



## **Servizio interaziendale e interdisciplinare per la diagnosi e il trattamento delle ulcere agli arti inferiori**

### **Studio d'incidenza e prevalenza**

**Rosolino Trabona, Sandro Centonze, Maila Mislej, Roberta Sapienza**

#### **Introduzione e background scientifico**

In Italia non si conoscono l'incidenza e la prevalenza delle ulcere agli arti inferiori. Studi condotti in altri Paesi europei hanno rilevato che nella popolazione la percentuale delle persone affette da questa patologia varia dall'1.5% al 3%<sup>1</sup> e che il 70% delle ulcere sono di origine venosa<sup>2</sup>. Le ulcere insorgono prevalentemente negli anziani, considerato che gli over65enni sono il 27% della popolazione triestina<sup>a</sup> è probabile che nella nostra provincia il fenomeno sia rilevante.

**Nel 2007 una o più ulcere agli arti inferiori erano presenti in circa 1.000 persone dimesse dell'AOU Ospedali Riuniti di Trieste.** Il dato è stato rilevato dalle codifiche sull'ICD 9-cm (ultima versione 2002) selezionando la casistica delle dimissioni in base ai criteri che tengono conto della presenza di ulcerazione (come diagnosi specifica principale o secondaria) e di procedure proprie per il trattamento<sup>b</sup>. Tale sistema di classificazione permette di individuare solo la sede della lesione e non la sua natura. Il 92% delle dimissioni con tale codifica si concentra all'ospedale di Cattinara, l'8% all'ospedale Maggiore. Il 44% interessa i dimessi dall'area di medicina generale.

Marigo<sup>3</sup> stima che in Italia i soggetti con tale patologia siano circa 2 milioni: il 70% con ulcere venose; il 10% con ulcere arteriose; il 10% ha ulcere miste; il 5% diabetiche ed il 5% ha ulcere di altro tipo. La patologia ha carattere ciclico e cronico ed il tasso di recidiva arriva al 76%<sup>4</sup>, per tale motivo i trattamenti sono costosi ed incidono notevolmente sui costi della sanità. Si stima che la spesa a carico del SSN italiano sia di circa **un miliardo di euro l'anno**<sup>5</sup>; uno studio sottolinea che una buona parte della spesa è dovuta al tempo impiegato dagli infermieri nel trattamento<sup>6</sup>. Negli Stati Uniti si spendono in media 7.500 dollari per assistito l'anno<sup>7</sup>, il Regno Unito ha speso 895 milioni di dollari nel 2008<sup>8</sup>.

L'ulcera cutanea “è una patologia multidisciplinare per eccellenza”<sup>9</sup> e quindi, per affrontarla e ridurre le recidive, è essenziale utilizzare un approccio olistico, un positivo rapporto assistito/infermiere ed una *rete* di medici specialistici<sup>10</sup>.

<sup>a</sup> [www.Istat.it/dati/catalogo/20070523\\_00/](http://www.Istat.it/dati/catalogo/20070523_00/) - <http://demo.Istat.it/> Bilancio demografico anno 2006 e popolazione residente al 31 dicembre (ultimo accesso 8/2007).

<sup>b</sup> vedi anche Longobardi P.et Al. *Acta Vulnologica* 2007; 5:89-103.

Marigo evidenzia che per il trattamento si privilegia tutt'oggi l'ospedalizzazione, mentre la presa in carico ambulatoriale o domiciliare, quando appropriata, eviterebbe di esporre la persona al rischio di contrarre infezioni nosocomiali e inciderebbe positivamente sulla riduzione dei costi della sanità. L'ospedalizzazione si rende indispensabile solo nel 5-13% dei soggetti (è d'obbligo nei casi con ulcera ischemica<sup>11</sup>).

Tali premesse hanno dato il via alla sperimentazione di un servizio interaziendale e interdisciplinare con:

- presa in carico ambulatoriale o domiciliare dell'infermiere case manager in raccordo con i medici (di famiglia e specialisti);
- percorsi diagnostici facilitati;
- **trattamenti di Evidence Based Medicine-Nursing e di Best Practice.**

L'ipotesi è che in tal modo si possa aumentare la percentuale di guarigione, in particolare con la terapia compressiva delle ulcere da malattie flebolinfatiche che ha un grado di evidenza scientifica<sup>12</sup> elevato (grado A)<sup>c</sup>.

