

Allegato (4)

ALLEGATO 4 ALLA
DETERMINA N. 316/154
DEL 24 DIC 2015

Al Direttore Generale ASUR
Dr. Alessandro Marini

Al Direttore Sanitario ASUR
Dr.ssa Nadia Storti

OGGETTO: trasmissione documentazione Gruppo Vulnologico ASUR.

In qualità di responsabile organizzativo del Gruppo di Miglioramento "Gruppo Vulnologico ASUR" si trasmette, allegata alla presente, la documentazione conclusiva del suddetto gruppo costituita da:

- documento di "Classificazione dei livelli di assistenza per le ferite difficili presso i Centri ASUR Marche";
- profilo di cura: "Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione".

Cordiali saluti,

Dr.ssa Elisa Draghi

Elisa Draghi



CLASSIFICAZIONE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA PER LE FERITE DIFFICILI PRESSO I CENTRI ASUR MARCHE

Il Gruppo Vulnologico ASUR, costituito nell'ambito del Programma di Potenziamento delle Cure Domiciliari della Direzione ASUR, adempimento DGRM 791/2014, trasmesso al Servizio Sanità con nota prot. num. 16402/31/07/2014, ha svolto la propria attività progettando una rete di presa in carico del paziente con ferite difficili per i livelli di assistenza erogati, con l'obiettivo della presa in carico globale in un'ottica di equità di accesso e di efficienza organizzativa. Si illustrano di seguito i tre livelli di presa in carico previsti per i centri ASUR.

CENTRI DI I LIVELLO

Almeno uno per ogni Distretto e comunque in numero sufficiente a coprire le esigenze della popolazione residente.

Coincidono con:

- ambulatori infermieristici territoriali (Distrettuali/Case della Salute) o ospedalieri;
- assistenza domiciliare: cure domiciliari integrate
- sistema residenziale: RSA, residenze protette, Ospedali di Comunità, ecc

Sono a gestione infermieristica, con personale di comprovata esperienza maturata nel settore. L'accesso avviene attraverso la richiesta del MMG e prenotazione in agende dedicate da parte dell'Infermiere Coordinatore.

PRESTAZIONI ESEGUIBILI:

1. visita di valutazione infermieristica;
2. irrigazione di ferita;
3. medicazioni semplici e medicazioni complesse;
4. bendaggio semplice e bendaggio complesso;
5. rimozione infezione.

DOTAZIONE: materiale per medicazioni semplici e medicazioni avanzate.

Carlo Zingolati
Miguel Nohara
Anna Chiavari

CENTRI DI II LIVELLO

Consistono in:

- ambulatori dedicati alle ferite difficili che operino almeno due giorni la settimana in ambito ospedaliero o distrettuale.

Vi opera personale infermieristico con comprovata esperienza maturata nel settore e medici specialisti, che si occupano di vulnologia avendo maturato nel tempo esperienza professionale nel settore.

Ai centri di II livello afferiscono soggetti inviati dai centri di I livello o dal MMG direttamente. L'accesso avviene mediante prenotazione con impegnativa del MMG su agende dedicate con quesito diagnostico e inviante e possibilità di prenotazione da parte dell'Infermiere Coordinatore o del MMG attraverso l'Infermiere Coordinatore o dal Medico Specialista.

Viene svolta anche attività di consulenza per i centri di I livello, anche mediante tecnologie specifiche dedicate per la trasmissione di dati digitali iconografici.

PRESTAZIONI ESEGUIBILI:

1. medicazione complessa-avanzata;
2. escarectomia chirurgica in anestesia locale;
3. innesti di cute;
4. medicazione elastocompressiva;
5. terapia a pressione negativa;
6. elettrostimolazione (per casi selezionati);
7. terapia fotodinamica (per casi selezionati)
8. terapia chirurgica (tolettatura, biopsie, innesti,...) ambulatoriale;
9. utilizzo *device* tecnologici per *debridement* e stimolazione innesco riparazione tissutale.

