

Realizzazione di una rete assistenziale per la cura delle Ulcere cutanee

Definizione delle buone pratiche

Sono ulcere le ferite cutanee che non procedono verso una progressiva e ordinata riparazione fino a riprodurre la normale integrità della cute in qualunque parte del corpo e per qualunque eziopatogenesi (il piede diabetico, che ha già una normativa regionale collaudata, le ustioni e i suoi postumi non sono trattati in questo documento).

INTRODUZIONE

È inconsueto che un individuo altrimenti in buona salute non presenti un normale processo riparativo delle lesioni cutanee. Di solito, infatti, le ferite croniche accompagnano situazioni patologiche anche molto comuni, come il diabete, le obesità, etc.

Le ulcere cutanee rappresentano oggi una epidemia silenziosa che colpisce ampi strati della popolazione mondiale e ha significative ripercussioni sulla Salute Pubblica e sull' Economia. Si stima che, nei Paesi occidentali, l'1-2% della popolazione sia afflitto da questa condizione in un qualche momento della vita. Nel Regno Unito viene stimata una prevalenza di circa il 3/1000: il dato riferito alla popolazione italiana fa stimare a circa 200.000 i casi, e in Toscana a circa 11.000.

Le ulcere cutanee vengano considerate non più una condizione sporadica ma una patologia ad alto impatto, tale comunque da richiedere modelli organizzativi ad hoc. Questo anche in ragione di una situazione economica che impone la ricerca del massimo "value for money".

Il riferimento organizzativo allo stato attuale per disegnare una rete assistenziale non può che essere la Legge 189/2012, o "Legge Balduzzi", e in particolare l' art. 1 del Capo I dove si definisce il riordino dell' assistenza territoriale. Il testo fornisce indicazioni alle Regioni per articolare questo settore territoriale in due strutture principali per pazienti esterni:

1. Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), monofunzionali, che includono Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici della Guardia Medica e, ove previsto, infermieri.
2. Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) che includono il maggior numero possibile di diverse professioni sanitarie mediche e non mediche che cooperano con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri.

A questi due livelli, AFT e UCCP, è necessario fare riferimento per identificare un Percorso Integrato di Cura per i pazienti affetti da lesioni cutanee che tendono a non guarire: le ulcere cutanee.

PROPOSTA

La seguente proposta prevede tre livelli assistenziali, il primo ed il secondo di competenza territoriale, il terzo di competenza ospedaliera.

☐ I LIVELLO (AFT)

Personale coinvolto: medici di medicina generale e infermieri

• Quali pazienti prende in carico:

- A. Pazienti con lesione cutanea di recente insorgenza diagnosticata dal medico di medicina generale.
- B. Pazienti con ulcere trattate ma non ancora guarite nel II livello con percorso assistenziale terapeutico stabilito e affidato a infermiere esperto. Controlli settimanali a garanzia del risultato.

• Protocollo diagnostico-terapeutico:

- A. anamnesi patologica remota e prossima, esame generale e locale; rilievo dei polsi e/o misurazione dell'ABI ad escludere un'arteriopatia medio-grave (ABI <0.8);
- B. raccomandazioni al paziente per una regolare attività fisica confacente all'impostazione diagnostica rilevata e trattamento delle patologie concomitanti;

- C. medicazione locale con lavaggio con soluzione fisiologica e garza non AD e comunque secondo protocolli concordati; evitare lavaggi o “impacchi” di antisettici;
- D. terapia compressiva quando e dove indicata;
- E. controllo settimanale.

I comportamenti terapeutici devono essere comunque in linea con le linee guida espresse nell'allegato A.

Da questo I livello, il medico avvia a consulenza presso il II livello tutti i pazienti che:

- a. 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 ma che:
 - hanno un'ulcera recidiva;
 - presentano un'ulcera ad estesa componente necrotica e/o infetta e/o intensamente dolente con dolore che non cede ai comuni analgesici;
 - hanno gravi patologie di competenza specialistica.

II LIVELLO (UCCP)

Personale coinvolto: medici esperti e infermieri esperti

A. **Specificità della figura medica:** poiché non esiste una specialità vulnologica e una specializzazione correlata, l'individuazione del medico responsabile dell'assistenza vulnologica nell'ambito del II livello che sarà localizzato nelle unità complesse di cure primarie deve essere fatta sulla base delle seguenti caratteristiche:

- essere motivato
- avere esperienza di medicina interna

- avere esperienza in diagnostica vascolare (capacità di eseguire almeno un ecocolordoppler ed un esame doppler con misurazione dell'ABI)
- conoscere le linee guida diagnostico-terapeutiche
- conoscere e saper utilizzare le medicazioni avanzate
- conoscere i materiali e le tecniche di bendaggio; saper eseguire un bendaggio
- essere capace di utilizzare i presidi di detersione meccanica e chirurgica
- conoscere le possibilità di ulteriori trattamenti che pur esulano dalle sue competenze specifiche
- avere capacità di leadership e di coinvolgimento e di delega alla figura infermieristica per quanto riguarda follow up e terapia

Il vulnologo ha il compito di seguire e tutorare il percorso assistenziale del paziente quando sia necessario l'affidamento ai setting assistenziali ospedalieri.