Gli obiettivi della sperimentazione sono i seguenti:

1. quantificare il numero di nuovi casi di ulcere agli arti inferiori tra i nuovi assistiti presi in carico (IC al 95%) dal 1 maggio 2008 al 30 aprile 2009 dai servizi infermieristici domiciliari (SID) e dagli ambulatori infermieristici distrettuali (AID) -incidenza-;
2. calcolare la prevalenza periodale (nell'arco dei 12 mesi di sperimentazione) del fenomeno tra gli assistiti in carico ai due servizi;
3. valutare l'efficacia della *presa in carico* interdisciplinare e interaziendale finalizzata ad avere in prima istanza una *diagnosi accertata* della tipologia di ulcera per ogni assistito e il numero di casi con ulcere venose, arteriose, miste, neoplastiche, traumatiche, diabetiche;
4. quantificare, nelle persone con ulcere venose e miste, il numero di guarigioni (il risultato atteso è la guarigione del 70% delle ulcere venose) e le riduzioni di superficie delle ulcere.

## Materiali e metodi

Il presente studio è osservazionale, descrittivo e include un disegno di tipo longitudinale (John Ovreteit. Evaluating health intervention. Open University Press, Buckingham, 2000): i pazienti arruolati entrano in un follow-up della durata di un anno successivamente alla loro individuazione (referral o case-finding attivo).

Tutte le elaborazioni sono state effettuate con i comuni software di elaborazione statistica dei dati (SPSS, Ver 15.0 e successive) in comune tra S. C. Servizio Infermieristico Aziendale dell'Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 "Triestina" e S. C. Programmazione e Controllo dell'AOU "Ospedali Riuniti di Trieste".

---

<sup>c</sup> Nel 2005 la Commissione per la prevenzione e il trattamento delle ulcere agli arti inferiori (promossa dal Servizio Infermieristico Aziendale -del. 630 il 17.11.2005 ) aveva sperimentato il trattamento compressivo di 12 settimane su 67 assistiti con ulcere venose e miste che non richiedevano interventi specialistici. Nel periodo di trattamento, il 65.6% era guarito ed il restante 34.4% era migliorato.

1. Per ragioni di praticabilità, definiamo la popolazione di riferimento come l'insieme di tutti coloro che sono stati presi in carico (per qualunque motivo) dai servizi territoriali dell'ASS n.1 Triestina dal 1 maggio 2008 al 30 aprile 2009. La popolazione, perciò, è rappresentativa dei cittadini *conosciuti* dai SID e dagli AID, coerente ai fini della validità interna dello studio e generalizzabile a contesti simili a quello della provincia di Trieste.

Ciascun cittadino *nuovo entrato nei servizi SID o AID*, prescindendo dalla patologia e dalla presenza di ulcere agli arti inferiori, è stato identificato (da circa 100 infermieri) nel sistema informatico del FVG (SIASI) con la sigla "ST". Tutti i soggetti individuati con ulcere agli arti inferiori sono stati inclusi nello studio d'incidenza.

2. La prevalenza periodale (nell'arco dei 12 mesi di sperimentazione) è stata calcolata sommando il numero delle persone affette da ulcere agli arti inferiori in carico ai servizi SID e AID l'1 maggio 2008 con il numero dei nuovi casi rilevati durante il periodo di sperimentazione.
3. I dati dei nuovi casi sono stati registrati in una scheda che prevedeva il consenso dell'assistito ad essere reclutato nella *presa in carico* interdisciplinare e interaziendale. Tutti i soggetti reclutati sono stati valutati da 39 *infermieri dedicati-case manager*<sup>d</sup> e indirizzati correttamente al medico specialista (chirurgo plastico, dermatologo, chirurgo vascolare) al fine di avere in prima istanza la *diagnosi accertata* del tipo di ulcera.

Per gli assistiti con ulcere venose e miste si sono utilizzati i seguenti strumenti e presidi di valutazione e trattamento:

- il minidoppler portatile per la rilevazione dell'indice di pressione caviglia/braccio (ABPI);
  - le medicazioni in dotazione alle due aziende per la corretta applicazione dei principi della *Wound Bed Preparation in Practice* dell'EWMA 2003;
  - i bendaggi elastocompressivi multistrato.
4. Le ulcere venose e miste trattate con elastocompressione sono state inserite in un follow up (alla 4<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> settimana dal trattamento) e i dati sono stati informatizzati presso ciascuna sede SID e AID tramite foglio excel e software *Visitrak data capture* (versione 02/2006 per PC) ad approccio standardizzato per il monitoraggio dell'andamento dell'ulcera. Il Visitrak è uno strumento elettronico che fornisce la misura (dati riproducibili) in merito alla superficie dell'ulcera, espressa in cm<sup>2</sup>.

