



## **Competenze e responsabilità degli operatori** nella prevenzione e gestione delle lesione da pressione

**12 novembre 2019**

**28 novembre 2019**

Rosa Rita Zortea

infermiere specialista wound care

Docente libera professione

Una premessa.....



Secondo alcune stime 30-45% dei pazienti non riceve interventi sanitari appropriati in accordo alle evidenze scientifiche e 20-25% degli interventi sanitari erogati sono inappropriati e potenzialmente dannosi.

E nell'ambito della prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione?.....

## E una riflessione.....

La produzione di buone pratiche dovrebbe partire dal quesito clinico  
la ricerca è supportata dalla clinica.?

dubbio?

Strumenti attuali sono validi per supportare i clinici nelle decisioni in  
ambito pediatrico?

Quali competenze nel wound care pediatrico?

# Numeri e fatti.....

Le terapie intensive rappresentano un setting ad **alto rischio** per l'insorgenza di lesioni cutanee

Dalla letteratura si evincono tassi di **incidenza** non omogenei e non stratificati dal 3 al 27% (Carlson, 1999; Dixon, 2005; Schindler, 2011; Schlüer, 2009)

Bambini con spina bifida dal 20 al 43% durante il ricovero

**Prevalenza TIP** dal 27% (Baharestani, 2007) al 44% (Schlüer, 2012)

**Prevalenza TIN** dal 23% (Baharestani, 2007) al 43% (Schlüer, 2012)

Contesti non critici dal 0,47 al 13% incidenza 0,29 al 6%

**Si stima che dal 50% (Murray, 2013) al 90% (Visscher, 2014) delle Ldp in ambito pediatrico e neonatologico sia correlata a devices e presidi**

Al professionista infermiere si chiede che le proprie prestazioni siano il frutto di un processo che tenga conto non solo dall'esperienza acquisita negli anni, ma comprenda anche le migliori **evidenze scientifiche** disponibili, le **preferenze dell'assistito** e le **risorse a disposizione**”, ovvero siano basate sulla *Evidence Based Nursing*

**Quanto ne siamo consapevoli e quanto ne  
siamo responsabili ?**

# Responsabilità

A cosa siamo tenuti ..

Per legge

- Leggi dello Stato
- Profilo professionale

Per deontologia  
professionale

(competenze)quali competenze  
nel wound care?

- Codice deontologico

Per normative e  
regolamenti aziendali

.....(ordine della professione)

- Norme etiche

# Evoluzione legislativa cambiamento e paradigmi sulla responsabilità professionale

- Istituzione degli ordini professionali 3/2018
- **Legge sulla responsabilità Sanitaria 24/2017 (dalla prevenzione del rischio all'osservanza di linee guida e buone pratiche ..introduzioni di reati specifici per personale sanitario**
- Legge sul consenso informato
- Normativa sulla Privacy

## Responsabilità Professionale

Indica l'eventualità che il professionista sia chiamato a rispondere ad una qualche autorità giudicante di una condotta errata.

Gli operatori sanitari in caso di danno involontario al paziente rispondono in sede penale per i reati di omicidio colposo o lesioni personali colpose



## Responsabilità professionale

La responsabilità penale è personale: ciascuno è chiamato a rispondere del proprio operato.

Possono essere chiamate in causa anche carenze strutturali dell'ambiente assistenziale ,dotazione di mezzi, di persone e di risorse finanziarie), che saranno imputate a persone fisiche

## Condivisione di responsabilità

- I medici hanno la responsabilità diagnostica, terapeutica e chirurgica
- Gli infermieri hanno la responsabilità della gestione del paziente, che è affidato quasi esclusivamente al personale infermieristico, il quale, ove lo reputi necessario, si avvale dell'opera del personale di supporto;
- **Il personale di supporto ha la responsabilità della corretta esecuzione del compito affidatogli.**

## Responsabilità specifiche

Obbligo di segnalazione ai responsabili delle diverse funzioni (superiori gerarchici, responsabili sanitari ed amministrativi, farmacisti) delle carenze, in termini di acquisizione di medicazioni avanzate, di presidi antidecubito, di letti articolati e sollevapersone, che consentono ai professionisti di prevenire l'insorgenza, e curare adeguatamente, le lesioni cutanee.

## Documentazione

Costituisce la dimostrazione, valida anche ai fini legali, del processo di pianificazione realizzazione degli interventi di valutazione, prevenzione e trattamento nei confronti di un soggetto a rischio/ portatore di lesioni cutanee e, in definitiva, della professionalità dell'infermiere

## Responsabilità

Nei contenziosi per responsabilità professionale la mancata o inadeguata compilazione della documentazione sanitaria determina una “presunzione di colpa” a carico del sanitario.

Alla dimissione del paziente con lesione, questa va segnalata in cartella infermieristica per non incorrere nel reato di “**Falso ideologico in atto pubblico**”, reato gravemente sanzionato dalla legge (la pena prevista è la reclusione da uno a sei anni).[

Lo stesso qualora non se ne sia annotata la presenza all’ammissione del paziente in reparto.

Nello specifico .....

## Responsabilità nella prevenzione e gestione delle lesioni da pressione

L'evoluzione professionale infermieristica e il codice deontologico impongono agli infermieri specifici obblighi assistenziali atti a prevenire l'insorgenza delle Lesioni da Pressione in soggetti potenzialmente a rischio di sviluppo, e ad attuare adeguatamente e tempestivamente un trattamento efficace delle lesioni già esistenti, qualora sviluppatasi al domicilio o in altre strutture sanitarie

# Legge 42/99

## La competenza intesa come capacità professionale

Assume un senso ben preciso il richiamo conclusivo dell'art. 1 della legge 42/99 che prevede il rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

Assume un valore giuridico rilevante il codice deontologico che prevede L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale

**la centralità della persona assistita e dei suoi diritti/interessi deve rappresentare la pietra miliare dell'esercizio professionale sanitario**



**3° Livello: quali azioni devo intraprendere? (Orizzonte delle evidenze, delle "buone pratiche", della situazione dell'assistito e della situazione organizzativa)**



In assenza di linee guida pubblicate secondo i criteri stabiliti dalla legge Gelli si dovrà attenere alle “buone pratiche clinico-assistenziali”

Le linee guida dovranno essere conformi a quanto stabilito dalla legge  
24/2017  
( legge “Gelli”).

