

# Il costo reale delle ferite

## E come ridurlo



# Le ferite costituiscono una sfida sempre più grande

**Le ulcere cutanee sono state definite “l’epidemia silenziosa”.**

Attualmente, nella gestione dell’ospedale tipico, tra il 25% e il 40% dei posti letto sono occupati da pazienti con ferite. Nell’assistenza domiciliare, la gestione delle lesioni cutanee consuma oltre la metà di tutte le risorse.<sup>1</sup>

Negli ultimi anni il problema delle ferite si è insinuato sempre più nella gestione dei sistemi sanitari. Perché?

I dati demografici sono parte del problema: infatti le ferite croniche sono strettamente correlate con l’età e nel mondo occidentale l’aspettativa media di vita ha raggiunto quasi gli 80 anni e sta ancora crescendo.<sup>2</sup>

Stati patologici quali il diabete presentano un’associazione sorprendentemente elevata con le lesioni cutanee. In Europa il diabete colpisce già 20.2 milioni di persone, ma si prevede che questa cifra aumenterà del 37% nei prossimi vent’anni.<sup>3</sup>

Gli interventi chirurgici, che aiutano così tanto a migliorare la vita dei pazienti, ovviamente producono ferite, e queste sono vulnerabili perchè, mediamente, il 4% di esse si infetta.<sup>1</sup>

La sfida viene acuita dalla scarsità di formazione specifica sulla cura delle ferite che caratterizza molte strutture sanitarie. Il risultato è un costo personale debilitante per il paziente e un costo economico che prosciuga le risorse del sistema.

Non si può continuare così. E non si deve farlo.

RICADUTE  
RIDOTTA QUALITÀ DI VITA  
AMPUTAZIONI  
DISAGIO  
INFEZIONE DOLORE  
MORTE  
IMBARAZZO  
DEGENZA OSPEDALIERA ODORE  
ANSIA  
MORBIDITÀ CRONICA

# Il costo umano delle ferite

Il costo umano delle ferite si misura in dolore, disagio, imbarazzo, ansia, degenza ospedaliera prolungata, morbidità cronica o addirittura morte. La gran parte di questa sofferenza si può evitare.

Un'ulcera da pressione di IV stadio arriva fino all'osso, provoca molto dolore e può aumentare la degenza ospedaliera di tre mesi o anche più. Eppure, circa il 60-80% di tutte le ulcere da pressione compare in ospedale e quindi, è evitabile. E si tratta di una stima piuttosto prudente.<sup>4</sup>

L'infezione della ferita aumenta la quantità di essudato fino a livelli disagiati, causando infiammazione, dolore e odore, e può portare ad ulteriori interventi chirurgici di debridement o escissione. Tuttavia, le moderne medicazioni e le tecniche di buona pratica clinica possono ridurre le infezioni nelle ferite che, attualmente, sono ad un livello elevato ed inaccettabile.

Molto può essere fatto per prevenire le ulcere del piede diabetico, tuttavia l'incidenza annuale nei pazienti con diabete negli Stati Uniti continua a rimanere intorno al 2-3%.<sup>5</sup>

Gli studi mostrano che addirittura il 57% di questi pazienti andrà incontro al drastico ricorso all'amputazione.<sup>1</sup>

Contrariamente a quanto comunemente si creda, gli strumenti e le tecniche per la riduzione del costo umano delle ferite non comportano costi aggiuntivi per il sistema; in generale, come vedremo ora, li riducono.

**Costo dei materiali  
15-20%**

---

**Tempo del personale  
infermieristico  
30-35%**

---

**Ospedalizzazione  
> 50%**

**Ripartizione dei costi delle ferite cutanee nella  
gestione in acuto<sup>6</sup>**

# Il costo economico delle ferite

Il costo economico delle ferite si misura letteralmente in miliardi di dollari, euro e sterline. Se i dirigenti del sistema sanitario sono ignari di questo costo, è perchè gran parte di esso è “nascosto” – non compare in modo evidente nel costo dei materiali.