Criteri di inclusione nel follow up:

- l'ulcera più estesa (in caso di più ulcere) con un'area compresa tra 1 cm<sup>2</sup> e 25 cm<sup>2</sup>;
- l'indice di pressione caviglia-braccio  $\geq 0.5$ ;
- la diagnosi di patologia confermata nell'arto di riferimento;
- la circonferenza della caviglia compresa tra 18 cm e 32 cm;
- l'indicazione di elastocompressione.

Criteri di esclusione dal follow up:

- l'ulcera più estesa (in caso di più ulcere) con una superficie  $< 1 \text{ cm}^2$  o  $> 25 \text{ cm}^2$ ;
- l'indice di pressione caviglia-braccio  $< 0.5$ ;
- l'ulcera da piede diabetico;

---

<sup>d</sup> I 39 infermieri sono esperti nel trattamento delle ulcere a seguito di formazione intensiva teorico/pratica sull'argomento.

- l'ulcera neoplastica;
- la riconosciuta scarsa compliance e assenza di cure givers;
- la circonferenza della caviglia < 18 cm e > 32 cm.

Sulla base dell'indice ABPI venivano adottate diverse modalità di presa in carico, dopo aver comunque svolto attività di educazione sanitaria alla persona:

- in presenza di ABPI < 0,5 la persona veniva inviata allo specialista vascolare (per la valutazione di eventuale intervento chirurgico di rivascularizzazione endoluminale o, in caso questo non fosse possibile, un intervento di by-pass);
- in presenza di ABPI compreso tra 0,5 – 0,79 si consultava lo specialista dermatologo o vascolare per l'eventuale trattamento elastocompressivo ad intensità ridotta (15-25 mmHg);
- in presenza di ABPI  $\geq$  0,8 in persona collaborante che non presentava diabete, insufficienza cardiaca, insufficienza renale, ipertensione, deformità dell'arto, si procedeva al trattamento elastocompressivo da parte dell'infermiere secondo i criteri sotto riportati:
  - a. in assenza di indicazioni specifiche diverse dello specialista si applicava la compressione multistrato di 40 mmHG;
  - b. su indicazione specifica dello specialista si applicava la compressione multistrato di 15-25 mmHG;
  - c. in caso di scarsa aderenza dell'assistito al trattamento elastocompressivo multistrato, si procedeva alla compressione di 40 mmHG con calza elastica.

## Risultati

1. La popolazione, alla quale si fa riferimento per l'incidenza, comprende **8290 nuove persone identificate con il codice "ST"** (tabella n. 1). L'età media della popolazione è 75.5 ( $\pm$  dev.st. 14.5), mediana 79, moda 86, range 8-106. Le femmine sono 5141 (62%), i maschi 3149 (38%). Di queste 8290 nuove persone, 311 presentavano ulcere.

<b>Tabella n. 1. Confronto tra tutti i nuovi accolti "ST" e quelli con ulcera</b>		
<b>Caratteristiche</b>	<b>Tutti i nuovi accolti "ST" n = 8290</b>	<b>Nuovi accolti "ST" con ulcera n = 311</b>
<b>Femmine (n. e %)</b>	5141 (62%)	186 (59.8%)
<b>Maschi (n. e %)</b>	3149 (38%)	125 (40.2%)
<b>Età media (<math>\pm</math> Dev.St.)</b>	75.5 (14.5)	78.7 (11.2)
<b>Età mediana</b>	79	80
<b>Moda età</b>	86	84
<b>Range</b>	8-106	22-102

L'incidenza rilevata su tutti i nuovi accolti "ST" (e loro intervalli di confidenza al 95%) è stata calcolata ipotizzando una distribuzione poissoniana, ipotizzando cioè un tasso costante e casuale

dei casi. **La stima per i dodici mesi di osservazione è di 37.5 casi ogni 1.000 nuovi assistiti/anno, pari al 3.75% (IC al 95%: 33.6-41.9/1.000/anno).**

Stratificando la popolazione per fasce d'età, l'incidenza risulta di 7.4 casi/anno (0.9-26.8) sotto i 39 anni, di 23.3 casi/anno (13.6-37.3) tra i 40 e i 59, di 40.9 casi/anno (34.5-48.4) dai 60 ai 79, di 39.3 casi/anno (33.5-46.3) tra gli ultra ottantenni (tabella n. 2).