DOTAZIONE:

1. macchina terapia pressione negativa;
2. portatili per utilizzo domiciliare;
3. terapia a pressione negativa portatile e monouso;
4. *device* tecnologici per *debridement*;
5. *device* tecnologici per innesco riparazione tissutale.

per l'ospedale
curabile
per l'ospedale
per l'ospedale
per l'ospedale

CENTRI DI III LIVELLO

Sono ubicati nelle UU.OO. dei Presidi Ospedalieri Unici di Area Vasta, con possibilità di ricovero in POSTI LETTO utilizzabili per pazienti con ferite difficili.

Vi operano infermieri e medici specialisti che si occupano di vulnologia con esperienza professionale nel settore di almeno due anni.

PRESTAZIONI ESEGUIBILI:

1. asportazione radicale dell'ulcera;
2. innesto di cute;
3. innesto di tessuto bioingegnerizzato;
4. innesto di derma rigenerativo;
5. correzione chirurgica dell'insufficienza venosa con interventi tradizionali o con laserterapia endovascolare o con scleroterapia o scleromousse ecoguidate;
6. *debridement* chirurgico con *device* tecnologici specifici;
7. terapia a pressione negativa.

DOTAZIONE:

1. macchina per terapia pressione negativa;
2. *device* tecnologici per *debridement*;
3. *device* tecnologici per innesco riparazione tissutale.

Carlo G. G. G.
Agus Naborese P. M. G.



In particolare, relativamente alle lesioni da pressione (LdP) si propone la costituzione di un **OSSERVATORIO LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE** che svolge le seguenti attività:

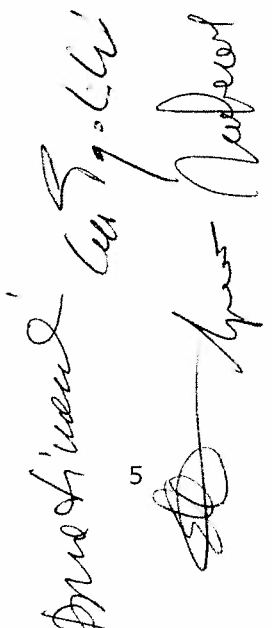
1. implementazione delle linee guida e adozione di strumenti comuni,
2. monitoraggio continuo del fenomeno,
3. monitoraggio dei costi,
4. continuità ospedale territorio,
5. progetti di Area Vasta in tema di LdP.

E' composto da referenti ospedalieri e territoriali medici e infermieri di Area Vasta.

Prof. Roberto Ambrogi
Consiglieri

Le tabelle che seguono descrivono l'attuale offerta ASUR per l'assistenza e la presa in carico di pazienti con ferite difficili:

Area Vasta	Distretto	I livello	II livello	III livello
1	Pesaro	CD+Ambulatorio infermieristico	Ambulatorio specialistico chirurgico distrettuale	Presidio di Urbino UOC Chirurgia e Presidio di Sassocorvaro (DS)
	Urbino	CD+Ambulatorio infermieristico	Ambulatorio specialistico chirurgico ospedaliero	
	Fano	CD+Ambulatorio infermieristico	Ambulatorio specialistico chirurgico distrettuale	
2	Ancona	CD	Ambulatorio specialistico dermatologico distrettuale	Attualmente non presente UO ASUR di riferimento
	Senigallia	CD+Ambulatori infermieristici (Senigallia, Corinaldo, Ostra, Ostra Vetere, Serra de' Conti, Arcevia)	Ambulatorio specialistico dermatologico distrettuale	Presidio di Senigallia: UOC Chirurgia (Ricovero ordinario e DH)
	Jesi	CD+Ambulatori infermieristici	Ambulatorio specialistico dermatologico ospedaliero	Presidio di Jesi
	Fabriano	Fabriano: CD+Ambulatorio infermieristico Sassoferrato: CD+Ambulatorio infermieristico	Presidi di Fabriano: UOC Chir Generale Centro Ferite Difficili	Presidio di Fabriano: UOC Chir Generale (Ricovero Ordinario e DH)



