

EWMA 2023

THE 33RD CONFERENCE OF THE
EUROPEAN WOUND MANAGEMENT
ASSOCIATION



WOUND CARE – FROM ART TO SCIENCE
DALL'ARTE ALLA SCIENZA: L'EVOLUZIONE DELLA CURA DELLE FERITE



MILAN, ITALY
3 – 5 MAY
2023



OTHER COLLABORATORS



@EWMAWOUND

EWMA 2023.ORG



OTHER COLLABORATORS



Wound Care: epidemiologia e problemi di salute oggi. Sono cambiate le competenze necessarie?

Paola Di Giulio, Università Torino

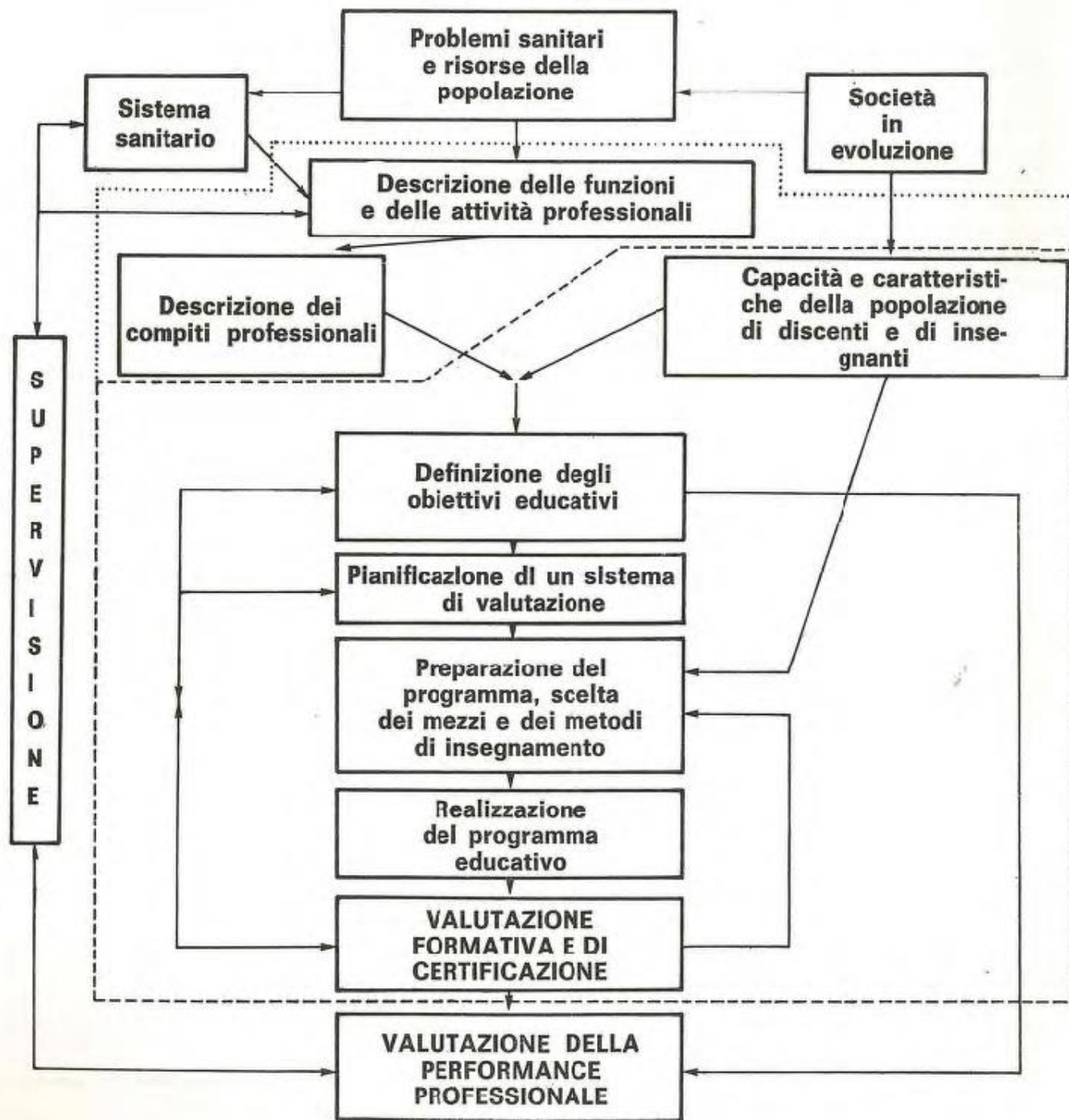


[EWMA2023.ORG](https://ewma2023.org)



