

IL PROBLEMA DELLE LESIONI DA DECUBITO. Sperimentazione di un trattamento delle lesioni da decubito in una Casa di Riposo e ruolo del Medico di Medicina Generale nel sistema della residenzialità

GUIDO SAMPAOLO, MAICOL ONESTA*, MARILENA CAPRIOTTI**, STEFANO PIERANGELI***, SIMONA PIRANI****
*Medico di Medicina Generale, Tutor e Animatore di Formazione SIMG, Osimo (AN); * Specialista in Geriatria e
 Consulente Geriatra Casa Riposo "Bambozzi", Osimo (AN); ** Medico di Medicina Generale, Vicepresidente SIMG,
 Ancona; *** Medico di Medicina Generale e Presidente SIMG Ancona; **** Medico di Medicina Generale, Camerano (AN)*

INTRODUZIONE

L'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione e la capacità della medicina moderna di trattare eventi acuti o patologie croniche e degenerative, determina l'emergenza di una popolazione di pazienti per lo più anziani che, superato l'evento acuto o attraversati i primi stadi della patologia degenerativa, giunge alla cronicità della propria condizione e spesso alla perdita della autosufficienza.

I moderni nuclei familiari possiedono una scarsa capacità di fornire un adeguato supporto assistenziale ai componenti anziani. Le strutture ospedaliere moderne mostrano inoltre la tendenza a fornire sempre più risposte rapide e solo agli eventi acuti, escludendo l'assistenza alle situazioni rappresentate dalle patologie croniche che necessitano di un elevato carico assistenziale medico e infermieristico.

Si è così venuta a creare negli ultimi decenni la necessità di individuare strutture assistenziali per gli anziani non più autosufficienti che necessitano di un'organizzazione socio-assistenziale di livello adeguato. Queste strutture sono configurate nel cosiddetto Sistema della Residenzialità (SR).

Le persone anziane che vivono presso una Casa di Riposo (CdR) sono spesso portatrici di patologie croniche e degenerative che determinano una "sindrome da immobilizzazione". Per questo motivo in tali soggetti l'incidenza delle Lesioni da Decubito (LD) è particolarmente elevata. Si calcola infatti una prevalenza di piaghe da decubito pari al 2% in una popolazione di età ≥ 65 anni e del 5% in una popolazione di età ≥ 75 anni^{1 2}. La prevalenza di LD negli ospiti della CdR "Bambozzi" di Osimo è compresa tra il 3 e il 5%.

Le patologie suddette e l'immobilizzazione conseguente determinano l'instaurarsi di fattori favorevoli all'insorgenza delle LD: fattori, locali (ipoperfusione e ischemia persistenti o prolungate di zone cutanee sottoposte a pressione di compressione maggiore della pressione nel sistema capillare cutaneo, forze di stiramento o di taglio, forze di attrito) e sistemici (età, malnutrizione, malattie arteriose ed ipotensione), che richiedono l'individuazione "precoce" dei soggetti ad alto rischio per tali lesioni e l'attuazione di misure preventive adeguate

per ridurre le sofferenze, i carichi di lavoro ed il costo causati da questa complicanza.

Per ogni paziente ammesso ad una struttura sanitaria o residenziale è necessario pertanto valutare l'esistenza dei fattori di rischio di insorgenza di LD, sia all'ingresso che in coincidenza di modificazioni dello stato clinico. I più noti sono: immobilità, inattività, malnutrizione, incontinenza fecale o urinaria, diminuita sensibilità periferica. Ci sono numerose scale di valutazione del rischio: *Braden Scale* (All. A), *Norton Scale* (All. B), *Gosnell Scale*; quest'ultima è stata costruita modificando la *Norton Scale* e aggiungendo la diagnosi clinica del paziente, i segni vitali, il peso, l'altezza, la descrizione della cute, la sensibilità cutanea ed il tipo di medicazione effettuata. Il range varia da 5-20; i pazienti al di sotto di 16 sono a rischio di sviluppare LD.

In presenza di fattori di rischio si prenderanno vari provvedimenti: la cura della cute, la riduzione delle forze pressorie, un adeguato piano nutrizionale, la valutazione dello stato psico-sociale, la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza.

