

**Centro congressi del Resort Montespina Park Hotel**

**“Le Medicazioni bioattive – dalla qualità all’apparenza”**

**Napoli, sabato 4 aprile 2009**

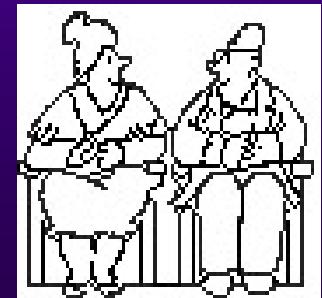
*La gestione delle lesioni cutanee  
nell’ambito dell’assistenza  
domiciliare integrata.*



***Dr. Francescosaverio Caserta***

**ASL NA 1**

**Dipartimento Assistenza Anziani**



# Definizione delle cure domiciliari

**Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi prestati da personale qualificato**

**per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti ed in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse**

**per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.**

# Obiettivi principali delle cure domiciliari

Assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio per evitare un ricovero inappropriato in Ospedale o RSA

Continuità assistenziale per i dimessi da strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure

Miglioramento della qualità di vita anche nei terminali

Supporto alla famiglia

Recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione



# Profili assistenziali

come evidenziato dal progetto di ricerca finalizzato ex art. 12 del D.Lgs. 502/92

**Cure Domiciliari Prestazionali**  
(prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato)

**Cure Domiciliari Integrate**  
di I - II - III livello  
( I e II livello sono rappresentate dall'ADI, III livello dall'OD)

**Cure Domiciliari Palliative**  
a malati terminali  
(sono rappresentate dall'OD-CP e rivolte a pazienti in fase terminale)

# ASSISTENZA DOMICILIARE

*DPCM 29 NOVEMBRE 2001*

## Tipologie di attività

### LIVELLO 1 e 2: ASSISTENZA DISTRETTUALE

#### Assistenza Territoriale: ambulatoriale e domiciliare

- Assistenza programmata a domicilio (ADI, ADP e le varie forme di assistenza infermieristica territoriale)
- Attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale (domiciliare)
- Attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con HIV (domiciliare)

### LIVELLO 3: ASSISTENZA OSPEDALIERA

#### Interventi Ospedalieri a domicilio

# ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI

Requisiti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari

- I. Condizione di non autosufficienza (disabilità), di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio
- II. Adeguato supporto familiare o informale
- III. Idonee condizioni abitative
- IV. Consenso informato da parte della persona e della famiglia
- V. Presa in carico da parte del medico di medicina generale con garanzia degli accessi concordati e disponibilità telefonica dalle 8 alle 20

# DPCM del 29.11.2001 per le cure domiciliari precisa:

Il distretto coordina tutte le attività extraospedaliere di assistenza sanitaria di base e specialistiche oltre alle attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale e a quelle ad elevata integrazione sociosanitaria

L'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari: "La casa è il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione"

Per l'ADI, occorre definire tipologie differenziate di risposta in ragione della prevalenza dei bisogni sanitari e sociali e della loro intensità.

DGRC n° 2106/2004

*“Rete delle cure domiciliari”*



# DGRC n° 2106/2004

## RETE DELLE CURE DOMICILIARI

### **Costituzione di una rete:**

- NAD
- Pz con LdD
- Pz Patologie Croniche
- Pz Terminali
- ADI

### **Organizzazione di rete assistenziale per:**

- Pz anziani con disturbi comportamentali
- Pz con demenza in C.D.
- Colpi di calore

# "Rete delle cure domiciliari" ASL NA1



# MODELLI ORGANIZZATIVI

## Assistenza Domiciliare

### I Livello

- ✓ **MIX** di personale  
**DIPENDENTE**  
ed appartenente a  
**FORNITORI ESTERNI**

### II e III Livello

- ✓ Personale  
**DIPENDENTE** dell'ASL

# MODELLI ORGANIZZATIVI

## Assistenza Domiciliare

### Punti di Forza

- Ruolo centrale del Distretto Sanitario
- Attivazione di una rete integrata per garantire il "continuum curae"
- Facile accessibilità
- Per AD di II e III livello Forte Integrazione tra gli operatori e tra operatori e familiari (continuità del medesimo operatore)

### Punti di Debolezza

- Per AD di I livello
  - ☛ minor livello di integrazione **tra gli operatori**
  - ☛ scarsa flessibilità con difficoltà ad adeguare tempestivamente l'offerta alla domanda

# Importanza dell' Assistenza Domiciliare per la prevenzione e trattamento delle Lesioni cutanee

Comprensione della modalità d'insorgenza delle Lc  
Precoce prevenzione  
Consapevolezza del tipo di trattamento da effettuare