OTHER COLLABORATORS





Relazione tra sottosistema educazione e servizio per la collettività

Guilbert 1981

L'epidemiologia delle lesioni

- Quali sono le lesioni che gli infermieri incontrano più frequentemente?
- In quali popolazioni? (anziani, oncologici, con insufficienza venosa...)
- In quali contesti? (ospedale, territorio, RSA, hospice)

- Quali sono le competenze che devono avere per dare una prima risposta?
- Per quale tipo di lesioni?
- Quali sono le competenze specialistiche?

Quali i tipi di lesione più frequenti? E in quali popolazioni?

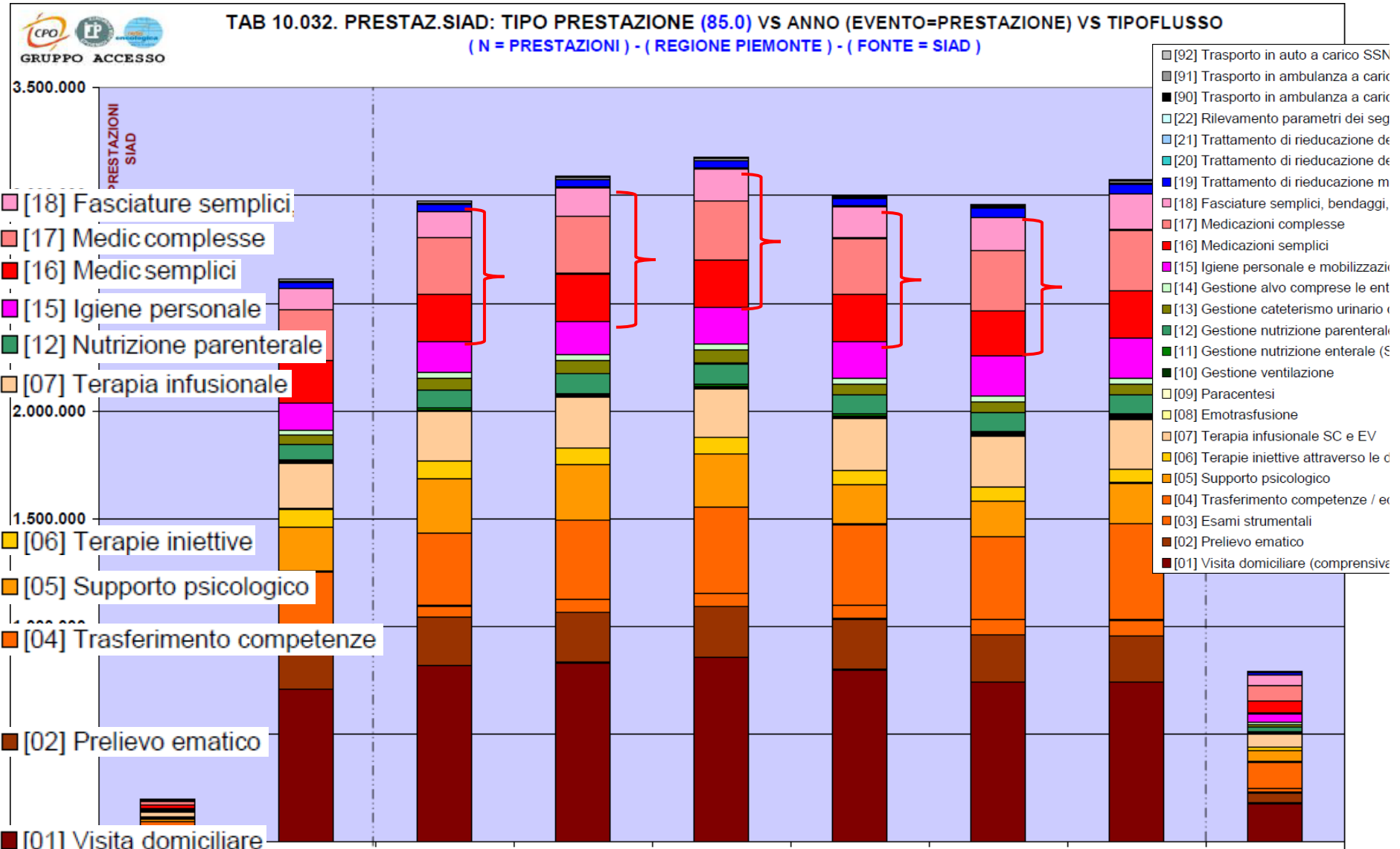
- Malattie di cute e sottocute in aumento
- Prevalenza 605,036,000 nel 2015 vs 492,883,000 nel 2005 (dati da 195 nazioni, riportate nel GBD study) (Vos et al, Lancet 2016)
- lesioni da decubito, 8% dei pazienti ospedalizzati e tra il 15% e il 25% di quelli ricoverati nelle strutture di lungodegenza o case di riposo
- ulcere vascolari, prevalenza 1% circa nella popolazione totale e del 3,6% nella popolazione con età superiore a 65 anni
- lesioni diabetiche incidenza 15% dei pazienti diabetici, prevalenza dell'1,2-20% in ospedale e dello 0,02-10% nella comunità
- ustioni, skin tears, lesioni da trauma....