 5

Area Vasta	Distretto	Presidi I livello	Presidi II livello	Presidi III livello
3	Macerata	CD+Ambulatori infermieristici	Presidio Tolentino: centro ferite difficili	Presidio di Macerata: UO Dermatologia e LUMPA di Tolentino
	Camerino	CD+Ambulatori infermieristici		
	Civitanova	CD+Ambulatori infermieristici		
4	Fermo	CD+ Ambulatori infermieristici	Ambulatorio specialistico chirurgico ospedaliero	Presidio di Fermo: UOC Chirurgia Generale
5	Ascoli	CD+Ambulatori infermieristici	Attualmente non presente attività ambulatoriale specialistica ASUR di riferimento	Attualmente non presente UO ASUR di riferimento
	S.Benedetto	CD+Ambulatori infermieristici		

CD=Cure Domiciliari

Dalle linee guida internazionali risulta indispensabile la collaborazione, nella terapia delle ferite difficili, dei NUTRIZIONISTI, che verrebbero a rappresentare quasi una rete di supporto al Gruppo Vulnologico ASUR, garantendo il loro contributo a tutti i livelli.

Si rende necessario pertanto implementare l'attività nutrizionistica a supporto della attività vulnologica.

Si rende necessario inoltre il confronto con le Aziende Ospedaliere e INRCA per situazioni che necessitano di multidisciplinarietà ultraspecialistica.

*Apr. infermiere Area di cura
Centri di riferimento*

	PROFILO DI CURA:	28/10/2015
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 1 di 47

1.	DEFINIZIONE	2
2.	OBIETTIVI GENERALI	3
3.	CAUSE CHE DANNO ORIGINE ALLA LESIONE	4
3.1.	PRESSIONE	4
3.2.	STIRAMENTO	5
3.3.	SFREGAMENTO	5
3.4.	UMIDITA'	5
4.	AREE CORPOREE A RISCHIO IN RELAZIONE ALLA POSTURA	7
5.	CORRETTA PROCEDURA DI POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE	8
6.	ATTIVITA' ASSISTENZIALI NELLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA ASSISTITA	11
7.	SUPERFICI ANTIDECUBITO	13
8.	MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO SUL SINGOLO PAZIENTE	16
8.1.	LA SCALA DI BRADEN (Allegato 2)	16
8.2.	LA SCALA DI BARTHEL (Allegato 3)	16
8.3.	A.D.L. (Allegato 4)	17
9.	STADIAZIONE DELLE LdP	17
10.	TRATTAMENTO NON CHIRURGICO DELLE LdP	19
10.1.	MEDICAZIONI E PRINCIPI ATTIVI	19
10.2.	TRATTAMENTO LESIONI AL I STADIO	21
10.3.	TRATTAMENTO LESIONI AL II STADIO	22
10.4.	TRATTAMENTO LESIONI NON STADIABILI	23
10.5.	TRATTAMENTO LESIONI AL III-IV STADIO CON O SENZA NECROSI	24
10.6.	TRATTAMENTO LESIONI CRITICAMENTE COLONIZZATE CON O SENZA NECROSI	28
11.	IL TRATTAMENTO A PRESSIONE NEGATIVA (TPN)	30
12.	CRITERI COMPORTAMENTALI	32
13.	IL DOLORE	36
	SCHEDA DI MOBILIZZAZIONE	38
	SCALA DI BRADEN	39
	SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA (Barthel Index)	41
	ADL (Activities of Daily Living)	42
	INDICE TIME	43
	SCHEDA DI VALUTAZIONE/GESTIONE DELLE LdP	44
	INFEZIONE: Classificazione-Segni-Sintomi	46
	BIBLIOGRAFIA	47

	PROFILO DI CURA:	28/10/2015
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 2 di 47

1. DEFINIZIONE

Per **lesione da pressione** (LdP) s'intende una lesione tissutale ad evoluzione necrotica che interessa la cute, il derma e gli strati sottocutanei, fino a raggiungere, nei casi più gravi, il muscolo, la cartilagine e l'osso.

Il fenomeno è causato da una prolungata e/o eccessiva pressione esercitata tra piano d'appoggio e superficie ossea, stiramento o sfregamento tale da provocare uno stress meccanico sui tessuti ed un'alterazione della circolazione ematica locale.

Clinicamente le lesioni si osservano in sedi particolarmente predisposte, come le prominenze ossee e insorgono in seguito al decubito prolungato in posizione obbligata. Sono favorite da fenomeni generali e locali.

Tutte le condizioni che comportano una diminuzione della mobilità rappresentano pertanto un importante fattore di rischio di insorgenza delle lesioni.

