



U.O.C. RISK MANAGEMENT

Direttore Dott. V.A. Cicogna

PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (LdP)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 6	UOC Risk Management PROCEDURA Per: Prevenzione e trattamento LdP Data: 2018	PROCEDURA ASL ROMA 6 ED 1 / REV 0 Pag.	 REGIONE LAZIO
--	--	--	--

TITOLO

PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (LdP)

EMISSIONE/REVISIONI

DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
NOV. 2018	GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE (Vedi elenco)	DIRETTORE UOC RISK MANAGEMENT DIRETTORE UOC PROFESSIONI INFERMIERISTICHE	DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

REVISIONE				
DATA	REDAZIONE	SVILUPPO	VERIFICA	APPROVAZIONE

GRUPPO DI LAVORO

Il documento è stato elaborato da un Gruppo di lavoro coordinato dal direttore della UOC Risk Management, Dott. V.A. Cicogna con la collaborazione di:

- Dott. Benedetto Alfonsi, referente per il Rischio Clinico del DEA
- Dott.ssa Elisabetta Vella, Medico Legale c/o la UOC Risk Management
- Dr.ssa Lorella Virgili P.O. Risk Management dei Processi Assistenziali

Alfonsi
Elisabetta Vella
Lorella Virgili

Componenti del Gruppo di Lavoro:

Dott.ssa Elisabetta Arietti
Dr.ssa Pasqualina Mangiacapra
Dr. Mauro Mazzocchi
Dr. Massimiliano Giulitti
Dr. Alessandro Raponi
Dr.ssa Daniela D'Angelo
Dr.ssa Lucia Spadoni
Dr.ssa Luisella Cardoni
Dr.ssa Anna Rita Crocetti
Dr.ssa Cinthia Vercelloni

Dirigente Medico U.O.C. Medicina P.O. Albano
Dirigente Farmacista UOC Farmacia Ter. le
CPSI UOC Nefrologia e Dialisi Ospedale di Anzio
CPSI CAD Distretto H5
CPSI Sala Operatoria P.O. Frascati
CPSI UOC Oncologia P.O. Marino - ISS
CPSI Poliambulatorio P.O. Albano
CPSI Sala Gessi P.O. Frascati
CPSI Ambulatorio chirurgico P.O. Frascati
P.O. Coordinamento Aziendale Dietiste

Elisabetta Arietti
Pasqualina Mangiacapra
Mauro Mazzocchi
Massimiliano Giulitti
Alessandro Raponi
Daniela D'Angelo
Lucia Spadoni
Luisella Cardoni
Anna Rita Crocetti
Cinthia Vercelloni

INDICE

INTRODUZIONE	PAG. 5
OBIETTIVO	PAG 6
DESTINATARI	PAG 7
GLOSSARIO	PAG 7
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	PAG 12
PERCORSO A	PAG 13
PAZIENTE NON A RISCHIO LdP	PAG 13
PERCORSO B	PAG 14
PAZIENTE A RISCHIO LdP	PAG 14
PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE	PAG 15
PERCORSO C	PAG 20
PAZIENTE PORTATORE DI LdP	PAG 20
GESTIONE LdP	PAG 21
CENNI DI TERAPIA	PAG 27
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	PAG 32
INDICATORI	PAG 33
RIFERIMENTI NORMATIVI	PAG 33
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	PAG 34
DIFFUSIONE E ARCHIVIAZIONE	PAG 35
ALLEGATI	PAG 35

La procedura oggetto del presente documento è stata elaborata da un gruppo di lavoro pluridisciplinare costituito a seguito dell'invito rivolto alle Aziende Sanitarie da parte del Centro Regionale del Rischio Clinico (CRRC).

Il CRRC, istituito presso la Regione Lazio ai sensi dell'art 2, comma 4 della legge 24/2017 ha, tra i compiti assegnati, quello di promuovere iniziative ed elaborare documenti sul tema della sicurezza delle cure. In attuazione di tale mandato il CRRC ha elaborato un documento di indirizzo per le Aziende Sanitarie affinché si dotassero di specifiche procedure per la prevenzione e la gestione delle lesioni da pressione. La presente procedura viene pertanto elaborata sulla scorta del documento di indirizzo regionale in materia di lesioni da pressione e ne rappresenta l'implementazione locale.

Le lesioni da pressione (di seguito LdP) rappresentano una condizione morbosa, molto frequente, ma potenzialmente prevenibile, che si sviluppa in pazienti ad alto rischio quali anziani o soggetti con grave compromissione dell'autonomia. La loro comparsa può rallentare il recupero funzionale e comportare complicanze di natura infettiva, nonché determinare la comparsa di dolore e prolungare la degenza ospedaliera.

Le lesioni da pressione rappresentano un importante problema per le organizzazioni sanitarie da un punto di vista sia epidemiologico che clinico, in quanto influiscono pesantemente sulla qualità della vita dei pazienti che ne sono affetti fino a minacciarne la stessa sopravvivenza. La genesi delle LdP è multifattoriale e, in ragione del fatto che la loro incidenza aumenta nei soggetti affetti da patologie che compromettono la funzionalità neuromotoria e nei soggetti anziani allettati, la prevalenza del fenomeno è destinata a crescere in ragione dei mutamenti demografici della società.

Considerando che, di solito, si tratta di pazienti estremamente complessi per la presenza di comorbidità, l'identificazione precoce delle persone a rischio di sviluppare LdP e la tempestiva messa in atto di idonei interventi restano i cardini fondamentali per la prevenzione. I fattori di rischio specifici variano nei diversi setting assistenziali. Per la prevenzione e la cura delle LdP è fondamentale che gli operatori utilizzino metodi, strumenti e dispositivi adeguati ed in linea con le linee guida internazionali, ma è altrettanto importante lo sviluppo di una cultura professionale orientata e sensibile a questa patologia che incide pesantemente sulla qualità della vita del paziente.

Non secondario il loro impatto economico, sia in ambito domiciliare che in regime di ricovero, a causa del notevole impegno gestionale necessario per un corretto trattamento.

Da un punto di vista di gestione del rischio clinico, inoltre, le LdP rappresentano un importante indicatore della qualità dell'assistenza, in quanto si tratta di una condizione potenzialmente prevedibile e prevenibile.

Con la presente procedura si è ritenuto opportuno fornire indicazioni sui comportamenti da adottare, in linea con le più recenti evidenze scientifiche, essenziali per il supporto decisionale nella prevenzione e nel trattamento dell'evento avverso LdP in età adulta nelle Strutture Ospedaliere e territoriali della ASL Roma 6, anche al fine di costruire un Percorso Assistenziale specifico sulle LdP.

NB: Il documento rappresenta lo stato dell'arte delle conoscenze al momento della sua emissione e non esime gli operatori dalla necessità di un aggiornamento continuo sugli argomenti trattati.

Il rispetto delle indicazioni contenute nella procedura richiede che siano soddisfatti presso tutte le strutture, gli standard assistenziali di personale, di presidi e strumenti di supporto.

OBIETTIVO

L'obiettivo della procedura, in linea con il documento regionale sulla prevenzione e trattamento delle LdP, è il miglioramento continuo della pratica clinica, della qualità delle cure, della riduzione dei rischi legati all'assistenza e ad eventi avversi prevenibili e prevedibili.

La procedura, strumento di lavoro pratico, accessibile ed efficace ad uso del personale coinvolto nella prevenzione e nel trattamento delle LdP avrà inoltre, i seguenti obiettivi:

- Diminuire l'incidenza delle LdP privilegiando l'aspetto della prevenzione.
- Realizzare il miglioramento della qualità dell'assistenza nei pazienti a rischio di lesioni da pressione o con lesioni da pressioni in atto.
- Assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi riducendo al minimo ogni possibile variabilità nelle strategie assistenziali, correggendo comportamenti terapeutici ed assistenziali inappropriati.
- Adottare documentazione infermieristica per il monitoraggio continuo dell'efficacia dei trattamenti attuati (utilizzo di scale e schede).
- Fornire specifiche indicazioni tecnico-scientifiche riguardanti gli ausili per la prevenzione, disponibili in Azienda, indirizzandone l'acquisto sulla base dei requisiti di efficacia ed efficienza.
- Favorire un approccio multidisciplinare alla LdP.
- Garantire il miglior rapporto costi/benefici nell'impiego delle risorse umane e strumentali.
- Responsabilizzare l'operatore nell'applicazione della procedura.
- Verifica annuale dell'applicazione e dell'efficacia della procedura mediante audit organizzativo e clinico, dopo aver effettuato uno specifico corso di formazione sulla procedura.

Le responsabilità saranno definite nella specifica sezione del documento.

DESTINATARI/AMBITI DI APPLICAZIONE

A CHI

Il documento è rivolto a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza di pazienti potenzialmente a rischio di sviluppare o portatori di LdP. L'approccio multidisciplinare vedrà impegnate più figure professionali quali l'Infermiere, l'Operatore Socio Sanitario, il Medico, il Dietista, il Fisioterapista, il Farmacista, il Microbiologo, ed il Chirurgo.

DOVE

Il documento interessa tutte le strutture della ASL Roma 6 erogatrici di assistenza a pazienti potenzialmente a rischio di sviluppare o portatori di LdP.

PER CHI

La procedura è a tutela di tutti i pazienti potenzialmente a rischio di sviluppare o, portatori di LdP nelle fasi di accettazione, ricovero e dimissione nelle strutture della ASL Roma 6.

GLOSSARIO/ABBREVIAZIONI

ABRASIONE: trauma superficiale della cute a spessore parziale, spesso causato da frizione.

ANAEROBI: organismi che non necessitano di ossigeno per sopravvivere. Gli anaerobi facoltativi possono essere attivi anche in presenza di ossigeno. Nell'uomo gli anaerobi rappresentano la flora saprofita più comune. Le ferite infette con anaerobi producono un odore acre e putrescente caratteristico.

ASEPSI: assenza di microrganismi. E' finalizzata a prevenire la colonizzazione di una ferita mediante sterilità dei materiali che vengono in contatto con essa come strumenti, fluidi, medicazioni.

AUTOLISI: rimozione naturale dei tessuti attraverso l'azione di enzimi prodotti dalla lesione stessa.

BATTERIOSTATICO: agente chimico che inibisce la moltiplicazione dei batteri.

COLONIZZAZIONE: moltiplicazione dei batteri che però non causano danni alla ferita e/o all'organismo ospite. E' presente normalmente su lesioni in fase di granulazione.

COLONIZZAZIONE CRITICA: concetto sviluppato per distinguere i problemi di origine batterica che non sono però sempre accompagnati dai segni classici di infezione dalle infezioni conclamate, ma da segni più subdoli come la guarigione ritardata o bloccata. Tuttavia, il termine non è universalmente accettato, e non c'è unanimità sul significato e sulle implicazioni.

CONNETTIVO: tipo di tessuto. Prende il nome da una delle sue funzioni: connettere fra loro i vari organi. Il tessuto connettivo è tipicamente formato da cellule immerse in una sostanza amorfa e piena di fibre.

C.R.R.C: Centro Regionale Rischio Clinico

CUTE: organo principale di protezione del nostro corpo costituita da diversi strati, che sono: epidermide, membrana basale, derma, tessuto sottocutaneo.

DEBRIDEMENT: rimozione di tessuto devitalizzato e di materiale estraneo da una lesione. Può essere ottenuto in alcuni giorni. Esistono varie modalità: chirurgica, enzimatica, autolitica, meccanica, biochirurgica. Può essere selettivo e non selettivo.

DERMA: tessuto situato al di sotto dell'epidermide, suddiviso in una zona superficiale (derma papillare), ed in una zona profonda (derma reticolare), provvisto di grossolane bande collagene. I vasi sanguigni della cute sono esclusivamente localizzati a livello del derma.

EDEMA: gonfiore causato da un aumento di liquido intracellulare e negli spazi interstiziali.

EPIDERMIDE: è la porzione della cute a diretto contatto con l'ambiente esterno. E' costituito da diversi tipi di cellule che si distinguono per localizzazione e grado di differenziazione.

EPITELIO: tessuto costituito da cellule sovrapposte, disposte in modo continuo in uno o più strati che caratterizza le superfici cutanee e mucose.

EPITELIZZAZIONE: è lo stadio finale della fase proliferativa della riparazione tissutale. Le cellule epiteliali migrano sulla superficie di lesione, completando la guarigione.

ERITEMA: arrossamento aspecifico che può essere sia localizzato che generalizzato e che può essere associato a cellulite, infezione, prolungata pressione, o iperemia reattiva.

Iperemia reattiva: caratteristico arrossamento di color rosso vivo associato ad un aumento di volume del flusso di sangue arterioso che si verifica dopo la rimozione di una ostruzione nella circolazione. *Iperemia reversibile:* è l'eritema che scompare alla digitopressione, deriva dalla iperemia reattiva (compare dopo la rimozione di una ostruzione nel flusso di sangue arterioso) e testimonia l'integrità del microcircolo.

Iperemia irreversibile: è l'eritema che non scompare alla digitopressione, indica la presenza di distruzione del microcircolo; è spesso associato ad altri segni clinici quali indurimento tissutale, bolle, edema.

EROSIONE: escoriazione, abrasione: perdita di sostanza che interessa solo l'epidermide o gli strati superficiali del derma.

ESCARA: è costituita da tessuto devitalizzato; nello specifico, si tratta di tessuto di granulazione essiccato, cute, tessuto adiposo o tendine o muscolo non più vitali. L'escara è di color nero o marrone, e prende il colore dall'emoglobina presente nei tessuti.

Escara stabile: escara integra, di color nero e marrone, circondata da tessuti che non sono induriti, fluttuanti (liquido in movimento sotto il tessuto), crepitanti (tessuto che emette un crepitio alla palpazione), dolenti, o drenanti, ma è secca, dura e coriacea. L'escara stabile è riscontrata più comunemente sui talloni, negli arti ischemici o su altre prominenze ossee della gamba. La pratica

attualmente avallata è di lasciare intatta l'escara: le ragioni alla base di questa pratica sono che la rimozione dell'escara aumenta il rischio di infezione negli arti ischemici perché c'è un'insufficiente (o assente) perfusione sanguigna per fornire ossigeno, nutrienti o farmaci (es., antibiotici) alla ferita aperta.

Escara instabile: è un tessuto in fase di 'ammorbidimento' dovuto alla produzione di enzimi proteolitici endogeni o ad un aumento di enzimi proteolitici prodotti dai batteri nei tessuti. L'escara instabile al tatto appare spugnosa, viscida, con emissione di secrezione purulenta; a livello perilesionale si rileva edema, eritema, calore, senso di tensione e/o dolore. L'escara instabile aumenta il rischio di infezione sistemica, sepsi, e amputazione.

