gelificano poco e formano uno strato di gel che si può staccare, altri formano una massa di gel amorfo che va rimossa con soluzione fisiologica.

- *Idrofibra:*

È una medicazione costituita da fibre idrocolloidali (carbrossimetilcellulosa sodica), caratterizzate da un'eccezionale capacità di assorbenza e ritenzione dei fluidi. A contatto con l'essudato della lesione, forma un gel soffice e compatto che, mantenendo l'ambiente umido, stimola la rapida riparazione tissutale. La particolare struttura

garantisce un rapido assorbimento verticale dell'essudato, evitando la macerazione della cute perilesionale. La preparazione è facile da rimuovere senza causare il dolore o trauma e lascia un residuo minimo sulla superficie della ferita. Anche se non ci sono controindicazioni conosciute all'uso dell'idrofibra, la preparazione sarà poco utile se applicata alle ferite che sono molto asciutte, o coperto di tessuto necrotico. Particolarmente indicata nel trattamento di lesioni cutanee a essudato abbondante.

- *Carboni:*

Sono medicazioni assorbenti in TNT a base di carbone attivo adsorbente in grado di assorbire efficacemente gli odori ed i batteri presenti nella ferita.

Vengono utilizzate per il trattamento di lesioni maleodoranti.

- *Poliacrilati:*

Sono medicazioni primarie a forma di cuscinetti pluristratificati super assorbenti. Il cuscinetto contiene una quantità ottimale di soluzione Ringer, cede continuamente soluzione Ringer dalla medicazione al letto di ferita e assorbe simultaneamente l'essudato in eccesso.

- *Medicazioni con antisettici:*

Sono medicazioni che hanno come obiettivo l'abbattimento della carica batterica e l'eliminazione dei segni clinici tipici dell'infezione locale. Completano, insieme alla antibiotico terapia sistemica, il trattamento dell'ulcera infetta. Hanno un ampio spettro d'azione antisettico e non sono tossici. Grazie al loro potere assorbente/ ritenente, i batteri vengono assorbiti ed uccisi all'interno della medicazione.

3. Medicazioni bioattive:

Sono medicazioni capaci di interagire con i processi riparativi della ferita e di stimolarne la guarigione. Interagendo a livello biochimico, legano le metallo-proteasi e proteggono i fattori di crescita consentendo l'ottimale riparazione dei tessuti.

- *Associazione di collagene e cellulosa ossidata rigenerata:*

In presenza di essudato forma un gel molle, agendo sul fondo della lesione, consente di ribilanciare e modulare l'eccesso di proteasi che inattivano i fattori di crescita e degradano le proteine della matrice extracellulare. La medicazione può essere applicata direttamente sul fondo della lesione oppure, la dove l'essudato è scarso, può essere imbevuta con soluzione salina o Ringer lattato, rimuovendo tuttavia il tessuto necrotico asciutto prima del trattamento. È indicata nel trattamento di tutti i tipi di lesioni croniche esenti dal tessuto necrotico e dai segni visibili dell'infezione, ha inoltre proprietà emostatiche. L'intervallo tra una medicazione e l'altra dipende principalmente dallo stato della ferita, nelle lesioni a forte essudato può essere necessario sostituire, inizialmente, quotidianamente la medicazione mentre nelle lesioni a essudato scarso può essere lasciato indisturbato per 2-3 giorni.

- *Medicazione a base di acido ialuronico:*

Grazie alle sue proprietà igroscopiche, reologiche e viscoelastiche, l'acido ialuronico può influenzare le funzioni cellulari modificando il macro – e micro – ambiente circostante, mediante le sue complesse interazioni con le cellule e con gli altri componenti della matrice extracellulare.

- *Mix di acido ialuronico ed aminoacidi:*

Aminoacidi costitutivi del collagene: Glicina; L-prolina; L-Leucina; L-Lisina e sodio ialuronato. Favorisce la formazione di tessuto di granulazione e la rigenerazione tissutale modulando il processo infiammatorio e (ri)attivando i fibroblasti ed i fattori di crescita, con neo produzione di collagene. Stimola la neo angiogenesi, anche in aree difficili, inducendo la formazione di tessuto di granulazione. Induce una modulazione delle iNOS (monossido di azoto sintetasi inducibile) che riduce l'infiltrato infiammatorio. Al contempo TGFβ1 stimola i fibroblasti a produrre collagene.

