



S.C. Servizio Infermieristico Aziendale
Direttore dr.ssa Maila Mislej

Commissione per la prevenzione, sorveglianza e trattamento delle lesioni da pressione
Presidente dr. Rosolino Trabona
S.C. Servizio Infermieristico Aziendale

**Le lesioni da pressione tra i cittadini in carico
ai servizi sanitari territoriali della provincia di Trieste
(Report anno 2014)**

Premessa

Le Lesioni da pressione (LdP) sono zone di danno tessutale con evoluzione necrotica che interessano la cute, il derma e gli strati sottocutanei fino a raggiungere, negli stadi più avanzati, i muscoli e le ossa(1). **Le LdP sono un esempio di danno evitabile che accresce la mortalità e il periodo di ospedalizzazione, provocando inoltre un considerevole consumo di risorse.**

Le LdP nella popolazione rappresentano un problema rilevante, la loro incidenza e prevalenza sono in costante crescita e ciò è dovuto in primis ad una scarsa *politica* sanitaria di prevenzione che si intreccia negativamente con:

- a) la fragilità di una popolazione sempre più vecchia;
- b) l'elevato numero di persone affette da malattie croniche e degenerative;
- c) l'aumento della sopravvivenza ad eventi acuti che esitano in situazioni cliniche invalidanti.

In Europa, gli studi di prevalenza del fenomeno riportano tassi variabili dal 4.7% al 32.1% in ambiente ospedaliero e intorno al 22% tra gli assistiti nelle residenze/case di riposo(2).

In Italia, uno studio(3) della regione Emilia Romagna condotto in ambito ospedaliero, in Case Protette e in Residenze Sanitarie Assistenziali ha registrato una prevalenza del 7,1% nel primo contesto assistenziale, del 13,7% nel secondo e del 28,3% nel terzo. Le differenze nei criteri di valutazione delle lesioni rendono complesso un confronto fra l'incidenza e la prevalenza rilevate nei diversi contesti.

Introduzione

La prevenzione di queste lesioni è una questione etica imprescindibile per ogni servizio sanitario e ciò richiede lo sviluppo di una cultura professionale che orienti l'operatore nella scelta e nell'utilizzo di metodi e strumenti adeguati in grado di garantire standard assistenziali in linea con le evidenze scientifiche disponibili.

Il Servizio Infermieristico Aziendale (SIA) si occupa dal 1998 di prevenzione, sorveglianza e trattamento delle LdP attraverso una specifica Commissione aziendale che ha condotto studi di incidenza e prevalenza del fenomeno, ha progettato e realizzato la formazione del personale ed ha contribuito ad elaborare e aggiornare le linee guida aziendali e regionali sull'argomento.

I Servizi Infermieristici Domiciliari (SID) dal 2002 sino ad oggi hanno rispettato lo standard di qualità ISO 9001:2000 che tollera un'incidenza dell'1% di LdP tra gli assistiti valutati a rischio con Scala Norton Stotts . Tale elevato standard si realizza con la tempestiva valutazione delle persone a rischio, il progetto assistenziale individuale (PAI), il monitoraggio sistematico del fenomeno, l'uso di presidi innovativi ed i programmi di miglioramento della qualità dell'assistenza che coinvolgono anche i caregivers a domicilio.

Il monitoraggio delle LdP nel tempo ha incluso sempre nuovi contesti assistenziali e nel 2013 nuove strutture residenziali che ospitano persone non autosufficienti dove l'assistenza infermieristica è garantita 24 ore su 24 da personale non dipendente dall'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina (ASS1).

Le strutture, incluse per la prima volta nel monitoraggio del 2013, sono:

- Azienda Pubblica di Servizi alla Persona – ITIS - con capacità ricettiva di 411 posti letto;
- “Casa E. Gregoretti”, del Comune di Trieste, con capacità ricettiva di 91 posti letto per non autosufficienti e ulteriori 22 posti letto per il “Nucleo Demenze”;
- “San Domenico”, della Diocesi di Trieste, che ospita 48 anziani non autosufficienti.

Obiettivo del monitoraggio

Rilevare il numero e la stadiazione delle LdP tra la popolazione monitorata nei Servizi infermieristici domiciliari, nelle Residenze Sanitarie Assistenziali e nelle strutture protette, nel periodo che va dal 1 gennaio al 31 dicembre 2014.

Materiali e metodi

Contesti assistenziali di rilevazione

Servizi infermieristici domiciliari (SID): erogati in quattro distretti sanitari attraverso progetti assistenziali individuali (PAI) a favore di persone prese in carico già in condizioni di allettamento postume a dimissioni ospedaliere oppure di grandi anziani allettati a seguito di un’acuzie.

Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): strutture assistenziali per anziani deospedalizzati o provenienti dal loro domicilio che necessitano di riabilitazione e mobilizzazione “intensiva”. Nella RSA San Giusto l’assistenza è assicurata direttamente da personale dell’ASS1, nelle RSA Igea, Casa Verde e Mademar l’assistenza è assicurata attraverso appalti esterni.

Strutture protette: residenze per anziani non autosufficienti. L’assistenza è assicurata attraverso appalti esterni o da personale proprio della struttura protetta (Stuparich, ITIS, Casa di Riposo del Comune di Muggia, Bartoli, Gregoretti, San Domenico)

Schede di rilevazione

La valutazione del numero delle lesioni è effettuata tramite le schede di rilevazione compilate per ogni singolo assistito. Si utilizza una scheda che prevede i dati dell’assistito, la sede e la data di rilevazione, la struttura sanitaria di provenienza, lo stadio (NPUAP/EPUAP) della lesione, il luogo di insorgenza, il trattamento terapeutico secondo protocollo, il punteggio della Scala Norton Stotts, l’utilizzo o meno dei presidi antidecubito e la pianificazione della mobilizzazione.

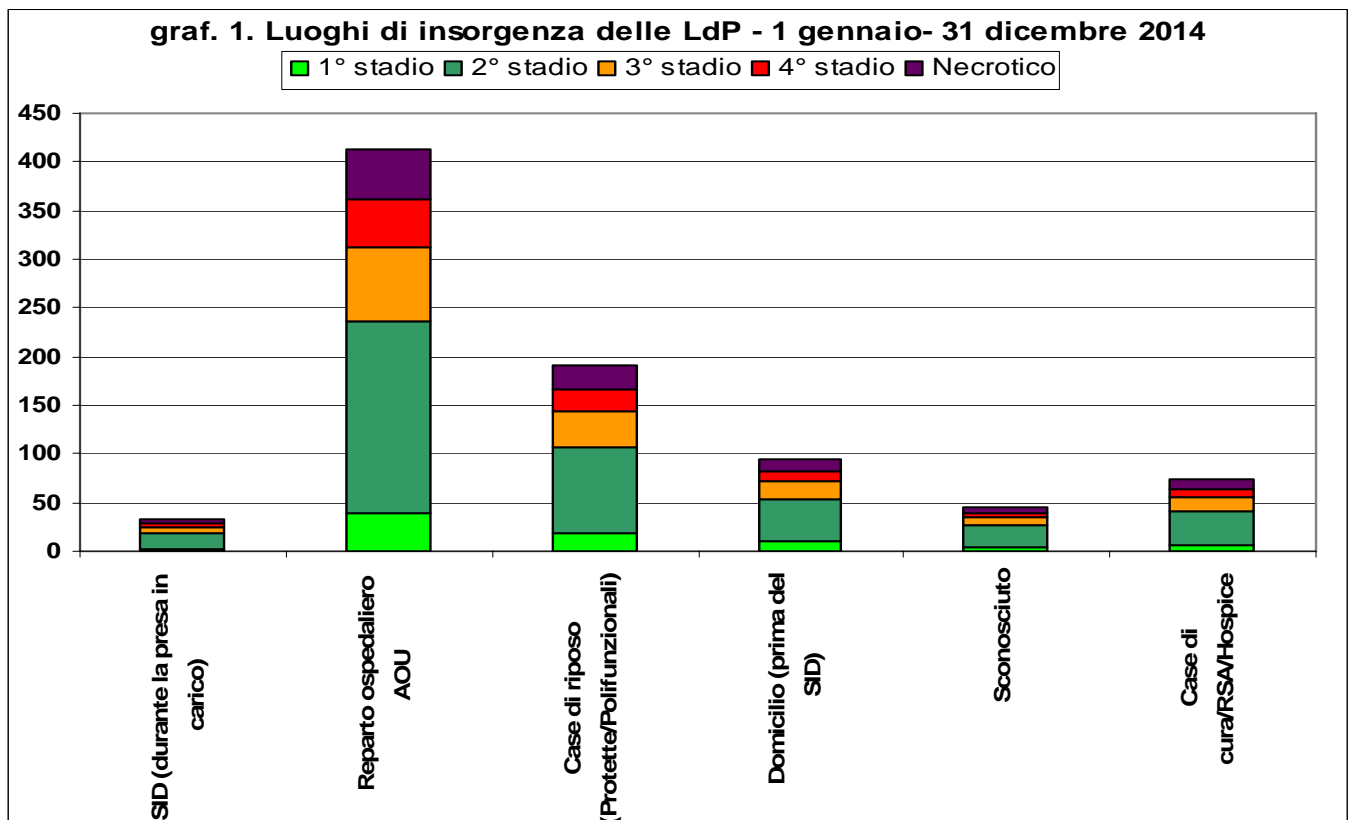
Nei singoli servizi le schede sono informatizzate in files Excel inviati alla direzione del Servizio Infermieristico aziendale (SIA) per l’elaborazione dei dati.

