

Prevenzione e trattamento delle LDD: il progetto regionale e la ricerca

Roberta Sapienza, Responsabile Infermieristica DS, staff Direzione Distretto n.1, A.S.S. n.1 Triestina

Le lesioni da decubito sono ormai universalmente considerate come indicatore della qualità dell'assistenza dei servizi sanitari. Esse sono infatti un evento relativamente frequente, potenzialmente prevenibile, grave per il paziente fino a poterne condizionare la sopravvivenza, e legato all'assistenza erogata al paziente (prevalentemente, anche se non esclusivamente infermieristica).

La regione Friuli Venezia Giulia già da anni porta avanti un programma di promozione e valutazione della qualità, dell'appropriatezza e dei risultati delle cure all'interno delle strutture ospedaliere, dei servizi domiciliari e residenziali e delle RSA. Uno degli obiettivi previsti nel programma è la riduzione dell'incidenza delle LDD e l'uso delle misure preventive e di cura appropriata. Il fenomeno viene valutato attraverso una puntuale indagine di prevalenza che coinvolge 6 Aziende e 6 ospedali e prevede, una volta all'anno, uno screening sui pazienti ricoverati presso gli ospedali, le RSA, le case di riposo e gli utenti presi in carico dall'ADI.

I risultati di queste indagini non entrano nel merito di chi ha prodotto la lesione, ma mettono in evidenza l'entità del problema. Dai dati sotto riportati si rileva come in questi ultimi anni il fenomeno è sostanzialmente sotto controllo, nonostante che la tipologia di utenza presa in carico dai Servizi Territoriali sia sempre più affetta da patologie complesse, invalidanti, ed ad alto carico assistenziale.

TASSO DI PREVALENZA DELLE LDD IN REGIONE

	OSPEDALE	RSA	SID	C.D.R.
Anno 2002	11,00%	15,70%	19,60%	11,20%
Anno 2001	10,00%	18,80%	19,20%	6,60%
Anno 2000	8.89%	20.58%	18,53%	9,06 %

TASSO DI PREVALENZA DELLE LDD A TRIESTE

	OSPEDALE	RSA	SID	C.D.R.
Anno 2002	13,70%	16,60%	16,90%	9,50%

Il problema, però, è ben lungi dall'essere risolto, perché, se queste percentuali le trasformo in numeri, e se andiamo ad analizzare la realtà triestina, che, rispetto ad altre situazioni è buona, vediamo che c'è ancora molto da fare per migliorare la qualità di vita dei nostri pazienti.

Nel 2002, su 2796 pazienti presi in carico dal SID in forma continuata, 261 presentavano una lesione da decubito (in percentuale: 9.3%). Analizzando il luogo di insorgenza della lesione, la situazione è risultata la seguente:

il 28% proveniva da un reparto ospedaliero;

il 28.5% ha prodotto la lesione al proprio domicilio prima dell'attivazione del SID/AD;

il 4.6% proveniva da una cassa di cura;

il 10.4% dalle RSA e dall'hospice;

il 22% è ospite delle residenze polifunzionali;

il 3.8% è ospite delle strutture protette;

lo 0.8% interessa il SID/AD.

Questi dati ci hanno aiutato ad identificare le azioni da intraprendere per tentare di ridurre il fenomeno. La prima azione è verso l'ospedale. Su 73 pazienti dimessi con una lesione, 45 provenivano dai reparti di Medicina Generale. La parola d'ordine è: "evitare i ricoveri impropri". I nostri pazienti anziani devono rimanere a domicilio, devono essere curati a domicilio. Gli infermieri devono lavorare nella logica di prevenire le riacutizzazioni di patologie croniche, attivando un efficace follow-up e monitoraggio della salute dei pazienti con un controllo della corretta assunzione farmacologica e adoperarsi affinché la persona sia protetta dalla "rete" dei servizi, conoscenti, volontari, etc.