Le stime attuali indicano che alle ferite è da imputarsi quasi il 4% dei costi totali del sistema sanitario, e che questa percentuale è in aumento.<sup>6</sup>

Per il sistema, la stessa ospedalizzazione è il costo maggiore nella gestione delle ferite. Un posto letto solitamente ha un costo di €250 al giorno.<sup>1</sup> I pazienti non possono essere dimessi fino a quando la guarigione non è a buon punto, quindi qualsiasi ritardo nel processo di chiusura della ferita ha un impatto significativo sui costi, in termini di posti letto e altre risorse all'interno del sistema sanitario.

Il tempo del personale infermieristico è un altro fattore che incide molto di più del costo dei materiali. Questa è una risorsa importante che potrebbe essere impiegata in altri modi per portare beneficio ai pazienti, o utilizzata per aumentare la capacità del sistema di trattare un maggior numero di pazienti.

Con una buona pratica clinica e materiali di qualità, tutti questi costi possono essere ridotti in modo significativo, come illustrano le pagine che seguono.



Medicazioni



Tempo del personale  
infermieristico



Altri materiali



Viaggi  
(infermieri in assistenza domiciliare)

Fattori che incidono sul costo dei cambi di medicazione



# Ridurre i costi nascosti: i cambi di medicazione

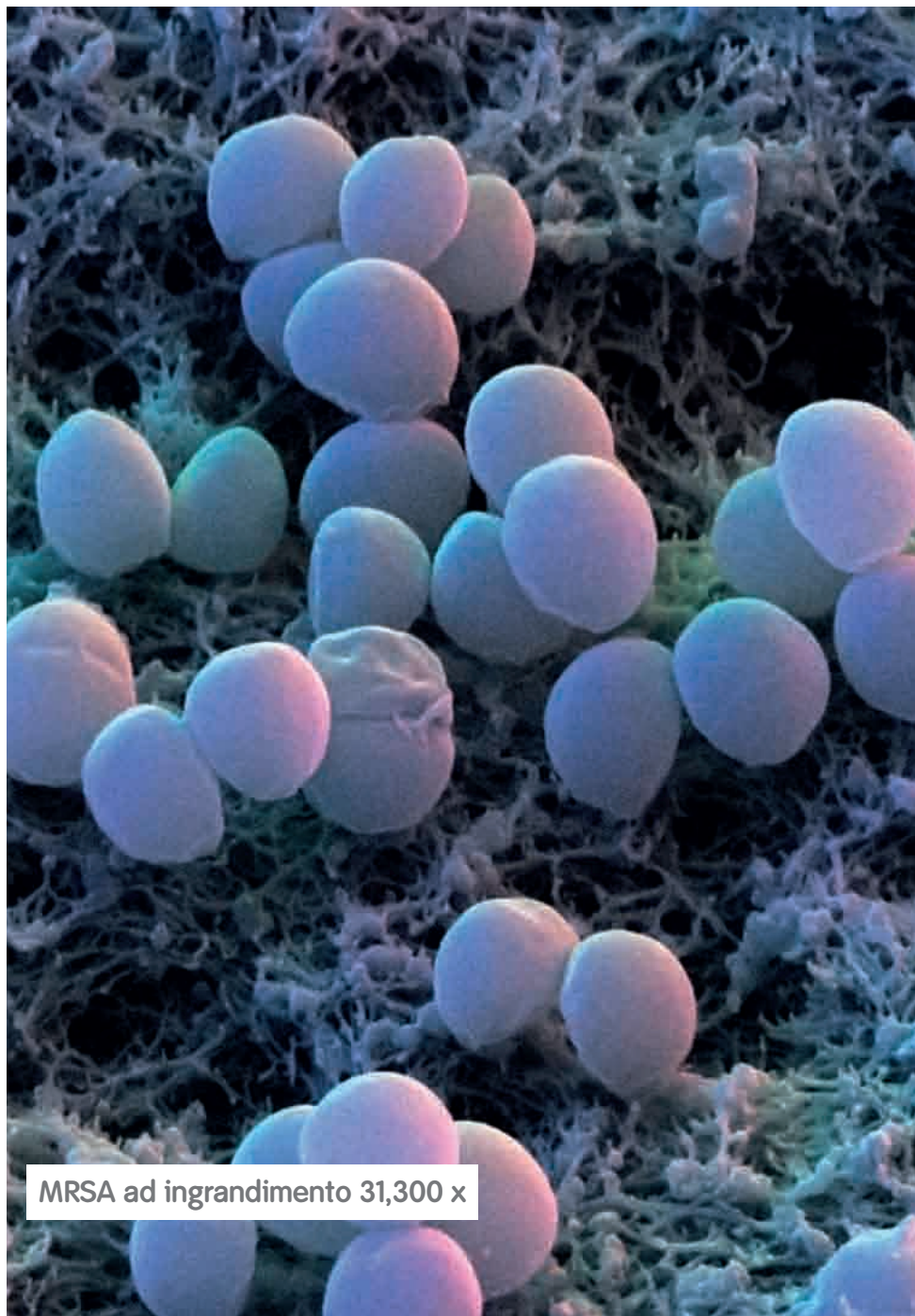
Non si devono sottovalutare le risorse impiegate nell'atto apparentemente semplice di sostituire la medicazione. Uno studio condotto a Uppsala, Svezia, ha dimostrato che in una comunità di 288.000 persone, con una prevalenza tipica di ferite pari a 2,4/1000, solamente per i cambi di medicazione sono stati necessari l'equivalente di 57 infermieri a tempo pieno.<sup>7</sup>