Le lesioni cutanee (Martinengo et al, 2019)

- 11 studi dal 2002 al 2016 su ferite croniche (ulcere degli arti inferiori, lesioni croniche in generale, lesioni gamba e piede, ...)
- Prevalentemente su anziani (età media da 70 ad 81 anni)
- Prevalenza dallo 0.04% allo 0.19%

Author (y)	Country	Wound type	Age (mean)	Total population	No. of wound cases	Notes (time of data collection)	Reported prevalence
Clarke-Moloney et al 2006 [32]	Ireland	Leg ulcers (>1 mo)	75.5	339,591	382	Survey to nurses, patient seen (1 wk)	0.11%
Hall et al 2014 [40]	United Kingdom	Complex wounds defined as "superficial-, partial- or full-thickness skin loss healing by secondary intention"	~70 ^a	751,485	1,093 [†]	Ascertainment by healthcare providers (2 wk)	0.15%
Heyer et al 2016 [31]	Germany	Chronic wounds defined by chronic wound diagnosis of any wound etiology (ICD-10). Stratified by ulcer types, diabetic foot ulcer, pressure ulcer, and leg ulcer.	Mean/median not reported. Range: 20–>90	9,109,732	91,723	Register data from patients insured with the nationwide operating statutory health insurance provider (2 y)	1%
McDermott-Scales et al 2009 [41]	Ireland	Chronic open leg ulcers of varying etiology located below the knee on the leg or foot (>4 wk), and other wounds or skin injury resulting in tissue damage	Mean: 69.3	133,562	179	Survey to nurses in community care settings. (1 random day)	0.13%
Moffatt et al 2004 [33]	United Kingdom	Open wounds on the leg excluding foot ulcers (>4 wk)	75	252,000	113	Ascertainment by healthcare professionals NHS (4 wk)	0.04%
O'Brien et al 2000 [34]	Ireland	Open sore anywhere below the knee (>4 wk)	72.3	317,069	374	Ascertainment by healthcare professionals (2 mo)	0.12%
Oien et al 2000 [35]	Sweden	Chronic leg and foot ulcers	79 [‡]	151,610	316	Ascertainment by community and district nurses (1 wk)	0.19%
Oien et al 2006 [36]	Sweden	Leg and foot ulcers (hard-to-heal)	81 [‡]	150,334	229	Ascertainment by community and district nurses (1 wk)	0.15%
Palsdottir et al 2010 [37]	Iceland	All ulcers below the knee (≥ 6 wk)	75.2	313,376	226	Ascertainment by healthcare (2 wk)	0.07%
Pina et al 2005 [38]	Portugal	Open wounds on the leg (>4 wk)	70.2	185,708	250	Ascertainment to health centers (2 wk)	0.13%
Walker et al 2002 [39]	New Zealand	Breaks in the skin on the lower leg (below the knee) or on the foot (>6 wk)	75 [‡]	540,435	426	Ascertainment by community and hospital-based health professionals or self-notification (1 y)	0.08%