Rischi e l'incidenza di Lc



Cura  
Riabilitazione  
Recupero totale della persona

**Le Lesioni da decubito  
sono l'espressione cutanea delle  
condizioni generali del paziente**

**Far prevenzione o curarle  
significa**

**Prendersi cura della persona nella sua globalità.**

**Interventi di carattere generale e locale**

**Mediante**



## Linee di indirizzo per la gestione a domicilio del paziente affetto da lesioni cutanee: prevenzione e trattamento

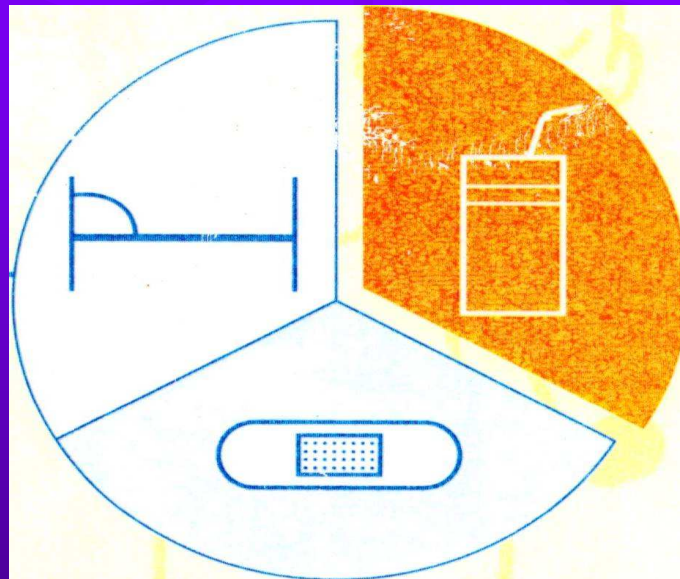
- **Migliorare gli standard di vita assistenziali** e con questi, la qualità di vita del paziente ipomobile e/o allettato.
- **Uniformare il linguaggio e le modalità di intervento** di: Infermieri, MMG e specialisti coinvolti nella gestione del problema
- **Adeguamento alle Linee Guida Internazionali** e loro contestualizzazione ed implementazione a livello aziendale mediante la collaborazione ed allineamento con Società scientifiche riconosciute e dedicate all'argomento.
- Effettuare un **piano di interventi programmati e personalizzati**
- **Migliorare la conoscenza e l'applicazione del nomenclatore tariffario** sulla prescrivibilità dei prodotti di medicazione.
- **Ottimizzare le risorse** attraverso l'utilizzo mirato di materiali di medicazioni, ausili e presidi

# Trattamento completo domiciliare delle lesioni cutanee

## Mobilità:

riduce la pressione e lo sfregamento

- Posizione del corpo
- Applicazione di sistemi antidecubito
- Piano di rotazione
- FKT



## Intervento nutrizionale

- Migliorare la dieta
- Migliorare la circolazione sanguigna
- Regularizzare i processi infiammatori in corso
- Stimolare il processo di cicatrizzazione

## Cura della cute e delle ferite

- Controllo dell'emostasi
- Pulizia ed asportazione dei tessuti necrotici
- Drenaggio delle lesioni
- Medicazione

**FORMAZIONE DEL CARE GIVER**



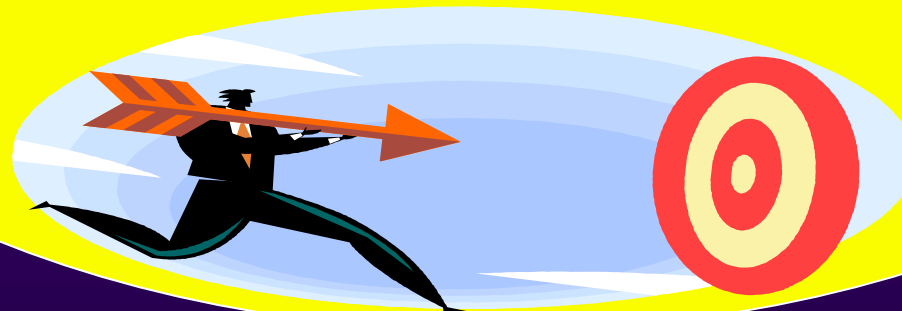
# Disease Management

Rappresenta la possibilità di disegnare apriori dei percorsi “razionali e controllati” per le singole malattie, per i quali sia possibile stabilire in anticipo un budget di spesa.

# Obiettivi del Disease Management



**Non spendere meno,  
ma spendere meglio,  
ponendo il paziente al centro del sistema!**



## Le nuove medicazioni avanzate consentono:

- Ridurre gli accessi degli operatori
- Disporre di più tempo da dedicare al counseling ed all'educazione dei care giver al fine di utilizzare in modo appropriato le medicazioni evitando inutili sprechi
- Ridurre i costi per i prodotti accessori (garze, cerotti, bendaggi di contenimento, ecc. )
- Aumentare il numero di pazienti presi in carico da una equipe preparata evitando la dispersione e frammentazione delle cure
- Ottimizzare e razionalizzare le risorse umane ed economiche

# ETIOPATOGENESI

- FATTORI GENERALI

Principale: Ipo-mobilità

Concause: Malnutrizione  
Alterazioni metaboliche  
Alterazioni cardio-circolatorie  
Lesioni del SNC o SNP

- FATTORI LOCALI

Principale: Prolungata pressione

Concause: Forze di stiramento  
Attrito  
Macerazione della cute  
Corpi estranei

# PREVENZIONE

- Migliora la qualità della vita della persona malata riducendo la mortalità e le complicanze
- Riduce l'insorgenza di lesioni da decubito
- Migliora la situazione socio-assistenziale della famiglia necessariamente coinvolta nei piani assistenziali AD di I e II livello
- Migliora la gestione del personale sanitario mediante una riduzione dei tempi assistenziali, costi e degenze per complicanze.

# INTERVENTI PREVENTIVI

## GENERALI

- Compenso della patologia di base
- Corretto apporto nutrizionale
- Presidi ed ausili antidecubito
- Educazione sanitaria

## LOCALI

- Mobilizzazione del paziente
- Igiene personale e del letto
- Protezione della cute
- Controllo dell'incontinenza

# Scala di Exton-Smith

A. Condizioni generali	B. Stato mentale	C. Deambulazione	D. Mobilità	E. Incontinenza
1. pessime	1. stuporoso	1. costretto a letto	1. immobile	1. doppia
2. scadenti	2. confuso	2. costretto su sedia	2. molto limitata	2. abituale (urine)
3. discrete	3. apatico	3. cammina con aiuto	3. leggermente limitata	3. occasionale
4. buone	4. lucido	4. normale	4. normale	4. assente