Strumentario per la detersione

Nel trattamento locale delle ferite, il ruolo della detersione, se ben controllata, è la fase più importante e fondamentale del processo di riparazione tissutale.

La detersione è il processo di rimozione di tessuto non vitale da lesioni cutanee così che, il tessuto vitale presente, possa promuovere la guarigione. La presenza di tessuto necrotico e devitalizzato, infatti, costituisce un ottimo pabulum per i batteri, prolungando il processo infiammatorio con un ritardo della guarigione della ferita.

Dei vari tipi di detersione, quella **chirurgica** è il metodo più rapido per rimuovere il tessuto necrotico, ridurre la carica batterica e di conseguenza, ridurre i tempi di guarigione. Essa può essere eseguita con bisturi, forbici, pinze, cucchiaio di Volkmann, curette.

Ci sono vari metodi di detersione che sono:

- **Lavaggio pulsato:** è un sistema di lavaggio pulsato, monouso, per la detersione meccanica.
- **Ultrasuoni:** innovativi sistemi ad ultrasuoni per la cura delle lesioni cutanee consentono la detersione della ferita combinando l'energia ad ultrasuoni ed con un sistema di lavaggio incorporato.
- **Terapia a pressione negativa (NPWT):** si tratta di una terapia che, utilizzando un dispositivo a pompa ed un apposito sistema di medicazione, applica una pressione sub-atmosferica (negativa) sul letto della ferita per accelerarne la guarigione.
- **Idrobisturi:** è un sistema idro chirurgico per il taglio, l'ablazione e la rimozione del tessuto danneggiato o necrotico dalle lesioni cutanee .

I bendaggi

I materiali utilizzati per i bendaggi possono essere **elastici** o **anelastici**:

- **Materiali elastici**

Hanno, come caratteristica strutturale, la tendenza a riprendere la loro lunghezza iniziale una volta sottoposti a stiramento. Inoltre, essi si lasciano facilmente distendere dall'aumento volumetrico del polpaccio dovuto alla contrazione muscolare per cui la differenza di pressione tra la posizione ortostatica e quella di riposo supino (Indice statico di Stiffness) è minima.

Essi dovranno essere applicati con una elevata tensione.

Avremo, allora, la combinazione di due fattori: una pressione "continuamente" elevata e lo "strizzamento" dovuto al ritorno elastico del materiale. Questa combinazione sarà assolutamente intollerabile perchè molto dolorosa. **Non consigliabile.**

- ***Materiali anelastici***

Non cedono quando il polpaccio aumenta di diametro per effetto della contrazione muscolare conseguente all'assunzione della posizione eretta o al lavoro muscolare: siamo soliti dire che questo tipo di bendaggio "fa muro" opponendosi alla contrazione ed esercitando una pressione di contenzione. Ciò causa un sensibile aumento della pressione di interfaccia rispetto alla pressione a riposo e la differenza di pressione tra la posizione ortostatica e quella di riposo supino sarà sempre superiore a 10. Con il bendaggio anelastico avremo un regime pressorio elevato "in modo intermittente" e quindi **tollerato** dai pazienti perché, per ottenere una elevata pressione ortostatica, non sarà necessaria una pressione di riposo particolarmente elevata.

In conclusione, rispetto al bendaggio elastico, il bendaggio rigido presenta due differenze sostanziali: una più alta pressione ortostatica ed una maggior escursione dei valori pressori dalla posizione supina a quella ortostatica ma anche dalla diastole alla sistole muscolare. Questo può portare a picchi pressori che possono superare il valore della pressione venosa e causare un'occlusione (o una significativa riduzione del lume vasale) in modo intermittente durante la sistole muscolare ripristinando una sorta di funzione valvolare.

Il bendaggio anelastico ha un'azione emodinamica superiore ed è più efficace nel ridurre il volume venoso, il reflusso venoso e aumentare la frazione d'eiezione.

Indicazioni alla compressione anelastica: tutti i casi di insufficienza venosa complicata, dalle flebiti e flebotrombosi alla lipodermatosclerosi riacutizzata e alle ulcere trofiche flebostatiche.

Il bendaggio anelastico deve essere applicato con uno strato di materiale morbido di solito cotone o schiuma di poliuretano a contatto della cute in modo da smorzare la pressione in corrispondenza delle salienze ossee o tendinee e con una benda finale a corta estensibilità in modo tale da sviluppare un'alta pressione di lavoro: ne risulterà un bendaggio multicomponente, multistrato, ad elevata pressione, anelastico.