**Tabella n. 2. Incidenza su tutti i nuovi accolti "ST" e stratificata per fasce d'età**

Fascia d'età	Nuovi accolti "ST"	Nuovi accolti "ST" con ulcera	Incidenza (x 1.000 accolti ST)	I.C. 95%(*)	
				L. Inf.	L. Sup.
0 – 39	269	2	7.4	0.9	26.8
40 – 59	730	17	23.3	13.6	37.3
60 – 79	3.398	139	40.9	34.5	48.4
80+	3.893	153	39.3	33.5	46.3
<b>Totale</b>	<b>8290</b>	<b>311</b>	<b>37.5</b>	<b>33.6</b>	<b>41.9</b>
(*) Ipotizzata una distribuzione di Poisson: I.C. al 95% calcolati applicando le tabelle predisposte da Haenszel e Coll. <sup>13</sup>					

2. La prevalenza periodale riferita al periodo preso in considerazione è calcolata su una popolazione di 25513 persone. Di queste, 352 risultavano affette da ulcere agli arti inferiori al primo maggio 2008. Sommando i 352 casi già in carico con i nuovi 311, ne deriva un totale di 663 ulcere. **La prevalenza calcolata è pertanto del 2.6%.**

3. Per quanto riguarda l'accertamento specifico della tipologia di ulcera, nel gruppo delle 8290 persone nuove accolte e identificate con la sigla ST:

- 285 risultavano già con presenza di ulcere rilevate dal medico di famiglia;
- 8005 invece si sono rivolte ai servizi per altre patologie e tra queste, gli infermieri ne hanno individuato 26 con ulcere.

Sul totale delle 311 persone con ulcere, 275 hanno accettato il percorso diagnostico terapeutico, 36 lo hanno rifiutato.

La tipologia di ulcere, nelle 275 persone che hanno aderito al percorso è così distribuita:

- 68 (24.7%) venose;
- 64 (23.3%) aspecifiche;
- 58 (21.1%) traumatiche;
- 28 (10.2%) diabetiche;
- 24 (8.7%) arteriose;
- 22 (8.0%) miste venose e arteriose;
- 11 (4.0%) di altro tipo (da decubito, ustione, post chirurgica, vasculite necrotizzante, pioderma gangrenoso, iatrogena);
- **0 (0.0%) neoplastiche.**

Dopo l'accertamento della diagnosi, come previsto nel percorso diagnostico terapeutico, la tipologia di ulcera risultava così modificata:

- 104 (37.8%) venose;
- 10 (3.6%) aspecifiche;
- 50 (18.2%) traumatiche;
- 31 (11.3%) diabetiche;
- 27 (9.8%) arteriose;
- 27 (9.8%) miste venose e arteriose;
- 23 (8.4%) altro tipo (decubito, ustione, post chirurgica, vasculite necrotizzante, ect);
- **3 (1.1%) neoplastiche.**

In dettaglio si è verificato che (tabella n.3):

a) **153 assistiti hanno avuto conferma della diagnosi del tipo di ulcera:** si tratta di 68 venose, 24 arteriose, 22 miste, 28 diabetiche e 11 di altro tipo;

b) **tra le 64 persone prese in carico con ulcere aspecifiche, 54** hanno avuto diagnosticata con certezza la tipologia di ulcera secondo questa distribuzione:

- 28 venose ;
- 12 di altro tipo (2 da decubito, 2 ustioni, 2 post chirurgiche, 2 vasculiti necrotizzanti, 2 piodermi gangrenosi, 2 iatrogene);
- 5 miste arteriose e venose;
- 3 neoplastiche;
- 3 diabetiche;
- 3 arteriose;
- 10 erano ancora aspecifiche e in fase di accertamento (queste persone erano state prese in carico pochi giorni prima della chiusura della sperimentazione che è avvenuta il 30 aprile '09).

c) **Tra le 58 ulcere che all'ingresso risultavano di origine traumatica ben 8** (pari al 13.8% delle traumatiche) erano invece di origine venosa.