# Scala di Braden

Indicatori	Variabili			
	4	3	2	1
Percezione sensoriale	<i>Non limitata</i>	<i>Leggermente limitata</i>	<i>Molto limitata</i>	<i>Completamente limitata</i>
Umidità	<i>Raramente bagnato</i>	<i>Occasionalmente bagnato</i>	<i>Spesso bagnato</i>	<i>Costantemente bagnato</i>
Attività	<i>Cammina frequentemente</i>	<i>Cammina occasionalmente</i>	<i>In poltrona</i>	<i>Completamente allettato</i>
Mobilità	<i>Limitazioni assenti</i>	<i>Parzialmente limitata</i>	<i>Molto limitata</i>	<i>Completamente immobile</i>
Nutrizione	<i>Eccellente</i>	<i>Adeguate</i>	<i>Probabilmente adeguata</i>	<i>Molto povera</i>
Frizione e scivolamento		<i>Senza problemi apparenti</i>	<i>Problema potenziale</i>	<i>Problema</i>



# La scala di Norton Plus

Condizioni generali	Stato mentale	Capacità di camminare	Capacità di muoversi	Incontinenza	Punteggio A
4 Buone	Lucido ed orientato	Normale	Normale	No	
3 Discrete	Disorientato	Cammina solo con appoggio	Leggermente limitata	Occasionale	
2 Scadenti	Confuso	Costretto su sedia	Molto limitata	Abituale	
1 Pessime	Stuporoso	Costretto a letto	Immobile	Doppia	

# Per determinare l'elemento "rischio" di lesioni da decubito verificare anche l'esistenza di:

- Diagnosi clinica di diabete ..... SI
- Diagnosi clinica di ipertensione arteriosa ..... SI
- Ematocrito basso (M: <41%) ..... SI  
(F: <36%) .....
- Albuminemia <3.3 g/dl. .... SI
- Temperatura corporea >37.6°C ..... SI
- Uso di 5 o più farmaci ..... SI
- Modificazione dello stato mentale nelle ultime 24 ore  
con comparsa di confusione mentale o letargia SI

Attribuire 1 punto per ciascuna risposta SI = Punteggio B.

***PUNTEGGIO DELLA SCALA DI  
NORTON PLUS = Punteggio A - Punteggio B***

- Valori uguali o minori di 10 indicano un elevato rischio di insorgenza di piaghe da decubito.

# Identificare le condizioni morbose concomitanti più rilevanti da equilibrare

- Diabete mellito
- Ipertensione/ ipotensione arteriosa
- Diarrea
- Stati infettivi/ ipertermia
- Anemia
- Scompenso cardiaco
- Arteriopatie obliteranti
- BPCO
- Distiroidismi
- Alterazioni del sistema immunitario
- Insufficienza epatica (HCV correlate)
- Eccesso di sedazione nelle demenze

# SCREENING EMATOCHIMICO

- ✓ Emocromo
- ✓ Glicemia
- ✓ Azotemia, creatininemia, uricemia, Na, K
- ✓ QPE, Albuminemia, Trasferrinemia
- ✓ PCR
- ✓ AST, ALT
- ✓ Colesterolo totale
- ✓ Esame completo dell urine con urinocoltura e abg
- ✓ Amilasi, CPK, TSH

# Valutazione dello stato nutrizionale

1. Calcolare la percentuale di dimagrimento rispetto al peso ideale (Formula di Lorentz)
2. Calcolare l'indice di massa corporea (BMI)
3. Valutare l'alimentazione del soggetto
4. Valutare la presenza di sintomi che influenzano negativamente l'alimentazione  
(alterazioni psichiche o motorie, disfagia, vomito e diarrea)
5. Valutare la presenza di malattie che determinano un incremento delle richieste nutrizionali  
(malattie infiammatorie croniche, interventi di chirurgia maggiori, sepsi, tumori, tiroiditi, fratture multiple, piaghe da decubito)
6. Valutazione quantitativa della malnutrizione

# Formula di Lorenz per il calcolo del peso corporeo ideale

$$\text{Peso ideale} = \text{altezza (cm)} - 100 - \frac{\text{altezza (cm)} - 150}{x}$$

[x=2 per le donne e 4 per gli uomini]

# Determinazione della massa grassa

## BMI

Body Mass Index:  $[PC \text{ (Kg)} / AC2 \text{ (cm)} \text{ o } SS \text{ (cm)}] \times 10.000$

o più semplicemente

Body Mass Index:  $PC \text{ (Kg)} / AC2 \text{ (mt)}$

PC= peso corporeo

AC= altezza corporea

SS= statura stimata in base all'altezza del ginocchio



# Valutazione quantitativa della Malnutrizione

MALNUTRIZIONE	LIEVE	MODERATA	GRAVE
Albuminemia (g/dl)	3,4 - 2,8	2,7 - 2,1	< 2,1
Trasferrinemia (mg/dl)	200-150	150 -100	< 100
Linfociti / mmc	1800 - 1200	1199 - 800	< 800
Emoglobina (g/dl)	< 12 g/dl (nelle donne) - < 14 g/dl (negli uomini)		

# Indice di Plymouth

Indicatori	Variabili			
	1	2	3	4
Età	31-44	45-60	61-70	<30; >70
<b>Peso</b>	<i>Peso abituale e stabile</i>	<i>Perdita di peso &gt;10% negli ultimi 3 mesi</i>	<i>Perdita di peso &gt;10% nelle ultime 4-6 settimane</i>	<i>Estremamente magro, emaciato o cachettico</i>
<b>Appetito</b>	<i>Appetito abituale; capacità di mangiare tutto il cibo e bevande offerti</i>	<i>Appetito ridotto; lascia la metà della quantità di cibo offerto ai pasti</i>	<i>Appetito scarso; lascia la maggior parte del cibo ai pasti. Riluttante a bere</i>	<i>Appetito poco o nullo; rifiuta i pasti e le bevande; incapacità a mangiare</i>
<b>Abilità a mangiare</b>	<i>Capacità a mangiare e a bere normalmente e indipendentemente</i>	<i>Richiede aiuto per tagliare gli alimenti e portare il cibo alla bocca</i>	<i>Ha difficoltà a masticare e ha bisogno di una dieta liquida</i>	<i>Incapacità di mangiare e bere</i>
<b>Condizione medica e trattamento</b>	<i>Condizione medica non complicata, per es. infarto miocardico, aritmie cardiache, asma. Non interruzione dell'alimentazione</i>	<i>Post-intervento di chirurgia minore. Malattie gastrointestinali, infezioni, fratture alle ossa lunghe. Talora digiuno per eseguire esami</i>	<i>Postoperatorio di chirurgia massiva, fratture multiple. Numerosi periodi di interruzione dell'alimentazione per eseguire esami</i>	<i>Ustioni, cancro, fratture multiple. Radioterapia, chemioterapia. Interruzione dell'alimentazione per più di 24 ore</i>
<b>Funzione intestinale</b>	<i>Funzione intestinale normale</i>	<i>Sente nausea</i>	<i>Diarrea e/o vomito</i>	<i>Profusa diarrea + vomito o non funzionalità intestinale</i>
<b>Totale</b>				