**Messaggio.....**



**Il binomio responsabilità e  
competenza ci appartiene.....**

**rappresenta ciò che siamo e cosa  
intendiamo essere**

# Prevenzione delle lesioni da pressione

Fattori di rischio , giudizio clinico, strumenti di  
valutazione e documentazione



**valutare**



**documentare**



**intervenire**



**monitorare**



**monitorare**



# PREVENZIONE

## Indicatore della qualità dell'assistenza



#69343619

Un programma di prevenzione e una corretta valutazione  
possono prevenire il 95% delle lesioni da pressione

Clay M. "Neglected areas: dental health, foot care and skin care" (in) Healthy Ageing: Nursing Older People. Harcourt Publisher 1999

Waterlow J. "Prevention is cheaper than cure" Nursing Time 84, 25

Hibbs P. "Pressure area care for the city of Hackney Health Authority" 1988 London

## Popolazione a rischio

- Popolazione anziana  
(andamento demografico ,comorbidità patologie croniche)
- Popolazione adulta (incidenti stradali – sportivi )  
complicanze e lesioni midollari che causano immobilità
- Popolazione pediatrica (prematuro , nuove tecnologie patologie neurologiche )

## Premessa.....

- I bambini non sono piccoli adulti
- La cute dei neonati (ancor più se prematuri) differisce da quella degli adulti per **struttura, funzione e composizione**
- Gran parte del Wound Care pediatrico è basato su ricerche, esperienza clinica e prodotti sviluppati in contesti per adulti
- La ricerca sul wound care nel contesto neonatologico e pediatrico necessita di LG e protocolli Evidence-Based

Partiamo da un presupposto....  
la cute del bambino e matura già dalla nascita?

E' stato possibile allargare gli orizzonti della ricerca sulla fisiologia cutanea infantile e dimostrare che la cute del neonato si modifica almeno fino al primo anno di vita attraverso...

(Evaporimetria ,Microscopia confocale, Raggi infrarossi ,Spettroscopia )

Come tutte le parti del corpo la sua cute si modifica in concomitanza con il processo di crescita differenziandosi da quella dell'adulto sia per quanto riguarda la **struttura** la **composizione** la **funzione**

# La cute e il rischio

Nel neonato la cute è l'organo più grande: rappresenta il 13% del suo peso corporeo rispetto al 3% dell'adulto ed è tra il 40 e il 60% più sottile della cute dell'adulto (0,01-0,05 mm)

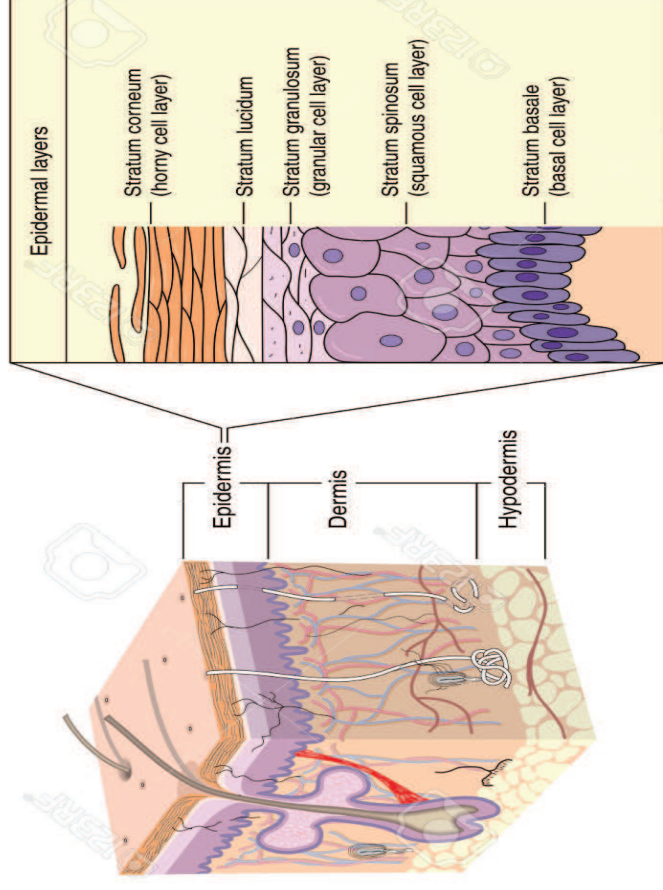
**Lo spessore** dello strato corneo e quello dell'epidermide appaiono rispettivamente il 30 e il 20% più sottili nei bambini compresi tra i 6-24 mesi di età rispetto alle dimensioni misurate nell'adulto

Scarso sviluppo della giunzione **dermo-epidermica**, con conseguente rischio di lesioni da rimozione di adesivi, e insufficiente maturazione del tessuto sottocutaneo che provoca **instabilità termica, squilibrio idroelettrolitico** e perdita dell'**effetto ammortizzante** del sottocute.



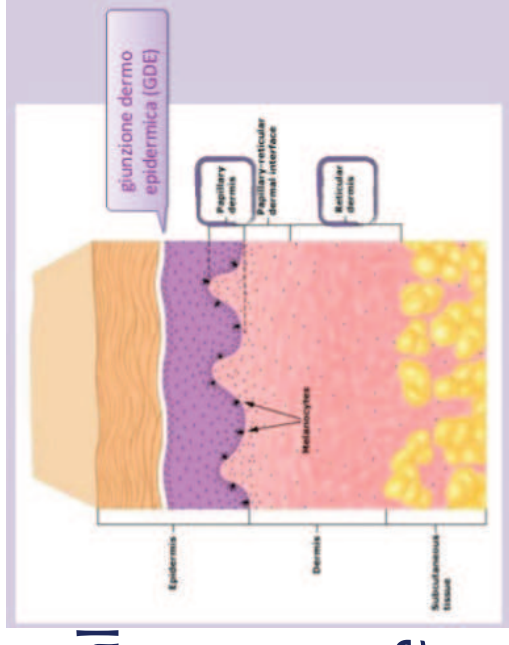
## Dimensioni di corneociti e cheratinociti

I **corneociti** ed i **cheratinociti** nel neonato- e nel bambino sono di dimensioni più piccole. Le molecole lipofile possono raggiungere gli strati più profondi della cute più facilmente, rendendo la cute del bambino meno protetta nei confronti di agenti e sostanze che provengono dall'esterno (agenti chimici, radiazioni solari, microrganismi).



