



# **PDTA DELLA REGIONE CAMPANIA**

**STRUMENTO PER LA PARITA' DI CURE**

DOTT. ANTONIO MADDALENA

U.O.C. CURE DOMICILIARI, TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE

# PDTA

- **SECONDO L'EUROPEAN PATHWAY ASSOCIATION (EPA) I PDTA:**
- DEVONO INCLUDERE UNA CHIARA ESPlicitAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEGLI ELEMENTI CHIAVE DELL'ASSISTENZA BASATA SULLE EVIDENZE SCIENTIFICHE
- DEVONO FACILITARE LE COMUNICAZIONI TRA I MEMBRI DEL TEAM, I CAREGIVERS E I PAZIENTI
- DEVONO COORDINARE IL PROCESSO DI ASSISTENZA TRAMITE IL COORDINAMENTO DEI RUOLI E L'ATTUAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEI TEAM MULTIDISCIPLINARI D'ASSISTENZA
- DEVONO INCLUDERE LA DOCUMENTAZIONE, IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DEGLI OUTCOMES
- DEVONO INFINE IDENTIFICARE LE RISORSE NECESSARIE ALL'ATTUAZIONE DEL PERCORSO
- LO **SCOPO DEI PDTA** È DUNQUE QUELLO DI INCREMENTARE LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA PERCEPITA ED EFFETTIVAMENTE EROGATA, MIGLIORANDO GLI OUTCOMES E PROMUOVENDO LA SICUREZZA DEL PAZIENTE ATTRAVERSO L'UTILIZZO DELLE GIUSTE RISORSE NECESSARIE.

- UNO STRUMENTO DI **CLINICAL GOVERNANCE** CHE, ATTRAVERSO L'IMPLEMENTAZIONE DELLE MIGLIORI EVIDENZE SCIENTIFICHE NEI CONTESTI REALI, **PERMETTONO DI RIDURRE LA VARIABILITÀ DEI COMPORTAMENTI PROFESSIONALI E ORGANIZZATIVI**
- STRUMENTO DI PIANIFICAZIONE A DISPOSIZIONE DELL'AREA FARMACEUTICA PER LA PROGRAMMAZIONE DI ACQUISIZIONE DI RISORSE
- STRUMENTO DI PROGRAMMAZIONE ALL'INTERNO DI CONTESTI DEFINITI

DECRETO DIRIGENZIALE N. 113 DEL 08/02/2024

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) delle  
Lesioni Cutanee



Francesca Futura Bernardi	Dirigente Farmacista A.O.U. L. Vanvitelli
Ferdinando Campitiello	Professore Chirurgia Generale e Vascolare A.O.U. L. Vanvitelli
Luisa Cappitelli	Funzionario amministrativo UOD 50.04.03
Marianna Cozzolino	Dirigente Farmacista A.O. A. Cardarelli
Diego Cuccurullo	Responsabile U.O.C. Chirurgia Generale A.O. dei Colli-Monaldi
Rachele Antignani	Pediatra di Libera Scelta ASL NA 3 Sud
Giuseppe Andrea Ferraro	Professore di Chirurgia Plastica A.O.U. L. Vanvitelli
Patrizio Festa	Responsabile U.O. Trauma Center A.O.R.N. A. Cardarelli
Carmen Foglia	Coordinatore Infermieristico U.O.C. Cure domiciliari ASL CE
Vincenzo Iovino	Coordinatore Infermieristico Trauma Center A.O.R.N. A. Cardarelli
Lorenzo Latella	Cittadinanza Attiva
Carmine Lauriello	Direttore UOC Cure Domiciliari ASL CE
Antonio Maddalena	Responsabile Rete Terapia del Dolore ASL NA 1 CENTRO
Massimo Majolo	Direttore Sanitario di presidio P.O. S. Leonardo ASL NA 3 SUD
Giuseppe Nebbioso	Dirigente di Patologia Cardiovascolare ASL NA 1 Centro/SIMITU
Francesco Petrella	Specialista ambulatoriale Chirurgia Generale e Diagnostica Vascolare ASL NA 3 SUD
Teresa Rea	Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli
Antonio Ristallo	Coordinatore infermieristico Anestesia e Rianimazione P.O. Eboli ASL SA
Salvatore Russo	Ingegneria Clinica A.O.R.N. A. Cardarelli
Emilia Vozzella	Direttore Sanitario AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona Salerno
Gaetano De Capua	Coordinatore Infermieristico A.O. San Pio
Adriano Vercellone	Dirigente Farmacista ASL NA 3 Sud

Il presente documento deve consentire in ogni organizzazione:

- la standardizzazione della gestione dei pazienti con lesioni cutanee dalle più semplici alle più complesse.
- la definizione e la strutturazione di un percorso protetto e uniforme su tutti i territori regionali per questi pazienti.