**PUNTEGGIO DELL'ACCERTAMENTO NUTRIZIONALE:**

00-10	- Rischio minimo
11-18	- Rischio moderato
19-24	- Rischio elevato

# **I soggetti a rischio di malnutrizione o malnutriti devono essere inseriti in un piano di intervento e di monitorizzazione che include:**

- 🌸 Aiuto durante il pasto se non in grado di gestione autonoma**
- 🌸 Adeguatezza della consistenza dell'alimentazione (dieta semisolida/semiliquida)**
- 🌸 Assicurare un adeguato apporto nutrizionale per prevenire la malnutrizione, tenendo conto dei desideri del paziente.**

# In presenza di Lesioni Cutanee

1. Fornire almeno:

30-35 Kcal/kg/die

1.2-1.5 g di proteine/Kg/die

20-40 ml di acqua /Kg/die

2. **Fornitura di supporti nutrizionali** (dieta iperproteica, spuntini, integratori)
3. **Valutazione della patogenesi e correzione dei sintomi avversi** (vomito e diarrea)
4. **Monitorizzazione dell'alimentazione reale e dell'andamento dello stato di nutrizione:** controllo periodico del peso corporeo e degli esami ematochimici
5. **Integrazione costante di oligoelementi e vitamine** quali: Ferro, Zingolo, Magnesio, Vitamina C, A, D, E, Compl. B

# Formazione del care giver

- Un piano educativo può, a volte, essere lungo ed oneroso in termini di risorse umane, ma porterà sicuramente ad un miglioramento della qualità assistenziale, di vita del paziente e di chi lo assiste.