B. specificità della figura infermieristica: l'individuazione della figura infermieristica che opera nell'assistenza vulnologica nell'ambito della unità complessa di cure primarie deve essere fatta sulla base delle seguenti caratteristiche:

- essere motivato
- capace di misurare l'Indice Caviglia-Braccio
- conoscere le linee guida di gestione infermieristica
- conoscere e saper utilizzare le medicazioni avanzate
- conoscere i materiali e le tecniche di bendaggio; saper eseguire un bendaggio
- poter partecipare col medico all'inquadramento terapeutico del paziente e seguirlo nel tempo
- fungere da collegamento per l'accesso ad altre visite specialistiche che si rendano necessarie o per l'accesso all'ospedale (III livello) o per l'affidamento alle cure domiciliari quando esso sia consentito dalle condizioni cliniche del paziente.

Quali pazienti prende in carico:

- A. pazienti che vengono indirizzati dall'Unità di aggregazione monofunzionale territoriale;

B. pazienti che sono stati trattati nei centri di III livello (ospedale) vuoi con attività ambulatoriali che di day hospital, day service o con ricovero.

Nel II livello il paziente deve avere:

- a. un completo inquadramento diagnostico anche mediante l'accesso ad altre consulenze specialistiche erogate dai servizi diagnostici aziendali
- b. il trattamento della sua lesione con:
 - medicazioni e terapie secondo linee guida
 - adeguate istruzioni circa le opportune norme igienico-comportamentali da seguire

Il II livello sarà espletato nell'ambito delle Unità Complesse di Cure Primarie, come le altre specialità, quando saranno costituite.

I comportamenti terapeutici devono essere comunque in linea con le linee guida espresse nell'allegato A.

□ III LIVELLO

I centri di III livello sono localizzati negli ospedali e svolgono assistenza a livello ambulatoriale, day hospital, day service e in selezionati casi in regime di ricovero

Personale coinvolto: Il personale di assistenza è rappresentato da medici e infermieri che operano nelle specialità adeguate ai bisogni del paziente.

Prende in carico i pazienti che vengono indirizzati dal II livello

Quali pazienti prende in carico:

- Pazienti che sono inviati dal II livello per eseguire procedure diagnostico-terapeutiche di elevata complessità.

La continuità assistenziale, nel percorso intra-ospedaliero, sarà gestita dai responsabili delle attività vulnologiche del II livello in accordo con le professionalità ospedaliere di volta in volta coinvolte.

Capitolo sulla formazione in rapporto ai dettami delle linee guida delle società scientifiche accreditate per tutto il personale coinvolto: medico, infermieristico, tecnico e farmaceutico.

Il Percorso Integrato di Cura delle Ulcere Cutanee può esser stratificato secondo una delle Scale internazionalmente riconosciute, qui di seguito indicate:

- **PSST (Pressure Sore Status Tool)** (*Bates-Jensen Wound Assessment*) ¹
http://www.evidencebasednursing.it/progetti/LDD/LG%20LDP%202010/LG_LD_P_2010_sito.pdf

utanee

- **PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing)** ²
<http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/02/push3.pdf>

- **Sussman scale (Sussman Wound Healing Tool)** ³
http://books.google.it/books?id=LaNuvQTjYeEC&pg=PA168&lpg=PA168&dq=ulcers+Sussman+tool&source=bl&ots=xiMNfsAqw_&sig=jrRFiHZlxkAs7IvJgEYhusPQQOo&hl=it&sa=X&ei=8gHbUPyFHZSL4gTzIH0Bg&sqi=2&ved=0CDUQ6AEwAA#v=onepage&q=ulcers%20Sussman%20tool&f=false

- **Sessing scale** ⁴
http://www.riparazionetessutale.it/lesioni_da_decubito/classificazione.html

- **WHS (Wound Healing Scale)** ⁵
http://books.google.it/books?id=RiiW5u8QT4C&pg=PA74&dq=%22wound+healing+scale%22&hl=it&sa=X&ei=0j_bUO_QOuLm4QSjjYHwCA&redir_esc=y#v=onepage&q=%22wound%20healing%20scale%22&f=false