Nella gestione in acuto, la frequenza di sostituzione delle medicazioni incide enormemente sull'impiego del personale infermieristico. Per questo la scelta della medicazione è di importanza fondamentale, ed è una decisione che non dovrebbe essere presa solo in base al costo unitario.

Medicazioni che richiedono un numero minore di sostituzioni comportano benefici per il paziente, in quanto riducono i traumi; benefici clinici, perchè la ferita viene esposta con meno frequenza ad agenti contaminanti; e benefici economici, come mostra la tabella seguente, anche quando i materiali hanno un costo unitario maggiore.<sup>8</sup>

	ALLEVYN Medicazione in schiuma	Medicazione tradizionale (garza)
Costo del materiale per cambio	\$9.83	\$6.36
Costo del personale per cambio	\$9.18	\$9.18
Costo totale per cambio	\$19.01	\$15.54
Frequenza di sostituzione della medicazione (per settimana)	2	7
Costo del materiale per settimana	\$19.66	\$44.52
Costo del personale per settimana	\$18.36	\$64.26
Costo totale per settimana	\$38.02	\$108.78
Riduzione dei costi per settimana	\$85.26	
Costo del materiale	<b>\$21.00</b>	
Costo del personale	<b>\$64.26</b>	

Con la sua linea ALLEVYN<sup>®</sup> Smith & Nephew ha aperto la strada allo sviluppo di medicazioni in schiuma a bassa frequenza di sostituzione e dei protocolli associati. Attualmente, la linea ALLEVYN è stata ampliata con innovazioni specifiche per particolari tipi di paziente, ma la sua capacità di gestione dell'essudato, fino a 7 giorni senza necessità di sostituzione, rimane tuttora il suo principale beneficio clinico.<sup>9</sup>



MRSA ad ingrandimento 31,300 x

# Ridurre i costi nascosti: l'infezione

Le ferite infette costituiscono un problema sanitario grave, in quanto incidono in modo significativo sui costi del sistema sanitario.