I pazienti immobilizzati per compromissione della funzionalità neuromotoria e gli anziani allettati rappresentano le categorie più esposte, anche a causa dell'invecchiamento dei tessuti che risultano ipotrofici, meno elastici e caratterizzati da maggior fragilità capillare.

La presenza di malattie sistemiche concomitanti come il diabete mellito, l'insufficienza renale, l'immunodepressione, i disturbi circolatori, ecc. costituiscono un'ulteriore aggravante.

	PROFILO DI CURA:	28/10/2015
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 3 di 47

2. OBIETTIVI GENERALI

- 1. Uniformare conoscenze e comportamenti** degli operatori per fornire modalità di prevenzione e trattamento omogenee atte a promuovere il benessere psico-fisico dei pazienti affetti da LdP nel minor tempo possibile con razionalizzazione delle risorse economiche.
- 2. Adottare un protocollo operativo unico** nelle strutture ospedaliere, residenziali, riabilitative e nel sistema delle Cure Domiciliari per uniformare la metodica di intervento e di monitoraggio facilitando la continuità dell'assistenza tra i diversi livelli di cura.
- 3. Definire le indicazioni per la prevenzione e il trattamento** delle lesioni, attraverso l'utilizzo di percorsi assistenziali basati sulle evidenze scientifiche (EBN-EBM).

3. CAUSE CHE DANNO ORIGINE ALLA LESIONE

I principali meccanismi fisiopatologici che determinano l'insorgenza delle LdP sono **fattori estrinseci**, quali **la pressione e lo stiramento**. Altre condizioni che svolgono un ruolo di concausa sono **lo sfregamento e l'umidità**.

3.1. PRESSIONE

La pressione è il fattore patogenetico più rilevante. Per compressione o pressione si intende una forza applicata perpendicolarmente a un'unità di superficie.

Il punto critico dello sviluppo di una LdP si raggiunge quando la forza comprimente fra superficie corporea e piano di appoggio è più alta della pressione presente nel distretto arteriolo-capillare, per cui viene a crearsi una condizione di ischemia. 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.

L'entità del danno provocato è il risultato tra pressione esercitata e tempo di permanenza in una data posizione.

Gli effetti della compressione variano, oltre che per l'entità e la durata della compressione, anche in funzione della sede, dello spessore della cute e dei tessuti molli.

E' dimostrato ad esempio che una pressione di 60-70 mmHg mantenuta per 2 ore può essere sufficiente a produrre un danno irreversibile.

Il tessuto cutaneo può rispondere all'insulto provocato dalla compressione con un'iperemia compensatoria, ma nel paziente anziano questa è generalmente insufficiente a proteggerlo dal rischio di ipossia.

In mancanza di ossigeno le cellule utilizzano un metabolismo anaerobio, che produce sostanze tossiche e acidosi locale, aumento della permeabilità vasale, formazione di trasudato ed edema, nonché ulteriore sofferenza cellulare fino alla necrosi.

Il tessuto adiposo sottocutaneo e i dotti escretori delle ghiandole sudoripare sono i più delicati e quindi sono i primi interessati.

La necrosi può estendersi successivamente alle ghiandole sebacee, all'epidermide e ai follicoli piliferi. Per tale motivo è possibile la formazione di lesioni in profondità con cute apparentemente integra (lesioni sottominate).

L'entità del danno tessutale è strettamente correlato al rapporto tra compressione e tempo

MEDIA DELLA PRESSIONE A LIVELLO DEL SACRO NEL DECUBITO SUPINO:

- Materasso ad aria	19 mmHg
- Materasso morbido	23 mmHg
- Materasso normale	40 mmHg
- Barella imbottita	88 mmHg
- Tavolo operatorio	170 mmHg
- Pavimento	260 mmHg

	PROFILO DI CURA:	28/10/2015
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 5 di 47

3.2. STIRAMENTO

Le forze di stiramento determinano un progressivo spostamento degli strati cutanei e sottostanti gli uni sugli altri, ciò provoca una trazione dei tessuti molli ancorati alle fasce muscolari profonde con possibile inginocchiamento, ostruzione dei piccoli vasi e conseguente ipossia ed ischemia tissutale. Tali forze agiscono maggiormente nel decubito seduto, semiseduto, come ad esempio quando il paziente è seduto sulla sedia senza sufficiente appoggio per le gambe o quando la testata del letto è sollevata, con tendenza alla caduta del tronco e scivolamento dei segmenti corporei da una posizione all'altra.