- **PWAT scale (Photographic Wound Assessment Tool)** ⁶
http://www.thehealthline.ca/healthlibrary_docs/B.9.3c.PWATResources.pdf

- **CODED score** ⁷
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11933287>

- **DESIGN scale** ⁸
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14969021>

III. In linea di principio, l'organizzazione del Percorso Integrato di Cura per le Ulcere Cutanee potrebbe avere a livello di Azienda USL o di Area Vasta la

¹ Bates-Jensen BM, Vredevoe DL, Brecht ML. Validity and reliability of the Pressure Sore Status Tool. *Decubitus* 1992; 5 (6): 20-8

² Thomas DR, Rodeheaver GT, Bartolucci AA, Franz RA, Sussman C, Ferrell BA, Cuddigan J, Stotts NA, Maklebust J. Pressure ulcer scale for healing: derivation and validation of the PUSH tool. *The PUSH Task Force. Adv Wound Care* 1997; 10 (5):96-101.

³ Utility of the Sussman Wound Healing Tool in predicting wound healing outcomes in physical therapy. *Adv Wound Care* 1997; 10 (5): 74-7.

⁴ Ferrell BA, Artinian BM, Sessing D. The Sessing Scale for assessment of pressure ulcer healing. *Journal of the American Geriatric Society* 1995; 43: 37-40.

⁵ Krasner D. Wound Healing Scale, version 1.0: A proposal. *Adv Wound Care* 1997; 10 (5): 82-5.15.

⁶ Houghton PE, Kincaid CB, Campbell KE, WoodburyMG, Keast DH. Photographic assessment of the appearance of chronic pressure and leg ulcers. *Ostomy/Wound Manage* 2000; 46 (4): 20-30.

⁷ Emparanza JL, Aranegui P, Ruiz M y cols. A simple Severity index for pressure ulcers. *Journal of Wound Care* 2000; 9 (2): 86-90.

⁸ Sanada H, Moriguchi T, Miyachi Y, Ohura T, Nakajo T, Tokunaga K, Fukui M, Sugama J, Kitagawa A. Reliability and validity of DESIGN, a tool that classifies pressure ulcer severity and monitors healing. *J Wound Care* 2004; 13 (1): 13-18

Realizzazione di una rete assistenziale per la cura delle Ulcere cutanee

Definizione delle buone pratiche

Sono ulcere le ferite cutanee che non procedono verso una progressiva e ordinata riparazione fino a riprodurre la normale integrità della cute in qualunque parte del corpo e per qualunque eziopatogenesi (il piede diabetico, che ha già una normativa regionale collaudata, le ustioni e i suoi postumi non sono trattati in questo documento).

INTRODUZIONE

È inconsueto che un individuo altrimenti in buona salute non presenti un normale processo riparativo delle lesioni cutanee. Di solito, infatti, le ferite croniche accompagnano situazioni patologiche anche molto comuni, come il diabete, le obesità, etc.

Le ulcere cutanee rappresentano oggi una epidemia silenziosa che colpisce ampi strati della popolazione mondiale e ha significative ripercussioni sulla Salute Pubblica e sull' Economia. Si stima che, nei Paesi occidentali, l'1-2% della popolazione sia afflitto da questa condizione in un qualche momento della vita. Nel Regno Unito viene stimata una prevalenza di circa il 3/1000: il dato riferito alla popolazione italiana fa stimare a circa 200.000 i casi, e in Toscana a circa 11.000.

Le ulcere cutanee vengano considerate non più una condizione sporadica ma una patologia ad alto impatto, tale comunque da richiedere modelli organizzativi ad hoc. Questo anche in ragione di una situazione economica che impone la ricerca del massimo "value for money".

Il riferimento organizzativo allo stato attuale per disegnare una rete assistenziale non può che essere la Legge 189/2012, o "Legge Balduzzi", e in particolare l' art. 1 del Capo I dove si definisce il riordino dell' assistenza territoriale. Il testo fornisce indicazioni alle Regioni per articolare questo settore territoriale in due strutture principali per pazienti esterni:

1. Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), monofunzionali, che includono Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici della Guardia Medica e, ove previsto, infermieri.
2. Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) che includono il maggior numero possibile di diverse professioni sanitarie mediche e non mediche che cooperano con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri.

A questi due livelli, AFT e UCCP, è necessario fare riferimento per identificare un Percorso Integrato di Cura per i pazienti affetti da lesioni cutanee che tendono a non guarire: le ulcere cutanee.