# Collagene dermico ed elastina

- La cute dei bambini nei primi anni di vita presenta derma poco ispessito, le fibre di collagene e le fibre elastiche, sebbene abbondanti, sono ancora immature.
- Le fibre di collagene sono nella parte superiore del derma meno dense rispetto all'adulto e non è possibile al microscopio distinguere il derma reticolare dal derma papillare
- Poco organizzate risultano anche la componente vascolare e neurale, così come non ancora ben saldate le giunzioni dermo-epidermiche.



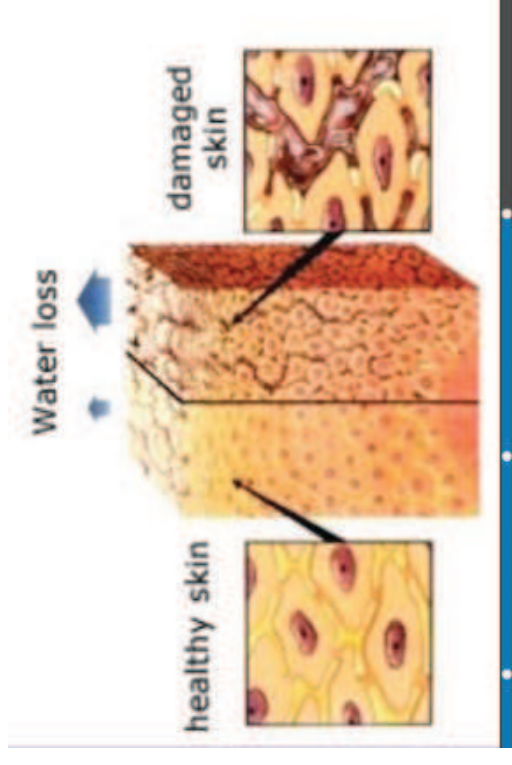
(Dyer J.A., 2013).

# Rischio Alterazioni idroelettrolitiche

il rapporto tra contenuto di acqua e superficie corporea associato a maggiori esigenze metaboliche (infezioni e febbre) aumenta il rischio di disidratazione. La perfusione periferica diminuisce, a causa di ipovolemia e vasocostrizione, le cellule vanno incontro ad ipossia e la cute perde, al minimo trauma, la sua importante funzione di barriera.

## Acqua

L'acqua presente nello strato corneo e invece influenzata dall'ambiente esterno, dalla temperatura e dall'umidità e consente la funzionalità di attività enzimatiche per la trasformazione dei lipidi e la produzione del fattore di idratazione naturale (NMF - Natural Moisturizing Factor), insieme di sostanze aminoacidi lattato ,zuccheri , urea cloro potassio ecc.



Acidità del PH cutaneo mantello cutaneo

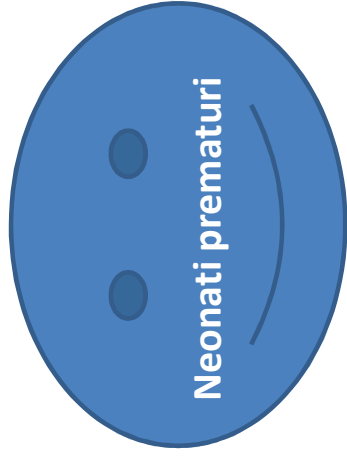
valori compresi tra 4,2 e 5,6 sviluppo graduale del  
mantello acido con funzione di impedire la  
proliferazione batterica (DYI.A,2013)

# Sviluppo della cute

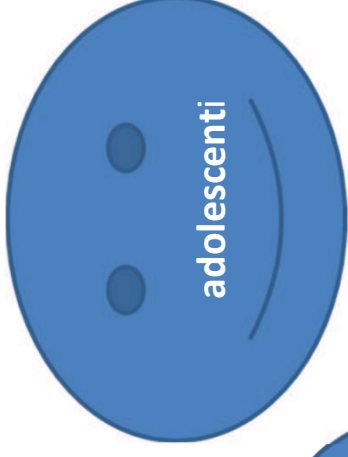
La maturazione della cute è un processo graduale e il livello di maturità è in funzione dell'età gestazionale. Nei neonati prematuri, infatti, la funzione della barriera epidermica è più debole.

Immaturità dello stato corneo quali rischi ?

- Alterata termoregolazione
- Tossicità da assorbimento percutaneo
- Infezione sistemica
- Aumento TEWL



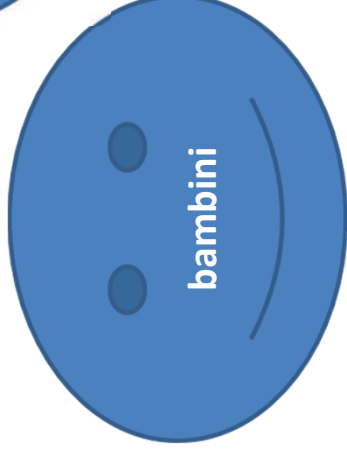
Neonati prematuri



adolescenti



Neonati lattanti



bambini

**Differenti caratteristiche della cute , aspetti anatomici e di mobilità interferiscono  
nello sviluppo delle lesioni da pressione e quindi sulle misure preventive e di  
trattamento differenti**