Le LD sono causa di elevata mortalità e "morbilità", nonché di elevata spesa sanitaria sia per effettuazione delle quotidiane medicazioni, sia perché la loro gestione coinvolge diverse figure professionali, mediche e paramediche; sono causa di ricovero ospedaliero per effettuare toilette chirurgica e di frequente accesso all'ambulatorio chirurgico dell'Ospedale per le successive medicazioni. L'incidenza delle lesioni da decubito è un indicatore negativo della qualità della vita e dell'assistenza; la loro presenza ha un significato prognostico sfavorevole³.

L'attuale sfida per la Medicina Generale (MG) è rappresentata dalla gestione della cronicità. Il Medico di Medicina Generale (MMG) è probabilmente la figura medica tra quelle appartenenti al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) in grado di fornire la risposta sanitaria più appropriata nel SR. Poiché opera in continuo rapporto col SSN è in grado di fornire un'appropriatezza assistenza sanitaria nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Possiamo quindi considerare l'assistenza fornita dalla MG nel SR [Casa di Riposo (CdR), Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Case Albergo, Nucleo Assistenza Residenziale (NAR), Case Protette,

Allegato A: Indice di Braden

INDICATORI	VARIABILI			
	4	3	2	1
PERCEZIONE SENSORIALE	NON LIMITATA	LEGGERMENTE LIMITATA	MOLTO LIMITATA	COMPLETAMENTE LIMITATA
Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione	Risponde agli ordini verbali: non ha deficit sensoriali che limitano la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio	Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione o Ha impedimento al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità	Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi o Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore o disagio almeno per la metà del corpo	Non vi è risposta (non geme, non si contrae o afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza od alla sedazione o Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo
UMIDITÀ	RARAMENTE BAGNATO	OCCASIONALMENTE BAGNATO	SPESSE BAGNATO	COSTANTEMENTE BAGNATO
Grado di esposizione della pelle all'umidità	La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine	La pelle è occasionalmente umida, chiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno	Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno	La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova bagnato
ATTIVITÀ	CAMMINA FREQUENTEMENTE	CAMMINA OCCASIONALMENTE	IN POLTRONA	COMPLETAMENTE ALLETTATO
Grado di attività	Cammina al di fuori della camera almeno due volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo)	Cammina occasionalmente durante il giorno ma per breve distanza con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia	Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia o sulla sedia a rotelle	Costretto a letto
MOBILITÀ	LIMITAZIONI ASSENTI	PARZIALMENTE LIMITATA	MOLTO LIMITATA	COMPLETAMENTE IMMOBILE
Capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo	Si sposta frequentemente e senza assistenza	Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo	Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto	Non può far alcun cambiamento di posizione senza assistenza
NUTRIZIONE	ECCELLENTE	ADEGUATA	PROBABILMENTE INADEGUATA	MOLTO POVERA
Assunzione usuale di cibo	Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori	Mangia più della metà dei pasti 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori o Si alimenta artificialmente con Terapia Parenterale Nutrizionale (TPN), assumendo il quantitativo nutrizionale necessario	Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari o Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con sondino naso-gastrico)	Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. 2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore o È a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni

(segue)

(continua)

FRIZIONE E SCIVOLAMENTO		SENZA PROBLEMI APPARENTI	PROBLEMA POTENZIALE	PROBLEMA
		Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti	Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare	Richiede da una moderata ad una massima assistenza nei movimenti o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costante attrito contro il piano del letto o della poltrona
Totale indice. Rischio elevato inferiore o uguale a 16				

Allegato B: Indice di Norton

CONDIZIONI GENERALI	STATO MENTALE	DEAMBULAZIONE	MOBILITÀ	INCONTINENZA
4 - Buone	4 - Lucido	4 - Normale	4 - Piena	4 - Assente
3 - Discrete	3 - Apatico	3 - Cammina con aiuto	3 - Moderatamente limitata	3 - Occasionale
2 - Scadenti	2 - Confuso	2 - Costretto su una sedia	2 - Molto limitata	2 - Abituale (urine)
1 - Pessime	1 - Stuporoso	1 - Molto limitata	1 - Immobile	1 - Doppia
Punteggio: Rischio minimo 16-20; Rischio medio 10-15; Rischio elevato 5-9				

Ospedali di Comunità, Hospice, ecc.] come un'estensione dell'assistenza domiciliare del paziente, attività assolutamente peculiare del MMG.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

1. Valutare l'appropriatezza di un metodo di trattamento delle lesioni da decubito attraverso una ricerca sperimentale.
2. Valutare la capacità del MMG di offrire una assistenza appropriata nel sistema della residenzialità.