L'infiammazione potrebbe anche indicare la presenza di gangrena umida e deve essere prontamente valutata da un medico o chirurgo. L'escara instabile non deve essere confusa con una escara deliberatamente ammorbidita attraverso l'uso di enzimi o di idrogel.

ESSUDATO: fluido prodotto dalla lesione, costituito da siero, leucociti e materiale devitalizzato. Il volume diminuisce con la progressione della riparazione tissutale. L'essudato può avere proprietà battericida e contenere fattori nutritivi. Può anche risultare infetto.

FIBRINA: termine utilizzato impropriamente come sinonimo di "slough". Indica una sostanza appiccicosa che agisce normalmente come collante nella ricostruzione dei tessuti. Tuttavia se la ferita è troppo asciutta o ha difficoltà nella guarigione, la fibrina si accumula a formare una patina che non è possibile rimuovere tramite detersione e deve essere sbrigliata.

FILM: medicazione avanzata costituita da una pellicola trasparente di polietilene e poliuretano con adesività selettiva.

FLITTENE: è un rilievo della cute a contenuto liquido, di grandezza superiore alla vescicola (asse maggiore superiore a 0,5 cm). Il contenuto può essere sieroso limpido, siero-ematico, sieropurulento. La sede può essere intraepidermica o dermoepidermica.

INFEZIONE: moltiplicazione dei batteri che causano compromissione della guarigione e danneggiano i tessuti della ferita (infezione locale). I batteri possono invadere l'area adiacente alla ferita (propagazione dell'infezione) oppure entrare in circolo e causare danni all'organismo-ospite (infezione sistemica).

IDROCOLLOIDI: medicazioni avanzate che realizzano un ambiente umido e assorbono medie quantità di essudato. Disponibili in placche e paste, promuovono la crescita del tessuto di granulazione.

IDROGELI: medicazioni avanzate idrofiliche che promuovono l'ambiente umido. Contengono alte percentuali di acqua (fino all' 80%) e possono idratare lesioni necrotiche stimolando il debridement autolitico.

INFEZIONE: presenza e replicazione di germi all'interno di un tessuto con evocazione di una risposta specifica da parte dell'ospite.

INFIAMMAZIONE: risposta fisiologica dell'organismo a un trauma o infezione. E' caratterizzata da segni clinici come: eritema, edema, ipertermia, dolore.

LESIONE: termine aspecifico per descrivere un danno tissutale.

LESIONE DA PRESSIONE (LDP): la LdP è un'area localizzata di danno della cute e/o dei tessuti cutanei dovuto all'occlusione del flusso capillare causato da forze di pressione, o dalla pressione combinata con altri fattori come trazione, frizione, e umidità, che può insorgere potenzialmente in qualsiasi parte dell'organismo, ma che più comunemente si sviluppa in corrispondenza di prominenze ossee e la cui gravità viene classificata in stadi (National Pressure Ulcer Advisory)

MATERASSINO DI TRASPORTO E SCORRIMENTO: Ausilio in materiale plastico, sovente rivestito in tela, delle dimensioni di una lettiga circa, si utilizza per la movimentazione dei degenti, per spostare i medesimi, in particolare da un letto ad una lettiga, e viceversa.

MEDICAZIONI AVANZATE: medicazioni caratterizzate da materiale di copertura con caratteristiche di biocompatibilità. Definite anche medicazioni occlusive.

NECROSI: morte cellulare all'interno di un tessuto. Si manifesta con aree di colore nero/marrone in base al livello di disidratazione.

POLIURETANO: sostanza presente in numerose medicazioni avanzate.

PAZIENTE FRAGILE: la fragilità è una condizione che consiste nella perdita parziale o totale delle capacità dell'organismo di tendere all'omeostasi determinata dalla concomitanza di diversi fattori: biologici, psicologici e socio che, agendo in maniera sinergica, si amplificano e si perpetuano a vicenda.

PRESIDI A PRESSIONE ALTERNATA: prodotti costituiti da una serie di cuscini interconnessi, che gonfiandosi e sgonfiandosi alternativamente, impediscono alla pressione di esercitare la propria forza costantemente sulla cute.

PRESIDI A BASSA CESSIONE DI ARIA: prodotti costituiti da una serie di cuscini interconnessi fabbricati in tessuto poroso che consente il passaggio di aria dall'interno verso il paziente. Questo movimento di aria aiuta a controllare l'umidità, prevenendo i danni da macerazione cutanea.

PRIMA INTENZIONE: guarigione delle lesioni mediante avvicinamento dei bordi con tecnica chirurgica o con materiale adesivo o metallico.

RIPARAZIONE TESSUTALE: guarigione del tessuto che può avvenire per prima intenzione o per seconda intenzione.

SCHIUMA DI POLIURETANO: medicazione idrocellulare non adesiva in schiuma di poliuretano che presenta una struttura tri-stratificata per la gestione di ferite essudanti in fase di granulazione. Le talloniere possono essere usate per scaricare la pressione esercitata dalla superficie d'appoggio sulla pelle.

SLOUGH: tessuto devitalizzato di colore giallastro-grigio che appare sul fondo della lesione. Può facilitare l'infezione e deve essere rimosso per attuare la guarigione della lesione; anche se lo slough è solitamente descritto come un tipo di tessuto necrotico, in realtà non è un tessuto fisico ma un sottoprodotto infiammatorio. Nello specifico, si tratta di un mix di proteine sieriche (fibrina,

albumina, immunoglobuline) e proteine della matrice (collagene) denaturate. Lo slough può avere l'aspetto di una massa filamentosa, mollemente o saldamente adesa alla ferita. Mano a mano che 'invecchia', tende ad ispessirsi in una patina compatta. Frequentemente ospita batteri e biofilm. A seconda dei batteri che contiene, lo slough può assumere diverse colorazioni. Lo slough di colore biancastro indica che la colonizzazione batterica è scarsa; quello di color giallo o verdognolo indica una carica batterica più alta. Lo slough è osservabile nelle LdP di categoria/stadio 3 o 4, ed indica una ferita a tutto spessore: tuttavia se esso oscura il letto dell'ulcera quest'ultima non può essere stadiata. Le LdP di categoria/stadio 2 non generano una risposta infiammatoria sufficiente a produrre slough. Lo slough può essere confuso con normali tessuti anatomici come legamenti, fascia muscolare, tendini, capsule articolari ecc.

STADIAZIONE: classificazione delle lesioni ulcerative per un corretto monitoraggio durante la loro evoluzione.

TESSUTO DI GRANULAZIONE: il tessuto di granulazione sano è umido, lucido, di color rosso carne, e dall'aspetto a bottoncini. Il tessuto di granulazione è costituito da nuovi capillari, matrice, fibroblasti e collagene. Esso fornisce il 'pavimento' occorrente per promuovere la guarigione dai margini di una LdP a tutto spessore. Mano a mano che una lesione procede nella guarigione, uno strato di epitelio andrà a ricoprire il tessuto di granulazione. Quando è sottoposto a una pressione eccessiva, il tessuto di granulazione si scurisce. In assenza di un adeguato flusso di sangue diventa pallido.

ULCERA: lesione secondaria caratterizzata da una perdita di sostanza interessante il derma profondo, con scarsa tendenza alla guarigione spontanea ed esitante in cicatrice.

U.O.C: Unità Operativa Complessa.

U.O.S: Unità Operativa Semplice.

USTIONE: una ferita traumatica ad origine chimica, elettrica, radioattiva o più comunemente termica. Il grado di intensità dipende dalla temperatura interessata, dalla durata del contatto con la fonte di calore. E' classificata attraverso la profondità della lesione in ustione a spessore parziale, quando è interessata l'epidermide e parte del derma, ustione a spessore totale quando è interessato tutto il derma ed, a volte, strutture più profonde.

VESCICOLA: piccolo rilievo cutaneo formato da una cavità a contenuto sieroso limpido. Può essere il risultato di un trauma chimico o termico o essere il risultato di una reazione allergica.

PREMESSA

Vista la complessità della assistenza e gestione del paziente con LdP, il gruppo di lavoro ha sviluppato la costruzione di un percorso assistenziale per le LdP che prevede una valutazione di tutti i pazienti al momento del ricovero e prosegue con la presa in carico del paziente a rischio e portatore di LdP dall'ingresso nella struttura ospedaliera fino alla dimissione, con la trasmissione delle informazioni cliniche ai servizi territoriali per la prosecuzione della sorveglianza nel paziente a rischio e cura del portatore di lesione.

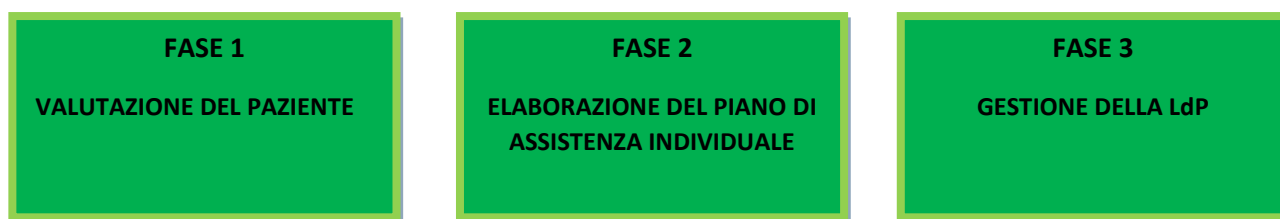
Il processo assistenziale relativo all'evento avverso LdP è stato suddiviso nei seguenti tre percorsi:

Percorso A: Gestione del paziente non a rischio di LdP

Percorso B: Gestione del paziente a rischio di LdP

Percorso C: Gestione del paziente portatore di LdP

All'interno dei percorsi sono state quindi definite le seguenti fasi



È opportuno sottolineare che le tre fasi rappresentano momenti diversi di un unico processo assistenziale, strettamente collegate fra loro. È evidente che la fase di valutazione del paziente è comune a tutti i percorsi, mentre le fasi successive sono specifiche per il percorso B e C, rispettivamente.

Per tutte le fasi del processo si raccomanda di adottare strategie organizzative per garantire una comunicazione efficace con il paziente assistito che tenga conto degli aspetti sociali, culturali, religiosi e linguistici.

PERCORSO A

GESTIONE DEL PAZIENTE NON A RISCHIO DI LdP

Si intende per **paziente non a rischio di LdP** il soggetto che al momento del ricovero non presenti condizioni generali e/o specifiche che possano causare o contribuire al verificarsi di un danno cutaneo da pressione.

FASE 1A: VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

Fattore di fondamentale e di estrema importanza per evitare il formarsi delle LDP è la prevenzione. Essa mira a modificare i fattori che concorrono all'insorgenza e allo sviluppo delle lesioni consistendo nell' identificazione dei soggetti a rischio all'ingresso delle Unità operative.

La valutazione del rischio del paziente è il primo passo per pianificare ed avviare opportuni interventi preventivi individualizzati.

Pur potendo considerare come **non a rischio** tutti i pazienti autonomi e deambulanti (ad esempio: donne ospedalizzate per il parto, pazienti psichiatrici senza limiti funzionali), al fine di dare opportuna evidenza a questa fase si ritiene necessario utilizzare anche in questi casi strumenti validati per valutare il rischio di insorgenza di LdP.

Gli strumenti per la valutazione del rischio sono da considerarsi complementari e non sostitutivi del giudizio clinico dei professionisti, per cui il loro utilizzo deve essere sempre accompagnato da una valutazione delle condizioni generali del paziente e da una valutazione completa della cute. Per i pazienti che vengono ricoverati nei diversi reparti di degenza, la prima valutazione verrà effettuata con la scala di Braden (*Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk* – Allegato 1), entro le otto ore dalla presa in carico (o non appena si disponga delle informazioni necessarie).

La valutazione del rischio di sviluppare LdP va ripetuta, utilizzando sempre lo stesso strumento, ogni sette giorni oppure al variare delle condizioni clinico-assistenziali del paziente.

Per i pazienti pediatrici di età inferiore ai 5 aa la valutazione verrà effettuata con la *scala di Braden Q* (Allegato 3), sempre entro le 8 ore dal ricovero e sarà ripetuta con cadenza almeno settimanale o al variare delle condizioni clinico-assistenziali del paziente.

Per il paziente che staziona in Pronto Soccorso (PS), considerate le condizioni di lavoro ordinarie che caratterizzano tali servizi, in cui occorre privilegiare la stabilizzazione dei pazienti e la gestione dei quadri acuti, la valutazione di rischio verrà effettuata con la scala di Norton (Allegato 2) di più rapido utilizzo.

Tale valutazione sarà limitata ai pazienti fragili, che stazionano nei locali del P.S. per un periodo superiore alla 24 ore.

In caso di trasferimento del paziente presso altro reparto della stessa struttura o presso altra struttura, deve essere **documentata l'assenza di LdP**.

Al termine del percorso A, indipendentemente dall'attivazione del Percorso B o C per l'evoluzione clinica del paziente, è obbligatorio che nella documentazione sanitaria di tutti i casi giunti all'osservazione siano disponibili le seguenti evidenze:

1. Attestazione del livello di rischio per LdP (scheda di Braden, Norton, Braden Q.)
2. Attestazione dell'assenza di LdP nella documentazione relativa al trasferimento (intra- o interospedaliero) e alla dimissione del paziente.

PERCORSO B

GESTIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO DI LdP

Si intende per **paziente a rischio di LdP** il soggetto che al momento del ricovero o durante la degenza presenti o sviluppi condizioni cliniche che possano causare o contribuire allo sviluppo di una LdP. Sono inclusi in questo percorso tutti i pazienti non appartenenti al Percorso A o che, pur appartenendo inizialmente al percorso A, hanno modificato il profilo di rischio individuale per LdP. Sono da intendersi pazienti a rischio di insorgenza di LdP:

- a) Individui costretti a letto e/o in carrozzina;
- b) Individui con limitazioni della mobilità o delle attività (ad esempio: riduzione della mobilità degli arti e della capacità di cambiare la posizione in autonomia);
- c) Individui con ridotto stato cognitivo, non in grado di percepire e/o riferire ed esprimere il proprio stato fisico;
- d) Pazienti candidati a interventi di chirurgia maggiore, protesica o di durata superiore alle due ore;
- e) Pazienti appartenenti ad alcune categorie quali, ad esempio: pazienti bariatrici; con lesioni al midollo spinale; pazienti in trattamento palliativo; pazienti in terapia intensiva; pazienti di età superiore ai 70 anni con comorbidità.