TIPO PRESTAZIONE (85.0) / SIAD / PIEMONTE

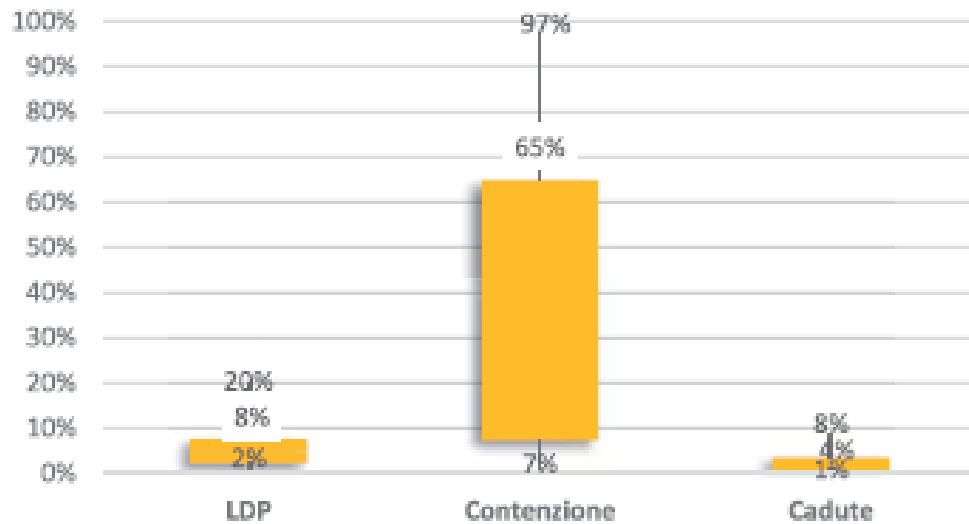


Le lesioni da decubito

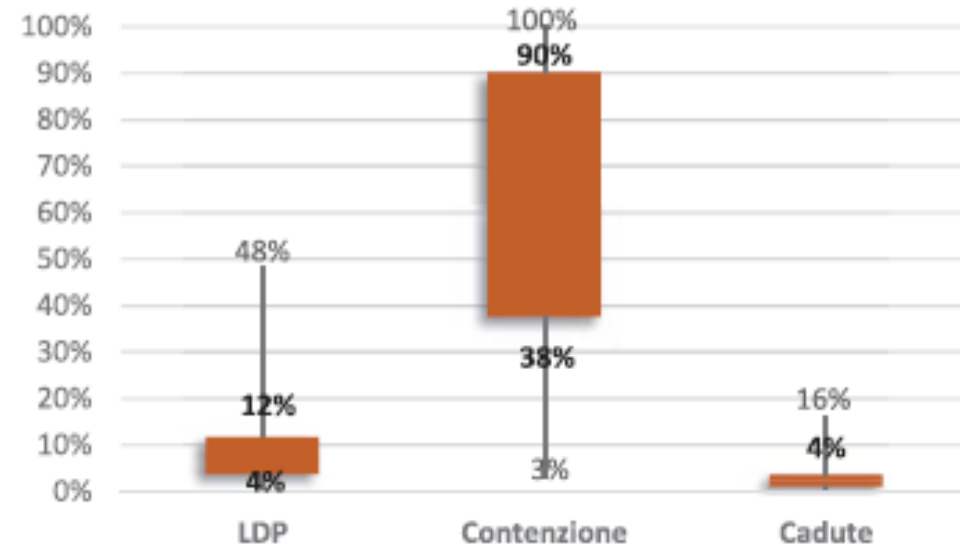
- Obiettivo: Valutare l'impatto delle caratteristiche del personale sul benessere lavorativo e delle ore di assistenza su lesioni, cadute e contenzione
- Studio longitudinale (febbraio 2014-giugno 2015) 24110 pazienti consecutivi e 2606 infermieri di 134 reparti (geriatria-medicina; ortopedia traumatologia; riabilitazione-lungodegenza) di 12 regioni. Dati raccolti fino a 15 giorni per paziente e per turno.
- Risultati. **In media** un paziente in GM ha ricevuto 144 (**DS 35**) minuti di assistenza/die; incidenza di LDD **5.3%** (DS 4.8%); riduzione del rischio di LDP all'aumento delle ore di assistenza (0.80 IC95% 0.70-0.90), della soddisfazione degli infermieri; (Mongardi et al 2019)