3.3. SFREGAMENTO

Questo elemento sembrerebbe privo di un ruolo patogenetico importante, anche se determina la comparsa di vescicole intraepidermiche. Il meccanismo di frizione gioca un ruolo secondario rimuovendo l'epidermide già devitalizzata e favorendo l'insorgenza di lesioni in presenza di altri fattori causali principali (compressione e stiramento). Esso determina la rimozione dello strato più superficiale della cute, lo strato corneo, con conseguente riduzione dell'attività fibrinolitica del derma, rendendo questo più suscettibile alla necrosi da compressione.

L'aumentata perdita di acqua transdermica, con accumulo di liquidi in superficie, comporta una diminuzione della resistenza della cute ai traumi

3.4. UMIDITA'

L'umidità potenzia l'azione degli altri fattori perché rende la pelle più fragile e facilmente aggredibile.





Un'esposizione prolungata della cute all'umidità provoca fenomeni di macerazione e alterazione del pH riducendo la funzione barriera della cute stessa come avviene ad esempio in presenza di incontinenza e di eccessiva sudorazione.


Altri fattori predisponenti possono essere:

- interventi chirurgici senza rimozione della compressione per oltre 2,5 ore;
- riduzione della temperatura della sede di compressione (cellule ed enzimi sono maggiormente attivi a temperatura corporea);
- essiccazione della medicazione (la guarigione è facilitata in ambiente umido);
- utilizzo di steroidi che possono indurre immunosoppressione e riducono i processi riparativi.

Fattori generali	Conseguenze
Età avanzata, diminuita sintesi del collagene, fibrosi del derma	Alterazioni del tessuto cutaneo, ridotto movimento, diminuzione delle difese, ritardo di riparazione
Riduzione della sensorialità	Ridotto numero dei recettori a livello cutaneo (pressione e dolore)
Stato mentale, livello di coscienza compromessa, iper sedazione, paralisi motoria, patologie psichiatriche	Incapacità a variare la propria posizione incapacità o impossibilità al movimento
Malnutrizione [albumina sierica < 3,5 g/dL (indicatore discusso)- linfociti <1200/mL - diminuzione del peso corporeo superiore al 15%]; diminuita sintesi proteica e ipoalbuminemia, che causano edema interstiziale e sofferenza cellulare ipoproteinemia o cachessia; bilancio azotato negativo	Maggiore predisposizione all'ischemia
Cause iatrogene: utilizzo di terapie con più di 5 farmaci, radiazioni, trattamenti topici inappropriati (sgrassanti, irritanti...)	Eritema, desquamazione, trasudazione, edema, ulcerazione, ustione.
Leishmaniosi, mieloma	Micro-macroangiopatia, complicazioni cutanee
Obesità	Carico eccessivo, intertrigine
Anemia	Ipoperfusione tissutale
Ischemia, malattie cardiovascolari, angiopatie, flebopatie, malattie respiratorie	Inadeguato, insufficiente o assenza di apporto ematico ai tessuti
Stati di shock	Ipo-perfusione tissutale
Febbre, disidratazione, infezioni muscolari e cutanei	Ipotermia, sepsi, ipertermia, ustione
Incontinenza, urti, sfregamento	Lesioni da sfregamento, infezioni
Edema	Maggiore tendenza all'ischemia
Spasticità e contratture muscolari	Carico/compressione eccessiva non modificabile
Presidi medici: cateteri, cinti, apparecchi gessati	Lesioni da errato posizionamento dei presidi
Effetti letterei: lenzuola ruvide, bagnate, corpi estranei	Lesioni da errata assistenza