# Lesioni da pressione correlate device

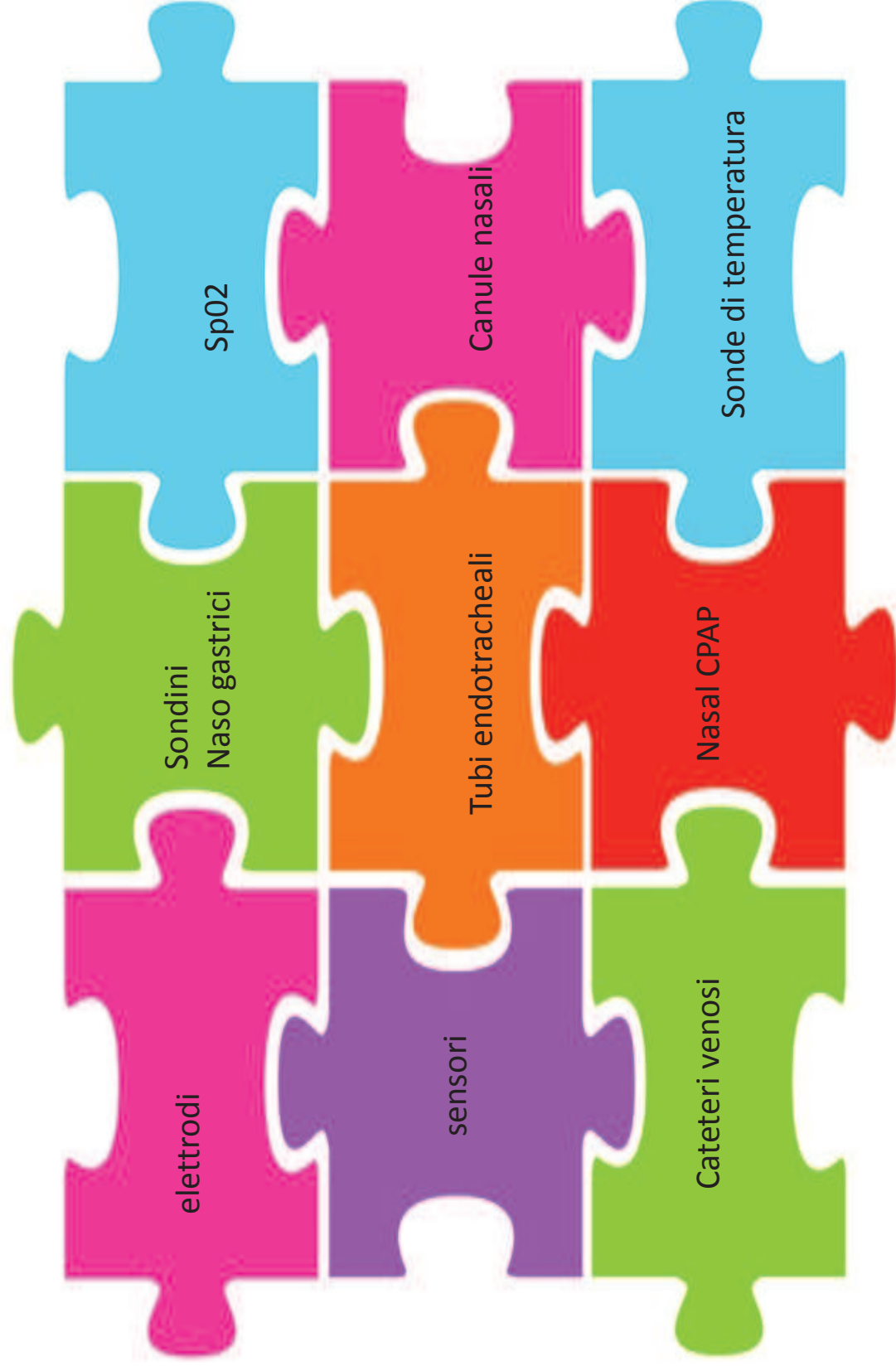
Il rischio di complicanze è inversamente proporzionale all'età gestazionale e al peso alla nascita.

Alcuni autori ritengono correlati all'APGAR

In particolare necessitano un attento monitoraggio tutti i dispositivi di ventilazione: cannule nasali, nasal-CPAP e tubi endotracheali devono essere applicati sulla superficie nasale che è molto piccola, delicata, spesso umida e con scarse possibilità di alternanza della posizione del dispositivo stesso.

I pazienti che ricevono ventilazione CPAP necessitano di un'attenta valutazione e di monitoraggio delle narici e del setto nasale.





**Nuove tecnologie e aumento del rischio ulcerativo**

## Sedi anatomiche a rischio di lesione

- Nel bambino piccolo la testa è proporzionalmente più grande e pesante rispetto a quella di un bambino più grande e la zona occipitale rappresenta la principale prominenza ossea
- I neonati e i bambini piccoli tendono a sviluppare ulcere da pressione nella **zona occipitale** se posizionati supini
- I bambini più grandi , come gli adulti, tendono a sviluppare ulcere in **zona sacrale e ai talloni**.

# Fattori di rischio generali

- Indice di massa corporea
- Peso alla nascita
- Maturità cutanea
- Deficit nutrizionali
- Temperatura e umidità ambientali
- Perfusione e ossigenazione
- Incapacità al cambiamento posturale
- Presenza di device esterno
- Ventilazione meccanica
- Deficit nutrizionali
- Intervento operatorio
- Deficit cognitivi
- Pregresse lesioni
- Indagini strumentali



## Popolazione adulta

- ❖ significativa limitazione della mobilità
- ❖ significativa perdita di sensibilità
- ❖ LDP pregressa/in atto
- ❖ malnutrizione/deficit nutrizionale
- ❖ incapacità alla variazione posturale autonoma
- ❖ significativo deficit cognitivo
- ❖ perfusione e ossigenazione
- ❖ aumento dell'umidità della cute
- ❖ aumento della temperatura corporea
- ❖ età avanzata (> 65 aa)
- ❖ utilizzo di dispositivi medici



Attenzione.....