Fisiopatologia delle lesioni da decubito

Fattori locali

- Pressione esercitata sui tessuti
- Forze da taglio/stiramento
- Attrito o frizione
- Umidità cutanea
- Aumento della temperatura locale
- Presenza di corpi estranei

Fattori sistemici

- Età
- Immobilità o ipomobilità associata a deficit sensibilità
- Malnutrizione
- Perdita sensibilità cutanea
- Patologie acute o croniche
- Stato di salute in generale

Sedi delle lesioni

Le lesioni da decubito compaiono potenzialmente in tutti i punti di contatto del corpo con i piani di appoggio anche se più del 95% si localizzano sulle prominenze ossee.

Tipo di decubito	Area lesioni
Supino	area occipitale, olecranica, scapolare, sacrale, regioni ischiatiche, angoli di sporgenza costale nei cifoscoliotici, calcaneare, apofisi spinose
Prono	Padiglione auricolare, area temporale-zigomatico-mandibolare, clavicola, sternale, patellare, dorsale del piede, spine iliache anteriori superiori
Laterale	trocanteri, malleoli, cresta iliaca, ginocchia, bordo esterno del piede, spalla, regione scapolare, gomiti, padiglioni auricolari, zigomi
Seduto	area ischiatica, cresta iliaca, area sacrale, apofisi spinose, spine della scapola e nuca, calcagni e ginocchia

FASE 1B : VALUTAZIONE DELPAZIENTE

IDENTICA AL PERCORSO A

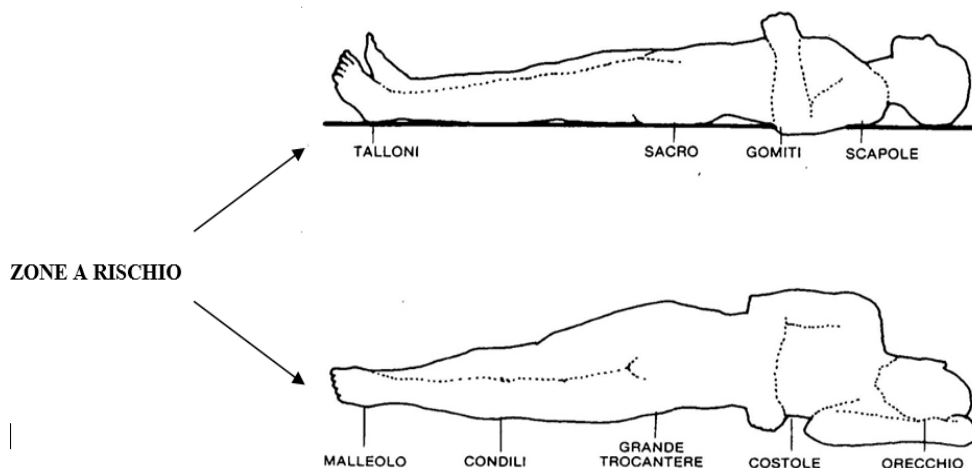
FASE 2 B: ELABORAZIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA

Per tutti i pazienti a rischio di sviluppare LdP ogni unità operativa dovrà attuare un piano di assistenza individuale che preveda i seguenti contenuti minimi:

- Ispezione periodica e frequente della cute per individuare precocemente aree di rischio.

Ciascun individuo dovrà essere sottoposto ad una ispezione della cute accurata almeno una volta al giorno, avendo cura di valutare con attenzione le prominenze ossee e per rilevare l'eventuale presenza di: secchezza, lacerazione, eritema, fragilità di macerazione, ipertermia, indurimento.

N.B. La rilevazione di lesioni di primo grado negli individui con pelle scura presenta particolari difficoltà, pertanto i parametri da tenere in considerazione sono principalmente: *ipertermia e indurimento*. Il risultato di quest'analisi deve essere inserita all'interno della documentazione riguardante il paziente.



Inoltre gli interventi che andranno effettuati dovranno essere basati sulla valutazione dei fattori di rischio sistemici e locali identificati durante la valutazione del paziente.

Di seguito si riportano i principali fattori di rischio suddivisi in sistemici e locali ed i rispettivi interventi da prevedere, nel piano di assistenza individuale.

FATTORI DI RISCHIO SISTEMICI:

1. Riduzione della mobilità: l'immobilità e l'inattività sono fra i principali fattori causali dell'insorgenza di LdP. Nei soggetti costretti al letto è importante avviare, ove possibile, una precoce mobilitazione attiva e/o passiva:

- la mobilitazione attiva è un movimento che si realizza con partecipazione attiva del paziente dal punto di vista motorio e psicologico. Lo scopo dell'esercizio attivo è il rinforzo muscolare.

- la mobilitazione passiva è un movimento di parti del corpo del paziente senza che quest'ultimo contragga volontariamente i muscoli. Anche se non esegue in prima persona l'esercizio deve comunque partecipare attivamente alla mobilitazione prendendo coscienza dei movimenti.

Per i pazienti a rischio di LdP a scopo preventivo è necessario un piano di mobilitazione, che deve essere definito non solo nei modi, ma anche negli orari. Il soggetto a rischio di LdP deve poter ruotare a distanza di breve tempo (comunque non superiore alle 2 ore) in diverse posizioni per impedire una prolungata pressione su una specifica parte del corpo che potrebbe portare ad ulcerazione. Il cambio di posizione va eseguito sollevando o ruotando delicatamente il malato e non strisciando il suo corpo sul piano del letto. La manovra richiede la presenza contemporanea di due persone.

Se il paziente è allettato:

A. Il cambio posturale deve avvenire ogni due ore compatibilmente con le condizioni cliniche dello stesso;

B. L'alternarsi del decubito supino con quello laterale dx o sx dovrà avvenire mantenendo la testa sollevata di 30°. Mantenere la posizione corretta con dei cuscini posti dietro la schiena, il bacino e tra le caviglie;

C. Utilizzare il trapezio, i sollevatori e le traverse per il cambio posturale per evitare gli effetti negativi provocati da frizione e stiramento;

D. Non utilizzare ausili circolari (ciambelle di plastica), sacchetti riempiti di liquido, velli.

Se il paziente è sulla sedia a rotelle:

E. Alternare i punti di appoggio ogni ora, educare laddove è possibile a farlo ogni 15';

F. Collocare un presidio in schiuma di poliuretano sul sedile della sedia (presidio antidecubito);

G. Al termine del posizionamento, controllare la distribuzione del peso ed il bilanciamento.

La mobilitazione del paziente deve essere documentata in cartella con la scheda di posizionamento del paziente ad uso degli infermieri.

Si raccomanda l'uso di Ausili di Mobilitazione, quali sollevatori e materassini di scorrimento.

Durante lo spostamento il degente è fissato all'apparecchio grazie ad un telaio contenitivo in materiale plastico o tela rinforzata.

Visto il peso e le dimensioni dell'ausilio da movimentare, insieme alle dimensioni del degente, si consiglia agli operatori un lavoro in coppia e la padronanza dell'utilizzo del dispositivo in sicurezza.

2. Stato nutrizionale/idratazione

Poiché la malnutrizione rappresenta un elemento fondamentale nel favorire lo sviluppo delle lesioni cutanee, un intervento indirizzato a correggere questa situazione assume il significato di una terapia preventiva. Nel paziente in cui le lesioni siano già presenti l'intervento nutrizionale

riveste invece un vero e proprio ruolo terapeutico. La Valutazione dello stato nutrizionale, deve essere eseguita dal medico di reparto, ma qualora alla valutazione con la scala di Braden, all'indicatore Nutrizione, dovesse corrispondere un punteggio di 1-2 (nutrizione molto povera) può essere richiesta una consulenza dietetica al servizio di dietologia di riferimento del proprio presidio per una integrazione dietetica che preveda un aumento della quota proteica – calorica nella dieta.

Nella valutazione dello stato nutrizionale, la Dietista farà riferimento ai criteri propri della professione (vedi allegato 7).

Se l'alimentazione, anche modificata (per esempio in consistenza) e/o supplementata rimane inadeguata si dovranno prendere in considerazione altri interventi nutrizionali come:

- eventuale rieducazione della funzione di deglutizione con l'assistenza del logopedista
- la nutrizione enterale (per la quale possono essere utilizzate sacche/flaconi pronti presenti in farmacia)
- la nutrizione parenterale, sempre che ciò sia compatibile con le condizioni cliniche del soggetto.

3. Incontinenza

Nella gestione dell'incontinenza urinaria e fecale, l'infermiere definisce un piano di gestione dell'incontinenza e istruisce l'OSS per eventuali attività da intraprendere e valuta il dispositivo migliore da utilizzare a seconda delle esigenze del paziente. Oltre l'utilizzo di dispositivi assorbenti d'urina sul mercato, la gestione dell'incontinenza, dopo aver consultato il medico, può anche essere fatta tramite il cateterismo vescicale o dispositivi per uso esterno.

FATTORI DI RISCHIO LOCALI

1. Pressione

Si intende per pressione una forza applicata perpendicolarmente ad una unità di superficie. Lo sviluppo dell'ulcera da pressione si raggiunge quando la forza comprimente fra superficie corporea e piano di appoggio è più intensa della pressione del sangue nel distretto arteriolo-capillare, per cui viene a crearsi un'ischemia persistente. Ciò si verifica quando in un'area di cute si applica una forza pressoria superiore a 32 mmHg per un periodo di tempo sufficientemente prolungato. Risulta dunque rilevante utilizzare materassi che consentano la dispersione della pressione, con un suo valore sempre inferiore a 32 mmHg.

- Utilizzo di sistemi antidecubito di supporto.

Numerose ditte del settore, nel tempo, hanno progettato numerosi ausili e sistemi atti a ridurre o scaricare la pressione esercitata sulla cute dalla superficie di contatto, sia nella posizione supina che in quella seduta, contribuendo a ridurre i tempi di degenza del paziente, i costi gestionali e i problemi di organizzazione del personale.

I sistemi di supporto esercitano la loro efficacia quando consentono l'affondamento della superficie corporea a rischio. Questo affondamento non deve essere tale da determinare l'appoggio diretto della superficie a rischio sulla base d'appoggio del presidio (fenomeno del toccare il fondo).

I dispositivi antidecubito da utilizzare sono rappresentati da:

- Materassi a riduzione di pressione
- Cuscini antidecubito
- Ausili per posture (talloniere, gomitiere, ecc...)
- Archetto alza coperte utile per evitare il peso della coperta (l'ausilio permette di posizionare il piede in posizione neutra e per favorire l'aerazione sotto le coperte)

- Snodi manuali o elettrici
- Staffa con trapezio
- Spazio per posizione talloni nel vuoto.

2. Forze di stiramento o taglio

Si vengono a creare prevalentemente nei casi in cui il paziente viene posto in posizione seduta o semiseduta. I vari segmenti corporei tendono a scivolare da una posizione ad un'altra se non vengono sorretti da una idonea postura determinando a livello della cute interessata una pressione diretta con effetto stiramento, possibile angolazione, microtrombosi locali con conseguente necrosi tessutale profonda.

3. Attrito o frizione

E' la forza esercitata da due superfici che si muovono una contro l'altra, può asportare gli strati dell'epidermide e rendere più suscettibile la cute agli eventi lesivi. Lo spostamento del paziente nel letto deve essere eseguito sollevandolo o eventualmente facendolo rotolare, ma mai trascinandolo.

3. Macerazione della cute

L'ambiente umido e la modificazione del PH favoriscono la penetrazione dei batteri nella epidermide creando fenomeni irritativi che la rendono più sensibile all'ischemia. Si viene a creare prevalentemente in pazienti con incontinenza urinaria e/o fecale o con profusa sudorazione.

4. Corpi estranei

Cappucci di aghi, tappi di deflussori e tappi utilizzati per gli accessi venosi vanno a creare nella zona della cute dove poggiano, una interruzione del microcircolo, da non sottovalutare in quanto può essere causa di un principio di lesione.

Particolare attenzione deve essere posta alla prevenzione delle LdP ai talloni, garantendo il galleggiamento del piede ovvero il completo scarico della pressione, ovvero in caso di deformità ossee e/o articolari che possano determinare alterazioni del carico.

Norme igienico-sanitarie

È intuitivo che la prevenzione delle lesioni da pressione non può prescindere dalle norme igienico-sanitarie elementari, quali il mantenere pulita la cute, l'accuratezza nella scelta del tipo e dei metodi di lavaggio delle lenzuola e l'eliminazione dei corpi estranei. L'igiene della cute deve essere eseguita ogni qualvolta questa si presenti sporca o umida, avendo cura di non esporla a sollecitazioni termiche inappropriate ed ancora non utilizzare prodotti in grado di provocare irritazione o secchezza alla cute stessa; è preferibile quindi l'uso di acqua e soluzioni detergenti a pH fisiologico evitando sostanze eccessivamente sgrassanti.

Durante la pulizia, occorre prestare estrema attenzione per ridurre al minimo la forza e la frizione applicate; così come è da evitarsi il massaggio in corrispondenza delle prominenze ossee. L'asciugatura della cute va dunque effettuata per tamponamento e non per sfregamento.

Inoltre occorre evitare il massaggio energetico perché aumenterebbe il trauma meccanico provocando danni irreparabili a livello cutaneo e vascolare, evitare l'utilizzo di paste perché sono difficili da rimuovere e possono aumentare il rischio di macerazione, possono occludere i follicoli dando origine alla follicolite, controllare che non ci sia la presenza di corpi estranei nel letto, evitare il contatto diretto della pelle con materiali impermeabili, non applicare sulla cute talco o altre polveri perché sono irritanti e tendono ad essiccare la cute e non fare frizioni con soluzioni a base di alcool (sgrassano e disidratano).

In caso di trasferimento (intra- o interospedaliero) o di dimissione è obbligatorio che nella documentazione clinica (richiesta o lettera di trasferimento, lettera di dimissione) sia specificato quanto segue:

- a. i fattori di rischio identificati,
- b. le condizioni della cute al momento del trasferimento/dimissione,
- c. la necessità di un presidio preventivo per ridurre la pressione sui punti di appoggio e/o la necessità di un eventuale supporto terapeutico e/o nutrizionale.

Sara inoltre obbligatorio che nella documentazione sanitaria di tutti i casi giunti all'osservazione siano disponibili le seguenti evidenze:

- presenza nella documentazione sanitaria della scala di valutazione utilizzata per la valutazione del rischio LdP,
- presenza nella documentazione sanitaria del piano di assistenza individuale,
- In caso di trasferimento inter- o intraospedaliero: presenza nella documentazione sanitaria (richiesta o lettera di trasferimento) di attestazione dell'assenza di LdP specificando le condizioni della cute, eventuali necessità clinico-assistenziali del paziente,
- In caso di dimissione: attestazione nella lettera di dimissione dell'assenza di LdP specificando le condizioni della cute, eventuali necessità clinico-assistenziali del paziente.

LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE IN SALA OPERATORIA

I soggetti sottoposti a intervento chirurgico possono andare incontro a molteplici rischi per lo sviluppo di LdP. E' necessario quindi:

1. Completare la valutazione del rischio degli individui che saranno sottoposti a intervento chirurgico esaminando altri fattori che potrebbero intervenire e accrescere il rischio di sviluppare un'ulcera da pressione, tra cui:

- a) durata dell'intervento
- b) rischio di ipotermia intraoperatoria
- c) ridotta mobilità il giorno dopo l'operazione

2. Utilizzare un materasso per la redistribuzione della pressione sul tavolo operatorio (in schiuma o gel) per tutti gli individui identificati a rischio di sviluppare un'ulcera da pressione e nelle procedure chirurgiche la cui durata supera le due ore.

3. Posizionare il paziente in modo da ridurre il rischio di sviluppare un'ulcera da pressione durante l'operazione.

4. Sollevare (scaricare) completamente i talloni in modo da distribuire il peso della gamba lungo il polpaccio senza esercitare alcuna pressione sul tendine di Achille. Il ginocchio dovrebbe essere leggermente flesso.

5. Porre attenzione alla redistribuzione della pressione prima e dopo l'intervento chirurgico.

- a) Posizionare l'individuo su un materasso per la redistribuzione della pressione sia prima che dopo l'intervento chirurgico.
- b) Far assumere all'individuo nel pre- e post- operatorio una postura diversa da quella mantenuta durante l'intervento chirurgico.

PERCORSO C

GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI LdP

Si intende per **paziente portatore di LdP** il paziente che al momento del ricovero, o nel corso della degenza, presenti danni cutanei da pressione, indipendentemente dalla localizzazione e dallo stadio lesionale.

FASE 1 C: VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

La fase di valutazione del paziente non differisce da quanto esposto nel percorso A. È evidente, tuttavia, che nel caso di un paziente che presenti al ricovero una LdP o la sviluppi nel corso della degenza, la valutazione dovrà tener conto non solo delle LdP attive ma anche di tutte le aree cutanee potenzialmente a rischio di progressione verso l'insorgenza di LdP.

Le lesioni da pressione dovrebbero essere sottoposte ad una prima valutazione al momento della loro comparsa o al momento della presa in carico del soggetto. La valutazione deve essere ripetuta con cadenza almeno settimanale o al variare delle condizioni della lesione o di quelle clinico assistenziali del paziente.

VALUTAZIONE DEL DOLORE

Il dolore è un parametro vitale che, nel paziente portatore di LdP, deve essere valutato. Tale valutazione deve essere condotta anche nei pazienti non in grado di comunicare il proprio disagio come, ad esempio, nel caso di decadimento delle capacità cognitive.

Sono molti gli strumenti a disposizione ormai ampiamente validati sulla base dei criteri di validità, sensibilità e affidabilità. Per la semplicità di utilizzo, il poco tempo richiesto per la somministrazione e la comprensibilità per i pazienti, si suggerisce l'utilizzo delle seguenti scale

- **NRS (*Numerical Rating Scale*)** Valuta il dolore con una scala numerica da zero a dieci, in cui lo zero rappresenta l'assenza di dolore e il dieci il massimo. (Allegato 5).
- **VAS (*Visual Analogue Scale*)**. Si basa sullo stesso principio della NRS solo che il paziente è chiamato a valutare il dolore scegliendo una posizione fra due estremi, nessun dolore e massimo dolore, di una linea continua non numerata. (Allegato 5).
- **Scala di Wong-Baker faces** è uno strumento di autovalutazione dell'intensità del dolore ed è stata inventata per essere utilizzata nei bambini a partire dai tre anni di età. La scala è detta infatti anche "scala delle facce". Le faccine vanno dalla più sorridente, corrispondente a "nessun male/dolore", a quella che piange perché ha "il peggior male/dolore possibile". Ad ogni faccia corrisponde anche un numero, da 0 a 10, che coincide con l'intensità del dolore. (Allegato 5)
- Per i pazienti con deficit cognitivo o che presentano difficoltà linguistiche o comunicative, va utilizzata la scala PAINAD (*Pain Assessment In Advanced Dementia*), che valuta cinque aree comportamentali: (1) respirazione; (2) vocalizzazione; (3) espressione facciale; (4) linguaggio del corpo; (5) consolabilità. (Allegato 7)

- La componente fisica del dolore “operativo” deve sempre essere trattata con adeguati anestetici a breve termine.
- La componente fisica del dolore acuto e cronico deve sempre essere trattata con adeguati analgesici a lungo termine.

È opportuno sottolineare che il dolore dovuto alla rimozione traumatica della medicazione o allo sbrigliamento (debridement) del tessuto non vitale, viene definito “dolore procedurale” e non va confuso con il “dolore episodico intenso” in un paziente con dolore di base ben controllato.

FASE 2 C: ELABORAZIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA

L’elaborazione del piano di assistenza individuale nei pazienti portatori di LdP, pur non differendo metodologicamente da quanto esposto nel percorso B, si pone come obiettivo prioritario la prevenzione della evoluzione peggiorativa delle LdP già presenti nonché delle eventuali altre aree cutanee potenzialmente a rischio di progressione verso l’insorgenza di LdP. Particolare attenzione dovrà essere posta nell’evitare, ove possibile, di posizionare il paziente su LdP già presenti.

FASE 3 : GESTIONE DELLA LDP







Classificazione delle lesioni da decubito e misurazione

Definizione Internazionale NPUAP-EPUAP di Ulcera da Pressione

la LdP è un’area localizzata di danno della cute e/o dei tessuti cutanei dovuto all’occlusione del flusso capillare causato da forze di pressione, o dalla pressione combinata con altri fattori come trazione, frizione, e umidità, che può insorgere potenzialmente in qualsiasi parte dell’organismo, ma che più comunemente si sviluppa in corrispondenza di prominenze ossee e la cui gravità viene classificata in stadi .

A seconda della condizione al momento della osservazione le lesioni sono classificate in più stadi (stadiazione). La stadiazione proposta dalla linea guida NPUAP/EPUAP prevede 4 livelli di danno. Oltre al 4 livello, la linea guida NPUAP introduce altri due stadi: non classificabile/non stadiabile e danno dei tessuti profondi. (Tavola 1)

Tav. n 1: **Sistema internazionale di classificazione delle ulcere da pressione secondo NPUAP/EPUAP**

	<p>STADIO I: Eritema Non Sbiancante</p> <p>Cute intatta con eritema non sbiancante di un'area localizzata solitamente in corrispondenza di una prominza ossea. Nella cute a pigmentazione scura lo sbiancamento potrebbe non essere visibile; il suo colore può differire da quello dall'area circostante. L'area può essere dolente, dura, molle, più calda o più fredda in confronto al tessuto adiacente. È possibile che nelle persone di pelle scura l'ulcera da pressione di Categoria/Stadio I sia difficile da individuare. Può segnalare una persona "a rischio".</p>
	<p>STADIO II: Perdita Cutanea a Spessore Parziale</p> <p>Perdita a spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera aperta, superficiale, con un letto color rosa/rosso, senza slough. Può anche presentarsi come una vescicola a contenuto sieroso intatta oppure aperta/rotta. Si presenta come un'ulcera lucida (umida, N.d.T.) o asciutta, superficiale, priva di slough o ematoma*. Questa Categoria/Stadio non dovrebbe essere usata per descrivere <i>skin tear</i>, ustioni da cerotto, dermatiti perineali, macerazione o escoriazione.</p> <p><i>* L'ematoma indica un sospetto danno dei tessuti profondi.</i></p>
	<p>STADIO III: Perdita Cutanea a Tutto Spessore</p> <p>Perdita tissutale a tutto spessore. Il tessuto adiposo sottocutaneo può essere visibile, ma osso, tendini o muscoli non sono esposti. Può essere presente slough, ma senza nascondere la profondità della perdita tissutale. Può includere tratti sottominati e tunnelizzazione. La profondità di un'ulcera da pressione di Categoria/Stadio III varia a seconda della regione anatomica. Le narici del naso, l'orecchio, l'occipite e il malleolo non hanno tessuto (adiposo) sottocutaneo e le ulcere di Categoria/Stadio III possono essere poco profonde. Al contrario, nelle aree con significativa adiposità si possono sviluppare ulcere da pressione di Categoria /Stadio III molto profonde. Osso/tendine non sono visibili o direttamente palpabili.</p>
	<p>STADIO IV: Perdita Tessutale a Tutto Spessore</p> <p>Perdita di tessuto a tutto spessore con esposizione di osso, tendini o muscoli. Potrebbero essere presenti slough o escara in alcune aree del letto dell'ulcera. Spesso include tratti sottominati e tunnelizzazione. La profondità di un'ulcera da pressione di Categoria/Stadio IV varia a seconda della regione anatomica. Le narici del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto (adiposo) sottocutaneo, queste ulcere possono essere poco profonde. Le ulcere da pressione di Categoria/Stadio IV possono estendersi a muscoli e/o strutture di supporto (es., fascia, tendine o capsula articolare) rendendo probabile l'insorgenza di osteomielite. Osso/tendine sono visibili o direttamente palpabili.</p>
	<p>NON STADIABILE: Profondità sconosciuta</p> <p>Perdita di tessuto a tutto spessore in cui la base dell'ulcera è ricoperta da slough (di color giallo, beige, grigiastro, verde o marrone) e/o escara (di color beige, marrone o nero) presenti nel letto dell'ulcera. Fino a quando lo slough e/o l'escara non vengono rimossi in misura sufficiente da esporre la base dell'ulcera, non è possibile determinare la reale profondità e conseguentemente la Categoria /Stadio. Un'escara stabile (secca, adesa, integra, senza eritema o fluttuazione) localizzata sui talloni ha la funzione di "naturale (biologica) copertura del corpo" e non dovrebbe essere rimossa.</p>
	<p>SOSPETTO DANNO DEI TESSUTI PROFONDI: Profondità sconosciuta</p> <p>Area localizzata di color porpora o marron-rossastro di cute integra, oppure vescica a contenuto ematico, secondaria al danno dei tessuti molli sottostanti causato da pressione e/o forze di taglio. L'area potrebbe essere preceduta da tessuto che appare dolente, duro, molliccio, spugnoso, più caldo o più freddo rispetto al tessuto adiacente. Il danno dei tessuti profondi può essere difficile da individuare nelle persone di pelle scura. L'evoluzione potrebbe includere una sottile vescica su un letto di colore scuro. L'ulcera potrebbe evolvere ulteriormente e ricoprirsi con un'escara sottile. L'evoluzione potrebbe esporre in tempi rapidi ulteriori strati di tessuto anche con un trattamento ottimale.</p>

ALTRE CLASSIFICAZIONI DA TENER PRESENTI PER UNA BUONA VALUTAZIONE DELLA LdP






Classificazione secondo il colore

Una modalità alternativa di classificare le lesioni è rappresentata dal “codice colore”.

Ad ogni colore corrisponde uno specifico obiettivo terapeutico. Il colore verde rappresenta la condizione più impegnativa e compromessa, seguita dal colore nero e giallo.

Il colore rosso e rosa rappresentano invece condizioni meno rilevanti.

Con il termine lesione “mista” si fa riferimento ad una ferita in cui sono presenti due o più tipi di colori e altrettanti tipi di tessuti. In questo caso, scegliere il trattamento sulla base del colore che prevede il maggior impegno nel trattamento della lesione.

Lesione “verde” 	La lesione “verde” indica la presenza di colonizzazione critica/infezione Obiettivo: ridurre la carica batterica; trattare l’infezione.
Lesione “nera” 	La lesione “nera” è ricoperta di tessuto di color nero, marrone o marroncino. Il colore indica la presenza di tessuto non vitale a vari livelli di disidratazione. Questo tessuto viene anche indicato con il termine “escara”. Obiettivo: rimuovere i tessuti non vitali.
Lesione “gialla” 	La lesione “gialla” è ricoperta di tessuto il cui colore può andare dal biancastro al giallo o verdognolo. Il color biancastro/giallo/verdognolo indica la presenza di slough. Le diverse colorazioni corrispondono anche a diversi ‘contenuti’ di carica batterica. Un colore giallo più pallido e chiaro può indicare la presenza di fibrina. Obiettivo: rimuovere i tessuti non vitali; ridurre la carica batterica; controllare l’essudato.
Lesione “rossa” 	La lesione “rossa” è ricoperta di tessuto di color rosa intenso/rosso. Il colore indica la presenza di tessuto di granulazione. Obiettivo: mantenere la ferita deterisa e protetta; fornire un ambiente umido di guarigione.
Lesione “rosa” 	La lesione “rosa” è ricoperta di tessuto di color rosa chiaro traslucido. Il colore indica la presenza di nuovo epitelio. Obiettivo: mantenere la ferita deterisa e protetta; fornire un ambiente umido di riepitelizzazione.

Classificazione in base all’essudato

L’essudato è da considerarsi un parametro fondamentale per la classificazione nonché la descrizione dei vari stadi della lesione. L’essudato è un liquido sieroso di origine infiammatoria che può imbibire i tessuti interstiziali lesionati. La descrizione dell’essudato si basa su tre parametri: **quantità, caratteristiche e odore.**

Da questi parametri possiamo effettuare una classificazione in tre gruppi e scegliere il tipo di medicazione più adatta da attuare:

Ferita asciutta: Essudato scarso o assente. Il fondo della piaga è pallido, arancione; le garze tendono ad aderire alla ferita e la rimozione provoca piccole emorragie; i tessuti circostanti sono secchi e l'orletto di riepitelizzazione è generalmente bloccato.

Ferita umida: Essudato moderato. Il fondo della lesione è lucente, di colore rosso vivo; le garze si presentano inumidite nell'arco delle 24 ore e tendono a non aderire; i tessuti circostanti sono integri, fatte salve lesioni iatrogene, e l'orletto di riepitelizzazione è attivo; è la situazione ottimale della ferita.

Ferita iperessudante: Essudato abbondante. Il fondo è iper-riflettente alla luce diretta, di colore rosso vivo, sempre velato da uno strato di liquido; sono richiesti ripetuti cambi delle garze nell'arco della giornata; i tessuti circostanti sono macerati e l'orletto di riepitelizzazione è generalmente lesionato a causa della macerazione. La quantità di essudato influenza soprattutto il tempo di durata della medicazione e la scelta della metodologia più appropriata d'intervento.