MATERIALI E METODI

Presso la CdR "Bambozzi" di Osimo è stato adottato per un periodo di 4 mesi il metodo "condivisione" per la medicazione delle LD⁴. Il metodo prevede:

- l'utilizzo di medicazioni di tipo avanzato a base di Idrogel, Idrocolloidi, Aquacel ed Aquacel Ag, che vengono cambiate ogni 2-3 giorni in base al tempo di permanenza indicato per i singoli prodotti;
- la compilazione di schede relative allo stato di salute dei pazienti, al tipo di medicazione effettuata, allo stadio della lesione, all'evoluzione della situazione;
- l'osservazione e la valutazione delle dimensioni delle lesioni (e quindi dell'evoluzione) durante il periodo di sperimentazione.

RISULTATI

Sono stati inclusi nel progetto 8 soggetti (7 donne 1 uomo) residenti nella CdR, di età compresa tra 76 e 90 anni, con lesioni da decubito al III e IV stadio (secondo la stadiazione proposta dal *National Pressure Advisory Panel*, NPUAP) (Fig. 1) al momento dell'entrata nel progetto.

L'utilizzo di questo particolare tipo di medicazioni avanzate ha portato ad un miglioramento delle lesioni da decubito con una riduzione del grado di severità in tutti i pazienti inclusi nello studio (Figg. 2-5). In sei di essi si è avuta una guarigione completa delle lesioni. Si sono verificati 2 decessi; in questi pazienti si è verificato un miglioramento delle piaghe da decubito ma non una loro guarigione. Le cause del decesso sono da addebitare alle gravi condizioni cliniche e metaboliche in pazienti affetti da pluripatologie allo stato terminale. L'adesione dei MMG alla valutazione delle LD, alla valutazione multidimensionale dei pazienti ed alla definizione dello schema operativo-terapeutico (modalità e tipologia delle medicazioni) sono risultate nel singolo caso razionali ed appropriate; tuttavia l'intervento del MMG il più delle volte è risultato estemporaneo, non coordinato col resto dell'équipe e quindi poco incisivo sulla necessaria continuità delle cure.

- Stadio 1:** eritema della pelle (non lacerata) non reversibile alla digitopressione; il segnale preannuncia l'ulcerazione della pelle
- Stadio 2:** ferita a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma. L'ulcera è superficiale e si preannuncia clinicamente come un'abrasione, una vescica o una leggera cavità
- Stadio 3:** ferita a tutto spessore che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo che si può estendere fino alla fascia sottostante, ma senza attraversarla. L'ulcera si presenta clinicamente come una profonda cavità che può o non può essere sottominata
- Stadio 4:** ferita a tutto spessore con estesa distruzione dei tessuti, necrosi o danno ai muscoli, ossa o strutture di supporto (es. tendini, capsula articolare, ecc.)

Figura 1
Stadiazione delle lesioni da decubito secondo il NPUAP.



Figura 2
L.D. tallone III stadio.



Figura 4
L.D. sacro IV stadio.



Figura 3
L.D. tallone dopo trattamento.



Figura 5
L.D. dopo la sperimentazione.

CONCLUSIONI

Appropriatezza del metodo Condivisione

Il progetto Condivisione è stato effettuato utilizzando sistemi di medicazione di tipo avanzato a base di Idrocolloidi, Idrogel, Aquacel e Aquacel Ag. Per medicazione avanzata si intende una medicazione che sia conforme ai seguenti parametri:

- che rispetti il microambiente umido;
- che sia isolante nei confronti dei germi e mantenga una temperatura costante;
- che faciliti e controlli la rimozione di materiale necrotico e dell'essudato;
- che sia maneggevole e mantenga un buon rapporto tra costo e beneficio.

Attualmente le medicazioni di tipo avanzato soddisfano

i requisiti richiesti ad una medicazione ideale: sono infatti medicazioni non lesive, ma rispettose dei fisiologici processi di riparazione tissutale.

Gli *idrocolloidi* sono medicazioni composte da carbossimetilcellulosa, pectina e gelatina che stimolano i fattori di crescita tissutali; le nuove versioni sono arricchite con ioni argento. Possono essere utilizzate per lesioni superficiali (come medicazione primaria), in ulcere asciutte in fase di granulazione o di riepitizzazione cambiando la medicazione ogni 3-6 giorni, o come medicazione secondaria nelle lesioni profonde in associazione a prodotti indicati per lo sbrigliamento sostituendole ogni 24-48 ore.