Nello specifico, la rilevazione è inerente alla distribuzione delle LdP in rapporto al luogo di insorgenza e alla stadiazione secondo la classificazione della National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) e della European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP).

Risultati

Dal 1 gennaio al 31 dicembre 2014 sono pervenute alla direzione del Servizio Infermieristico Aziendale 849 schede di rilevazione di LdP (informatizzate in files Excel). La distribuzione delle LdP in rapporto al luogo di insorgenza è di seguito rappresentata (tabella 1 e grafico 1).

Tab. 1. Distribuzione delle LdP in rapporto al luogo di insorgenza						
Contesti assistenziali	1° stadio	2° stadio	3° stadio	4° stadio	Necrotico	Tutti gli stadi
SID (durante la presa in carico)	3	15	6	4	4	32
Reparto AOUTS (durante il ricovero)	39	198	76	48	52	413
Strutture protette/Case di riposo cosidette polifunzionali	19	88	36	23	25	191
Domicilio (prima della presa in carico SID)	10	44	18	11	12	95
Sconosciuto	5	21	9	5	5	45
Case di cura/RSA/Hospice	7	34	14	9	9	73
Tutti i contesti assistenziali	83	400	159	100	107	849



In relazione alla totalità dei soggetti affetti da lesioni (n. 849) le percentuali rilevate nei luoghi di insorgenza sono le seguenti:

- il 3,8% aveva generato la lesione durante la presa in carico del SID (rimane rispettato lo standard di qualità che tollera l'1% di LdP tra tutti i soggetti a rischio in carico ai SID);
- il 48,6% era dimesso da un reparto ospedaliero;
- il 22,5% era ospite di strutture protette/case di riposo polifunzionali;
- l'11,2 % aveva generato la lesione al proprio domicilio prima dell'attivazione del SID;
- nel 5,3% dei casi non è stato possibile risalire al luogo di insorgenza;
- l'8,6% proveniva dalle Case di cura, dall'Hospice o dalle RSA convenzionate

Tra la popolazione di persone in deospedalizzazione protetta (n. 5.762) nell'anno 2014 si evidenzia rispetto al 2013 un incremento delle LdP del 1,9%, pari a n. 136 deospedalizzati (tabella 2).

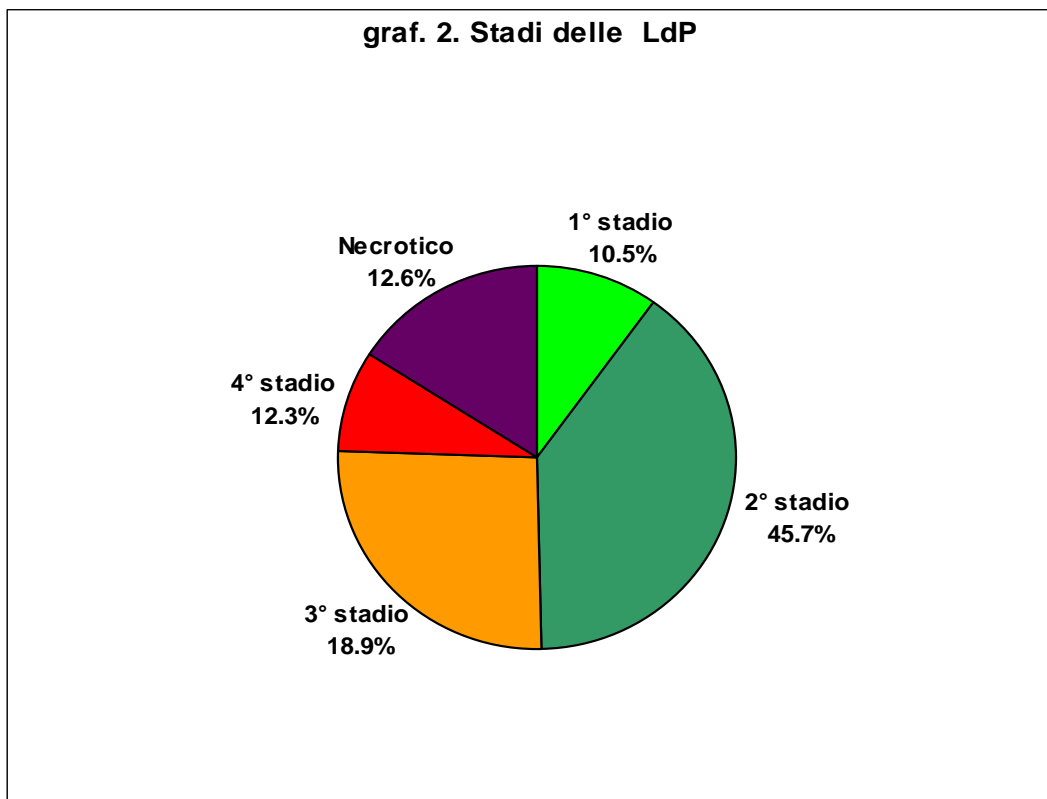
Tab. 2. Persone con LdP insorte nell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Trieste (AOUTS)			
Trend 2006 - 2014			
anno	n. persone in deosp. protetta (AOUTS)	n. persone in deosp. protetta (AOUTS) con LdP	% persone in deosp. protetta (AOUTS) con LdP
2006	3559	174	4,9
2007	3676	171	4,6
2008	3965	219	5,5
2009	4059	280	6,9
2010	5107	356	7,0
2011	5351	393	7,3
2012	5437	348	6,4
2013	5264	277	5,3
2014	5762	413	7,2