Variabilità dei problemi

Medicina Generale/Geriatria



Lungodegenza e Riabilitazione

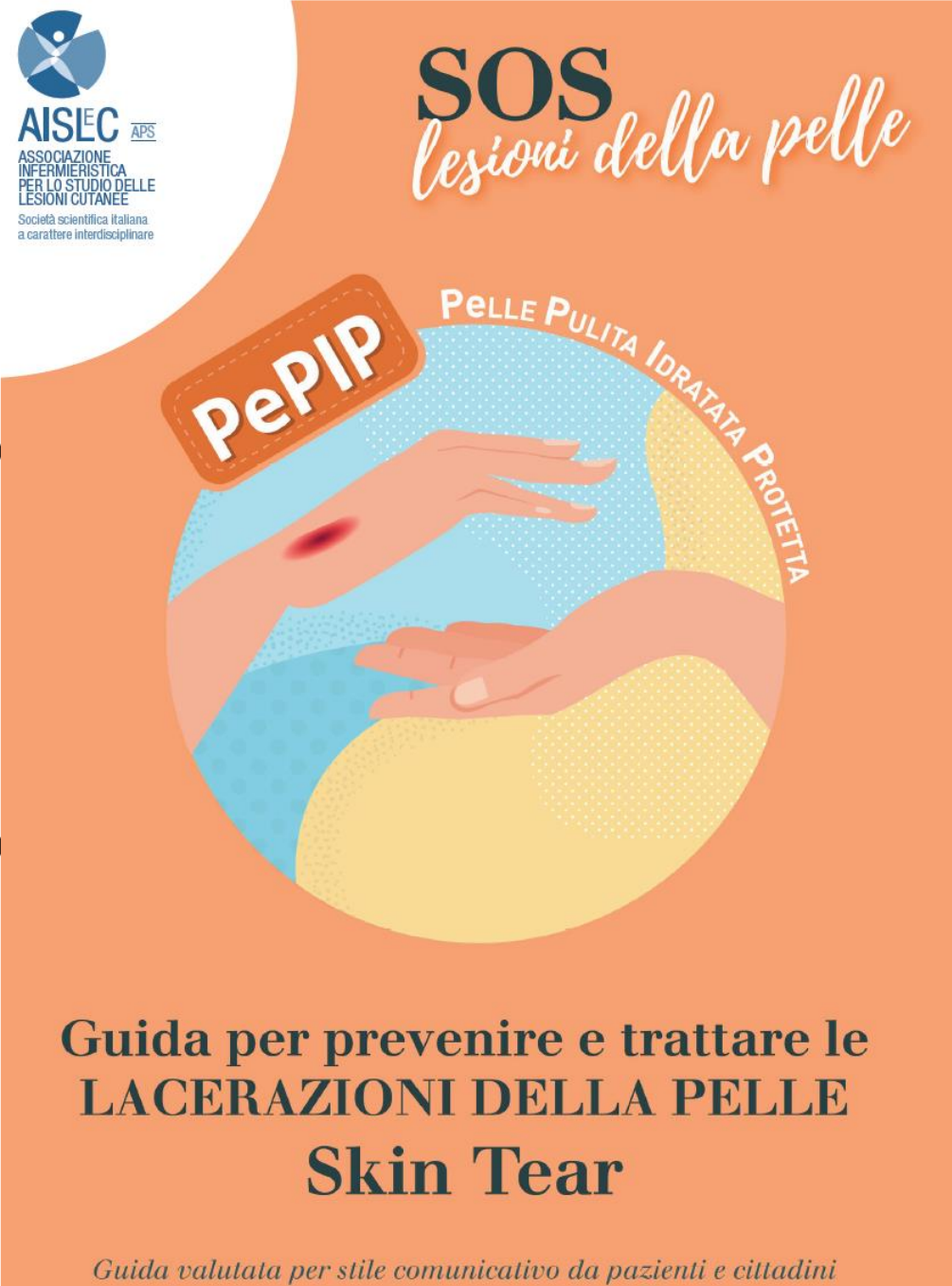


Le skin tears

Skin tears, molto più frequenti delle lesioni
prevalenza in RSA intorno al 40% (Everett e Pov
prevenzione