I vantaggi offerti dagli idrocolloidi sono principalmente tre: forniscono un ambiente ipossico per promuovere la granulazione, riducono il disagio della ferita, e sono facilmente rimovibili. Presentano però alcuni svantaggi: possono macerare l'area attorno alla ferita, possono colare se l'essudato è abbondante, possono promuovere ipergranulazione, possono produrre odore dalla ferita.

Gli *idrogel* sono dei gel ad elevato contenuto di acqua per promuovere una rapida autolisi/granulazione. Sono indicati per il *debridement* autolitico di necrosi nere e secche, e per le ferite granuleggianti perché creano e mantengono umido il letto della ferita. Vanno applicati su lesioni colliquate o necrotiche, maleodoranti, con scarso essudato, poiché sono in grado di reidratare i tessuti necrotici, di attivare i processi di autolisi e stimolare il tessuto di granulazione. Il cambio della medicazione va effettuato a intervalli compresi tra le 24-72 ore.

I vantaggi di questo tipo di medicazione sono rappresentati dal fatto che mantengono umido il letto della ferita, riducono il disagio della ferita e sono facilmente rimovibili. Possono però macerare l'area attorno alla ferita e colare se l'essudato è abbondante.

Le *medicazioni all'argento* sfruttano le potenti proprietà antimicrobiche dell'argento stesso che blocca il sistema respiratorio enzimatico (cioè la produzione di energia) e altera il DNA microbico e la parete cellulare. Vanno applicate per prevenire o abbattere la carica batterica, promuovono le condizioni per la guarigione delle lesioni e presentano una lunga durata d'azione (possono essere sostituite ogni 3-7 giorni), permettendo così di diradare i cambi delle medicazioni lasciando la lesione indisturbata. Vanno però applicate per un periodo di tempo limitato perché possono creare fenomeni di ipersensibilizzazione; presentano inoltre un elevato costo^{5 6}.

Ovviamente non si è provveduto solamente alla medicazione delle lesioni da decubito, ma si sono adottati i sistemi di supporto (materassino antidecubito, archetto alzacoperte, sponde di contenimento, cuscini di posizionamento) necessari per la guarigione delle lesioni secondo le indicazioni fornite dalle linee guida internazionali^{3 8}.

Molte delle lesioni da decubito si possono prevenire, tenendo conto dei fattori di rischio determinanti e utilizzando procedure che possano migliorare la qualità

dell'assistenza. È però vero che molti pazienti giungono al SR dopo un ricovero ospedaliero prolungato e presentano già lesioni da decubito in vari stadi di evoluzione. Così la valutazione del rischio, il corretto posizionamento del paziente (con riduzione delle forze di compressione), lo stato nutrizionale, la valutazione corretta dell'ulcera (sede, profondità, dimensioni), l'efficacia del trattamento entro le quattro settimane, le procedure attuate (che comprendono non solo la pulizia chirurgica con eventuale riconoscimento batteriologico ed il bendaggio umido), rappresentano elementi di giudizio per definire la qualità degli interventi.

Ruolo del Medico di Medicina Generale nella residenzialità

Il SR rappresenta nella Regione Marche (Osimo si trova in provincia di Ancona) una rete di strutture in grado di funzionare come sistema scambiatore tra Ospedale e domicilio, fortemente integrato con il Distretto di cui potenzia le risposte assistenziali in favore dei bisogni di salute dei cittadini, in particolare quelli anziani oppure affetti da patologie croniche, alternativo al ricovero ospedaliero in particolare in quelle condizioni in cui risulta appropriato un regime assistenziale più attento ai bisogni di assistenza della persona. Esso inoltre rappresenta un sistema dove realizzare percorsi clinico-assistenziali per la gestione delle patologie cronico-degenerative o delle fasi di scompenso e/o riacutizzazione di condizioni cliniche ormai definite e già precedentemente diagnosticate, associate o meno ad esigenze di tipo socio-assistenziale. In particolare comprende un insieme funzionale di strutture quali Ospedale di Comunità, Hospice, le varie tipologie di RSA, NAR, CdR, ecc. ovvero strutture a bassa medicalizzazione dove prioritario è l'aspetto di assistenza alla persona e la responsabilità clinica è ricondotta al MMG⁹.