La riusabilità, almeno di alcuni materiali, dovrebbe essere considerata in rapporto all'economicità del trattamento. In questo caso il mantenimento della qualità della benda dopo ripetuti lavaggi deve essere garantita.

Questo tipo di bendaggio richiede una certa esperienza e deve essere applicato solo da personale educato.

La terapia ricostruttiva

- ***I lembi e gli innesti***

In chirurgia plastica si considera trapianto qualunque trasferimento di tessuto da una sede (donatrice) a un'altra (ricevente), oppure da un individuo a un altro. Vengono così distinti, nel campo dei trapianti, gli innesti e i lembi.

Si definisce 'trasferimento di un lembo' il trapianto di uno o più tessuti dotati di un apporto vascolare proprio (peduncolo), la cui continuità viene rispettata, il che garantisce la sua sopravvivenza. Si chiama 'innesto' il trasferimento di tessuti privati di ogni connessione vascolare con la sede donatrice e destinati all'attecchimento per opera del letto in cui sono collocati nell'area ricevente. È pertanto evidente come l'impiego di un lembo sia possibile solo con tessuti dello stesso individuo, mentre gli innesti possono avere provenienza diversa dall'individuo che li riceve.

La **Vacuum Assisted Closure Therapy**, conosciuta meglio come **V.A.C. Therapy** (Terapia Topica Negativa), è una terapia delle ferite a **pressione negativa topica**. Essa costituisce una modalità particolare di intervento sull'ulcera, con costi elevati (da 200 € a 500 € al dì) e ampiamente utilizzata da **personale Infermieristico specializzato in Wound Care** per il trattamento di alcune ulcere particolari.

La V.A.C. Therapy utilizza un sistema complesso di suzione ma semplice da utilizzare:

1. la macchina viene appositamente settata;
2. è collegata attraverso i dispositivi sterili direttamente sul letto della ferita;
3. viene creata una pressione negativa (detta vuoto) tramite una medicazione unica ed adattata alla ferita.

Preparazione del paziente e della ferita

È necessario non dimenticare che stiamo trattando una ferita e che tutto deve avvenire garantendo la sterilità più assoluta e la non contaminazione sporco/pulito. E' necessario preparare un campo sterile e posizionare al suo interno tutto il materiale che occorrerà per la medicazione cioè :

componenti monouso, comprese le medicazioni in schiuma, i tubi e la pellicola (prive di lattice), contenitori per la raccolta dei reflui biologici, soluzione fisiologica per la detersione, garze sterili, forbici sterili e tutto l'occorrente per la sistemazione e il **debridement della ferita** .

E' necessario:

1. studiare bene le condizioni della ferita, tenendo conto anche delle condizioni perilesionali e stabilendo quali indicazioni adottare, il livello di pressione da determinare e il tipo di terapia da adottare;
2. fotografare la ferita e conservare l'immagine in archivio in una cartella specifica contenente il nome del paziente, il giorno della rilevazione e la struttura di ricovero (anche se è in una abitazione privata);
3. detergere la ferita e i tessuti perilesionali;
4. proteggere la cute circostante;

5. posizionare la rete di silicone adattandola alla ferita, possibilmente mediante l'utilizzo di guanti sterili e di forbici sterili;
6. inserire la spugna (quasi sempre di colore scuro) ed il tubicino di connessione (piuttosto esteso);
7. sigillare la ferita;
8. connettere la spugna con la VAC;
9. rivalutare tutto prima di azionare la macchina;
10. monitorare la ferita e soprattutto il dolore;
11. monitorare il corretto funzionamento della VAC;
12. cambiare la medicazione ogni 48-72 ore o anche prima se ce n'è bisogno.

Se ogni cosa non è al suo posto (per esempio il tubo connettore non è collegato bene o non è stata creata una buona camera di suzione), la macchina non si avvia e dà un segnale di errore. Per questo occorre state attenti a tutto e nei minimi particolari.

Per quali ferite è indicata?

- ferite croniche;
- ferite chirurgiche;
- ferite acute;
- ustioni a spessore parziale;
- innesti cutanei;
- rotazione di lembi;
- trasposizione di lembi;
- deiscenze;
- traumatiche.

Per quali ferite è controindicata?

- osteomielite non trattata;

- presenza di tessuto necrotico con escara (è consigliabile un preventivo debridement chirurgico o autolitico);
- presenza di organi o vasi sanguigni esposti;
- emostasi difficoltosa della ferita.