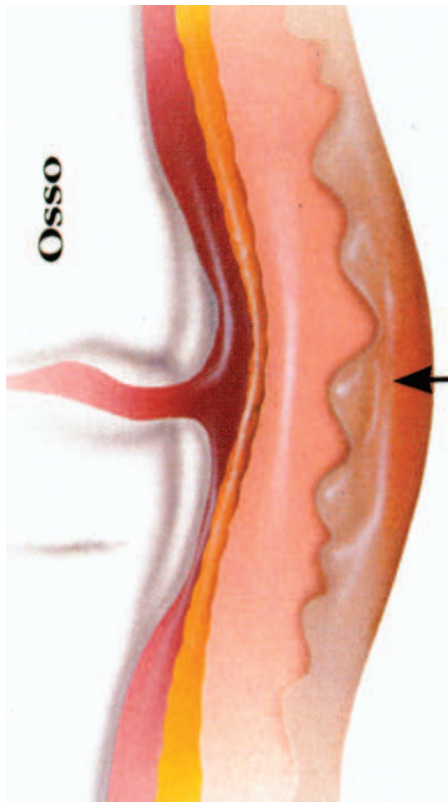
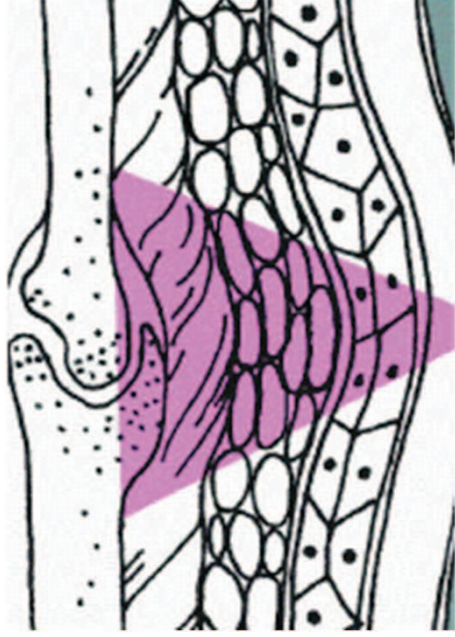
La limitazione dell'attività e/o della mobilità , la presenza di una LDP in atto o pregressa, pongono automaticamente il soggetto a rischio di LDP indipendentemente dal valore evidenziato dalla scala di valutazione del rischio e dall'esito della valutazione multidimensionale.

# Il danno tessutale cause.....

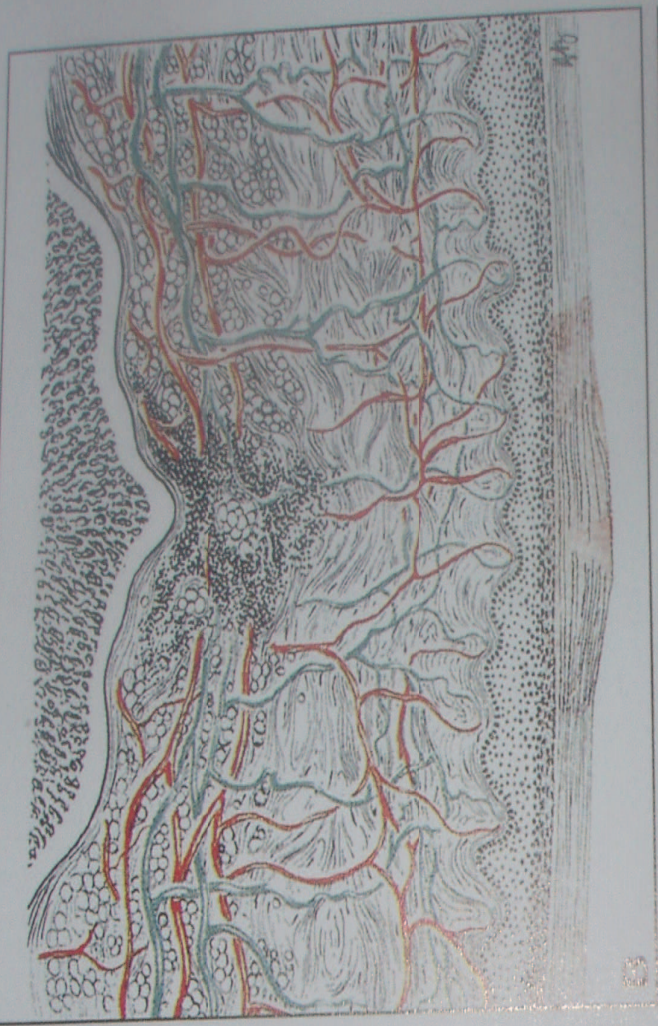
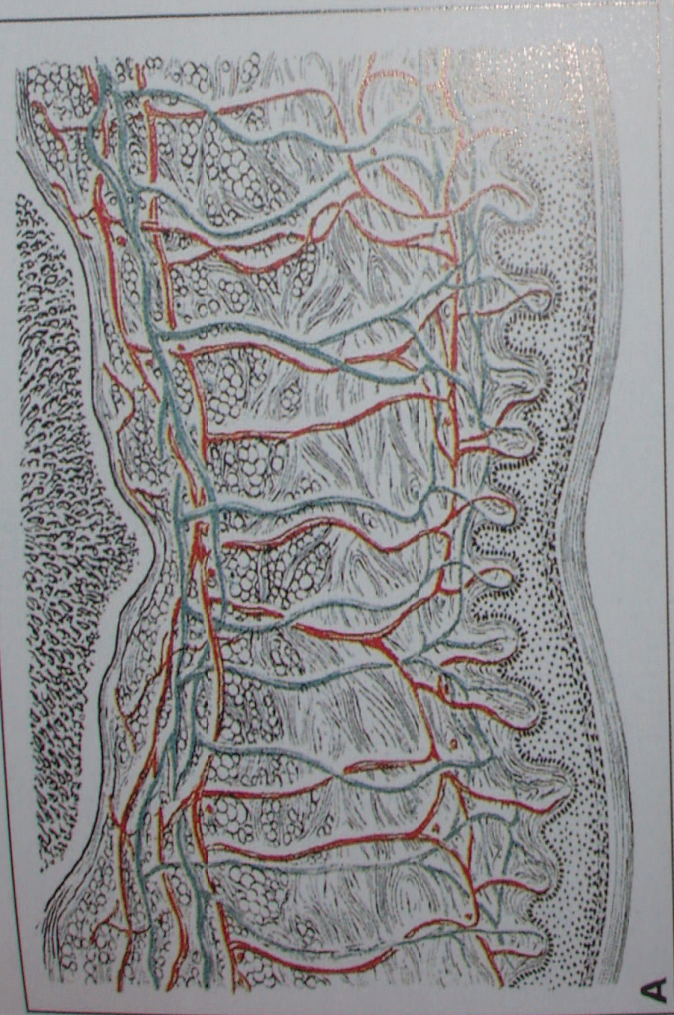