PROPOSTA

La seguente proposta prevede tre livelli assistenziali, il primo ed il secondo di competenza territoriale, il terzo di competenza ospedaliera.

☐ I LIVELLO (AFT)

Personale coinvolto: medici di medicina generale e infermieri

• Quali pazienti prende in carico:

- A. Pazienti con lesione cutanea di recente insorgenza diagnosticata dal medico di medicina generale.
- B. Pazienti con ulcere trattate ma non ancora guarite nel II livello con percorso assistenziale terapeutico stabilito e affidato a infermiere esperto. Controlli settimanali a garanzia del risultato.

• Protocollo diagnostico-terapeutico:

- A. anamnesi patologica remota e prossima, esame generale e locale; rilievo dei polsi e/o misurazione dell'ABI ad escludere un'arteriopatia medio-grave (ABI <0.8);
- B. raccomandazioni al paziente per una regolare attività fisica confacente all'impostazione diagnostica rilevata e trattamento delle patologie concomitanti;

- C. medicazione locale con lavaggio con soluzione fisiologica e garza non AD e comunque secondo protocolli concordati; evitare lavaggi o “impacchi” di antisettici;
- D. terapia compressiva quando e dove indicata;
- E. controllo settimanale.

I comportamenti terapeutici devono essere comunque in linea con le linee guida espresse nell'allegato A.

Da questo I livello, il medico avvia a consulenza presso il II livello tutti i pazienti che:

- a. 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 ma che:
 - hanno un'ulcera recidiva;
 - presentano un'ulcera ad estesa componente necrotica e/o infetta e/o intensamente dolente con dolore che non cede ai comuni analgesici;
 - hanno gravi patologie di competenza specialistica.

II LIVELLO (UCCP)

Personale coinvolto: medici esperti e infermieri esperti

A. **Specificità della figura medica:** poiché non esiste una specialità vulnologica e una specializzazione correlata, l'individuazione del medico responsabile dell'assistenza vulnologica nell'ambito del II livello che sarà localizzato nelle unità complesse di cure primarie deve essere fatta sulla base delle seguenti caratteristiche:

- essere motivato
- avere esperienza di medicina interna

- avere esperienza in diagnostica vascolare (capacità di eseguire almeno un ecocolordoppler ed un esame doppler con misurazione dell'ABI)
- conoscere le linee guida diagnostico-terapeutiche
- conoscere e saper utilizzare le medicazioni avanzate
- conoscere i materiali e le tecniche di bendaggio; saper eseguire un bendaggio
- essere capace di utilizzare i presidi di detersione meccanica e chirurgica
- conoscere le possibilità di ulteriori trattamenti che pur esulano dalle sue competenze specifiche
- avere capacità di leadership e di coinvolgimento e di delega alla figura infermieristica per quanto riguarda follow up e terapia

Il vulnologo ha il compito di seguire e tutorare il percorso assistenziale del paziente quando sia necessario l'affidamento ai setting assistenziali ospedalieri.

B. specificità della figura infermieristica: l'individuazione della figura infermieristica che opera nell'assistenza vulnologica nell'ambito della unità complessa di cure primarie deve essere fatta sulla base delle seguenti caratteristiche:

- essere motivato
- capace di misurare l'Indice Caviglia-Braccio
- conoscere le linee guida di gestione infermieristica
- conoscere e saper utilizzare le medicazioni avanzate
- conoscere i materiali e le tecniche di bendaggio; saper eseguire un bendaggio
- poter partecipare col medico all'inquadramento terapeutico del paziente e seguirlo nel tempo
- fungere da collegamento per l'accesso ad altre visite specialistiche che si rendano necessarie o per l'accesso all'ospedale (III livello) o per l'affidamento alle cure domiciliari quando esso sia consentito dalle condizioni cliniche del paziente.

Quali pazienti prende in carico:

- A. pazienti che vengono indirizzati dall'Unità di aggregazione monofunzionale territoriale;

B. pazienti che sono stati trattati nei centri di III livello (ospedale) vuoi con attività ambulatoriali che di day hospital, day service o con ricovero.

Nel II livello il paziente deve avere:

- a. un completo inquadramento diagnostico anche mediante l'accesso ad altre consulenze specialistiche erogate dai servizi diagnostici aziendali
- b. il trattamento della sua lesione con:
 - medicazioni e terapie secondo linee guida
 - adeguate istruzioni circa le opportune norme igienico-comportamentali da seguire

Il II livello sarà espletato nell'ambito delle Unità Complesse di Cure Primarie, come le altre specialità, quando saranno costituite.

I comportamenti terapeutici devono essere comunque in linea con le linee guida espresse nell'allegato A.