A parte il dovere di prendersi cura del paziente, i sistemi sanitari hanno una motivazione fortemente economica che li induce ad intraprendere azioni concrete per ridurre l'incidenza delle infezioni contratte in ospedale, come mostra la tabella:<sup>1</sup>

## DATI EUROPEI

Le infezioni chirurgiche colpiscono 30-40 pazienti su 1000 operazioni<sup>6</sup>

Degenza supplementare media = 11 giorni

Costo medio = € 5.800 per caso

Tasso di mortalità attribuibile = 5%

In base a questi dati, un ospedale che esegue 10.000 operazioni all'anno può aspettarsi 300-400 casi di infezione, ossia 3.300-4.400 giorni in più di degenza, i quali producono un aumento dei costi tra €1.74m e €2.32m e 15-20 decessi attribuibili ad infezione.

Uno dei modi più semplici per ridurre l'infezione della ferita chirurgica è l'impiego di medicazioni post-operatorie di alta qualità a base di argento. L'aumento del costo dei materiali è minimo rispetto ai costi di un'infezione.

Studi *in-vitro* hanno dimostrato che ACTICOAT® di Smith & Nephew è una medicazione all'argento altamente efficace, in grado di uccidere oltre 150 organismi patogeni in soli 30 minuti.<sup>10</sup>

Nel marzo 2005 il servizio sanitario territoriale di Niagara, Canada, ha messo in atto una riorganizzazione radicale delle pratiche per la gestione delle ferite, allo scopo di garantire che le risorse disponibili, in particolare il tempo del personale infermieristico, venissero utilizzate nel modo più efficiente. Una valutazione dell'impatto di tale riorganizzazione ha rilevato dei miglioramenti nella pratica clinica e maggiori risultati sui pazienti. L'impiego di prodotti tradizionali per le ferite si è ridotto dal 75% nel 2005 al 20% nel 2007, in linea con le raccomandazioni di buona pratica clinica, mentre la frequenza di sostituzioni giornaliere delle medicazioni è passata da 48% nel 2005 a 15% nel 2007. In un confronto eseguito tra pazienti trattati nel 2005 e nel 2006, il tempo medio di guarigione era di 51,5 settimane nel 2005 rispetto a 20,9 settimane nel 2006. Il costo complessivo del trattamento è stato ridotto nel 2006 di \$10.700 (75%) per paziente. Nel complesso, i miglioramenti nella gestione delle ferite hanno comportato un risparmio netto di \$3-8 milioni nel budget per le ferite.<sup>11</sup>

Gruppi campione di pazienti selezionati nel 2005 e 2006

	2005 (50 pazienti)	2006 (50 pazienti)
Tempo medio di guarigione (settimane)	54.5	21.9
Frequenza media di sostituzione della medicazione (per settimana)	5.89	2.9
Numero di sostituzioni fino a guarigione	321	63.5
Costo del personale per cambio di medicazione (\$)	51	51
Costo totale del personale per paziente (\$)	16,371	3,239
Costo del materiale per cambio di medicazione (\$)	3.75	26.99
Costo totale del materiale per paziente (\$)	1,204	1,714
Costo totale per paziente (\$)	17,575	4,952

# Ridurre i costi riducendo il tempo di guarigione

È naturale che i dirigenti ricerchino dei materiali sanitari che garantiscano una performance accettabile, “abbastanza buona”, se riescono a ridurre i costi complessivi del sistema sanitario per i materiali.

La difficoltà insorge quando si tratta di stabilire se la riduzione dei costi del materiale viene annullata, o addirittura superata, da una performance clinica inferiore se confrontata con quella ottenuta utilizzando prodotti più evoluti (e solitamente più costosi).

Uno studio del servizio sanitario territoriale di Niagara, Canada, ha dimostrato che passare da medicazioni tradizionali, “abbastanza buone”, a medicazioni avanzate, promuovendo contemporaneamente lo sviluppo di un programma di tecniche di buona pratica clinica, ha permesso di ridurre in modo significativo i tempi di guarigione e i costi complessivi del sistema – nonostante il costo del materiale fosse aumentato.

Smith & Nephew da sempre è nota per la sua capacità di sviluppare soluzioni creative che fanno progredire la scienza della guarigione. Oggi, questo spirito innovativo continua ad essere all'avanguardia.