Per la corretta gestione di un paziente portatore di LdP è fondamentale procedere alle seguenti attività, di cui va data opportuna evidenza nella documentazione sanitaria:

1. Procedere alla valutazione iniziale della lesione con la definizione dello **stadio** secondo il sistema internazionale NPUAP/EPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel – Allegato 6) e delle **caratteristiche** delle lesioni.

Lo stadio e le caratteristiche riscontrate devono essere documentati sull'apposita scheda.

NB: lo strumento di stadiazione non offre indicazioni sul trattamento della lesione e non indica l'evoluzione dei processi riparativi tissutali.

2. Valutare le lesioni determinando le seguenti caratteristiche:

- a. sede
- b. dimensioni (lunghezza, larghezza e profondità)
- c. presenza di tratti sottominati
- d. presenza di tragitti fistolosi
- e. tipo di tessuto presente (di granulazione, necrotico, fibrinoso ecc.)
- f. quantità e tipo di essudato
- g. odore
- h. margini
- i. presenza di aree di riepitelizzazione
- j. presenza e intensità del dolore

3. Valutare la cute perilesionale (almeno fino a 10-12 cm dal margine) per la presenza di:

- a. eritema
- b. macerazione
- c. indurimento
- d. edema.

Queste attività devono essere effettuate al momento della presa in carico del paziente e ad ogni cambio medicazione, al fine di orientare correttamente le scelte di trattamento. È fondamentale che per la valutazione venga utilizzato sempre lo stesso strumento con cadenza almeno settimanale, dandone opportuna evidenza nella documentazione sanitaria.

MISURAZIONE DELLA LESIONE

Anche la misurazione della lesione da pressione è fondamentale per preparare un piano d'intervento.

Si devono quindi rilevare i seguenti dati:

Lunghezza e ampiezza: si misurano tracciando una linea da un capo all'altro della lesione. Per rendere la misurazione più accurata è possibile paragonare la lesione al quadrante di un orologio dove le ore 12 corrispondono alla testa del paziente e le 6 corrispondono ai suoi piedi.

L'ampiezza, invece, si può misurare prendendo in considerazione i lati opposti del paziente facendo riferimento al quadrante dell'orologio le ore 3 e le ore 9.

La misurazione è da ripetersi almeno ogni sette giorni per la valutazione della progressione in positivo o in negativo. La misurazione è da ripetersi periodicamente per valutare l'evoluzione della piaga.

ODORE

L'essudato in eccesso è causa di cattivo odore. Nelle ferite con abbondante essudazione possono essere utilizzate medicazioni assorbenti (alginati, idrofibre) e contenenti carbone attivo e argento che hanno una elevata efficacia nella neutralizzazione dei cattivi odori. L'odore può essere ridotto attraverso l'uso di metronidazolo per via sistemica o per applicazione topica.

DETERSIONE

Effettuare la detersione ad ogni cambio di medicazione. La detersione va eseguita con sol. Fisiologica sterile ad una temperatura intorno ai 30°C. Allo scopo di eseguire una corretta detersione senza provocare ulteriori traumatismi all'eventuale tessuto di granulazione, è consigliato l'uso d una siringa con n ago non metallico, il getto deve essere in grado di rimuovere i residui dell'eventuale medicazione precedente, la colonizzazione batterica superficiale, ma allo stesso tempo delicato per non rischiare di danneggiare i tessuti neoformati. La detersione mediante l'impiego di soluzioni di tipo non citotossico, permetterà l'allontanamento dei tessuti devitalizzati, dei detriti metabolici e degli agenti topici che possono ritardare la guarigione, è opportuno quindi non utilizzare correntemente:

- acqua ossigenata, in quanto distrugge le cellule in fase di riepitelizzazione fino al 50%,
- iodio povidone per la possibile attività citotossica sui fibroblasti, per la comparsa di reazioni di ipersensibilità e per il rischio di scatenate tireotossicosi,
- cetrimide e ipoclorito di sodio per l'attività citotossica,
- alcool etilico perché è irritante e provoca secchezza della cute,
- nitrato d'argento perché è irritante e conferisce una colorazione bruna alla cute.

Asciugare tamponando delicatamente con garza sterile per evitare microlesioni da sfregamento tra il piano osseo e la rete micro capillare. Si raccomanda l'uso di antisettici in soluzione, per uso topico, soltanto in caso di infezione (iodiopovidone, perossido di idrogeno, clorossidante elettrolitico, clorexdrina, ecc.) allo scopo di inibire o distruggere la crescita di microorganismi.

Evitare di esporre la ferita a correnti d'aria, provenienti d finestre aperte e a qualsiasi altro tipo di sollecitazione non necessaria.

SBRIGLIAMENTO

Il tessuto necrotico va sempre rimosso mediante sbrigliamento che può essere: autolitico, enzimatico o chirurgico. In caso di lesione secca del calcagno, la necrosi, in assenza di edema, fluttuazione o secrezione, non va rimossa; all'apparire dei segni citati si deve procedere alla sbrigliamento. La rimozione dei tessuti non vitali deve tenere conto della persona e degli obiettivi assistenziali. Nei pazienti terminali prima di attuare il debridement va presa in considerazione la qualità generale della vita del paziente.

4. Prevenire/trattare eventuali infezioni delle LdP.

La presenza di infezione della lesione si effettua rilevando la presenza di più parametri di seguito elencati:

- Aumento della dimensione della lesione
- Dolore
- Tessuto di granulazione friabile
- Aumento dell'essudato
- Secrezione purulenta
- Odore sgradevole
- Edema dei tessuti molli perilesionali
- Arrossamento

La positività del tampone eseguito sulla lesione NON rappresenta un criterio per diagnosticare una infezione perché riflette una normale colonizzazione batterica piuttosto che il microorganismo responsabile della lesione; più significativi sono l'esame culturale del materiale biotico o dell'essudato.

La somministrazione di antibiotici per via generale è indicata quando sono presenti segni di progressione locale dell'infezione o segni clinici di infezione sistemica. Si può considerare anche l'utilizzo topico di medicazioni a base d'argento. Buona norma in caso di più lesioni nello stesso soggetto è lasciare per ultima la più contaminata. Solo in presenza di infezione o colonizzazione critica si può considerare l'applicazione di detergenti antisettici.

NON E' RACCOMANDATO (salvo alcune eccezioni) L'USO TOPICO DI:

- Garza iodoformica in quanto non vi sono evidenze di efficacia
- Antibiotici locali

E' obbligatorio che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

1. Piano di assistenza individuale
2. Stadiazione delle LdP NPUAP/EPUAP
3. Valutazione dello stato della lesione
4. Valutazione quotidiana del dolore
5. Evidenza del trattamento effettuato sulla base della valutazione dello stato della lesione
6. Trattamento proposto (a domicilio o presso altra struttura)
7. Corretta codifica SDO della LdP

CENNI DI TERAPIA

Nelle more della elaborazione di un ulteriore documento dedicato specificatamente al trattamento, vengono di seguito indicati degli schemi di terapia tratti dalle linee guida https://salute.regione.emilia-romagna.it/.../rapporti/.../Documento_Med_avanzate.pdf

Tra le linee guida disponibili si segnalano in particolare quelle prodotte dalla Regione emilia Romagna reperibili all'indirizzo:

file:///C:/Users/Utente/Downloads/Allegato%201%20Protocollo%20lesioni%20da%20pressione%20(1).pdf

1° STADIO	<i>Eritema della cute integra non reversibile alla digito-compressione</i>
OBIETTIVO	<i>Ridurre la compressione tissutale e contemporaneamente proteggere la cute da eventuali insulti esterni</i>
Detersione	<ul style="list-style-type: none">- Soluzione Fisiologica- Ringer Lattato
Trattamento	<ul style="list-style-type: none">- Pellicola semipermeabile trasparente di poliuretano- Medicazioni idrocolloidali extrasottili
Frequenza	<ul style="list-style-type: none">- Mantenimento in situ fino a sette giorni- Cambio al bisogno
Area perilesionale	<ul style="list-style-type: none">- Crema base per cute grassa;- Crema emolliente e oli per cute secca;- Crema all'acqua o allo zinco per prevenire e/o trattare la macerazione cutanea.

2° STADIO	<i>ferita a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma; la lesione è superficiale e clinicamente si presenta come una abrasione, vescicola o cratere poco profondo.</i>
OBIETTIVO	<i>Favorire la riparazione tissutale ed evitare il peggioramento della lesione</i>
Detersione	<ul style="list-style-type: none"> - Soluzione Fisiologica - Ringer Lattato
Trattamento	<ul style="list-style-type: none"> - Medicazione idrocolloidale - Schiume di poliuretano su giudizio clinico - Medicazioni non aderenti e garze impregnate <p><i>in presenza di flittene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - forare con manovra asettica senza rimuovere il tetto e coprire con schiuma di poliuretano.
Frequenza	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento in situ fino a sette giorni - Cambio al bisogno
Area perilesionale	<ul style="list-style-type: none"> - Crema base per cute grassa; - Crema emolliente e oli per cute secca; - Crema all'acqua o allo zinco per prevenire e/o trattare la macerazione cutanea.

3° STADIO	<i>ferita a tutto spessore che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo che può estendersi fino alla fascia muscolare senza attraversarla; la lesione si presenta clinicamente come una profonda cavità che può presentare dei tratti sottominati.</i>
OBIETTIVO	<i>Ripristinare la continuità del sottocute e della cute, controllando il processo necrotico e/o infettivo che spesso si associa⁹</i>
4° STADIO	<i>ferita a tutto spessore con estesa distruzione dei tessuti, necrosi o danno ai muscoli, ossa o strutture di supporto (es. tendini, capsule articolari, piani ossei, ecc.).</i>
OBIETTIVO	<i>Controllare l'infezione e prevenire e/o evitare eventuali complicanze anche a livello sistemico</i>

Il trattamento delle lesioni di 3° e 4° stadio varia in relazione al tipo di lesione presente come indicato dalle specifiche seguenti:

▪ LESIONE GRANULEGGIANTE

Detersione	<ul style="list-style-type: none"> - Soluzione Fisiologica - Ringer Lattato
Trattamento	<ul style="list-style-type: none"> - Medicazione idrocolloidale - Schiume di poliuretano
Frequenza	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento in situ fino a sette giorni - Cambio al bisogno
Area perilesionale	<ul style="list-style-type: none"> - Crema base per cute grassa; - Crema emolliente e oli per cute secca; - Crema all'acqua o allo zinco per prevenire e/o trattare la macerazione cutanea.

▪ LESIONE GRANULEGGIANTE CON ESSUDATO

Detersione	<ul style="list-style-type: none"> - Soluzione Fisiologica - Ringer Lattato
Trattamento	<ul style="list-style-type: none"> - Schiuma di poliuretano ricoperta con film semipermeabile; - Medicazioni combinate (es. idrocolloidi e poliuretano, idrocolloidi e alginato) - Medicazioni in fibra idrocolloidale - Medicazioni di alginato - Medicazioni contenenti esteri dell'acido ialuronico. <p>Questi ultimi tre prodotti vanno utilizzati con una medicazione secondaria (schiume di poliuretano, placca idrocolloidale o tamponi di copertura in TNT).</p>
Frequenza	<ul style="list-style-type: none"> - ogni 24-72 ore - cambio al bisogno
Area perilesionale	<ul style="list-style-type: none"> - crema base per cute grassa; - crema emolliente e oli per cute secca; - crema all'acqua o allo zinco per prevenire e/o trattare la macerazione cutanea.

▪ LESIONE CAVITARIA CON ABBONDANTE ESSUDATO

Detersione	<ul style="list-style-type: none"> - Soluzione Fisiologica - Ringer Lattato
Trattamento	<ul style="list-style-type: none"> - Tampone in schiuma di poliuretano ricoperto con film semipermeabile; - Medicazioni in fibra idrocolloidale; - Medicazioni a base di alginato; - Medicazioni contenenti esteri dell'acido ialuronico. <p>Questi ultimi tre prodotti vanno utilizzati con una medicazione secondaria (schiume di poliuretano oppure placca idrocolloidale).</p>
Frequenza	<ul style="list-style-type: none"> - Ogni 24-72 ore - Cambio al bisogno
Area perilesionale	<ul style="list-style-type: none"> - Crema base per cute grassa; - Crema emolliente e oli per cute secca; - Crema all'acqua o allo zinco per prevenire e/o trattare la macerazione cutanea.

▪ LESIONE ESSUDATIVA NECROTICA O RICCA DI FIBRINA

Detersione	<ul style="list-style-type: none"> - Soluzione Fisiologica - Ringer Lattato
Trattamento	<ul style="list-style-type: none"> - Idrogeli da ricoprire con medicazione a base di schiuma di poliuretano. - Fibra Idrocolloidale ricoperta con placca idrocolloidale;
Frequenza	<ul style="list-style-type: none"> - ogni 24-72 ore - cambio al bisogno
Area perilesionale	<ul style="list-style-type: none"> - crema base per cute grassa; - crema emolliente e oli per cute secca; - crema all'acqua o allo zinco per prevenire e/o trattare la macerazione cutanea.