4. AREE CORPOREE A RISCHIO IN RELAZIONE ALLA POSTURA

POSIZIONE	AREE A RISCHIO	IMMAGINE
SUPINA	Nuca	
	Scapole	
	Processi spinosi	
	Gomiti	
	Sacro	
	Polpaccio	
	Tallone	
PRONA	Guance e orecchio	
	Processo acromiale	
	Torace anteriore	
	Cresta iliaca	
	Coscia	
	Ginocchia	
	Dorso del piede e caviglia	
LATERALE	Orecchio	
	Processo acromiale	
	Coste	
	Grande trocantere	
	Condili mediali e laterali	
	Malleolo	
SEDUTA	Scapola	
	Sacro e coccige	
	Cavo popliteo	
	Zone ischiatiche	
	Talloni e punta del piede	

	PROFILO DI CURA:	28/10/2015
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 8 di 47

2. CORRETTA PROCEDURA DI POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE

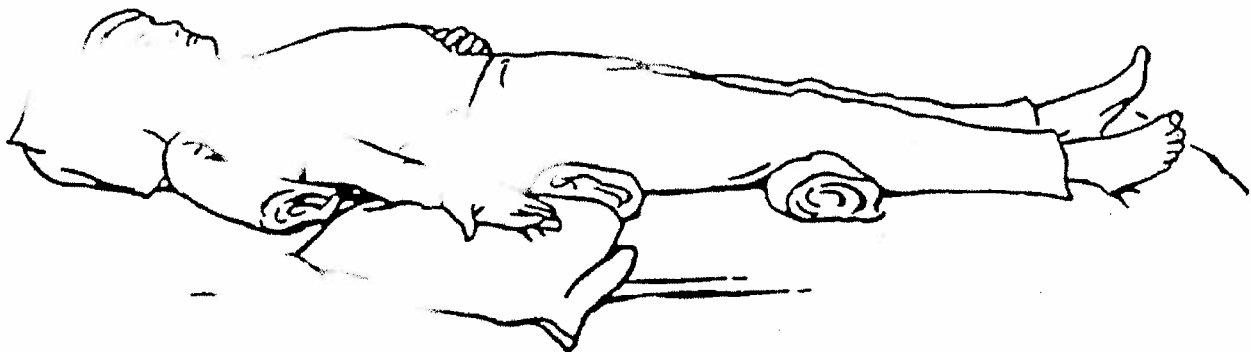
Posizione supina

Arti inferiori

Mantenere scarico gli arti se presentano paresi o grave flaccidità, utilizzando cuscini sotto i polsi oppure alzando la testata del letto, se possibile. È necessario evitare flessione del piede: utilizzare un archetto per sostenere le coperte in modo che non pesi sul collo dello stesso.

Arti superiori

Se presentano paresi o grave flaccidità, utilizzare cuscini sotto i polsi, un cuscino lungo e largo, ponendo subito al di sotto dell'articolazione scapolo-omerale, con la mano scarico e con le dita aperte.



Corretto posizionamento del paziente allettato sul fianco (decubito laterale)



Il paziente va posizionato con l'ausilio di cuscini. E' fondamentale mettere sempre un cuscino tra gli arti inferiori, per contenerne l'adduzione e il contatto.

Un altro cuscino va posto dietro il rachide per permettere un appoggio del paziente ed evitare il sovraccarico eccessivo sulla spalla a contatto con il letto.

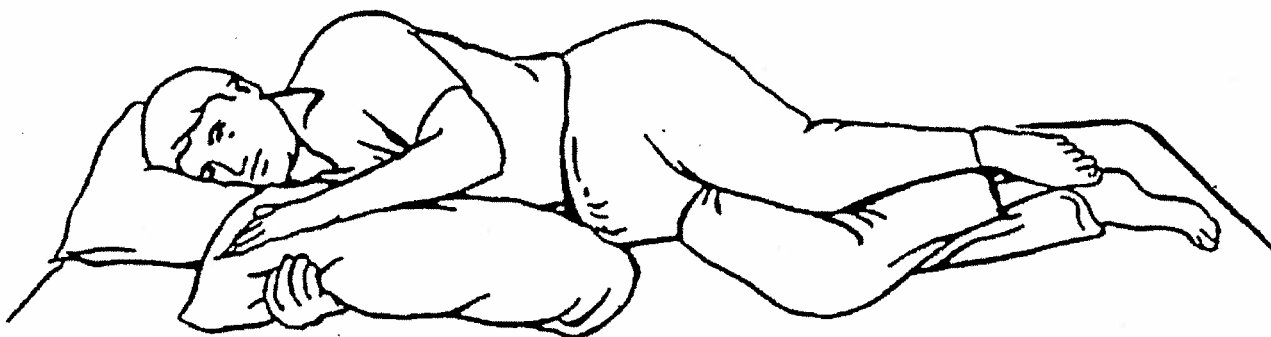
Un ultimo cuscino va eventualmente posto sotto l'arto superiore per mantenerlo in scarico ed allineato.