Altro dato rilevante: il 28.5% dei pazienti produce la lesione da decubito a domicilio prima che intervenga il SID: ciò ha significato il rafforzare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, tra RSA e SID, tra MMG ed infermiere territoriale. Fattore vincente è infatti la corretta e tempestiva identificazione del paziente a rischio (efficace strumento valutativo è la scala di Norton), prevenire la Sindrome da Immobilizzazione, che fra i danni più gravi porta all'insorgenza delle LDD (a tale proposito il Servizio Infermieristico Aziendale ed i Distretti hanno prodotto un opuscolo informativo rivolto a tutti quelli che sono costretti a letto per un lungo periodo di tempo, ed ai loro familiari), poter applicare precocemente ai pazienti a rischio presidi adeguati quali i sopramaterassi a pressione alternata, che vengono forniti tempestivamente anche ad utenti che non sono in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare e che non hanno necessariamente riconosciuta un'invalità.

Ogni anno si procede all'acquisto di circa 160 nuovi materassi a pressione alternata che devono avere dei precisi requisiti di qualità legati all'altezza degli elementi (almeno 10 cm), alla lunghezza del sopramaterasso, alla poca rumorosità della pompa di gonfiaggio.

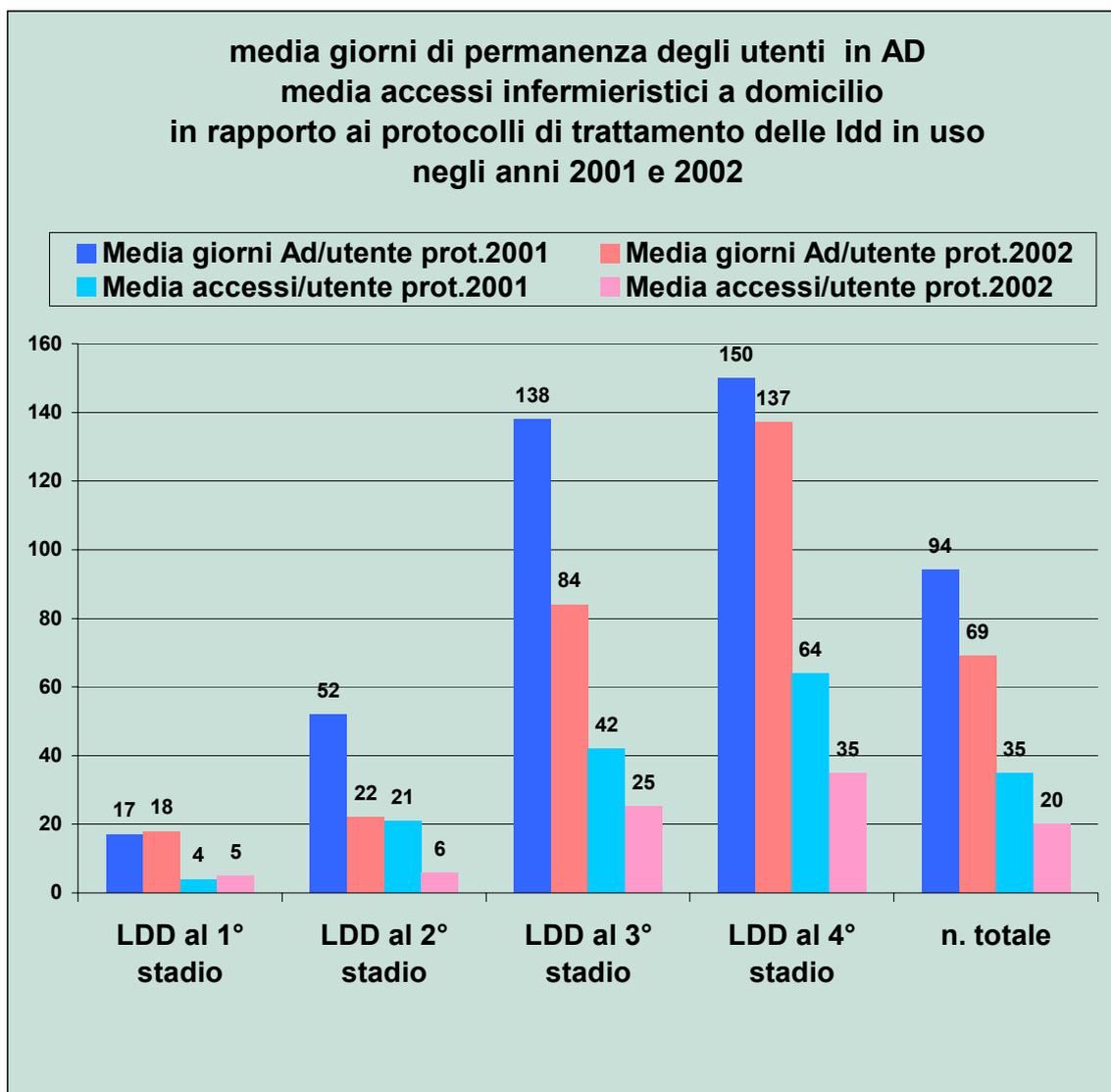
Sono stati acquistati, da parte dell'Azienda, su indicazione dei Distretti, anche presidi innovativi, quali i materassi in fibra cava siliconata, utili nelle situazioni di grave obesità del paziente (oltre i 120 Kg) o quando, soprattutto nelle patologie delle malattie croniche invalidanti che colpiscono persone anche giovani, si va incontro alle esigenze dei pazienti, che rifiutano la "medicalizzazione del letto", che si ha con un materasso a pressione alternata.