# Il care giver “formato” segue meglio i consigli sanitari con:



Tempi di guarigione



Spreco di materiale di medicazione



Autonomia

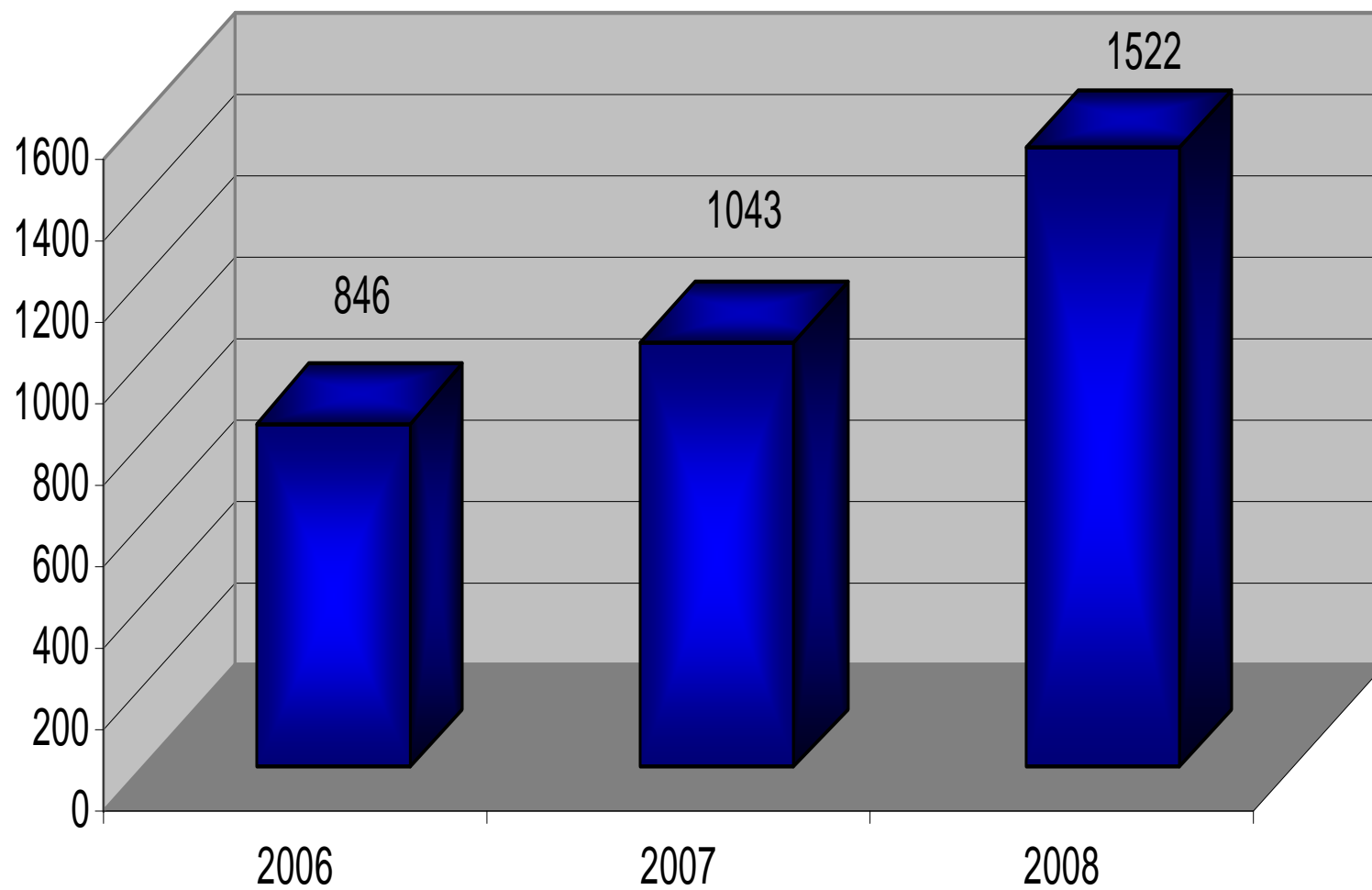


Accessi infermieristici



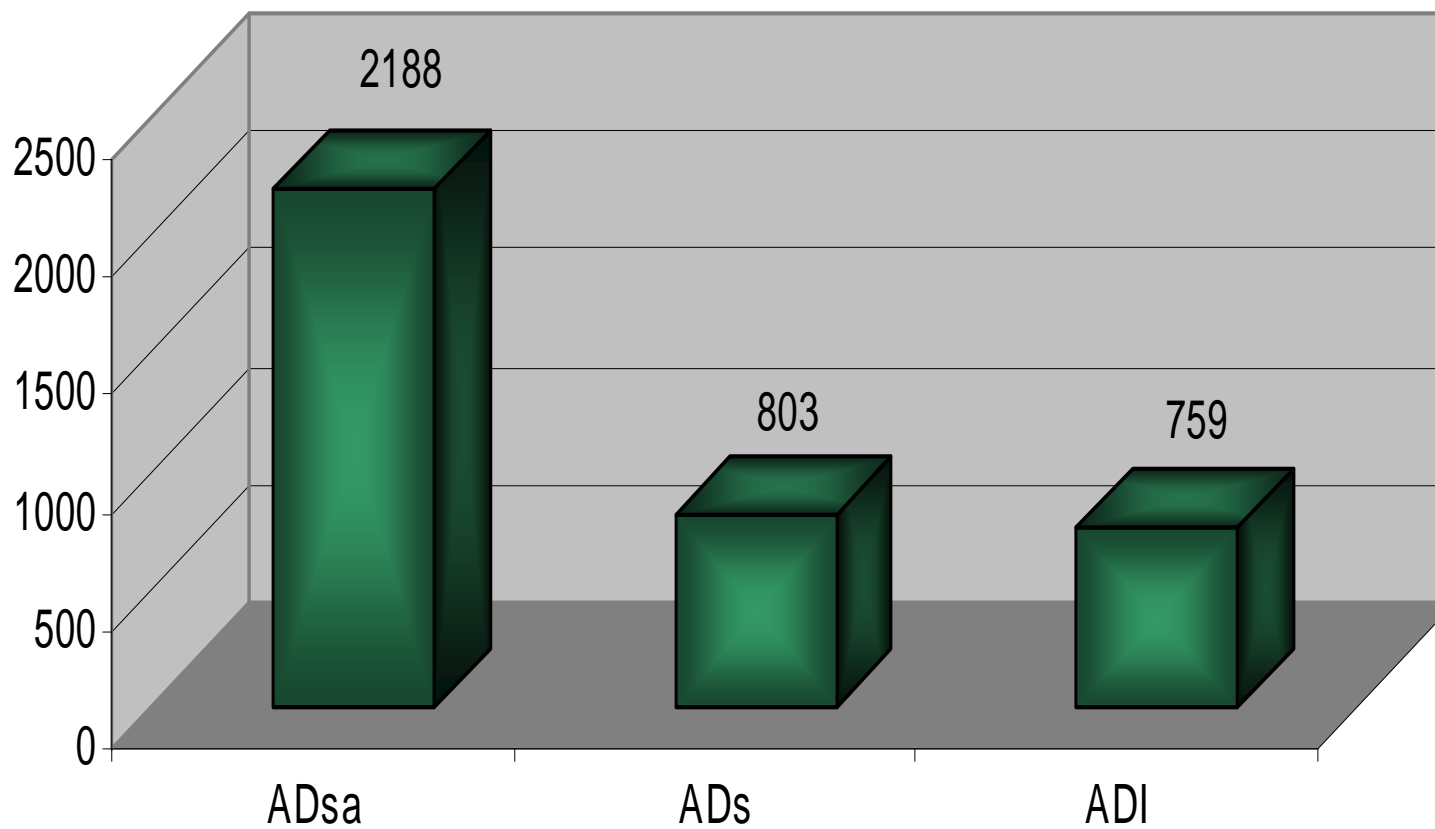