## PRESSIONE .1 forza meccanica

La compressione dei tessuti fra il piano di appoggio e la prominenza ossea genera un **cono di pressione** la cui base corrisponde alla superficie ossea









## FORZE DI TAGLIO E STIRAMENTO (2 forza meccanica)

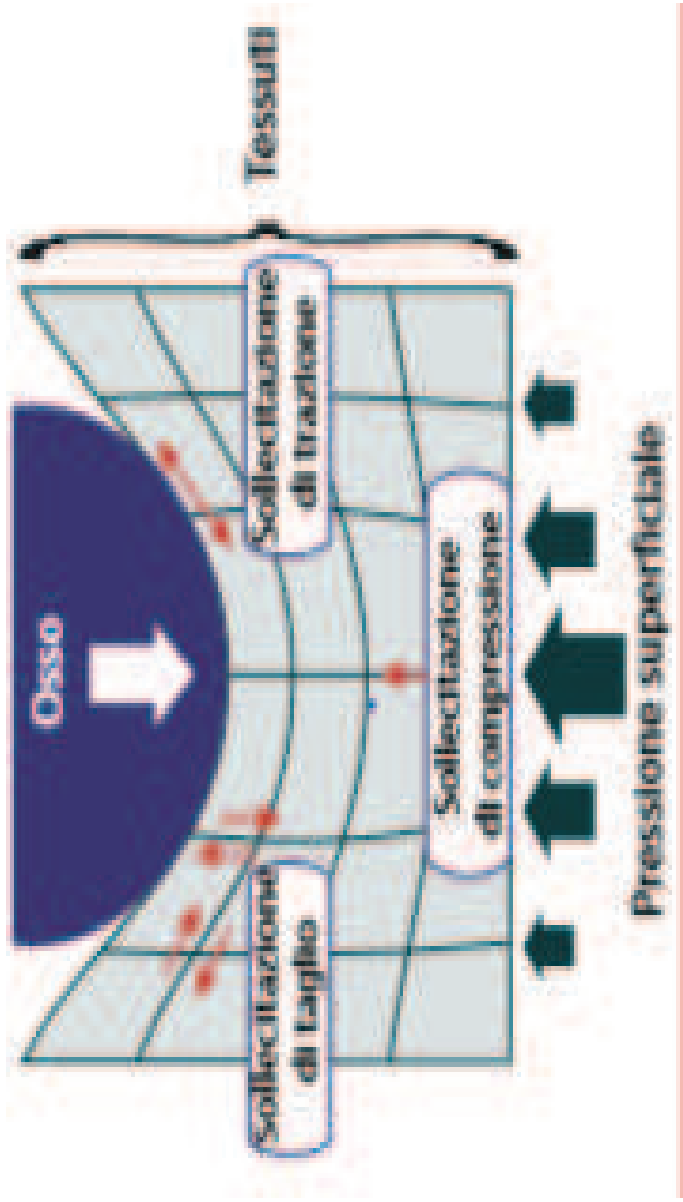


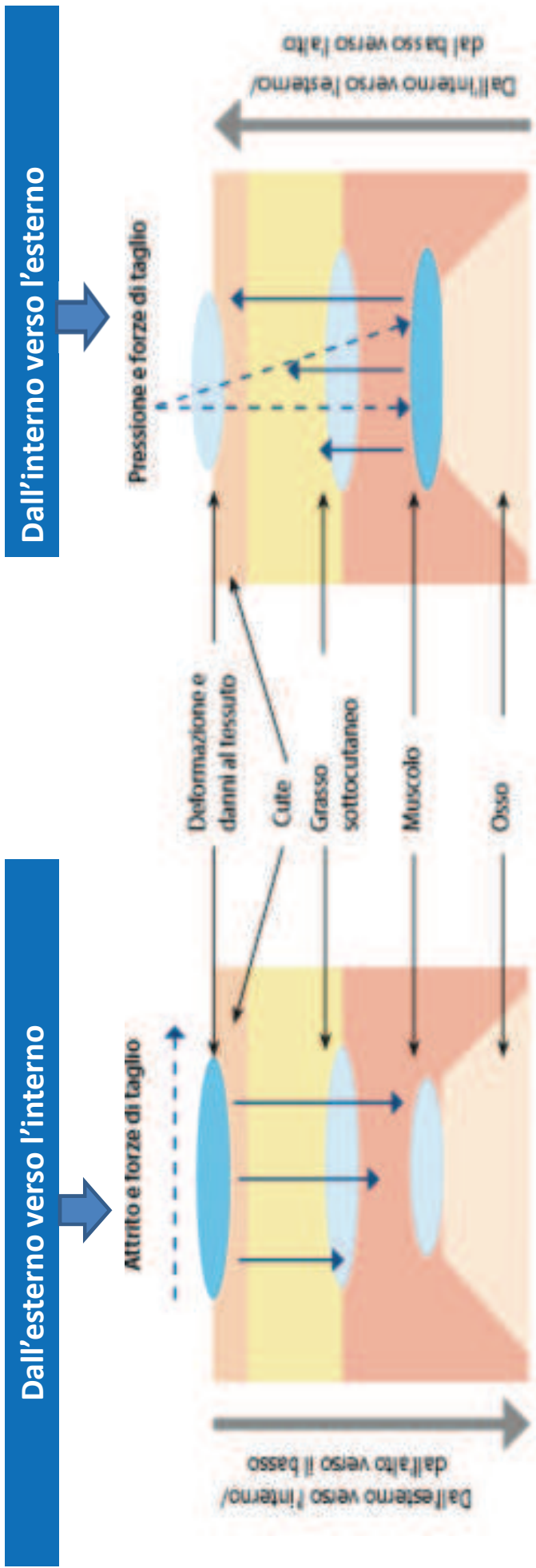
La cute aderisce alla superficie, lo scheletro scivola