**Tabella n. 3. Confronto tra diagnosi d'ingresso e accertata nei nuovi accolti "ST" che accettano il percorso diagnostico terapeutico**

	venosa	arteriosa	mista	neoplastica	traumatica	diabetica	altro tipo	aspecifica	totale
<b>Diagnosi d'ingresso</b>	68 (24.7%)	24 (8.7%)	22 (8.0%)	0 (0.0%)	58 (21.1%)	28 (10.2%)	11 (4.0%)	64 (23.3%)	<b>275 (100%)</b>
<b>Diagnosi accertata</b>	104 (37.8%)	27 (9.8%)	27 (9.8%)	3 (1.1%)	50 (18.2%)	31 (11.3%)	23 (8.4%)	10 (3.6%)	<b>275 (100%)</b>
<b>Confronto</b>	<b>+36</b>	<b>+3</b>	<b>+5</b>	<b>+3</b>	<b>-8</b>	<b>+3</b>	<b>+12</b>	<b>-54</b>	<b>0</b>

**Diagnosi d'ingresso:** diagnosi con cui le persone si presentano ai servizi. **Diagnosi accertata:** diagnosi valutata all'interno dei servizi sperimentali interdisciplinari e interaziendali. **Aspecifica:** diagnosi sconosciuta o in corso di accertamento.

E' stato verificato quanto l'effetto di "ricollocazione" da una categoria diagnostica a quella di ulcera venosa e mista (+41) da sottoporre a follow-up fosse dovuto al caso, **ovvero se la sensibilità diagnostica dei medici di medicina generale fosse buona.**

Per le sole ulcere venose e miste l'accordo osservato tra diagnosi "d'ingresso" e diagnosi "accertata" dopo l'inserimento nella *presa in carico* interdisciplinare e interaziendale è stato dell'85.1% (tabella n. 4). **Dopo applicazione del test di concordanza di Cohen (K di Cohen) si evidenzia un valore di accordo del 69.7%.**

**Tabella n. 4. Test di Concordanza (K di Cohen)  
275 Assistiti con diagnosi di ulcera agli arti inferiori**

		Diagnosi "accertata" VENOSA e MISTA			
		+	-		
Diagnosi" d'ingresso" VENOSA e MISTA	+	90 (a)	0 (b)	90	32.7 %
	-	41 (c)	144 (d)	185	67.3 %
		131	144	275 (N)	
		47.6 %	52.4 %		

**Accordo osservato (a+d)/N = 85.1%**

$K_{(di\ Cohen)} = \frac{(\% \text{ Accordo Osservato}) - (\% \text{ Accordo dovuto al caso})}{100 - (\% \text{ Accordo dovuto al caso})} = 69,7\%$
---

4. Le persone con ulcere accertate venose sono state 104 e quelle con ulcere accertate miste 27, sono quindi 131 le persone che potenzialmente potevano essere incluse nella casistica trattata in follow up. Di queste, 82 sono state incluse nel follow up, 49 invece rientravano nei criteri di esclusione dello studio.

**Negli 82 casi trattati con elastocompressione le guarigioni sono state 64 pari al 78%**, le riduzioni di superficie 9 (11%), le interruzioni di trattamento 7 (3 rifiuti, 1 trasferimento, 1 decesso, 1 ricovero, 1 allergia); solamente in 2 casi si è verificato l'aumento di superficie dell'ulcera (tabella n. 5).

**Tabella n. 5. Esiti degli 82 casi con ulcere venose e miste trattati con elastocompressione**

Esito	follow up IV settimana	follow up XII settimana	Totale
<b>Guarigione</b>	<b>35 (43%)</b>	<b>29 (35%)</b>	<b>64 (78%)</b>
Riduzione superficie		9	<b>9 (11%)</b>
Aumento superficie		2	<b>2 (2.4%)</b>
Interruzione	3	4	<b>7 (8.6%)</b>

## Discussione

**1. e 2.** La sperimentazione/studio ha stimato, per la prima volta in una “comunità aperta”, la prevalenza e l’incidenza del fenomeno. Teoricamente, per ottenere una misura corretta dell’incidenza, la popolazione ideale dovrebbe essere rappresentata da una coorte di cittadini “liberi” dalla condizione studiata e seguita nel tempo. Un approccio descrittivo di tipo trasversale potrebbe essere utile ad individuare la casistica presente, e prevalente nell’area prescelta. In questo caso sia la popolazione affetta dalla patologia che quanti ne sono esenti potrebbero rappresentare la nostra popolazione di riferimento.

Tali approcci, tuttavia, sono alquanto difficili da realizzare in questo contesto e sono molto impegnativi dal punto di vista delle risorse e delle metodiche di “accertamento” della casistica. Questi disegni sono stati sinora adottati per studiare incidenza e prevalenza su popolazioni “chiuse”, istituzionalizzate per lo più e di piccole dimensioni.