Ricoveri in strutture protette

## ADI - Pazienti presi in carico suddivisi per anno di attività



# ADI

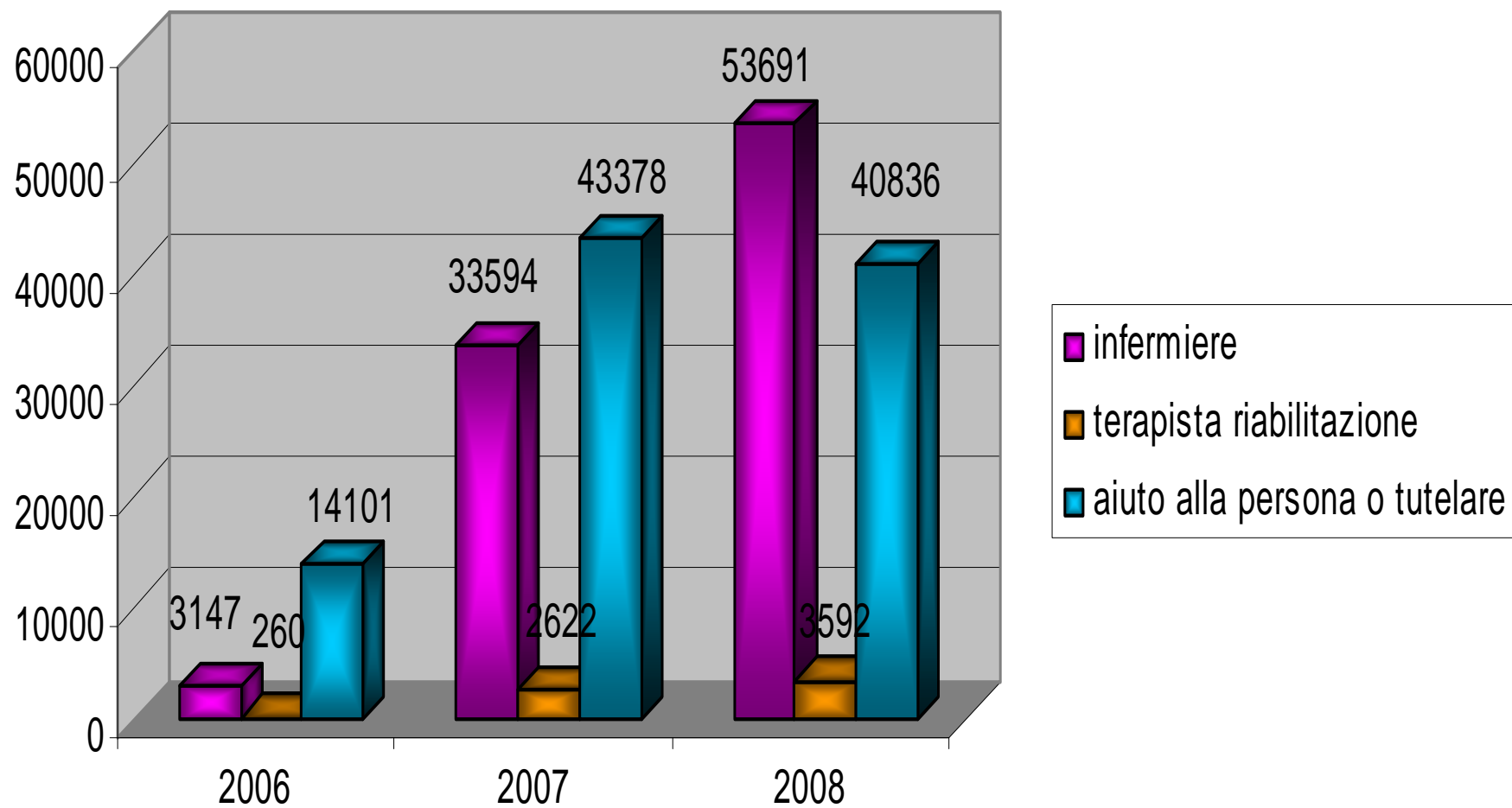
**soggetti presi in carico nelle diverse tipologie di assistenza nei tre anni di attività**