Pertanto, la richiesta di VAC-THERAPY va fatta da personale esperto al coordinatore infermieristico o allo specialista e a un medico individuato dalla Direzione Sanitaria Aziendale.

La richiesta va fatta su modulo on-line, in cui va indicato:

- nome e cognome del paziente (età);
- medico e struttura richiedente;
- tipo di patologia (vascolare, non vascolare);
- tempo stimato della VAC e costo presunto.

Unità Operativa di Vulnologia

E' già esistente una **Unità Operativa di Vulnologia** che fa capo all'U.O. di angiologia del P.O. di Crotone. Questa esigenza è nata dalla necessità di garantire ai pazienti una struttura sanitaria di alta qualità, attraverso un approccio multidisciplinare integrato sia dal punto di vista clinico che dal punto di vista organizzativo-gestionale, nell'ambito dei percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici legati alla patologia vulnologica.

Essendo la maggior parte delle ulcere di tipo vascolare, viene individuato come specialità di riferimento per la diagnosi e il trattamento delle ulcere l'ANGIOLOGIA. Per le ulcere non vascolari il trattamento è demandato, invece, per competenza agli specialisti interessati alla patologia primitiva di riferimento; ovviamente, il consultant sarà sempre l'angiologo.

Per cui, secondo questo percorso, deve essere costituito l'ambulatorio per la Wound-Care, costituito da:

1. Angiologo;
2. Specialista della Wound-Care.

Le suddette figure ne rappresentano i titolari e i supervisori.

Gli specialisti della Wound-Care:

- provvedono, in rapporto armonico sia con le strutture interne dell'Ospedale sia con tutte le strutture territoriali di riferimento, alla prevenzione, alla cura, al controllo periodico clinico-strumentale, al follow-up e alla riabilitazione dei pazienti affetti da lesioni cutanee;
- Operano nell'ambulatorio di Angiologia, dove accolgono pazienti deambulanti con ulcere;
- intervengono nei reparti ospedalieri;
- intervengono nel territorio quando chiamati o in caso di necessità presso il domicilio del paziente;
- qualora previste, raccolgono le immagini inviate dal supporto informatico dell'ADI con le due schede (immagine dell'ulcera e materiali usati);
- devono ricevere adeguata e capillare formazione;
- devono a loro volta formare gli MMG/PLS per favorire la diagnosi, prevenzione e cura delle lesioni cutanee, attraverso la definizione da parte dell' ASP, in collaborazione con le associazioni di categoria, di un programma di formazione di base per ogni singolo sanitario.

Per il territorio:

- 1) l'assistenza domiciliare deve essere dotata di personale, attrezzature e presidi in grado di assicurare la cura delle lesioni presso il domicilio;
- 2) nel distretto unico deve essere presente almeno uno specialista di riferimento con adeguata preparazione sulla prevenzione e cura delle lesioni cutanee, ed una equipe di infermieri preparati per la cura delle ulcere.

Distribuzione del materiale per le medicazioni delle ulcere sul territorio

La prescrizione del materiale da usare al domicilio del paziente deve essere effettuata dallo Specialista su modello regionale con produzione di relativo programma terapeutico. Il relativo programma verrà utilizzato dagli infermieri dell'ADI e dal medico di riferimento del PUA, nonché dallo specialista che si recherà al domicilio del paziente.

Il medico o l'infermiere addetto alla medicazione dell'ulcera al domicilio del paziente deve:

- non distribuire le scatole delle medicazioni ma il numero delle MEDICAZIONI;
- utilizzare il materiale monouso per la medicazione previa pre-autorizzazione: pinzette, guanti, lame da bisturi, garze, etc.;
- utilizzare le medicazioni personalmente e non deve lasciare nulla a casa del paziente;
- utilizzare personalmente il materiale monouso scaricando su apposito registro ciò che è stato utilizzato;
- valutare le reali necessità dell'uso di creme o gel ed utilizzarle personalizzando il tubetto per paziente senza però lasciarlo al domicilio dello stesso.

E' necessario che, per quanto sopra detto, venga effettuata una richiesta da parte del medico che ha in cura il paziente. La scheda per la richiesta deve comprendere:

- nome e cognome del paziente;
- struttura del richiedente;
- medico richiedente;
- tipo di medicazione.

La richiesta deve essere effettuata in duplice copia, di cui una da consegnare alla farmacia e una da inserire nella cartella del paziente.