In rapporto agli stadi (NPUAP/EPUAP) le LdP sono così distribuite (grafico 2):

- il primo stadio interessa il 10.5% dei soggetti rilevati con lesioni;
- il secondo stadio riguarda il 45.7% dei medesimi soggetti;
- il terzo il 18.9%;
- il quarto stadio il 12.3%;
- l'escara interessa il 12.6%.

Al 56,2% dei soggetti sono state rilevate LdP dei primi due stadi. La tempestiva rilevazione di questi stadi è importantissima poiché con l'applicazione delle linee guida si evita la progressione nei successivi stadi; così si evita l'aggravamento del quadro clinico, il peggioramento della qualità di vita e l'incremento dei costi del sistema.

La presenza del terzo, quarto stadio e dell'escara ci obbliga a intervenire con programmi di formazione continua teorico/pratica per accrescere le competenze del personale per prevenire il fenomeno e meglio utilizzare le linee guida. A questo scopo è in fase di progettazione un evento formativo residenziale strutturato in 4 edizioni e destinato a 240 partecipanti.



Conclusioni

Delle 191 persone con LdP rilevate nel contesto “strutture protette/case di riposo polifunzionali”, 102 erano ospiti della Struttura “ITIS”. Questo dato è utile all’analisi, insieme al personale della struttura, di quali siano le condizioni assistenziali che necessitano di interventi migliorativi.

Nel 2014, le 413 persone con LdP dimesse dall’ospedale rappresentano il 48,6% di tutti i casi rilevati nel corso dell’anno. Il contesto che più di altri “genera” LdP rimane l’ospedale, dove si rileva, rispetto al 2013, un incremento: su 5762 persone in deospedalizzazione protetta, i 413 soggetti con LdP costituiscono il 7,2% dei deospedalizzati.

Nel periodo considerato, 32 persone in carico ai SID hanno generato LdP a domicilio. Di queste, 18 avevano lesioni di primo e secondo stadio. **Su 3918 soggetti in carico con un progetto assistenziale individuale, i 32 che presentavano LdP costituiscono lo 0,8% di tutti i presi in carico.** Questo dato conferma il rispetto dello standard di qualità ISO 9001:2000 (incidenza inferiore all’1%). In questo contesto, rispetto al 2013, si è verificato un lieve decremento dell’incidenza del fenomeno.

Il numero di LdP generate nel 2014 al proprio domicilio prima dell’attivazione del SID e nelle “Case di cura, RSA, Hospice” non ha subito significative variazioni rispetto al 2012.

Bibliografia

-
- ¹ Registered Nurses' Association of Ontario. Risk assessment and prevention of pressure ulcers. Nursing BestPractice Guideline, Revised 2005.
- ² Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *J Eval Clin Pract* 2007;13:227-35.
- ³ AA.VV. "Prevalenza delle lesioni da decubito"; Uno studio della Regione Emilia Romagna – Dossier 61 – 2002.