Tra l’altro, le ulcerazioni agli arti inferiori sono espressione di sottostanti patologie cronico-degenerative instaurate da molti anni, hanno una lenta insorgenza e sono perciò un tipico terreno in cui i disegni tipo “cross-section”, di prevalenza, possono essere distorti dal cosiddetto “length-biased sampling”<sup>14</sup>, che conduce ad una sovrastima della prevalenza. Affrontare inoltre tali insidie metodologiche su una popolazione “aperta” è notevolmente più complicato.

Per tali motivazioni, si è preferito limitare la stima dell’incidenza di detta patologia alla popolazione che si è rivolta nel periodo considerato ai servizi SID e AID. Nonostante quella in questione abbia carattere di patologia cronico-degenerativa a lenta insorgenza, la stima del 3.75% dell’incidenza è risultata superiore a quella del 2.6% della prevalenza. **Questo “artificio” è stato reso possibile dall’intensa attività di diffusione della sperimentazione dell’innovativo servizio ai medici di famiglia** (che si sono mostrati molto sensibili al problema) e indica che nel territorio triestino la patologia è probabilmente ancora “sommersa”.

**Ciononostante, la stima del 2.6% della prevalenza è in linea con quella degli studi condotti in altri Paesi europei**, che hanno rilevato che le persone affette da questa patologia, nella popolazione generale, variano dall’1.5 al 3%<sup>1</sup>.

**3. Il servizio sperimentale di presa in carico infermieristica “in rete” con i medici specialisti ospedalieri, di distretto e di famiglia ha consentito una diagnosi accertata e l’utilizzo delle più recenti raccomandazioni di trattamento.**

L’accertamento precoce delle diagnosi venosa e mista ha permesso di utilizzare i principi dell’EWMA “*Comprendere la terapia compressiva*, London: MEP Ltd, 2003”; l’accertamento precoce della diagnosi neoplastica ha permesso di indirizzare tempestivamente le 3 persone al chirurgo per gli opportuni trattamenti, andando ad incidere positivamente sulla prognosi quod vitam. **Il test di concordanza di Cohen (*K di Cohen*) evidenzia un valore di accordo diagnostico del 69.7% da ritenersi molto buono.**

**4. La percentuale di guarigione nei casi di ulcere venose e miste del 78%** è addirittura superiore a quella prevista dai principi dell’EWMA, utilizzati nella sperimentazione: “*Comprendere la terapia compressiva*, London: MEP Ltd, 2003”. A tal proposito è sconcertante rilevare che non ci sia ancora la rimborsabilità della calza elastica e delle bende per confezionare un bendaggio, quando l’efficacia in termini economici della terapia compressiva è riportata da numerosissimi studi<sup>15</sup>.



## Conclusioni

La sperimentazione evidenzia che è possibile e doveroso garantire una presa in carico “in rete” che assicuri l'utilizzo *sensato* –in osmosi- del primo, secondo e terzo livello di servizio (di base e specialistico). E' tale osmosi a rendere efficienti ed efficaci i percorsi diagnostici ed i trattamenti: è questo il valore della presa in carico, che aumenta addirittura la percentuale di guarigione indicata **dai principi dell'EWMA, oltre a migliorare la qualità di vita delle persone**. Infatti, le modalità di assistenza ambulatoriale o domiciliare hanno evitato un evento traumatico quale è il ricovero e l'esposizione al rischio di contrarre infezioni nosocomiali.

Per l'individuazione e la definizione dei percorsi diagnostici e di trattamento, sono stati fondamentali la letteratura scientifica, la formazione, l'esperienza degli infermieri case manager, il contributo dei medici specialisti distrettuali e ospedalieri, nonché la rilevante collaborazione dei medici di famiglia. Questa esperienza è destinata ad arricchirsi attraverso il contributo di specialisti di altre discipline coinvolte nella gestione di questa malattia.

Le schede assistenziali utilizzate hanno permesso di confrontare le esperienze e il disagio delle persone con la valutazione clinico/assistenziale dell'infermiere e del medico. I risultati confermano la validità dell'approccio interaziendale e multidisciplinare: esso permette di diagnosticare ulcere che altrimenti rimarrebbero aspecifiche, senza un corretto trattamento terapeutico e una possibilità di guarigione.

Rimangono i seguenti dubbi:

- a) questa patologia è definita cronica recidivante perché davvero lo è? E in quale misura lo è?;
- b) siamo noi professionisti a renderla cronica recidivante perché incapaci di svolgere attività di “rete” interdisciplinare ed interistituzionale?

