

ALCUNI CONTENUTI

- **La protesi di spalla nelle fratture a 3-4 frammenti dell'omero prossimale: quali indicazioni nel paziente anziano?**
- **Trattamento con fissazione esterna ibrida delle fratture diafisarie e articolari di gamba nel paziente anziano**
- **L'utilizzo di lembi muscolari peduncolati nella gestione delle infezioni periprotetichesche dell'anziano**
- **Influenza dell'osteosarcopenia sul bone healing**
- **Osteonecrosi del condilo femorale trattata con tecnica duplice mediante BIOUScrew artroscopicamente assistita**
- **Le fratture da fragilità: aspetti medico legali**

Il decubito come complicanza: valutazione dei rischi

L. Pastorelli

Docente Incaricato di Teoria del Rischio
Ceo del Gruppo Schult'z

ABSTRACT

In Italia con le vigenti normative gli operatori sanitari (infermiere, fisioterapista, medico, ciascuno nelle rispettive funzioni e ruoli) non solo hanno l'obbligo di attuare interventi assistenziali atti a prevenire l'insorgenza delle lesioni da pressione, nei soggetti a rischio di sviluppo, ma hanno anche l'obbligo di segnalare alla loro Direzione Sanitaria la mancata disponibilità di presidi antidecubiti, medicazioni avanzate e tutto il materiale indispensabile alla prevenzione e alla cura della suddetta patologia. La normativa vigente precisa che l'assistenza sanitaria è di natura tecnica, relazionale ed educativa. Ciò presuppone non solo un approccio sistemico nella valutazione del rischio da lesione da pressione, che può permettere un miglioramento della qualità di vita del paziente, una riduzione del carico di lavoro sanitario e una significativa riduzione dei costi sanitari.

A ciò si deve aggiungere la necessità di un cambio radicale nell'approccio, ovvero "occorre non trattare la patologia a sé stante ma in relazione al paziente specifico alla sua identità di genere". A tal fine nel presente lavoro accademico si illustrano le risultanze di uno specifico indice di rischio in sanità (Index Health Risk) finalizzato a valutare l'impatto della complicanza nella lesione da pressione sulla mortalità riconducibile ai servizi sanitari (mortality amenable to healthcare services). Indice di rischio che è stato elaborato mediante l'applicazione della nostra funzione LER (Law Engineering Risk).

INTRODUZIONE

La valutazione del rischio sanitario è oggi uno dei principali temi, in quanto unitamente all'aumento della spesa sanitaria e alla sicurezza e appropriatezza delle cure e dei trattamenti sanitari, vi è la necessità di comprendere l'attivismo del settore assicurativo nei confronti del settore sanitario. In RC-Medica dal punto di vista contrattuale si è passati dal sistema risarcitorio *loss occurrence* (in cui la polizza copre i danni conseguenti a errori provocati nel periodo di validità del contratto) al sistema *claims made* (dove la polizza copre i danni conseguenti a richieste di risarcimento pervenute nel periodo di validità del contratto) che ha permesso alle compagnie di assicurazione di circoscrivere il proprio intervento alle richieste di risarcimento relative ai contratti in corso.

L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) ha introdotto il concetto di mortalità riconducibile ai servizi sanitari definibile come: "la mortalità riconducibile ai servizi sanitari che comprende quei decessi prematuri che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure

efficaci e tempestive per i quali esistono interventi diagnostico-terapeutici efficaci". Questo risulta essere un parametro essenziale per la valutazione delle performance dei servizi sanitari. Nonostante ciò in Italia non si è ancora compreso che i decessi riconducibili ai servizi sanitari sono soprattutto il risultato delle disuguaglianze tra le varie aree del Paese e che il più alto livello di mortalità per le persone con età superiore ai 75 anni è sovente determinato da una diversità di genere (si consideri che l'approccio della medicina di genere prende in considerazione l'impatto del genere sulla fisiologia, sulla fisiopatologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie umane; con tale concetto di medicina di genere ci si riferisce all'interrelazione e integrazione tra il sesso e il comportamento psicologico e culturale dell'individuo). In aggiunta a tale aspetto questo lavoro accademico mira a dimostrarne anche la correlazione della morte del paziente anziano con la comparsa di complicanza riferita a una lesione da pressione.