□ III LIVELLO

I centri di III livello sono localizzati negli ospedali e svolgono assistenza a livello ambulatoriale, day hospital, day service e in selezionati casi in regime di ricovero

Personale coinvolto: Il personale di assistenza è rappresentato da medici e infermieri che operano nelle specialità adeguate ai bisogni del paziente.

Prende in carico i pazienti che vengono indirizzati dal II livello

Quali pazienti prende in carico:

- Pazienti che sono inviati dal II livello per eseguire procedure diagnostico-terapeutiche di elevata complessità.

La continuità assistenziale, nel percorso intra-ospedaliero, sarà gestita dai responsabili delle attività vulnologiche del II livello in accordo con le professionalità ospedaliere di volta in volta coinvolte.

Capitolo sulla formazione in rapporto ai dettami delle linee guida delle società scientifiche accreditate per tutto il personale coinvolto: medico, infermieristico, tecnico e farmaceutico.

Il Percorso Integrato di Cura delle Ulcere Cutanee può esser stratificato secondo una delle Scale internazionalmente riconosciute, qui di seguito indicate:

- **PSST (Pressure Sore Status Tool)** (*Bates-Jensen Wound Assessment*) ¹
http://www.evidencebasednursing.it/progetti/LDD/LG%20LDP%202010/LG_LD_P_2010_sito.pdf

utanee

- **PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing)** ²
<http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/02/push3.pdf>

- **Sussman scale (Sussman Wound Healing Tool)** ³
http://books.google.it/books?id=LaNuvQTjYeEC&pg=PA168&lpg=PA168&dq=ulcers+Sussman+tool&source=bl&ots=xiMNfsAqw_&sig=jrRFiHZlxkAs7IvJgEYhusPQQOo&hl=it&sa=X&ei=8gHbUPyFHZSL4gTzIH0Bg&sqi=2&ved=0CDUQ6AEwAA#v=onepage&q=ulcers%20Sussman%20tool&f=false

- **Sessing scale** ⁴
http://www.riparazionetessutale.it/lesioni_da_decubito/classificazione.html

- **WHS (Wound Healing Scale)** ⁵
http://books.google.it/books?id=RiiW5u8QT4C&pg=PA74&dq=%22wound+healing+scale%22&hl=it&sa=X&ei=0j_bUO_QOuLm4QSjjYHwCA&redir_esc=y#v=onepage&q=%22wound%20healing%20scale%22&f=false

- **PWAT scale (Photographic Wound Assessment Tool)** ⁶
http://www.thehealthline.ca/healthlibrary_docs/B.9.3c.PWATResources.pdf

- **CODED score** ⁷
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11933287>

- **DESIGN scale** ⁸
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14969021>

III. In linea di principio, l'organizzazione del Percorso Integrato di Cura per le Ulcere Cutanee potrebbe avere a livello di Azienda USL o di Area Vasta la

¹ Bates-Jensen BM, Vredevoe DL, Brecht ML. Validity and reliability of the Pressure Sore Status Tool. *Decubitus* 1992; 5 (6): 20-8

² Thomas DR, Rodeheaver GT, Bartolucci AA, Franz RA, Sussman C, Ferrell BA, Cuddigan J, Stotts NA, Maklebust J. Pressure ulcer scale for healing: derivation and validation of the PUSH tool. *The PUSH Task Force. Adv Wound Care* 1997; 10 (5): 96-101.

³ Utility of the Sussman Wound Healing Tool in predicting wound healing outcomes in physical therapy. *Adv Wound Care* 1997; 10 (5): 74-7.

⁴ Ferrell BA, Artinian BM, Sessing D. The Sessing Scale for assessment of pressure ulcer healing. *Journal of the American Geriatric Society* 1995; 43: 37-40.

⁵ Krasner D. Wound Healing Scale, version 1.0: A proposal. *Adv Wound Care* 1997; 10 (5): 82-5.15.

⁶ Houghton PE, Kincaid CB, Campbell KE, Woodbury MG, Keast DH. Photographic assessment of the appearance of chronic pressure and leg ulcers. *Ostomy/Wound Manage* 2000; 46 (4): 20-30.

⁷ Emparanza JL, Aranegui P, Ruiz M y cols. A simple Severity index for pressure ulcers. *Journal of Wound Care* 2000; 9 (2): 86-90.

⁸ Sanada H, Moriguchi T, Miyachi Y, Ohura T, Nakajo T, Tokunaga K, Fukui M, Sugama J, Kitagawa A. Reliability and validity of DESIGN, a tool that classifies pressure ulcer severity and monitors healing. *J Wound Care* 2004; 13 (1): 13-18