Per quanto attiene al trattamento delle LdP, la UOC Risk Management, in collaborazione con il gruppo di lavoro organizzerà nell'anno 2019:

- Elaborazione di un documento Aziendale su linee di indirizzo per il trattamento delle LdP
- Costituzione di team aziendali di professionisti per il trattamento delle LdP che verranno adeguatamente formati

	MATRICE DI RESPONSABILITA'					
ATTIVITA'	MEDICO	FARMACISTA	COORDINATORE	INFERMIERE	DIETISTA	OSS
Accoglienza paziente	C			R		C
Valutazione del rischio	C			R		
Ispezione della cute	C			R		C
Igiene personale				R		C
Piano di assistenza individuale	R			R		
Scelta del presidio appropriato	C			R		
Attuazione programma di mobilitazione	C			R		C
Scelta trattamento idoneo secondo procedura	R		C	R		
Verifica e monitoraggio ldp e registrazione dati rilevati	C			R		
Valutazione stato nutrizionale	R		C	C	C	
Consulenza e prescrizione dietetica	C		C		R	
Prescrizione terapia antibiotica o tampone cutaneo	R			C		
Compilazione della documentazione sanitaria	R		R	R	C	
Acquisizione farmaci, materiali e dispositivi	C	R	C			
Rifornimento materiale medicazioni e dispositivi	C	C	R	C		
Preparazione ambiente e materiali occorrenti	I		I	R		C
Riordino del materiale				R		C

R responsabile; C coinvolto; I informato

INDICATORI

- **Indicatori di esito:** riduzione della incidenza di lesioni da pressione nei pazienti trattati, con relativa riduzione del contenzioso collegato;
- **Indicatori di processo:**
 - a) Presenza nella documentazione clinica delle schede di:
 - ✓ Valutazione del rischio
 - ✓ Mobilizzazione
 - ✓ Almeno nel 70% dei pazienti ricoverati;
 - b) Numero di operatori formati nella procedura rispetto a quelli assegnati ai reparti che ospitano pazienti a rischio
- **Indicatori di struttura:** disponibilità nel 100% dei reparti che ospitano pazienti a maggior rischio di ausili, dispositivi e materiali per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da pressione

RIFERIMENTI NORMATIVI

Determinazione Regione Lazio 27 aprile 2018, n. G05584

Approvazione del "Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)"

1. Australian Wound Management Association. Pan Pacific Clinical Practice Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury. Cambridge Media Osborne Park, WA: 2012
2. Beldon P. Pressure ulcers: prevention and management. *Wound Essentials* 2006, 1: 68-81
3. Bernabei R, Manes-Gravina E, Mammarella F. Review Epidemiologia delle piaghe da decubito. *G Gerontol* 2011; 59:237-243
4. Bonadeo P, Marazzi M, Masina M, Ricci E, Romanelli M. Wound Bed Preparation: evoluzione della pratica clinica secondo i principi del TIME. 2004 Aretre
5. Carnali M, D'Elia MD, Failla G, Ligresti C, Petrella F, Paggi B. TIMECare™: un approccio dinamico e interattivo per affrontare le sfide del wound care. *Acta Vuln*, 2010; 8(4)
6. Caula C, Apostoli A. Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche. Maggioli Editore 2010; 6:83
7. Clark M, Schols J, et al. Pressure ulcers and nutrition: a new European guideline. *Journal of Wound Care* 2004 13:7, 267-272
8. Costardi D, Rozzini L, et al. The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2007; 44(2):175-80
9. De Laat E.H.E.W, Schoonhoven L, et al. Epidemiology, risk and prevention of pressure ulcers in critically ill patients: a literature review. *Journal of Wound Care* 2006 15:6, 269-275
10. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd, 2004
11. Gottrup F, Apelqvist J, Price E. Outcomes in control- led and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. *J Wound Care* 2010; 19:237- 68
12. Houwing R, Rozendaal M, Wouters-Wesseling W, et al. A randomised, double-blind assessment of the effect of nutritional supplementation on the prevention of pressure ulcers in hip-fracture patients. *Clin Nutr* 2003; 22: 4, 401- 405
13. Legge 15 marzo 2010 n. 38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010).
14. Ligresti C., Bo F. Oltre il 'Falanga TIME' nella Wound Bed Preparation delle ferite difficili. *Wound Care Times*, Anno IV, Numero 2– Agosto, 2006
15. Linee Guida Prevenzione e Trattamento delle lesioni da pressione. Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi - Azienda USL di Bologna, 2010
16. M Briggs M, Torra i Bou JE. Guida al contenimento del dolore in sede di cambio della medicazione. Documento di posizionamento EWMA: Il dolore in sede di cambio della medicazione .2002: 12-17
17. Moffatt CJ, Franks PJ, Hollinworth H. Studio sul dolore e i traumi sofferti durante il trattamento delle lesioni cutanee . Documento di posizionamento EWMA: Il dolore in sede di cambio della medicazione .2002: 2-7
18. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014
19. NICE Clinical Guideline 2005, developed by the Royal College of Nursing. The prevention and treatment of pressure ulcers (CG29)
20. NICE Clinical Guideline 2014. Pressure ulcers: prevention and management (CG179)
21. Pieper B, et al. Pressure ulcer pain: a systematic literature review and national pressure ulcer advisory panel white paper. *Ostomy Wound Manage* 2009; 55: 16-31
22. Polignano R, Scarsella P, Scalise A, Mattaliano V, Mosti G. Il dolore al dressing change: nuove possibilità terapeutiche. *Helios* 2006; 2 : 4 – 10
23. Registered Nurses' Association of Ontario. Clinical Best Practice Guidelines: Assessment and Management of Pain (3rd ed.). 2013, Toronto
24. Romanelli M et al. The role of wound bed preparation in managing chronic pressure ulcers. *J Wound Care* 2002; 11: 8
25. Romanelli M. Pain at wound dressing changes. Position Document EWMA, MEP Ltd, 2002
26. Romanelli M. Wound Bed Preparation: Approccio sistematico al trattamento delle lesioni cutanee. Aretre 2003

27. Salvia A, Scognamiglio U, et al. Cartella clinica nutrizionale: gestione della nutrizione del paziente in ospedale e prevenzione delle infezioni ad essa correlate. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/42)
28. Storti M, Bertozzo E, et al. The measurement of pain in patients with dementia: a review of the most appropriate tools. Revisione. Recenti Progressi in Medicina 2014; 105 (2)
29. Storti M, Dal Santo P, Zanolin ME. Confronto fra due scale di valutazione del dolore in pazienti ospedalizzati affetti da grave demenza e non verbalizzanti. Prof Inferm. 2009; 61(4):210-15
30. Toma E. La valutazione del paziente portatore di lesioni cutanee – Fascicolo Toven Wound Care dedicato. Youcanprint 2017; ISBN: 978-88-92675-88-9
31. Ulcers Pressure: <http://www.wounds-uk.com/quick-search.php?searchtext=Pressure%20Ulcers>
32. EPUAP / NPUAP (2009) Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. <http://www.epuap.org/guidelines>
33. Quick Guide: Times Model of wound bed preparation <http://www.wounds-uk.com/quick-guides/quickguide-times-model-of-wound-bed-preparation>
34. How to guide: Pressure ulcer management <http://www.wounds-uk.com/how-to-guides/how-to-guidepressure-ulcer-management>
35. SNLG-Regioni – Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento <http://www.regione.toscana.it/documents/10180/320308/Ulcere+da+pressione/>
36. Trabucchi M. “i vecchi, la città e la medicina” Il Mulino 2005
37. PNLG Piano nazionale linee guida <http://www.pnlg.it/db/010/> ultimo aggiornamento settembre 2003
38. Commissione Regionale Dispositivi Medici dell’Emilia Romagna (*Delibera Giunta Regionale n. 1523/2008*) Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche
39. UOSD Assistenza domiciliare azienda USL ROMA H, anno 2011 Procedura per la gestione delle lesioni da pressione

DIFFUSIONE E ARCHIVIAZIONE

- La presente procedura è custodita presso la UOC Risk Management
- La diffusione della procedura verrà assicurata dalla UOC Risk Management mediante la trasmissione alle direzioni dei Dipartimenti.
- La procedura verrà inoltre pubblicata sul sito aziendale nella sezione del Risk Management per consentirne la consultazione a chiunque ne fosse interessato.
- Il documento verrà illustrato agli operatori sanitari in occasione dei corsi di formazione sulla prevenzione dei rischi, organizzati dalla UOC Risk Management e inseriti nel piano formativo aziendale.
- Produzione di schede riepilogative plastificate da mettere a disposizione delle medicherie
- Il documento verrà trasmesso al Centro Regionale Rischio Clinico per la pubblicazione e condivisione sulla piattaforma regionale dedicata al Risk Management.

MODULISTICA E ALLEGATI

Allegato 1: Scala di Braden

PUNTEGGIO INDICATORI	4	3	2	1
PERCEZIONE SENSORIALE Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione	Non limitata Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio	Leggermente limitata Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione	Molto limitata Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi	Completamente limitata Non vi è risposta (non geme, non si contrae, non afferra) allo stimolo doloroso a causa del diminuito livello di coscienza o alla sedazione
UMIDITÀ Grado di esposizione della pelle all'umidità	Raramente bagnato La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine	Occasionalmente bagnato La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra una volta al giorno	Spesso bagnato Pelle sovente, ma non sempre, umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno una volta per turno	Costantemente bagnato La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione dell'urina, ecc.. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova bagnato
ATTIVITÀ	Cammina frequentemente Cammina al di fuori della camera almeno due volte al giorno e dentro la camera una volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo)	Cammina occasionalmente Cammina occasionalmente durante il giorno ma per breve distanza con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia	In poltrona Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia o sulla sedia a ruote	Completamente allettato Costretto a letto
MOBILITÀ	Limitazioni assenti Si sposta frequentemente e senza assistenza	Parzialmente limitata Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo	Molto limitata Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto	Completamente immobile Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza
NUTRIZIONE	Eccellente Mangia la maggior parte del cibo. Non necessita di integratori	Adeguate Mangia più della metà dei pasti, quattro porzioni o più di proteine al giorno. Si alimenta artificialmente con nutrizione parenterale assumendo il quantitativo nutrizionale necessario	Probabilmente inadeguata Raramente mangia un pasto completo. Riceve una quantità non ottimale di dieta liquida o enterale (con sondino naso-gastrico)	Molto povera Non mangia mai un pasto completo. Assume pochi liquidi e nessun integratore. Oppure è a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di cinque giorni a settimana
FRIZIONE SCIVOLAMENTO		Senza problemi apparenti Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti	Problema potenziale Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola	Problema Richiede assistenza da moderata a massima nei movimenti. Scivola frequentemente nel letto o nella poltrona
PUNTEGGIO	Superiore a 15	13-14	10-12	Inferiore a 9
RISCHIO	BASSO	MEDIO	ALTO	MOLTO ALTO

Allegato 2: **Scala di Norton**

PUNTEGGIO INDICATORI	4	3	2	1
CONDIZIONI GENERALI	BUONE	DISCRETE	SCADENTI	GRAVI
STATO MENTALE	LUCIDO	DISORIENTATO	CONFUSO	STUPOROSO
MOBILITÀ	AUTONOMA	POCO LIMITATA	MOLTO LIMITATA	ALLETTATO
INCONTINENZA	ASSENTE	OCCASIONALE	CONTROLLATA DA FARMACI	CONTINUA
PUNTEGGIO	Da 16 a 15		Da 14 a 12	Uguale o inferiore a 11
RISCHIO	ASSENTE		LIEVE	ELEVATO

Allegato 3 : Scala di Braden Q (bambini di età < 5 anni)

PUNTEGGIO INDICATORI	4	3	2	1
PERCEZIONE SENSORIALE	Risponde agli ordini verbali adeguato all'età. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio (bambino che piange).	Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione (adeguato all'età).	Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi.	Non vi è risposta (non geme, non si contrae, non afferra) allo stimolo doloroso a causa del diminuito livello di coscienza o alla sedazione.
UMIDITÀ Grado di esposizione della pelle all'umidità	La pelle è abitualmente asciutta: cambiamento capillare del pannolino e delle lenzuola ogni ventiquattro ore.	La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola ogni dodici ore.	La pelle è spesso, ma non sempre, bagnata. La biancheria deve essere cambiata almeno ogni otto ore o il pannolino ogni due per diarie.	La pelle è mantenuta costantemente bagnata da perspirazione, urine, drenaggi, ecc. L'umidità è rilevata ogni volta che il paziente viene posizionato.
MOBILITÀ ATTIVITÀ	Si sposta frequentemente e senza assistenza, cambia posizione senza aiuto o è troppo giovane per camminare, ma tenuto dai genitori.	Esegue in maniera autonoma frequenti, sebbene piccoli, movimenti del corpo o delle estremità.	Cambia occasionalmente la posizione del corpo e delle estremità, non sorregge il proprio peso, ma sta seduto.	Senza assistenza non muove, nemmeno leggermente, il corpo e le estremità, costretto a letto.
NUTRIZIONE Modalità di assunzione del cibo	Assume una dieta normale che prevede un adeguato apporto calorico per l'età, per esempio mangia la maggior parte di ogni piatto. Non rifiuta alcun cibo e assume più di quattro pasti proteici al giorno. Mangia talvolta tra i pasti. Non necessita di supplementi dietetici.	E' sottoposto a nutrizione enterale o parenterale che forniscono un adeguato apporto di elettroliti e calorie. Oppure mangia più della metà di ogni pasto. Mangia 4 pasti proteici al giorno. Rifiuta occasionalmente il cibo, ma assume supplementi dietetici se gli vengono offerti.	Dieta liquida o da sondino naso-gastrico oppure in parenterale inadeguata e fornire calorie ed elettroliti adeguati per l'età. Oppure albumine < 3 g/dl, oppure raramente assume un pasto completo e generalmente mangia la metà del cibo offerto. Le proteine sono limitate a tre pasti. Occasionalmente assume supplementi dietetici.	Non assume cibo, solo liquidi chiari, flebotisi da più di 5 giorni, oppure albumine < 2,5 g/dl, oppure non mangia mai un pasto completo. L'introito di proteine è limitato a due pasti di carne o latticini al giorno. Assume pochi fluidi. Non assume diete enterali supplementari.
FRIZIONE SCIVO LAM ENTO	E' in grado di sollevarsi durante un cambiamento di posizione, si muove nel letto e nella sedia autonomamente e ha sufficiente forza muscolare per sostenersi durante il movimento. Mantiene una buona posizione nel letto o sulla sedia per tutto il tempo.	Movimenti deboli o richiede minima assistenza. Durante il movimento la pelle probabilmente scivola contro le lenzuola, la sedia o altro. Mantiene relativamente bene la posizione nella sedia per la maggior parte del tempo, ma occasionalmente scivola.	Lo scivolamento contro le lenzuola è inevitabile, scivola frequentemente. Richiede da moderata a massima assistenza nei movimenti.	La spasticità, le contratture, il prurito o l'agitazione conducono a quasi costanti traumi o frizioni. Agitato.
PERFUSIONE TESSUTALE e OSSIGENAZIONE	Normoteso, con saturazione di ossigeno > 94%; emoglobina normale; tempo di riempimento capillare < 7 sec.	Normoteso con saturazione di ossigeno < 92%; emoglobina < 10 mg/dl; tempo di riempim capillare di 2 sec; PH normale	Normoteso con saturazione di ossigeno < 92%; emoglobina < 10 mg/dl; tempo di riempimento capillare > 2 secondi; PH < 7,40	Ipotensione arteriosa (pressione arteriosa media < 50 mmHg ; < 40 nei neonati) oppure il paziente non tollera fisiologicamente cambiamenti di postura
PUNTEGGIO	<div> <div>< 12/13 paziente ad alto rischio</div> <div>≤ 16 paziente a rischio</div> <div>> 16 paziente non a rischio</div> </div>			