Ma la ricerca infermieristica non si è fermata solo ad elaborare strategie che possano prevenire l'insorgenza delle LDD: uno sforzo particolare è stato rivolto anche alla loro cura.

Il rispetto della dignità e della sofferenza del malato ci impone di ricercare costantemente cure atte ad accelerare la guarigione, che significa sottrarre la persona dalla sofferenza, dall'emarginazione sociale e dalla dipendenza dagli altri e dai servizi.

Nel 2002 si è proceduto, dopo un'intensa attività formativa del personale, ad utilizzare le medicazioni avanzate nella cura delle LDD, seguendo precisi protocolli di cura. I prodotti utilizzati sono stati: gli arginati, le schiume di poliuretano, gli idrogeli, le pellicole semipermeabili, gli idrocolloidi. Si sono confrontati i tempi di guarigione ed il numero degli accessi infermieristici del gruppo trattato (costituito da 24 utenti di età media 78 anni, presi in carico, nel periodo: 1° marzo-31 Agosto 2002 e guariti al termine del periodo) con il Gruppo di Controllo (costituito da 25 utenti di età media di 80 anni, presi in carico l'anno precedente nello stesso periodo) trattato con medicazioni tradizionali.

Rispetto al 2001, prescindendo dallo stadio delle lesioni, la riduzione ottenuta nel 2002, del numero medio di giorni di permanenza in ADI e degli accessi è, rispettivamente del 26.5% e del 43%. I risultati migliori si sono avuti sulle lesioni del II e III stadio, in cui i tempi di guarigione si sono accorciati, rispettivamente del 57,6 e del 39% e gli accessi infermieristici, rispettivamente del 74.4% e del 40.4%.



Il risultato di questi anni di lavoro e dell'estrema attenzione per un aspetto così importante della qualità dell'assistenza infermieristica è evidenziato dal tasso di incidenza, cioè il tasso di lesioni sulla popolazione a rischio, prodotte dal SID a Trieste, nell'anno 2002.

N° lesioni prodotte	N° pazienti a rischio (Norton <=14)	Tasso
6	674	0.9 %

È un buon risultato, ma non è sicuramente il traguardo di noi infermieri. Il primo principio del nostro operare è quello di non nuocere, di non produrre altra sofferenza ma di ricercare ogni azione atta al recupero della persona al maggior grado di autonomia possibile.