# ADI

## Numero di accessi suddivisi per anno e tipologia di prestazione

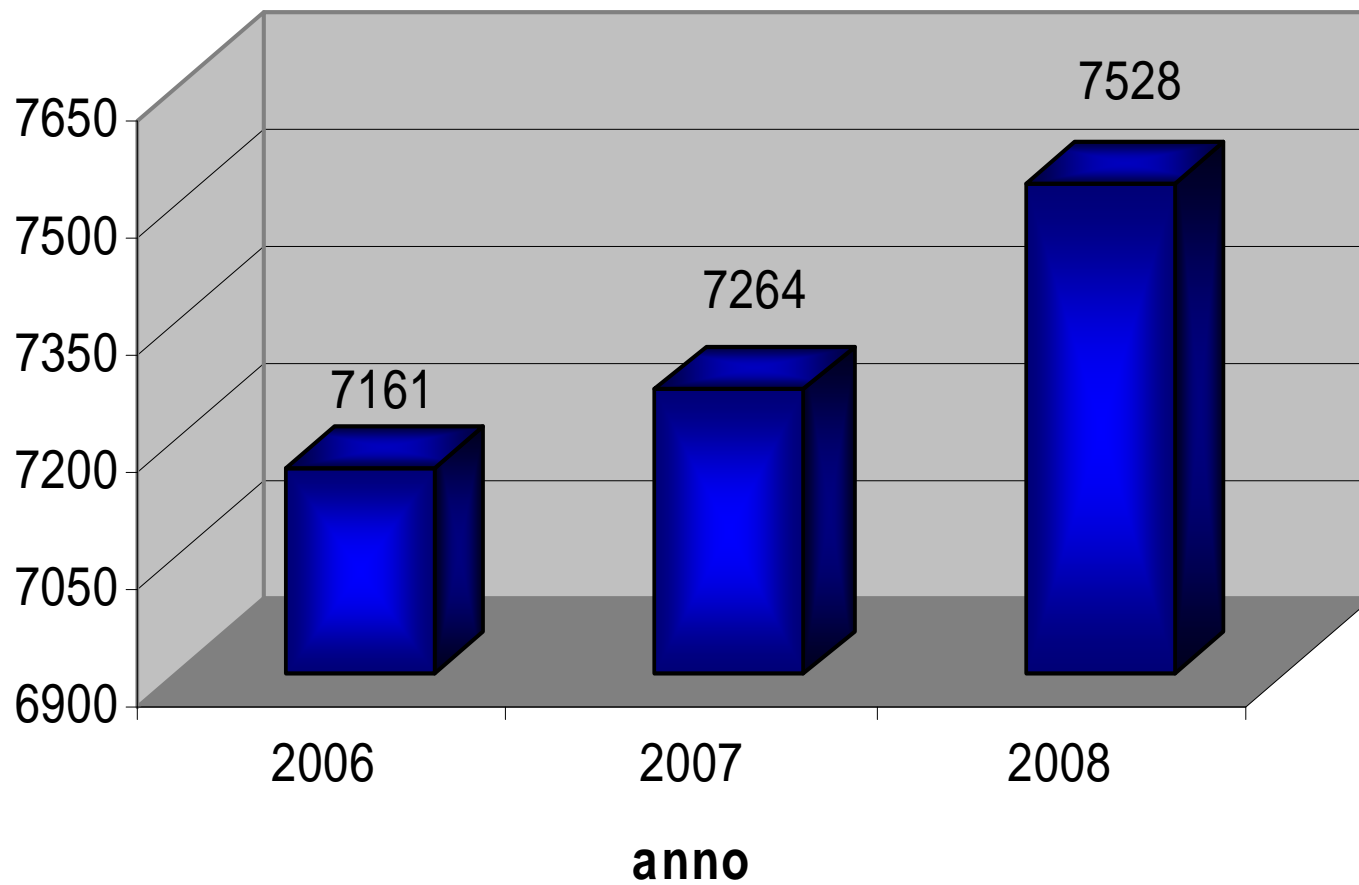


# Caratteristiche della popolazione assistita in ADG

<b>ANZIANI (n°)</b>	<b>694</b>
<b>Maschi/Femmine (%)</b>	<b>25.4 / 74.6</b>
<b>ETA' (anni)</b>	<b>80.7 <math>\pm</math> 3.5</b>