Allegato 4: **Scala PAINAD**

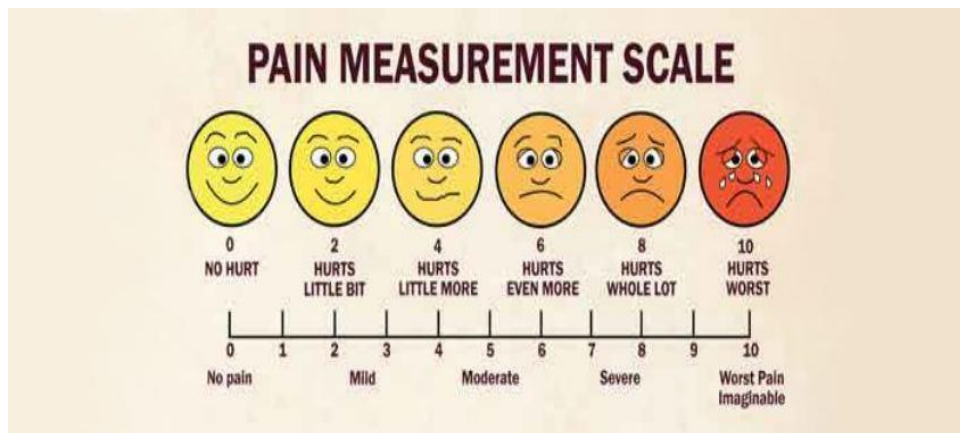
PUNTEGGIO INDICATORI			
	0	1	2
RESPIRAZIONE	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione Respiro di Cheyne-Stokes
VOCALIZZAZIONE	Nessun problema	Occasionali lamenti Saltuarie espressioni negative o brontolii	Ripetuti richiami Lamenti Pianto
ESPRESSIONE FACCIALE	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie
LINGUAGGIO DEL CORPO	Rilassato	Teso Movimenti nervosi Irrequietezza	Rigidità Agitazione Ginocchia piegate Movimento afinalistico, a scatti
CONSOLABILITÀ	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile: non si distrae né si rassicura
Punteggio 0-1 DOLORE ASSENTE	Punteggio 2-4 DOLORE LIEVE	Punteggio 5-7 DOLORE MODERATO	Punteggio 8-10 DOLORE SEVERO

Allegati 5: Scale valutazione del dolore

NRS (Numerical Rating Scale)



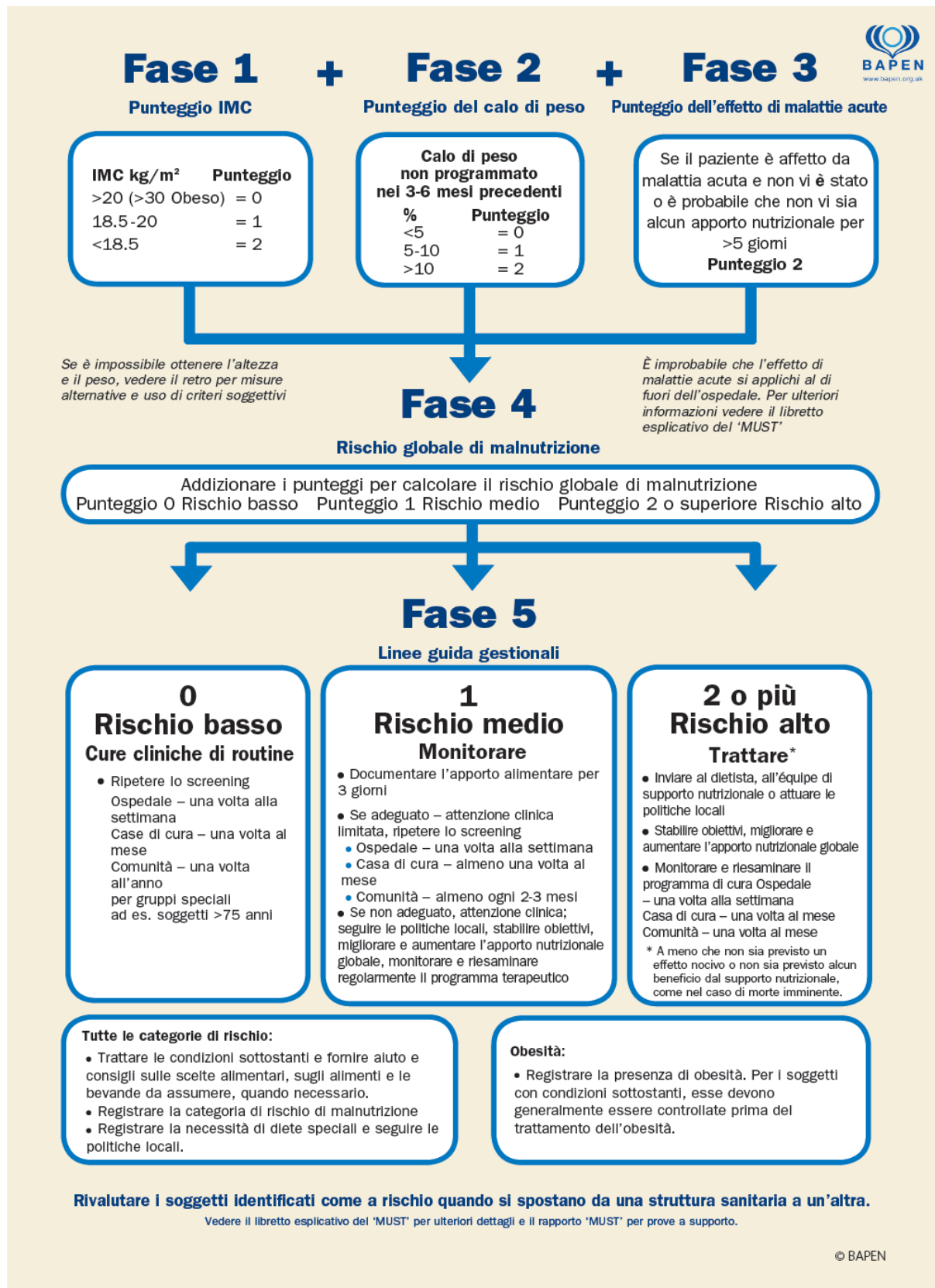
VAS (Visual Analogue Scale)



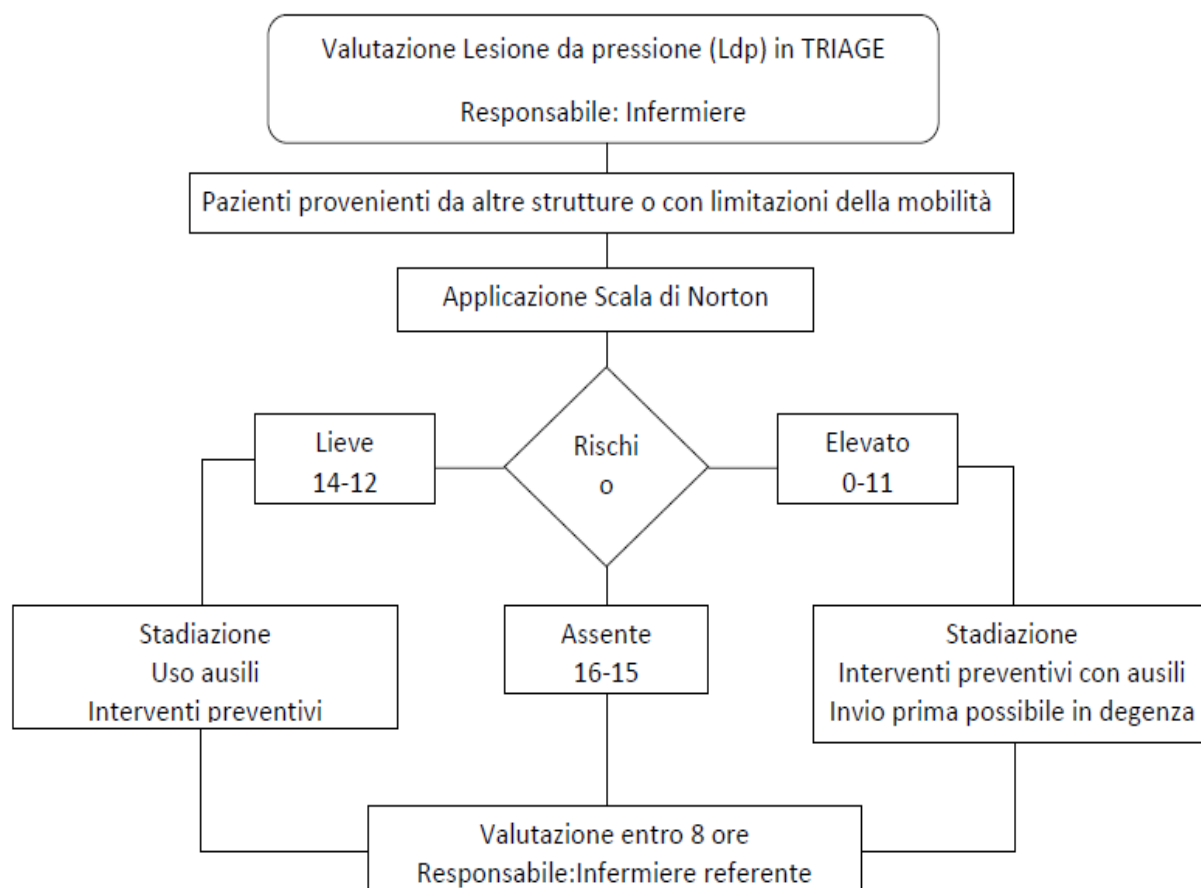
Allegato 6: Sistema internazionale di classificazione delle ulcere da pressione secondo NPUAP/EPUAP

<p>STADIO I ERITEMA NON SBIANCABILE</p>	<p>Cute intatta con rossore non sbiancabile di una zona localizzata solitamente su una prominenza ossea. La cute pigmentata di scuro può non avere uno sbiancamento visibile; il suo colore può differire dalla zona circostante.</p> <p>L'area può essere dolorosa, solida, morbida, più calda o più fredda rispetto al tessuto adiacente. Lo Stadio I può essere difficile da rilevare nei soggetti con tonalità di pelle scura. Può indicare persone "a rischio" (un segno foriero di rischio).</p>
<p>STADIO II PERDITA CUTANEA A SPESSORE PARZIALE</p>	<p>Perdita di spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera aperta superficiale con un letto della ferita rosso-rosa, senza tessuto devitalizzato (<i>slough</i>). Può anche presentarsi come una vescica intatta o aperta/rotta piena di siero.</p> <p>Si presenta come un'ulcera superficiale lucida o secca senza tessuto devitalizzato (<i>slough</i>) o ecchimosi (l'ecchimosi indica una sospetta lesione dei tessuti profondi). Questo stadio non deve essere usato per descrivere lacerazioni cutanee, ustioni, dermatiti perineali, macerazioni o escoriazioni.</p>
<p>STADIO III PERDITA CUTANEA A SPESSORE TOTALE</p>	<p>Perdita di tessuto a spessore totale. Il grasso sottocutaneo può essere visibile ma le ossa, i tendini o i muscoli non sono esposti. Il tessuto devitalizzato (<i>slough</i>) può essere presente, ma non oscura la profondità della perdita di tessuto. Può includere sottominature e tunnellizzazioni.</p> <p>La profondità dello Stadio III varia in base alla posizione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e le ulcere di Stadio III possono essere poco profonde. In contrasto, nelle aree di significativa adiposità si possono sviluppare ulcere da pressione di Stadio III estremamente profonde. Le ossa/tendini non sono visibili o direttamente palpabili.</p>
<p>STADIO IV PERDITA DI TESSUTO A SPESSORE TOTALE</p>	<p>Perdita di tessuto a spessore totale con esposizione ossea, tendinea o muscolare. Il tessuto devitalizzato (<i>slough</i>) o l'escara possono essere presenti in alcune parti del letto della ferita. Spesso include lo scollamento e la tunnellizzazione dei tessuti.</p> <p>La profondità delle ulcere da pressione di Stadio IV varia in relazione alla posizione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e le ulcere di Stadio III possono essere poco profonde. Le ulcere di Stadio IV possono estendersi nel muscolo e/o nelle strutture di supporto (ad esempio: la fascia, i tendini o la capsula articolare) favorendo l'osteomielite. Le ossa/tendini sono visibili o direttamente palpabili.</p>
<p>NON STADIABILI PROFONDITÀ SCONOSCIUTA</p>	<p>Perdita di tessuto a spessore totale in cui la base dell'ulcera è coperta da tessuto devitalizzato (<i>slough</i>) (giallo, marrone chiaro, grigio, verde o marrone) e/o escara (marrone chiaro, marrone o nero) nel letto della ferita.</p> <p>Fino al momento in cui lo <i>slough</i> o l'escara non vengono rimossi per rendere visibile la base dell'ulcera, la vera profondità e pertanto lo stadio, non può essere determinato. L'escara stabile (asciutta, aderente, intatta, senza eritema o fluttuanza) sui talloni serve come copertura naturale (biologica) del corpo e non deve essere rimossa.</p>
<p>SOSPETTO DANNO PROFONDO DEL TESSUTO PROFONDITÀ SCONOSCIUTA</p>	<p>Area localizzata di colore viola o marrone di cute intatta scolorita o flittene pieno di sangue, dovuta al danno sottostante dei tessuti molli causato dalla pressione e/o dalle forze di taglio. L'area può essere preceduta dalla presenza di tessuto doloroso, solido, pastoso, melmoso, più caldo o più freddo rispetto al tessuto adiacente.</p> <p>Le lesioni del tessuto profondo possono essere difficili da rilevare negli individui con tonalità di pelle scura. L'evoluzione di questo stadio può includere una sottile vescica su un letto di ferita scuro. La ferita può evolvere ulteriormente coprendosi con un'escara sottile. L'evoluzione può essere rapida esponendo strati aggiuntivi di tessuto anche in presenza di un trattamento ottimale.</p>