Crediamo che oggi il ruolo svolto dal MMG all'interno del SR sia di primaria importanza per la salute (intesa nella sua più ampia definizione) delle persone che ci vivono. Il MMG infatti:

- rappresenta lo Stato ed opera per esso attraverso il SSN o il Servizio Sanitario Regionale (SSR);
- agisce secondo il criterio della appropriatezza (intesa come grado di utilità di una prestazione, intervento, farmaco, luogo di cura) rispetto al problema clinico e allo stato delle conoscenze;
- agisce secondo standard qualitativi per fornire efficacia, efficienza e appropriatezza al servizio reso al SSN;
- adotta linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici scientificamente validati e condivisi dagli attori del sistema di cure;
- rende disponibili i LEA garantiti dal SSN e SSR;
- lavora in rete, o in associazione, o in future équipe che permetteranno una migliore erogazione della assistenza.

Questa indagine, valutando il ruolo del MMG nella

gestione integrata delle LD, ha evidenziato diverse criticità nell'erogazione dell'assistenza delle cure primarie. Abbiamo potuto riscontrare una forte variabilità nella presenza e nell'impegno dei vari MMG all'interno della CdR che, di riflesso, si ripercuote qualitativamente e quantitativamente sull'assistenza erogata al singolo ospite. Così alcuni MMG hanno collaborato con l'équipe socio-assistenziale della CdR [composta da: Medico Geriatra, Infermiere Professionale (IP), Operatore Socio Sanitario (OSS), Fisioterapista, Operatore Socio Assistenziale (OSA)] ed hanno partecipato alla redazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI), che ha compreso anche il metodo di prevenzione e cura delle LD.

È pur vero che molte criticità non permettono di fatto a tutti i MMG di impegnarsi all'interno del SR:

- difficoltà a partecipare alle riunioni dell'UVG (Unità Valutativa Geriatrica) o dell'équipe interna per motivi di incompatibilità e di *timing*;
- elevato carico burocratico/amministrativo che accanto alle necessità manageriali e gestionali della MG limitano le capacità professionali dedicate al SR;
- il SR stesso che tende a rifiutare la presenza del MMG, visto spesso come un estraneo all'Équipe e in quanto medico del SSN poco "sfruttabile" per accontentare i falsi bisogni di salute che vengono richiesti dalla struttura o dai familiari.

Sarebbe invece auspicabile un modello assistenziale all'interno del SR che torni a privilegiare la MG proprio per le peculiarità sopra esposte e per il ruolo di "garante" del SSN svolto dal MMG su tutti i cittadini in ogni fase della loro vita e presso ogni luogo di cura.

Sarebbe altrettanto auspicabile che la MG sapesse organizzarsi per erogare con continuità l'assistenza nel SR. A tal proposito il prossimo Accordo Integrativo Regionale può fornire gli strumenti che consentono alla MG di operare in tal senso.

Occorre infine procedere ad una Formazione Specifica per la MG che prepari in modo adeguato il MMG ad una corretta assistenza geriatrica anche tramite una efficiente organizzazione gestionale delle forme dell'associazionismo [(gruppo, rete, unità territoriale di assistenza primaria (UTAP)].

Bibliografia

¹ AISLeC. *Quarta ricerca epidemiologica sulle lesioni cutanee in ambito domiciliare e geriatrico*. XIII Congress EWMA, Pisa 2003.

² Moro ML, Mongardi M, Marchi M. *Infezioni e lesioni da decubito*

nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in 3 aziende USL dell'Emilia Romagna. In: Collana dossier, agenzia sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna 2003, dossier 76.

³ Pasqualini R, Mussi C, Salvioi G. *Linee guida per la prevenzione e la terapia delle lesioni da decubito*. G Gerontol 2001;49:871-7.

⁴ Programma Condivisione ConvaTec. *La gestione del paziente con Lesione Cutanea dalla prevenzione alla dimissione*. Genova: Istituto Piccolo Cottolengo Don Orione 2004.

⁵ Romanelli M. *Le medicazioni avanzate*. In: Monti M, ed. *L'ulcera cutanea: approccio multidisciplinare alla diagnosi ed al trattamento*. Milano: Springer 2000, p. 441-53.

⁶ Colosso A. *Le lesioni cutanee*. Manuale clinico 2004.

⁷ Marazzi M. *Linee guida per il trattamento delle ferite difficili*. Istituto di Chirurgia Plastica dell'Università di Milano 1998.

⁸ AISLeC. *Ausili e presidi per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da decubito*. Editrice MA.RO 1998.

⁹ Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale 2001/2005, articolo 12. *Assistenza Domiciliare Residenziale e Sistema della Residenzialità*.