### EFFETTI

- Frattura della giunzione dermo-epidermica
- Microtrombosi
- Rottura dei capillari

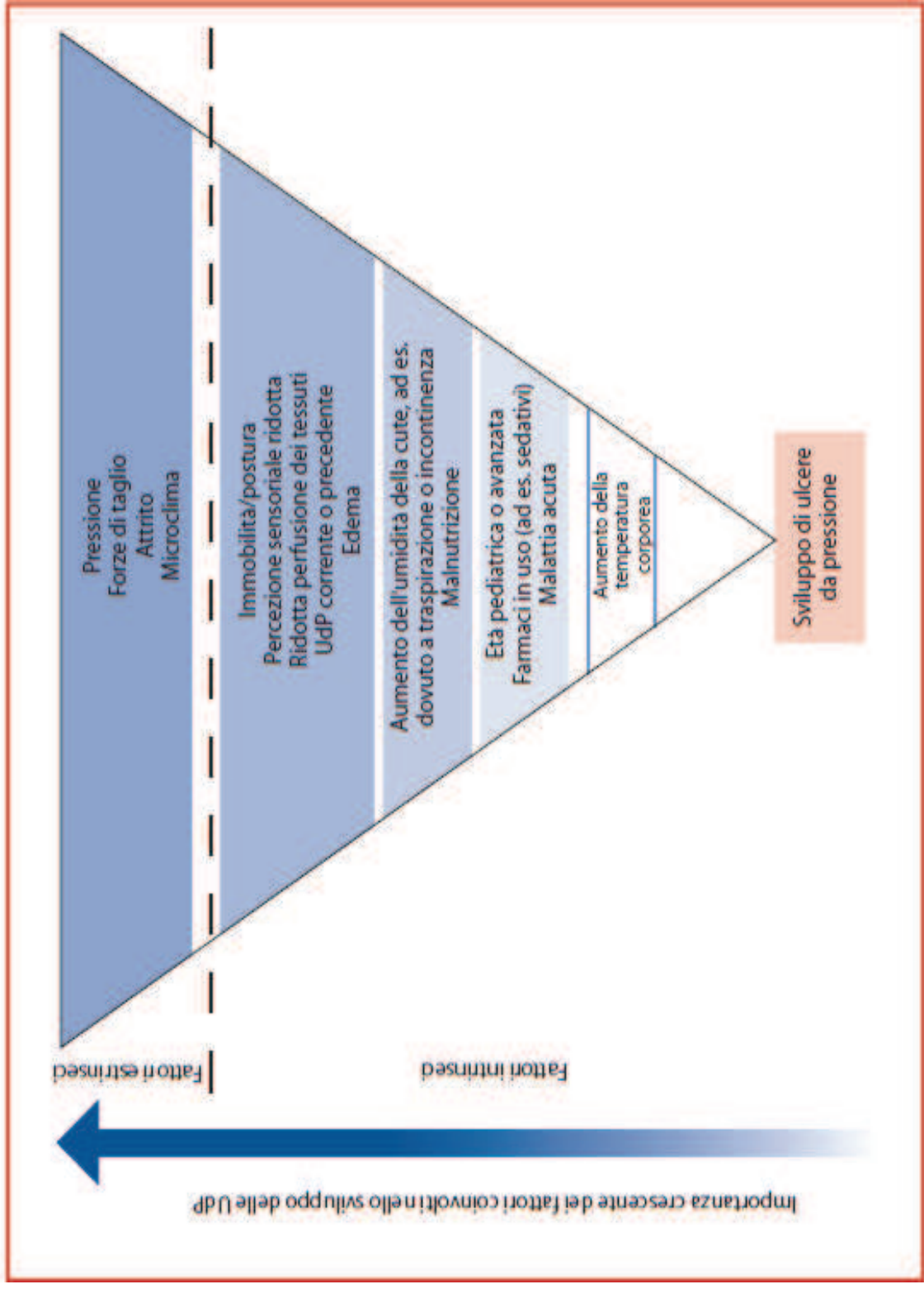
**Eritema persistente, flittene, abrasioni**





Le ultime teorie sullo sviluppo delle Udp suggeriscono che le Udp "superficiali" (ossia di categoria/stadio I e II) e le Udp "profonde" (ossia di categoria/stadio III e IV) potrebbero originarsi con meccanismi diversi. Tuttavia, queste ipotesi continuano a essere oggetto di dibattito.

"Si ritiene che **l'attrito e le forze di taglio** superficiali da esso risultanti svolgano un ruolo importante nello sviluppo delle Udp superficiali"



Pressione  
Forze di taglio  
Attrito  
Microclima

Immobilità/postura  
Percezione sensoriale ridotta  
Ridotta perfusione dei tessuti  
UdP corrente o precedente  
Edema

Aumento dell'umidità della cute, ad es.  
dovuto a traspirazione o incontinenza  
Malnutrizione