Su tale premessa metodologica ho sviluppato uno specifico indice di rischio sanitario (index health risk) che ha l'intenzione di monitorare e valutare la comparsa della complicanza nel paziente affetto da lesione da pressione.

Tale indice è tanto più necessario in relazione a un continuo ridimensionamento della spesa sanitaria che da una parte dimostra che i brevi vantaggi di risparmio ottenuti tendono ad annullarsi o decrescere nel tempo, anche e soprattutto in relazione alla diminuzione delle cure e della prevenzione in diverse fasce della popolazione prettamente quella anziana.

La presente analisi applicata a una specifica patologia dell'età avanzata, cioè la lesione da pressione, dimostra in primis un "significativo incremento dei costi di ospedalizzazione e cura per l'insorgenza di una complicanza nella misura del 35%".

La lesione da pressione è descritta come un'area localizzata di danno tissutale causata da pressione, trazione, frizione o da una combinazione di questi fattori, che solitamente si sviluppa in corrispondenza di prominenze ossee e la cui gravità viene classificata in quattro distinti stadi clinici (si evidenzia che negli Usa occorre aggiungere due ulteriori stadi).

Nella classificazione si tiene conto della correlazione tra la posizione assunta dal paziente e le sedi anatomiche delle lesioni. In letteratura medica sono individuate le zone anatomiche dove si determineranno con maggiore probabilità in relazione alla posizione del corpo le lesioni da pressione.

Nella posizione supina esse interessano la regione sacrale, l'apofisi spinose vertebrali, la spina della scapola, la nuca e i talloni.

Nella posizione laterale esse interessano invece la regione trocanterica, la cresta iliaca, i malleoli, il bordo esterno del piede, il ginocchio, la spalla, il gomito e il padiglione auricolare.

Nella posizione prona esse interessano lo zigomo, la regione temporale, il padiglione auricolare, le arcate costali e la spina iliaca antero-superiore.

Nella posizione seduta, infine, esse interessano il gomito, il coccige, la regione ischiatica e le aree compresse dai bordi della sedia, da ciambelle da cuscini.

La principale causa che dà origine alla lesione è la prolungata pressione. La sofferenza dei tessuti si manifesta quando le forze che agiscono su un punto della cute superano la pressione del sangue presente nei capillari arteriosi e venosi. Se la pressione persiste nel tempo questa produce nelle cellule anossia (insufficiente ossigenazione) e acidosi (accumulo di acidi nell'organismo) con conseguente morte cellulare.

La letteratura medica prevede l'effettuazione di una tempestiva valutazione dei rischi finalizzata ad ottenere una migliore pianificazione dell'assistenza sanitaria al paziente, tale valutazione deve essere ripetuta periodicamente non solo per verificare l'efficacia delle misure attuate ma anche per dimostrare da parte del personale sanitario la propria diligenza adeguata nel caso di loro coinvolgimento in un contenzioso giudiziario e assicurativo.

PRATICA CLINICA

La pratica clinica evidenzia che la maggiore parte delle lesioni da pressione si sviluppa rapidamente nelle prime settimane di ospedalizzazione o allettamento domiciliare.

Le sedi più frequentemente colpite sono l'osso sacro per il 43%, il grande trocantere per il 12%, il tallone per l'11%, le tuberosità ischiatiche per il 5% e i malleoli laterali per il 6%.

La sede di comparsa in relazione al setting assistenziale varia (1). Nei reparti per acuti l'incidenza può variare dallo 0,4% al 38%, in terapia intensiva può variare dal 14% al 21,5%, nelle Rsa l'incidenza varia dal 2,2% al 23,9%, nell'assistenza domiciliare può variare dal 0,1% al 17% e infine nei soggetti con deficit neurologici può variare dal 11% al 30%.