### **Responsabili dello studio:**

Rosolino Trabona, Responsabile infermieristico, S. C. Servizio Infermieristico Aziendale Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 “Triestina”  
[rosolino.trabona@ass1.sanita.fvg.it](mailto:rosolino.trabona@ass1.sanita.fvg.it), cell. 3804399845

Roberta Sapienza, Dirigente infermieristica, S. S. Servizio Infermieristico Distretto 1 Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 “Triestina” e Presidente della “*Commissione per la prevenzione e il trattamento delle ulcere agli arti inferiori*” (Del. n. 630 dd. 17.11.2005)  
[roberta.sapienza@ass1.sanita.fvg.it](mailto:roberta.sapienza@ass1.sanita.fvg.it), cell. 3488710304

### **Responsabile del disegno dello studio e dell’analisi dei dati:**

Sandro Centonze, Direttore S. C. Programmazione e Controllo AOU “Ospedali Riuniti di Trieste”  
[sandro.centonze@aots.sanita.fvg.it](mailto:sandro.centonze@aots.sanita.fvg.it), cell. 3204644818

### **Promotrice del protocollo di ricerca e responsabile dell’organizzazione delle attività inerenti lo studio:**

Maila Mislej, Dirigente infermieristica, S. C. Servizio Infermieristico Aziendale Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 “Triestina”  
[maila.mislej@ass1.sanita.fvg.it](mailto:maila.mislej@ass1.sanita.fvg.it), cell. 3484487006

### **Medici Specialisti in dermatologia e venereologia dei distretti dell’ASS n. 1 “Triestina”**

Majda Cossutta, Erika Briscik, Franco Kokelj, Edvige Minkusch

### **Medici Specialisti dell’AOU Ospedali Riuniti di Trieste:**

Zoran Arnez , responsabile del Centro di riferimento regionale per le ferite difficili, direttore UCO e Scuola di specializzazione in chirurgia plastica e ricostruttiva ;

Giovanni Papa, medico specialista in chirurgia plastica e ricostruttiva UCO e Scuola di specializzazione in chirurgia plastica e ricostruttiva;

Roberto Adovasio, medico specialista in chirurgia e chirurgia vascolare, direttore UCO e Scuola di specializzazione in chirurgia vascolare;

Stefano Chiarandini, medico specialista in chirurgia e in chirurgia vascolare, UCO chirurgia vascolare;

Giusto Trevisan, direttore UCO e della Scuola di specializzazione in dermatologia e venereologia;  
Roberto Marconi, medico specialista in dermatologia, venereologia e angiologia UCO di dermatologia.

**Medici di Medicina Generale** che collaborano all’attività della commissione aziendale e allo studio: Massimo L’Abbate, Oddone Sachs e Francesco Franzin.

## **Responsabili dell'organizzazione delle attività inerenti lo studio**

Dirigenti infermieristici dell'ASS 1 Triestina:

Roberta Sapienza, Loreta Lattanzio, Ofelia Altomare e Flavio Paoletti, Responsabili dei S.S. Servizi Infermieristici dei Distretti 1, 2, 3, 4;

Darinka Daneu, Gabriella D'Ambrosi, Barbara Ianderca, Claudia Rusgnach Responsabili Infermieristici – Cure Primarie dei Distretti 1, 2, 3, 4;

Barbara Brajnik, Raffella Fonda, Marco D'Aliesio, Sandra Giussi, Bianca Lenardoni, Responsabili Infermieristici SID dei Distretti 1,2,3,4;

Loredana Comino, Rosanna Marchesan, Franco Predolin, Egle Sasso, Responsabili Infermieristici AID dei Distretti 1,2,3,4.

## **Infermieri dedicati-case manager(n.39) <sup>e</sup>**

**Distretto 1:** Elena Cerutti, Arianna Finelli, Monica Giorgini, Michela Grassi, Elena Mellini, Michela Principe, Tatiana Roi, Martina Samsa, Denis Vicenzini (n.9).

**Distretto 2:** Rossella Alberti, Franca Coceani, Viviana Coccoluto, Antonella Geri, Gordana Koricanac, Luisa Zorzin, Loretta Zupi (n.7).

**Distretto 3:** Dario Cortese, Stefano Cuk, Doriana De Bernardi, Rocco D'Errico, Monica Geletti, Elisabetta Odoni, Ariella Podega, Daidi Sancin, Vanessa Stemberger, Lucia Tomba, Marino Zanuttigh (n.11).