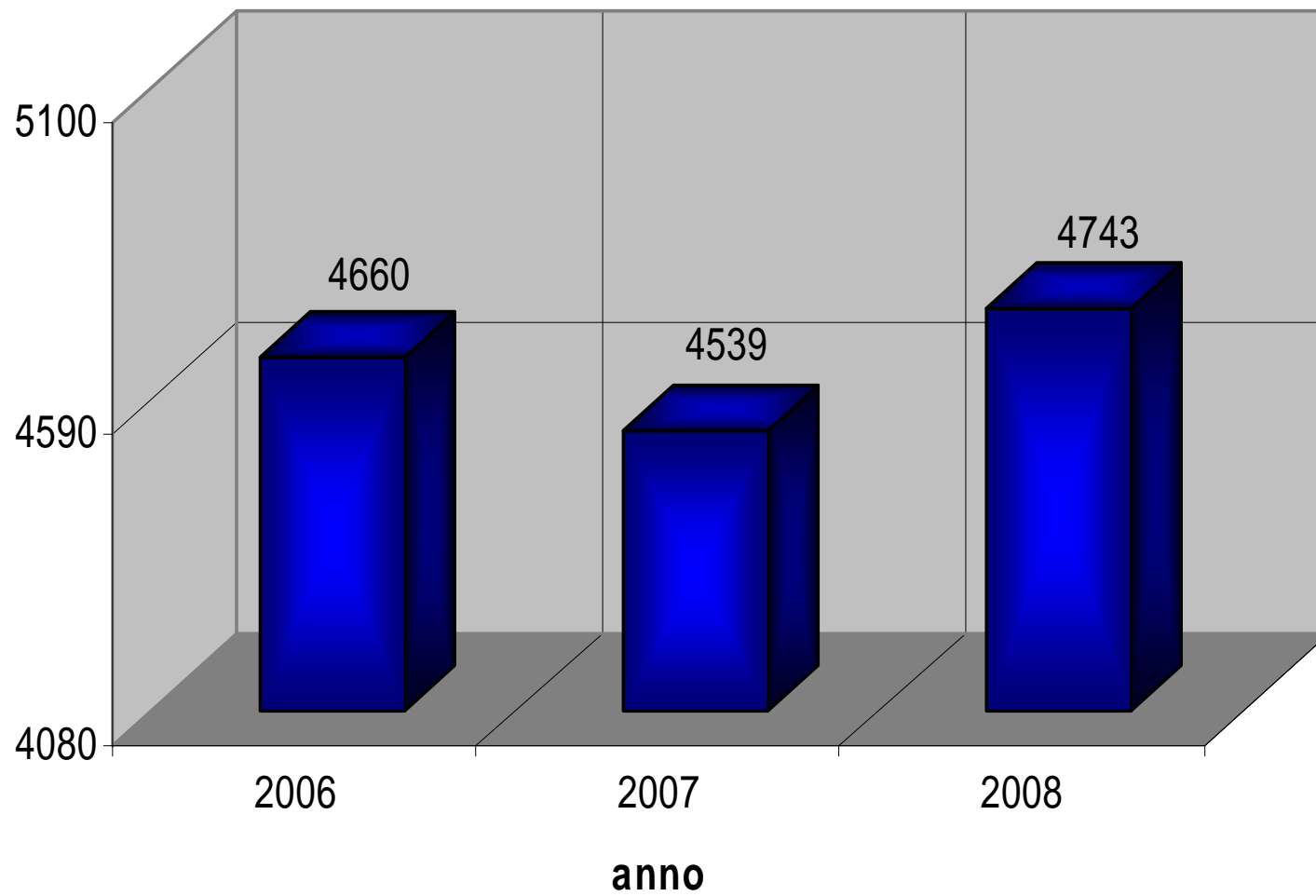
# ADG

**Numero di prestazioni effettuate per anno di attività**



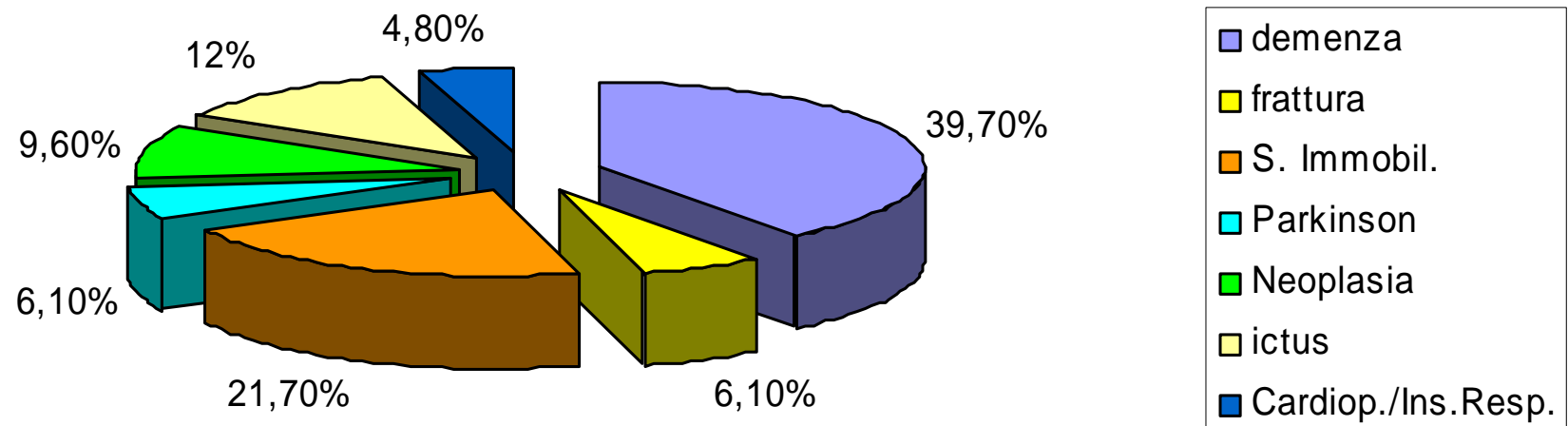
# ADG

Numero di accessi suddivisi per anno di attività



# ADG

## Frequenza di patologie nella popolazione in carico



**D.G.R.C. n° 396/2005**

*“Implementazione di un sistema  
di cure domiciliari”*

**Determina Settore Fasce Deboli  
n° 07/2008**

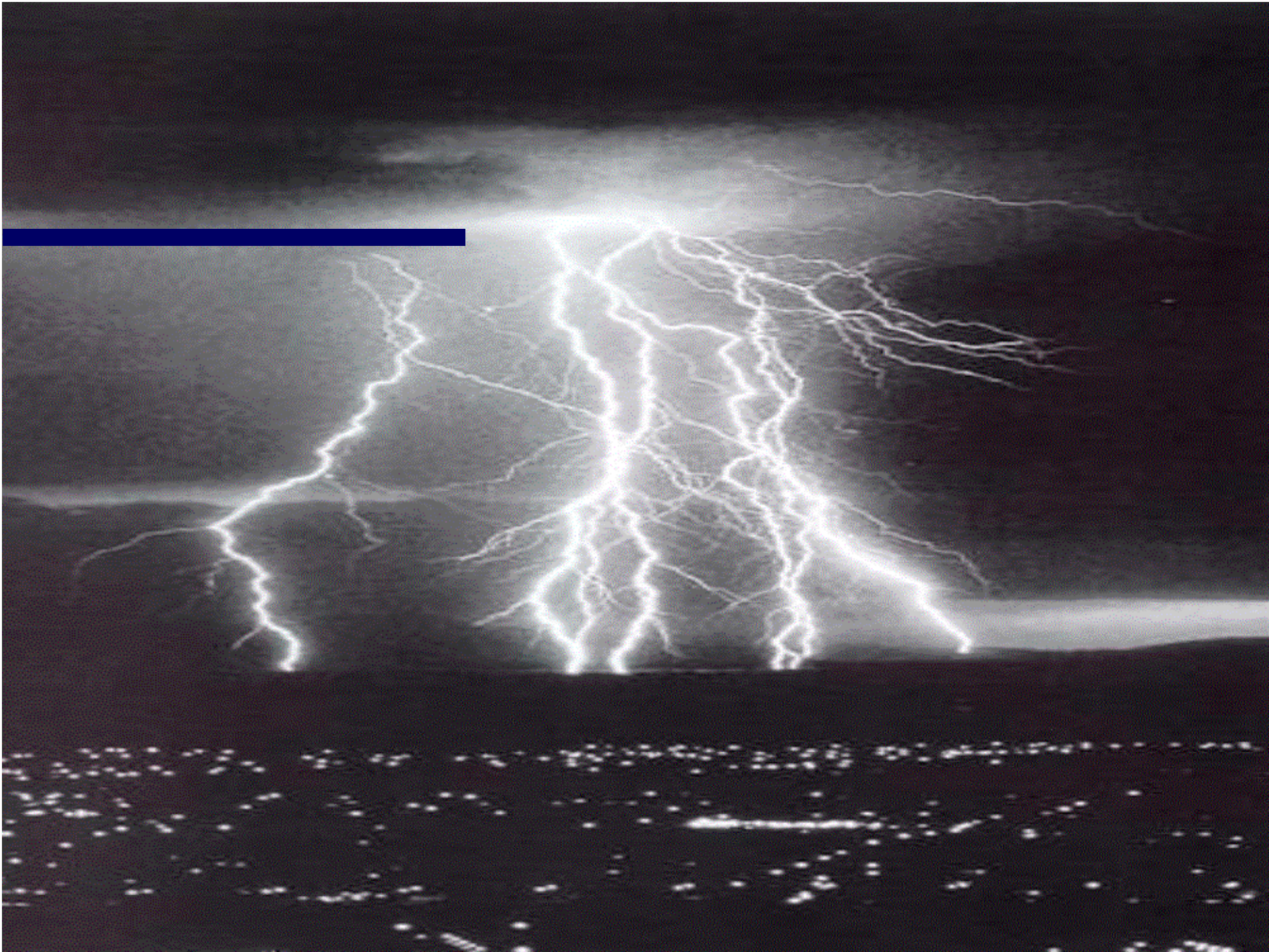
# IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA DI CURE DOMICILIARI - ASL NA 1

❁ Potenziare il sistema di cure domiciliari di I livello (ADI)

❁ Potenziare il sistema di cure domiciliari di II e III livello (NAD- ADO- AD x LdD)

❁ Attivare un secondo Centro di riferimento per LdD







A tropical sunset scene with palm trees and the text "GRAZIE PER L'ATTENZIONE" overlaid. The image shows a beach at sunset with palm trees in the foreground and the sun low on the horizon, casting a golden glow over the sky and water. The text is in a bold, yellow, serif font with a black outline, positioned across the middle of the image.

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**