COSA DEVE FARE IL PERSONALE SANITARIO

In letteratura medica si indica che le lesioni da decubito sono la conseguenza di elementi concomitanti come l'età avanzata, la necessità di seguire terapie citostatiche, la permanenza a letto per lunghi periodi e la prolungata immobilità.

In ragione di ciò il personale sanitario al momento dell'accettazione in reparto deve osservare attentamente la cute e le condizioni generali del paziente. Tali informazioni devono essere riportate all'interno della cartella infermieristica. Viene consigliato di fotografare la lesione al fine di documentarne lo stato al momento dell'accettazione e della dimissione del paziente.

In seguito deve poi procedere a valutare e misurare l'indice di rischio mediante l'utilizzo della scala di Norton (la quale si basa sulla valutazione delle condizioni generali del paziente, sullo stato mentale, sulla capacità di deambulare, di compiere movimenti attivi a letto e la presenza o meno di incontinenza), della scala di Braden (che indaga la percezione sensoriale, il grado di umidità cutanea, il grado di attività fisica, la mobilità, la qualità dell'alimentazione, la presenza di frizione o scivolamento), della scala di Sessing (che valuta parametri quali il

fondo e il bordo della lesione cutanea, la presenza di essudato, il suo odore e l'escara necrotica). Queste scale di valutazione permettono di collocare la lesione da pressione in uno stadio da uno a quattro, secondo il sistema di classificazione redatto dall'European pressure ulcer advisory panel e dall'Agency for health care policy and research.

In relazione alla classificazione è necessario attuare gli interventi infermieristici e chirurgici adatti e somministrare la prevista terapia farmacologica (con utilizzo delle medicazioni avanzate).

Contestualmente dal punto di vista procedurale il personale sanitario deve adottare un piano individuale di posizionamento del paziente con cambio della postura ogni due ore e nel caso di arrossamenti cutanei deve adottare una periodicità più frequente. Questo deve avvenire in ragione del fatto che si è riscontrato la correlazione tra la durata della pressione esercitata dal peso del corpo e l'insorgenza della lesione cutanea: una pressione da 60 a 80 mmHg mantenuta per un lasso di tempo che va dalle due alle tre ore determina una lesione da pressione. Si consideri che in un paziente ospedalizzato, il mantenimento della posizione distesa a letto produce una pressione pari a 100-150 mmHg a livello del grande trocantere, e che in posizione seduta la pressione a livello della tuberosità ischiatica raggiunge i 300 mmHg.

Bisogna inoltre evitare lo scivolamento del paziente allettato in posizione seduta poiché c'è il rischio che progressivamente scivoli verso il fondo del letto: questo movimento dall'alto verso il basso determina una lesione da pressione a seguito di uno sforzo da taglio. È ottimale anche evitare di trascinare il paziente per gli spostamenti nel letto poiché questo movimento determina una lesione da pressione a seguito di uno sforzo da frizione.

Infine bisogna considerare la presenza di incontinenza urinaria e fecale; in questo caso è indispensabile ridurre al minimo il contatto cutaneo con feci e urine.

ESPERIENZA PERSONALE

Nello svolgere questo lavoro accademico in primis mi sono chiesto se l'utilizzo e la condivisione da parte degli operatori, delle linee guida per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione conduca realmente a una riduzione dell'insorgenza delle stesse e nel caso a un miglioramento del loro stato. A tal fine ho effettuato numerose audit presso strutture sanitarie e ho effettuato diversi colloqui con operatori, da queste attività ho riscontrato l'esiguità del tempo di assistenza infermieristica dedicato a tale patologia, che compromette le indicazioni di prevenzione dell'insorgenza di tale lesione, che prevedono il mantenimento di una cute integra e pulita, l'adeguata alimentazione e idratazione, il ripetuto movimento del paziente, il mantenimento di una buona funzione cardiocircolatoria e l'utilizzo di ausili quali materassi a cessione d'aria ad acqua, gel o cuscini ed archetti alza coperte.