**Distretto 4:** Monica Bello, Daniela Bello, Fabio Cimador, Ariella Cini, Rita Colia, Maurizio Dell'Olivo, Paola Fregonese, Monica Gregori, Daniela Lenardi, Margherita Chantal Monticolo, Rosi Naperotti, Adriana Tondl (n.12).

## **Responsabili per l'approvvigionamento di attrezzature e presidi**

Stefano Orlandini e Lucia Bellina della SC Approvvigionamenti  
Roberta Sapienza e Rosolino Trabona

## **Software Epi Info vers. 3.4.3 ITA**

Massimo Posarini del Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale  
ASS n. 1 Triestina

## **Hanno programmato e realizzato gli eventi formativi dal 2005 al 2008<sup>f</sup>**

Diego Canderlic, Roberta Sapienza, Anna Sicuro, Rosolino Trabona, Rosarita Zortea.

---

<sup>e</sup> dedicati al reclutamento, alla valutazione e al trattamento presso i servizi distrettuali.

<sup>f</sup> Come previsto dalla delibera del D.G. n. 630 del 17 novembre 2005, dal 2005 al 2008, si sono realizzate innumerevoli iniziative di formazione sull'argomento tenutesi in aula e sul campo per l'addestramento. Nel 2008 sono programmate 6 edizioni di un corso di aggiornamento ad hoc, la prima edizione si è già svolta, la seconda si terrà a giugno e le successive quattro edizioni si svolgeranno in autunno; queste edizioni sono destinate, non agli *infermieri dedicati* allo studio di coorte (già precedentemente formati a tale scopo), ma ad altri infermieri e medici dell'azienda per consentire nel 2009, a conclusione dello studio, di implementare il modello interdisciplinare e interistituzionale.

## Bibliografia per citazione

---

- <sup>1</sup> Abaldi S. et al., *Venous ulceration and measurement of movement: a review*, Journal of Wound Care 2007;16:396-402.
- <sup>2</sup> Tacconi G. et al., *Le ulcere flebostatiche in Italia. Un questionario per stabilire l'incidenza, l'aderenza alle linee guida e l'impatto economico sul SSN*, Acta Vulnologica 2007;5:96.
- <sup>3</sup> Marigo L., Visonà A., *Ulcere dell'arto inferiore: il trattamento ambulatoriale integrato*, Acta Vulnologica 2007;5:103-104.
- <sup>4</sup> Phillips, Stanton, Provan & Lew, 1994; Pieper, Szczepaniak & Templin, 2000; Price & Harding, 1996, *Assessment and management of venous leg ulcers*, Nursing best practice guidelines program, Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), 2004;17.
- <sup>5</sup> Marigo L., Visonà A., *Ulcere dell'arto inferiore: il trattamento ambulatoriale integrato*, Acta Vulnologica 2007;5:103.
- <sup>6</sup> Ellison D.A. et al., *Evaluating the cost and efficacy of leg care provide in two large UK health authorities*, Journal of Wound Care 2002;1:47-51.
- <sup>7</sup> Gruppo di studio SIAPAV sulle ulcere vascolari. *Progetto di ricerca nazionale sul management delle ulcere venose degli arti inferiori*, 2006; [www.siapav.it](http://www.siapav.it)
- <sup>8</sup> Healthcare Commission. *National audit of the management of venous leg ulcers*, 2008; [www.healthcarecommission.org.uk](http://www.healthcarecommission.org.uk)
- <sup>9</sup> Monti M., *L'ulcera Cutanea: Approccio Multidisciplinare alla diagnosi e al trattamento*, Ed. Sprinter, Milano 2000.
- <sup>10</sup> Brooks J. et al. *Nurse-led education sets out to improve patient concordance and prevent recurrence of leg ulcers*, Journal of Wound Care 2004;13(3):111-6.
- <sup>11</sup> Ruckley C.V., *Socioeconomic impact of choronic venous insufficiency and leg ulcer*, Angiology 1997;48:67-69.
- <sup>12</sup> Nelson E.A. et al., *Compression for venous leg ulcer (review)*, The Cochrane Library 2009, Jan 21; (1).
- <sup>13</sup> Haenszel W., Loveland D. e Sirken M.G., *J National Cancer Inst* 1962; 293: 947-1001.
- <sup>14</sup> Rothman K.J., Greenland S., *Modern Epidemiology*. 2nd Ed., Lipincott-Raven Pbl. 1998.
- <sup>15</sup> O'Meara et al., *Compression for venous leg ulcers (review)*, The Cochrane Library 2009, Issue 1.