Età pediatrica o avanzata  
Farmaci in uso (ad es. sedativi)  
Malattia acuta

Aumento della  
temperatura  
corporea

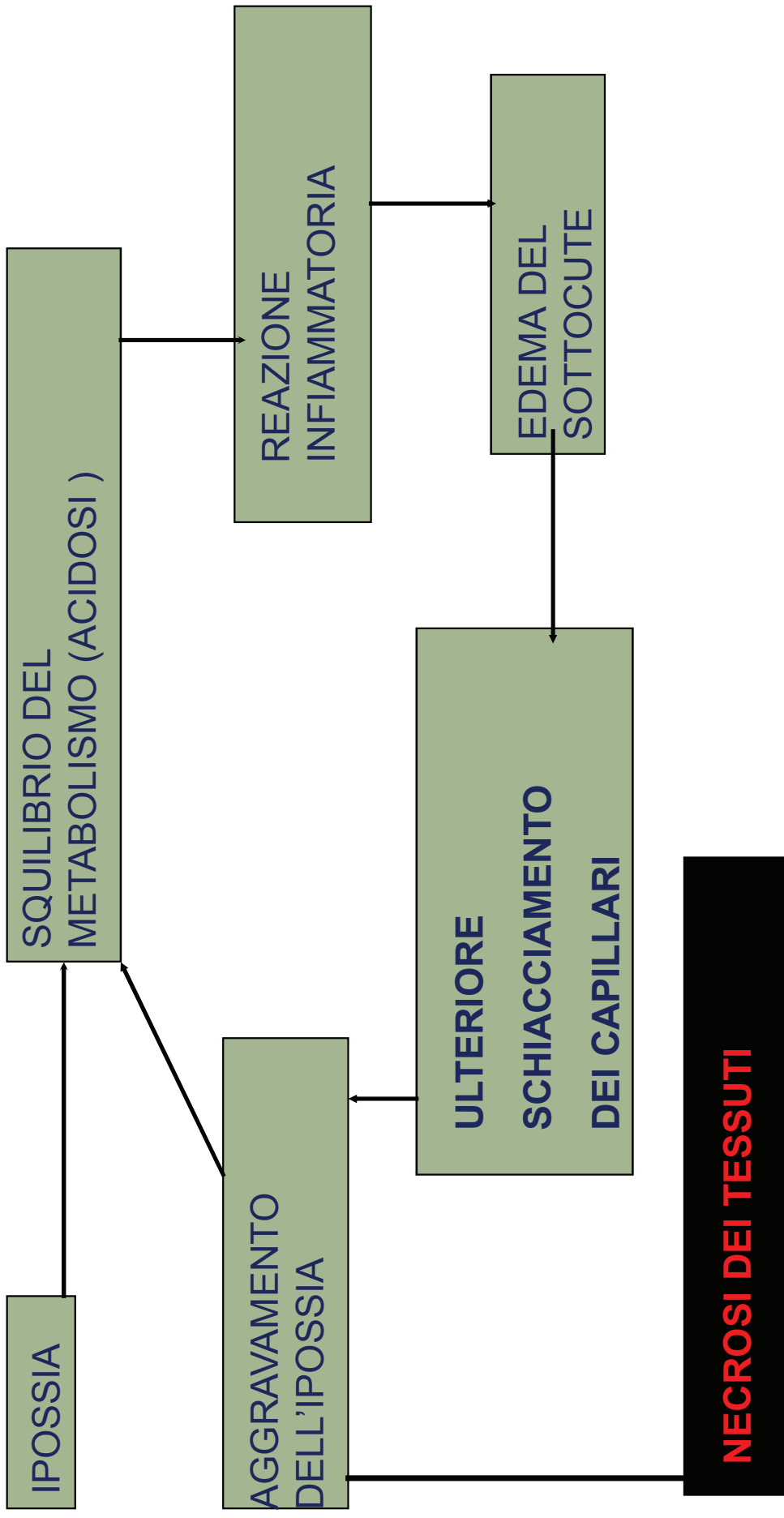
Sviluppo di ulcere  
da pressione

Fattori estrinseci

Fattori intrinseci

Importanza crescente dei fattori coinvolti nello sviluppo delle UDP

## LA PRESSIONE: IL CIRCOLO VIZIOSO



condizioni dei tessuti...elemento che modula  
l'effetto \*azione pressione e forze di taglio/stiramento\*



Microclima  
nutrizione  
perfusione  
comorbidità

La resistenza cutanea all'insulto pressorio  
può essere inficiata da diversi fattori quali  
il **microclima**, la **nutrizione**, la **perfusione**,  
le **comorbidità** e le condizioni stesse del  
tessuto (NPUAP, 2016).

## Microclima

Riferito alla temperatura della superficie della cute e all'umidità in corrispondenza dell'interfaccia cute/superficie di supporto

### **Aumento della temperatura corporea**

E' stato riscontrato che aumentando la temperatura di un grado l'attività metabolica dei tessuti aumenta del 10%

(Clark et al), 2010



**Identificare i soggetti a rischio di sviluppare una lesione da pressione applicando misure preventive è l'unico modo efficace per ridurre l'incidenza e la prevalenza delle lesioni**

**POCO SPAZIO VIENE DEDICATO AGLI INTERVENTI PREVENTIVI CHE SE ATTUATI POTREBBERO EVITARE 2/3 DELL'INSORGENZA DELLE L.D.D**

*Clay M. "Neglected areas: dental health, foot care and skin care" (in) Healthy Ageing: Nursing Older People. Harcourt Publisher 1999  
Waterlow J. "Prevention is cheaper than cure" Nursing Time 84, 25 Hibbs P. "Pressure area care for the city of Hackney Health Authority*



Quando ?

Alla presa in carico

- all'ingresso in reparto
- quotidianamente in tutti i pazienti
- nei primi giorni di degenza
- ogni 2-4 ore nei bambini / neonati sedati
- alla dimissione

Le principali linee guida pubblicate da organismi internazionali, dall'AHCPR (ora AHRQ) al RCN, al RNAO, EPUAP, NPUAP nell'ambito della prevenzione indicano in modo univoco come punto di partenza *“l'identificazione dei soggetti a rischio che necessitano di interventi preventivi e dei specifici fattori che pongono tali soggetti a rischio di sviluppare una UP.”*

RCN. (2000) Clinical Practice Guidelines: Pressure ulcer risk assessment and Prevention. Royal College of Nursing Institute, London.



RNAO (2005). Risk assessment & prevention of pressure ulcers. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario

AHCPR (1992) Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention. Clinical Practice Guideline. Number 3. U.S. Department of Health and Human Services



Royal College of Nursing