Ho inoltre considerato alcuni dati riferiti alla diffusione della patologia. Ad esempio si stima che negli Usa siano quasi tre milioni le persone aventi una lesione da pressione, di cui nel 70% dei casi con età superiore a 70 anni, e ciò comporta una spesa sanitaria annua di circa cinque miliardi di dollari (1). Si stima che i costi riferiti al trattamento delle lesioni da pressione negli Usa si aggirino attorno ai 25.000 dollari per paziente (dati gruppo Schult'z 2022).

Si stima che negli Usa la comparsa di una lesione da pressione può comportare un aumento della durata della degenza ospedaliera fino a cinque volte maggiore e un incremento della spesa sanitaria giornaliera ammontante dai 7.000 agli 11.000 Dollari (dati gruppo Schult'z 2022).

Si stima che in Italia siano due milioni i pazienti aventi lesioni da pressione che comporta un costo annuo per il Ssn di quasi un miliardo di euro. I costi sono generati per il 15-20 % dall'acquisto del materiale da medicazione, per il 30-35% dal tempo impiegato dal personale sanitario e per il 50% da costi di ospedalizzazione (dati gruppo Schult'z 2022).

Da tutto ciò ho dedotto che le lesioni da pressione rappresentano una condizione caratterizzante la popolazione anziana, soprattutto in relazione alle modificazioni della cute e del sottocute secondarie al processo di invecchiamento, e i soggetti in condizione di ipomobilità o allettamento completo.

Ma soprattutto dalla disamina degli indici di morbidità ho ricavato conferma della correlazione tra la presenza di complicanze nelle lesioni da pressione e aumento della mortalità; alcuni studi hanno rilevato tassi di mortalità del 60% entro dodici mesi dalla dimissione dalla struttura sanitaria, per pazienti anziani aventi una complicanza nella lesione da pressione. Dal punto di vista sanitario ai fattori di rischio connessi alla degenza ospedaliera si deve aggiungere l'insorgere di complicanze di natura infettiva, quelle determinate dalla riduzione della mobilità, dalla malnutrizione, dalla persistenza di elevato dolore, dagli stati febbrili, dall'aggravarsi delle malattie arteriose o dell'ipotensione e dalla presenza del diabete mellito e dalla comparsa di insufficienza renale.

Questa considerazione va a inficiare l'opinione assai diffusa tra il personale sanitario che la complicanza nella lesione da pressione non costituisca di per sé una causa della morte del paziente, ma rappresenti il mero peggioramento dello stato di salute.

CONCLUSIONE

La modellizzazione effettuata evidenzia che l'attuazione degli interventi e dei trattamenti sanitari indicati non incide per più del 20% nell'evitare la complicanza, definita come un evento dannoso che insorge in un momento qualsiasi dell'iter terapeutico, in un paziente anziano allettato e soggetto a una lesione da pressione.

Se ne deduce che, in relazione al verificarsi di una complicanza in un paziente anziano soggetto a lesioni da pressione, la probabilità di avere una complicanza nella donna varia dal 5% al 12% ed è il doppio rispetto a quella negli uomini, che varia dal 2% al 6%. Inoltre la probabilità di avere una complicanza aumenta del 40% nelle donne che non hanno mai svolto attività fisica rispetto agli uomini (34%). Oltre a ciò possiamo evidenziare come la probabilità di avere una complicanza aumenta del 13% nelle donne nel caso di presenza di disturbi affettivi e depressivi, rispetto al 10% negli uomini.

Un altro dato messo in luce dalla ricerca è stato che la probabilità di avere una complicanza in un paziente varia significativamente anche in relazione alla sua provenienza territoriale, in particolare in Lombardia è del 20%, in Emilia-Romagna è del 25%, in Veneto è del 30%, nel Lazio è del 45% e per i pazienti della Sicilia è del 60% (dati gruppo Schult'z 2022).

BIBLIOGRAFIA

1. Epidemiologia delle piaghe da decubito, Rivista della Società italiana di gerontologia e geriatria, 2011.
2. Istat, Indagine sui decessi e cause di morte 2011-2023.
3. Oms, Piano d'azione per il controllo delle malattie 2013-2020.
4. Bollettino statistico IVASS riferito ai rischi da responsabilità civile sanitaria in Italia 2010-2019.