https://library.nshealth.ca/ld.php?content_id=35335999 maggio 2022

2. Care planning		patient and care giver, avoid non-silicone adhesives, padding for devices)
	Cleanse	<ul style="list-style-type: none"> Gently cleanse the wound and under flap with normal saline, use less pressure than for normal wound cleansing: use between 30-100mls Remove any debris or blood clots, if the skin flap is necrotic it must be debrided For subsequent dressing changes carefully, cleanse wound as not to disrupt the skin flap
	Approximate Skin Flap <i>For Type 1 & 2 Skin Tears</i>	<ul style="list-style-type: none"> Once wound is initially cleansed of residual blood and/or debris, carefully re-approximate skin flap (full or partial) over wound bed by using a sterile saline-soaked cotton tip applicator to roll/place skin flap back in the original position Skin glue (cyanoacrylate) can be used to approximate skin edge Do not use sutures, staples, or skin closure strips to re-approximate skin flap
Wound Dressing <i>Change dressing every 3-21 days depending on dressing type and exudate level</i>	<ul style="list-style-type: none"> For bleeding skin tear: Alginate (Nuderm) Non- to low exudating wound and/or atraumatic removal: non-adherent contact layer (petrolatum- Adaptic, silicone- Mepitel), or hydrogel (Intrasite) Maintain Moisture: Acrylic Dressing (Tegaderm Clear Acrylic) Absorb Moisture: silicone foam (Mepilex), alginate (Nuderm OR Tegaderm High Integrity Alginate), hydrofibre (Aquacel) S&S Infection: Methylene blue and gentian violet (Hydrofera Blue), Silver Dressings (Biatain Ag, Aquacel Ag, Silversorb) Always remove dressing <u>with</u> the skin flap (not against), draw an arrow in the direction of appropriate dressing removal on the cover dressing 	



SOS
lesioni della pelle

PePIP

PELLE PULITA IDRATATA PROTETTA

**Guida per prevenire e trattare le
LACERAZIONI DELLA PELLE
Skin Tear**

Guida valutata per stile comunicativo da pazienti e cittadini

Ulcere venose, piede diabetico, ustioni, lesioni traumatiche, ferite chirurgiche:

quali richiedono competenze di base e quali avanzate

- Capacità di valutazione (assessment; uso di scale)
- Previsione del decorso in assenza di complicanze
- Conoscenza delle principali complicanze
- Cosa fare quando... la lesione non guarisce; il decorso non è quello atteso;
- (uso di tecnologie per diagnosi a distanza?)
- I trattamenti evidence-based (analisi critica)
- Quando rivolgersi allo specialista
- Quali informazioni dare ai pazienti

Per concludere

- La progettazione di (nuove) competenze non è un problema solo tecnico e deve tenere conto degli effetti sul sistema mantenendo una visione sul futuro (collaborazione con le altre professioni, interdisciplinarietà dei saperi, uso di nuove tecnologie, ispirazione ai principi di equità ed inclusione...)
- Scienza e tecnologia offrono soluzioni, ma sono solo strumenti. Il modo in cui sono usate, l'accessibilità, l'adattamento ai contesti, il modo in cui vengono comunicate sono ugualmente importanti per il loro successo quanto la loro efficacia.

LA TRASFORMAZIONE DI UN SISTEMA SANITARIO ATTUALMENTE DOMINATO DA UNA TECNOLOGIA AVANZATA E DA INTERESSI CORPORATIVI IN UN SISTEMA CHE SI PREOCCUPI ESCLUSIVAMENTE DELLA SALUTE DEL PAZIENTE, E' INGREDIENTE INDISPENSABILE PER MODIFICARE CON SUCCESSO UN PROGRAMMA DI FORMAZIONE.

IL PAZIENTE DEVE ESSERE L'OGGETTO PRINCIPALE DELL'ATTENZIONE SIA DEL SISTEMA FORMATIVO CHE DI QUELLO CURATIVO.

GEORGE A. SILVER