Gli indicatori

Alcuni indicatori di processo:

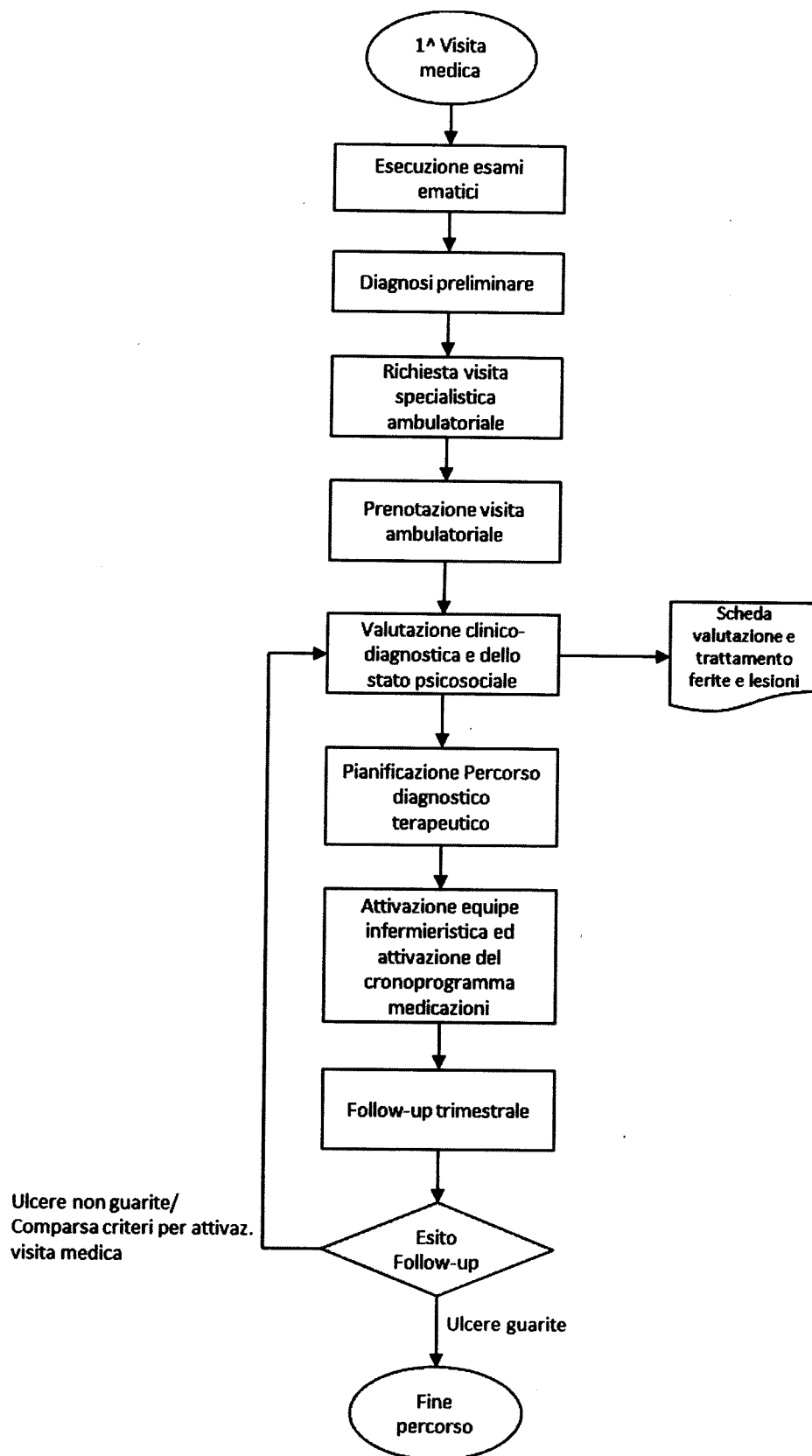
- n. di schede "valutazione e trattamento ferite e lesioni" compilate/n. di pazienti con ferite e lesioni*100.

Alcuni indicatori di risultato (Esiti/Outcome):

- % di pazienti con riduzione della superficie di lesione del 50% in 3 settimane che ricevono una valutazione ed un trattamento secondo schema “codice colore prevalente”.