Il percorso proposto deve trovare applicazione e guidare l'attività di tutti i professionisti coinvolti nella gestione del paziente con lesioni.

Il modello assistenziale di riferimento per il trattamento delle lesioni cutanee, finalizzato anche alla prevenzione delle recidive, è la Gestione Integrata, che deve essere articolata secondo:

**1. Un approccio multidisciplinare e multiprofessionale**

**2. L'organizzazione di centri specializzati;**

**3. L'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici** aderenti alle più recenti linee guida Nazionali ed Internazionali;

**4. L'integrazione Territorio-Ospedale;**

**5. Formazione continua degli operatori;**

**6. Sistema informativo** con l'uso di cartelle cliniche informatizzate e la messa in rete dei punti assistenziali.

# IL DOCUMENTO SI DIVIDE IN 10 SEZIONI

1. ACCESSO AI SERVIZI SANITARI
2. EPIDEMIOLOGIA
3. EZIOFISIOPATOLOGIA E TERAPIA
4. METODOLOGIA DI LAVORO PER LIVELLI ASSISTENZIALI
5. PREVENZIONE DEL RISCHIO
6. DIAGNOSTICA
7. TERAPIA GENERALE E LOCALE
8. GESTIONE FERITE IN AMBITO OSPEDALIERO
9. TELEMEDICINA
10. FORMAZIONE

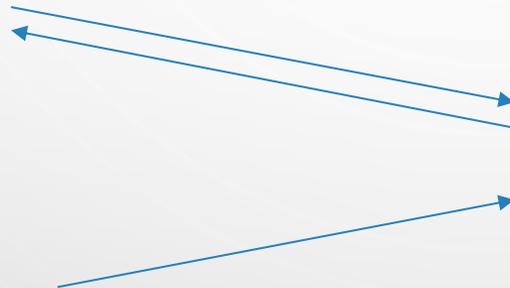
# ACCESSO AI SERVIZI SANITARI

CENTRO VULNOLOGICO  
DI III LIVELLO

PRESA IN CARICO TERRITORIALE:

- a. AMBULATORIO II LIVELLO
- b. CURE DOMICILIARI

MMG



# Indicatori di processo

Indicatore	Referente	Livello organizzazione	Livello temporale	Flusso	Responsabile elaborazione
<b>n° di Pazienti con ulcere cutanee inviati ai centri di riferimento/ n°tot di cartelle territoriali aperte</b>	MMG Ambulatorio spec. Ospedale	MMG Territorio Ospedale	IM M E D I A T O	debito informativo piattaforma informatica regionale	MMG specialista ambulatoriale specialista ospedaliero
<b>n° di Pazienti con dimissione protetta ospedaliera / n° di pazienti con presa in carico alle cure domiciliari</b>	Spec. Ospedaliero Specialista ambulatoriale	Ospedale Distretto Sanitario	IM M E D I A T O	piattaforma informatica regionale	specialista ambulatoriale specialista ospedaliero
<b>n° di pazienti con dimissione protetta / n° di cartelle ambulatoriali aperte</b>	Spec. Ospedaliero Specialista ambulatoriale	Ospedale Ambulatorio Specialistico	IM M E D I A T O	piattaforma informatica regionale	specialista ambulatoriale specialista ospedaliero
<b>n° di Pazienti con dimissione protetta ospedaliera / n° di pazienti con presa in carico alle cure domiciliari</b>	Infermiere specialista	Ambulatorio Infermieristico	IM M E D I A T O	piattaforma informatica regionale	MMG Infermiere responsabile Ambulatorio