## ALLEVYN<sup>◇</sup>

1987: la prima medicazione in schiuma sul mercato



## TIME<sup>◇</sup>

2000: concetto pionieristico sulla gestione delle ferite



## ACTICOAT<sup>◇</sup>

2001: l'innovazione dei nanocristalli, per il rilascio di argento



## VERSAJET<sup>◇</sup>

2004: l'innovazione della deterzione ad acqua

# Soluzioni creative ai problemi della gestione delle ferite

In Smith & Nephew crediamo che sia arrivato il tempo di ridurre i costi umani ed economici delle ferite. Tutto quello che facciamo ha lo scopo di aiutare i medici e i dirigenti del sistema sanitario a realizzare questo obiettivo.

Offriamo una gamma completa di prodotti efficaci per la gestione delle ferite ed, insieme ad essi, una conoscenza approfondita delle tecniche di buona pratica clinica per la prevenzione e la guarigione delle ferite.

Con queste basi, cerchiamo soluzioni creative che offrano ai pazienti risultati migliori e, allo stesso tempo, permettano ai sistemi sanitari un risparmio di risorse.



## OPSITE<sup>◇</sup> POST-OP Visible

2007: l'unica medicazione assorbente post-operatoria che permette al medico di vedere la ferita


## PICO<sup>◇</sup>

2011: il primo sistema NPWT tascabile monouso









**Per i pazienti.  
Per il budget.  
Adesso.◇**

Se la società non è in grado di sostenere i crescenti costi sanitari, saranno le generazioni future a pagarne il conto. E non possiamo permettere che ciò accada.

# Bibliografia

1. Posnett J, Gottrup F, Lundgren H, Saal G. The resource impact of wounds on healthcare providers in Europe. *Journal of Wound Care*, 2009;18(4):154-161
2. The World Bank, World Development Indicators (WDI) April 2011
3. Wild, S., Roglic, G., Green, A. *et al.* Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27: 1047-1053.
4. Bales I, 2009. Reaching for the moon: achieving zero pressure ulcer prevalence. *J Wound Care*. 2009 Apr;18(4):137-144
5. Reiber, G.E., Boyko, E.J., Smith, D.G. Lower extremity foot ulcers and amputations in diabetes. In: National Diabetes Data Group, National Institutes of Health. *Diabetes in America* (2nd edn). US Government Printing Office (NIH pub. no. 95-1468), 1995.
6. Drew P, Posnett J, Rusling L, on behalf of the Wound Care Audit Team. The cost of wound care for a local population in England. *Int Wound J* 2007;4:149–155.
7. Lindholm, C., Bergsten, A., Berglund, E. Chronic wounds and nursing care. *Journal of Wound Care* 1999; 8: 1, 5-10.

8. Bale S, Squires D, Varnon T, Walker A, Benbow M, Harding KG. A comparison of two dressings in pressure sore management. *J Wound Care* 1997;6(10):463-466.
9. Payne W, Posnett J, Alvarez O, *et al.* A prospective, randomized clinical trial to assess the cost-effectiveness of a modern foam dressing versus a traditional saline gauze dressing in the treatment of stage II pressure ulcers. *Ostomy Wound Management* 2009; 55(2):50-55
10. Smith & Nephew Data on file (DOF) (2007) reports showing *in-vitro* evidence of effectiveness against a broad range of wound pathogens; sustained antimicrobial activity up to 7 days; effective barrier against bacteria
11. Hurd T, Zuilliani N, Posnett J. Evaluation of the impact of restructuring wound management practices in a community care provider in Niagara, Canada. *Intl Wound Journal* 2008, 5:295-303.

**Wound Management**

Smith & Nephew  
Via De Capitani 2A  
20864 Agrate Brianza  
MB

T +39 039 6094 1  
F +39 039 651535

[contattaci@smith-nephew.com](mailto:contattaci@smith-nephew.com)  
[www.smith-nephew.it/wound](http://www.smith-nephew.it/wound)

\*Marchio di Smith & Nephew  
28551