Flow Chart come da PDTA

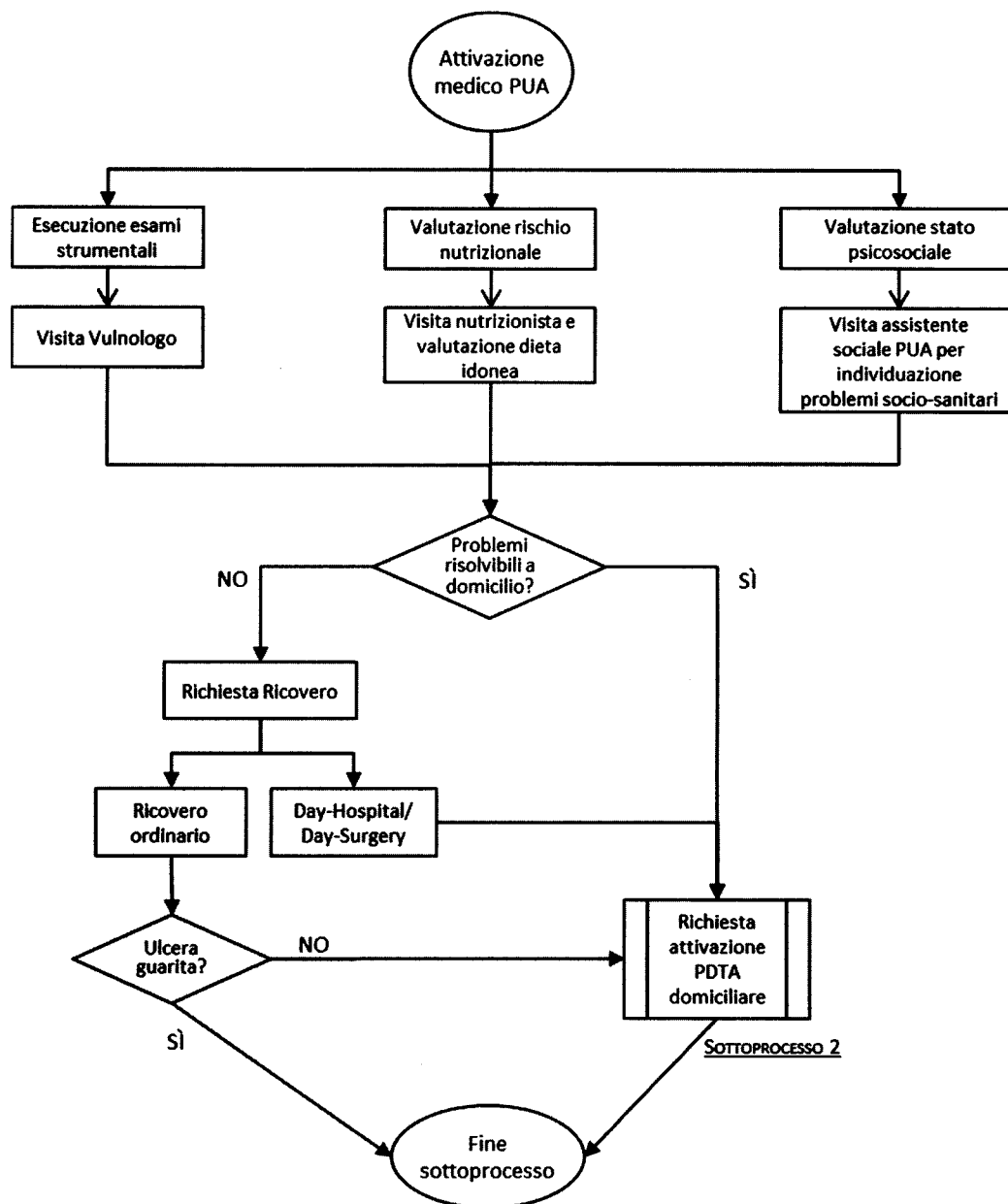
Paziente deambulante affetto da lesioni da pressione/vascolari



Note al Flow-Chart:

1. Per il MMG vengono evidenziate le attività principali, sebbene egli intervenga in tutto il percorso (eccetto nel caso di ricovero del paziente) e venga informato sulle diagnosi e le terapie ritenute idonee.
2. La "Scheda valutazione e trattamento ferite e lesioni" viene aggiornata in ogni fase di valutazione e trattamento, non solo nelle fasi attuate dal PUA.

Paziente non deambulante affetto da lesioni da pressione/vascolari – Sottoprocesso 1 "Richiesta attivazione medico PUA"



Paziente non deambulante affetto da lesioni da pressione/vascolari – Sottoprocesso 2 “Richiesta attivazione PDTA domiciliare”