# EPIDEMIOLOGIA

- ATTUALMENTE NON SI HANNO DATI UFFICIALI SUL NUMERO DEI PAZIENTI AFFETTI DA LESIONI CRONICHE CUTANEE ASSISTITI NEI VARI SETTING ASSISTENZIALE, E QUESTO CONTRIBUISCE ALLA DIFFICOLTÀ DI DEFINIRE, DA PARTE DEL SSN, UNA EFFICACE POLITICA DI PROGRAMMAZIONE NELLA LORO CURA
- LE ULCERE CUTANEE SONO PRESENTI IN TUTTE LE FASCE DI ETÀ, PIÙ FREQUENTI IN ETÀ GERIATRICA
- LE ULCERE FLEBOSTATICHE SONO QUELLE A PIÙ ALTA INCIDENZA CON UNA PREVALENZA TRA IL 70-80%, SEGUITE DA QUELLE ARTERIOSE (15-20%)
- IL 67% DELLE ULCERE CUTANEE RECIDIVANO, QUESTO DATO METTE IN RISALTO IL CARATTERE SOCIALE DEL PROBLEMA ED È RESO ANCORA PIÙ SIGNIFICATIVO DALLA LIMITATA TENDENZA ALLA GUARIGIONE
- L'INCIDENZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (ISC) NELL'UNIONE EUROPEA È STATA STIMATA A 543.149 CASI L'ANNO