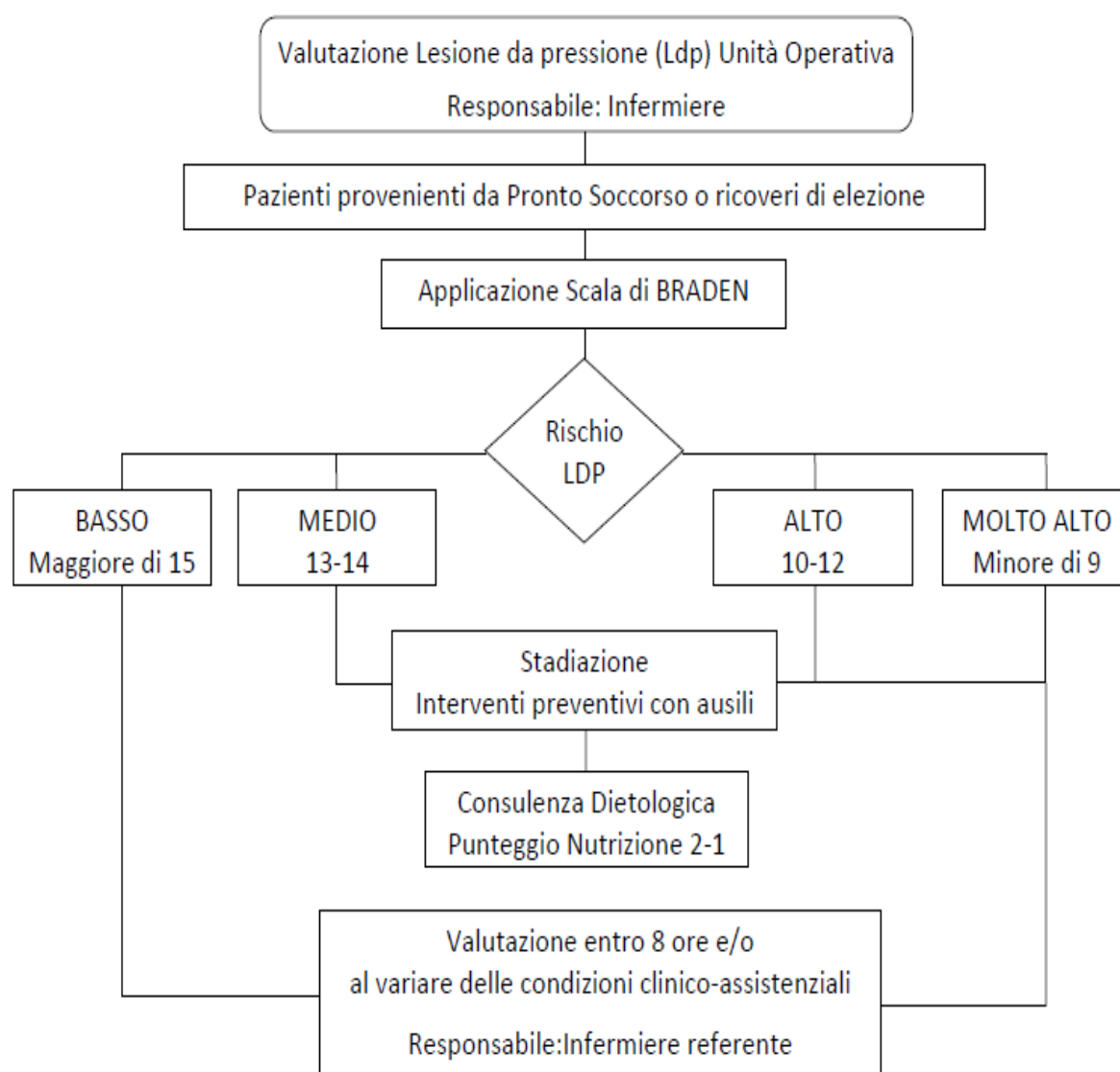
Allegato 7 : Valutazione nutrizionale



Allegato 8



Allegato 9



DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

SCHEDA INFERMIERISTICA PER LA VALUTAZIONE E GESTIONE DELLE LdP

Unità Operativa.....

Cognome e nome.....Età.....

Rapporti con la famiglia:

☐ vive solo/a ☐ familiari presenti ☐ vive in famiglia

Provenienza del paziente:

☐ proprio domicilio ☐ altra U.O. stessa struttura ☐ altra struttura

☐ pronto soccorso

Valutazione rischio di lesione da pressione in Pronto soccorso:

Scala di Norton ☐ 16-15 rischio assente ☐ 14-12 rischio minimo ☐ = < 11 rischio elevato

Valutazione rischio di lesione da pressione – **Scala di Braden**.....Data.....

VARIABILI	4	3	2	1	P.
Percezione Sensoriale	Non limitata	Leggermente limitata	Molto limitata	Totalmente limitata	
Umidità	Raramente bagnato	Occasionalmente bagnato	Spesso bagnato	Costantemente bagnato	
Attività	Cammina frequentemente	Cammina occasionalmente	In poltrona	Allettato	
Mobilità	Limitazioni assenti	Parzialmente limitato	Molto limitato	Completa immobilità	
Nutrizione	Eccellente	Adeguate	Probabilmente inadeguata	Molto povera	
Frizione e scivolamento		Senza problemi apparenti	Problema potenziale	Problema	
Superiore a15	13-14	10-12	Inferiore a 9	TOTALE	
BASSO	MEDIO	ALTO	MOLTO ALTO		

Sistemi di contenimento dell'umidità: ☐ traversa ☐ pannolone ☐ condom ☐ catetere

Ispezione della cute: ☐ medicazione preventiva ☐ sostituzione medicazione

Ausili per lo scarico e la distribuzione della pressione: ☐ sovr materasso ☐ materasso antidecubito

Altri: ☐ talloniere ☐ gomitiere ☐ cunei

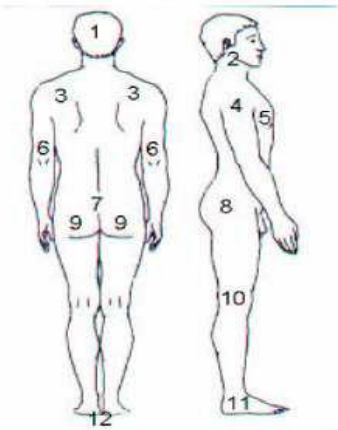
Dolore correlato alle ulcere da pressione: NRS.....VAS.....PAINAD.....

Firma /Sigla dell'Infermiere.....

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

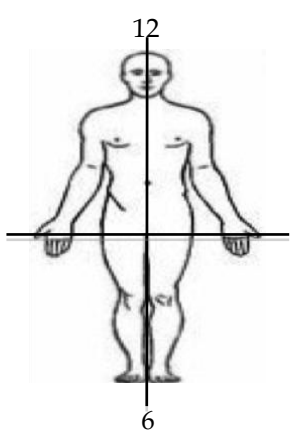
(da compilarsi all'ingresso del paziente nella u.o.)

U.O..... Nome e cognome..... Data rilevazione.....

	Sede	Lato(dx/sn)	Stadiazione EPUAP/NUAP	Dimensione cm ²	Forma	Essudato- tipologia di essudato	Fondo	Cute perilesionale	Margini	Odore	Medicazione

Sistema di classificazione EPUAP/NUAP

STADIO I :eritema non sbiancabile
STADIO II: perdita cutanea a spessore parziale
STADIO III: perdita cutanea a spessore totale
STADIO VI: perdita di tessuto a spessore totale
NON STADIABILE: profondità sconosciuta, perdita di tessuto a spessore totale coperta da tessuto devitalizzato
SOSPETTO DANNO DEI TESSUTI PROFONDI: Profondità sconosciuta, area localizzata di colore viola o marrone di cute intatta o flittene



Sede : indicare il numero della sede	
Dimensione : lunghezza (misura cranio caudale) x larghezza (misura trasversale)	
Forma :1) irregolare, 2) rotonda, 3) rettangolare/quadrata, 4) a tazza /barca 5) lineare, 6) a farfalla	
Essudato : N) nessuno, S) scarso, M) moderato, A) abbondante	
Tipologia di essudato :1) sieroso,2) emo-sieroso,3) ematico,4) purulento	
Fondo : A) escara nera/dura, aderente, B) escara nera/ soffice fluttuante, C) tessuto non vitale bianco/grigio, D) slough giallo non aderente, E) slough giallo aderente, F) tessuto misto (granulazione,fibrina), G) tessuto di granulazione, H) neopitelio	
Cute perilesionale : I (integra); L (lesionata); M (macerata); EF (eritema /flittene); EC (edematosa / cellulite)	
Margini : a) pianeggianti, b) introflessi, c) frastagliati,d) ipercheratosici	
Odore : I) nessuno, II) debole,III) forte	
Medicazione : 1) Idrogel, 2) idrocolloide, 3) schiuma, 4) garza sterile, 5) alginato, 6) carbone attivo +Ag; 7) film PU, 8) spugne cavitare, 9) altro (specificare)	


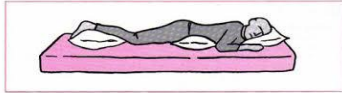


Firma dell'Infermiere.....

SCHEMA DI POSIZIONAMENTO GIORNALIERO PAZIENTI

(da compilare in pazienti con Braden = < 14)

U.O.	Cognome	Nome	Letto
------	---------	------	-------

DATA	ORA	POSIZIONAMENTO	FIRMA/SIGLA	MANTENIMENTO POSIZIONE
		Fianco DX <input type="checkbox"/> Fianco SN <input type="checkbox"/> Supino <input type="checkbox"/> Prono <input type="checkbox"/> Seduto <input type="checkbox"/> Semiseduto <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Fianco DX <input type="checkbox"/> Fianco SN <input type="checkbox"/> Supino <input type="checkbox"/> Prono <input type="checkbox"/> Seduto <input type="checkbox"/> Semiseduto <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Fianco DX <input type="checkbox"/> Fianco SN <input type="checkbox"/> Supino <input type="checkbox"/> Prono <input type="checkbox"/> Seduto <input type="checkbox"/> Semiseduto <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Fianco DX <input type="checkbox"/> Fianco SN <input type="checkbox"/> Supino <input type="checkbox"/> Prono <input type="checkbox"/> Seduto <input type="checkbox"/> Semiseduto <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Fianco DX <input type="checkbox"/> Fianco SN <input type="checkbox"/> Supino <input type="checkbox"/> Prono <input type="checkbox"/> Seduto <input type="checkbox"/> Semiseduto <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Fianco DX <input type="checkbox"/> Fianco SN <input type="checkbox"/> Supino <input type="checkbox"/> Prono <input type="checkbox"/> Seduto <input type="checkbox"/> Semiseduto <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Fianco DX <input type="checkbox"/> Fianco SN <input type="checkbox"/> Supino <input type="checkbox"/> Prono <input type="checkbox"/> Seduto <input type="checkbox"/> Semiseduto <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Fianco DX <input type="checkbox"/> Fianco SN <input type="checkbox"/> Supino <input type="checkbox"/> Prono <input type="checkbox"/> Seduto <input type="checkbox"/> Semiseduto <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Fianco DX <input type="checkbox"/> Fianco SN <input type="checkbox"/> Supino <input type="checkbox"/> Prono <input type="checkbox"/> Seduto <input type="checkbox"/> Semiseduto <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Fianco DX <input type="checkbox"/> Fianco SN <input type="checkbox"/> Supino <input type="checkbox"/> Prono <input type="checkbox"/> Seduto <input type="checkbox"/> Semiseduto <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Presenza di Eritema o Indurimento del Tessuto			Posizione supina	Posizione semi seduta (Fowler)	Posizione laterale Dx/Sn
Trocantere	Dx <input type="checkbox"/>	Sn <input type="checkbox"/>	 <p style="text-align: center;">Posizione supina</p>  <p style="text-align: center;">Posizione prona</p>	 <p style="text-align: center;">Posizione semiseduta</p>	 <p style="text-align: center;">Paziente in posizione semiprona.</p>
Spalla	Dx <input type="checkbox"/>	Sn <input type="checkbox"/>			
Gomito	Dx <input type="checkbox"/>	Sn <input type="checkbox"/>			
Tallone	Dx <input type="checkbox"/>	Sn <input type="checkbox"/>			
Sacrale	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Occipitale	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<p>Per le seguenti posizioni garantire lo scarico soprattutto a livello dei talloni , piedi e della regione occipitale.</p>		
Ginocchi	Dx <input type="checkbox"/>	Sn <input type="checkbox"/>			
			<p>Assicurare un inclinazione non superiore di 30° dello schienale e all'altezza delle gambe.</p>		<p>Posizionare sul fianco a 30° per evitare pressioni sul trocantere, la gamba sotto viene distesa, mentre l'altra va sollevata e flessa.</p>

Unità Operativa..... Cognome Nome.....

Lesione n°..... Foglio n°.....

valutazione		Data/...../.....		Ora.....	
Grado	cm2	Condizione	Margini	Cute perilesionale	Note
I°		Detersa	Pianeggianti	Integra	
II°		Fibrina	Introflessi	Lesionata	
III°		Essudato	Frastagliati	Macerata	
IV°		Slough	Ipercheratosi	Eritematosa/flit.	
NS		Necrosi		Edematosa/ cell.	
PS		Infetta			
Soluzione di deterzione		Tipologia di medicazione	Area circostante	Cambio medicazione previsto ogni/gg	Esito
		Idrocolloide		<input type="checkbox"/> 1	
		Schiuma		<input type="checkbox"/> 2	
		Garza		<input type="checkbox"/> 3	
		Alginato		<input type="checkbox"/> 4	
		Carbone attivo+Ag		<input type="checkbox"/> 5	
		Film PU		<input type="checkbox"/> 6	
		Altro		<input type="checkbox"/> 7	
DOLORE					
Scala NRS	Scala VAS	Scala PAINAD	Prima del cambio della medicazione		
0-----10	0.....10	0.....10	Durante il cambio della medicazione		
			Dopo il cambio della medicazione		
Firma dell'Infermiere					

valutazione		Data/...../.....		Ora.....	
Grado	cm2	Condizione	Margini	Cute perilesionale	Note
I°		Detersa	Pianeggianti	Integra	
II°		Fibrina	Introflessi	Lesionata	
III°		Essudato	Frastagliati	Macerata	
IV°		Slough	Ipercheratosi	Eritematosa/flit.	
NS		Necrosi		Edematosa/ cell.	
PS		Infetta			
Soluzione di deterzione		Tipologia di medicazione	Area circostante	Cambio medicazione previsto ogni/gg	Esito
		Idrocolloide		<input type="checkbox"/> 1	
		Schiuma		<input type="checkbox"/> 2	
		Garza		<input type="checkbox"/> 3	
		Alginato		<input type="checkbox"/> 4	
		Carbone attivo+Ag		<input type="checkbox"/> 5	
		Film PU		<input type="checkbox"/> 6	
		Altro		<input type="checkbox"/> 7	
DOLORE					
Scala NRS	Scala VAS	Scala PAINAD	Prima del cambio della medicazione		
0-----10	0.....10	0.....10	Durante il cambio della medicazione		
			Dopo il cambio della medicazione		
Firma dell'Infermiere					