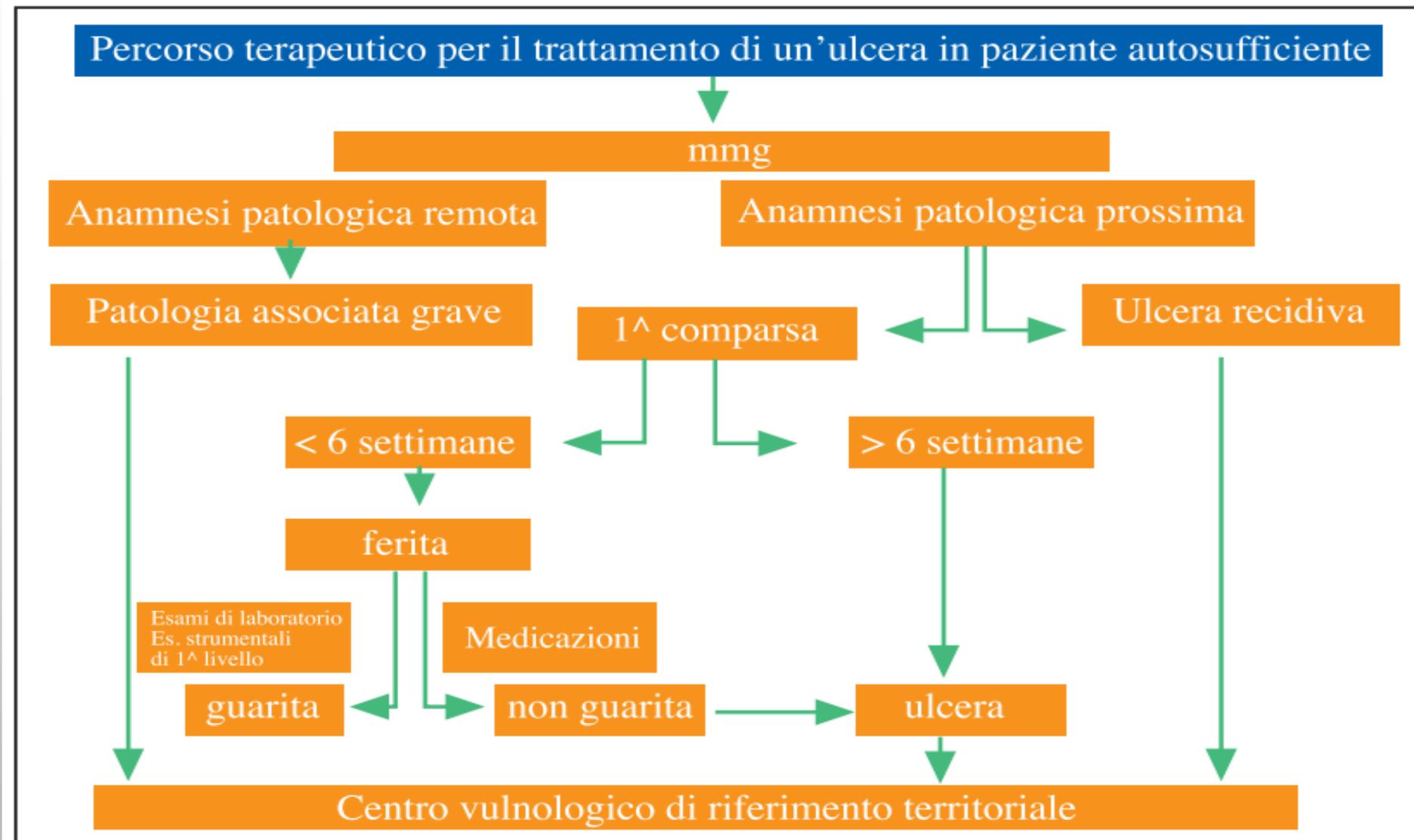
# EZIOFISIOPATOLOGIA E TERAPIA

- **LESIONI ACUTE:** in più dell'80% dei casi di trauma maggiore si descrivono lesioni a carico degli arti che divengono sede di ferite complesse con il coinvolgimento di tessuti diversi
- **LESIONI CRONICHE:** le lesioni croniche sono la complicanza di una patologia che nella sua evoluzione può comportare la comparsa di ulcere cutanee che a loro volta possono assumere un proprio quadro nosologico.

# LESIONI CRONICHE

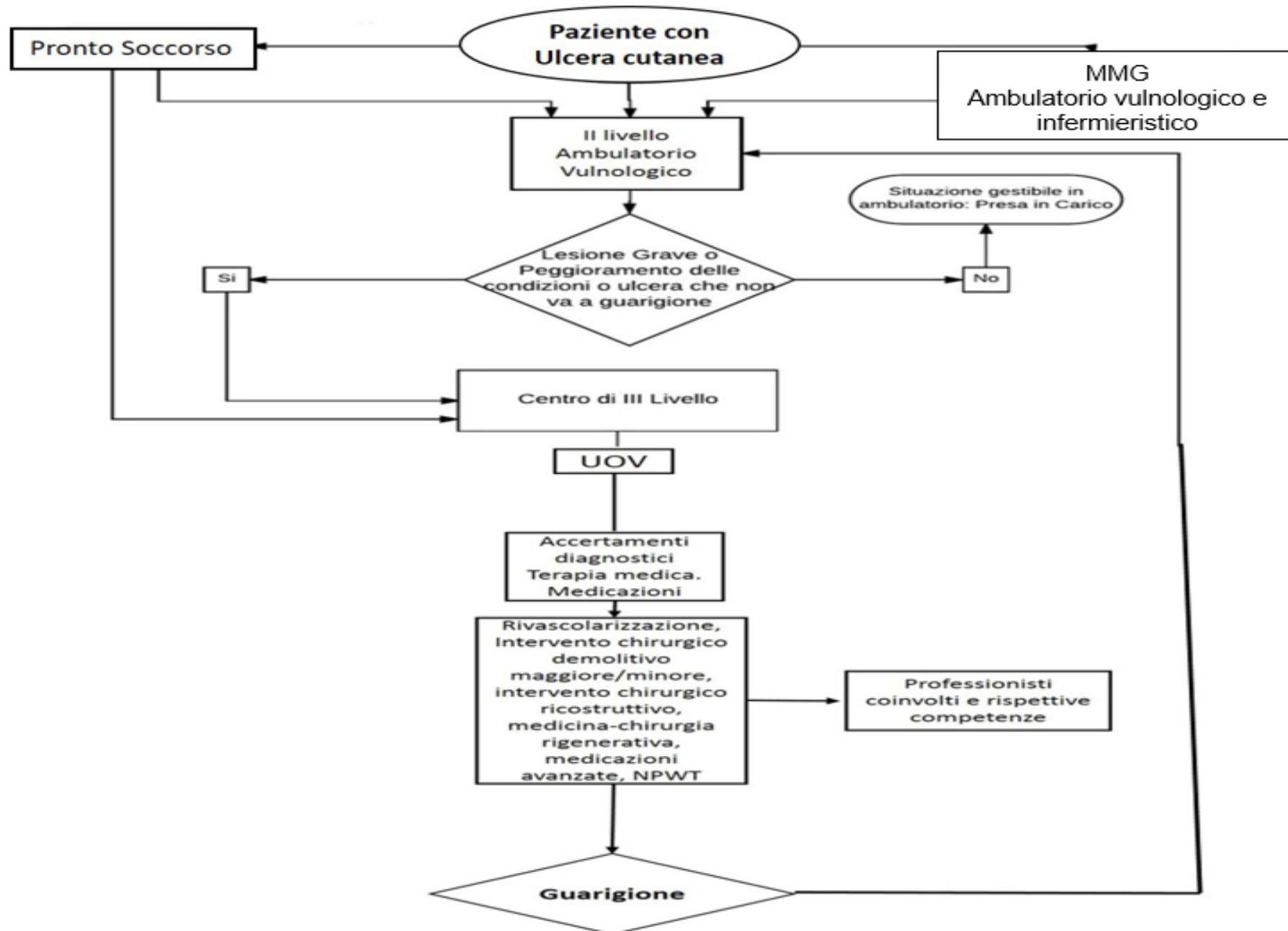
- LESIONI DA PRESSIONE
- LESIONI DI VARIA EZIOLOGIA:
  - a. VASCOLARE
  - b. NEUROPATICHE
  - c. METABOLICHE
  - d. TRAUMATICHE
  - e. EMATOLOGICHE
  - f. NEOPLASTICHE

# METODOLOGIA DI LAVORO



# LIVELLI ASSISTENZIALI

- **I LIVELLO ASSISTENZIALE:** AMBULATORIO MMG CHE HA LA FUNZIONE DI VALUTARE, REDIGERE, ESEGUIRE E COORDINARE IL PIANO ASSISTENZIALE A BASSO LIVELLO DI INTENSITA'
- **II LIVELLO ASSISTENZIALE:** AMBULATORIO SPECIALISTICO TERRITORIALE CON UNO O PIÙ MEDICI (INDIVIDUATI NON SOLO IN BASE ALLA SPECIALIZZAZIONE MA, PRINCIPALMENTE, IN BASE ALLA CULTURA E ALL'INTERESSE NEI CONFRONTI DELLE LESIONI CUTANEE CON **ESPERIENZA IN WOUND CARE, IN DIAGNOSTICA VASCOLARE-ECOCOLORDOPPLER**), DA CONSULENTI DA INTERPELLARE PER CASI PARTICOLARI E DA INFERMIERI CHE ABBIANO ACQUISITO, ATTRAVERSO MASTER UNIVERSITARI/ CORSI DI FORMAZIONE AVANZATA/ LAUREA MAGISTRALE, COMPETENZE SPECIFICHE SUL WOUND CARE. (**CASA DI COMUNITA'**)
- **III LIVELLO ASSISTENZIALE:** U.O. DI VULNOLOGIA OSPEDALIERA



# DIMISSIONE PROTETTA

## PERCORSO DI DIMISSIONE PROTETTA

U.O. Ospedaliera



# PAZIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

SI INTENDE UN PAZIENTE AFFETTO DA UNA CONDIZIONE PATOLOGICA CHE NON GLI CONSENTE DI SVOLGERE AUTONOMAMENTE LE FUNZIONI ESSENZIALI QUOTIDIANE

## 1. PREVENZIONE DEL RISCHIO

- SCALE DI VALUTAZIONE (EXON-SMITH, NORTON MODIFICATA)
- SUPERFICI ANTIDECUBITO

## 2. PROCESSO DIAGNOSTICO

## 3. TERAPIA GENERALE: NUTRIZIONE, DOLORE

## 4. GESTIONE LOCALE DELLA LESIONE

# GESTIONE LOCALE DELLA LESIONE

- TIMERS
- MEDICAZIONI
- NPWT
- OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA
- FOTOTERAPIA
- TERAPIA FOTODINAMICA
- OSSIGENOTERAPIA TOPICA
- PRP



- **GESTIONE FERITE IN AMBITO OSPEDALIERO:**

- a. DEISCENZE CHIRURGICHE

- b. FERITE TRAUMATICHE

- **TELEMEDICINA**

- a. TELEVISITA

- b. TELECONSULTO MEDICO

- c. TELECONSULENZA MEDICO-SANITARIA

- **FORMAZIONE**



**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**