Attenzioni in presenza di arti plegici

Decubito laterale (arto sano): girato dalla parte sana.

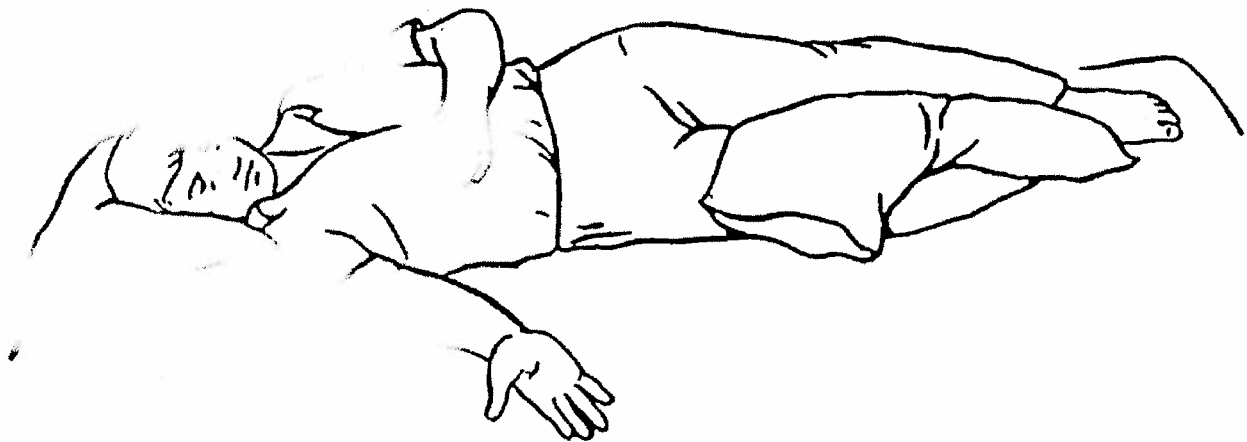
Braccio leggermente staccato dal corpo, gomito piegato mano e polso allineati.

Gambe piegate all'anca e al ginocchio, i piedi non devono cadere verso il basso, inserire un cuscino tra le due gambe per evitare che ginocchia e piedi si tocchino.



Decubito laterale (arto plegico). La spalla e l'anca plegiche sono verso l'alto con il braccio e la gamba appoggiati su cuscini.

Decubito laterale (arto plegico) girato dalla parte interessata
 Braccio e spalla spinti in avanti gomito esteso, polso e mano allineati.
 Gamba: anca e ginocchio piegati, piede rivolto verso l'alto.
 Inserire un cuscino tra le ginocchia.



Precauzioni

I movimenti di spostamento a destra o a sinistra, in direzione craniale o caudale, vanno eseguiti da due operatori che afferrano il lenzuolo su cui è adagiato il paziente, l'uscio di cui è l'ultimo permette di ridurre lo sforzo di sollevamento. Dal momento che il lenzuolo scivola sul materasso, si evita che il paziente riporti stiramenti del cingolo scapolare e arrossamenti della cute per sfregamenti sul lenzuolo. Inoltre, l'uniformità della manovra non causerà trazioni anomale dovute alla diversa intensità delle forze esercitate dagli operatori. Il paziente può rimanere così completamente passivo. Lo stesso metodo è utile anche nel posizionamento dei decubiti laterali. Questa manovra può essere eseguita da due operatori, uno dei quali si limita al posizionamento di un cuscino dietro la schiena del paziente.

Seduta in carrozzina (se previsto dal piano terapeutico-riabilitativo)

Il paziente seduto in carrozzina va aiutato a spostare il peso del corpo per 1 minuto ogni 15-20 minuti nel seguente modo:

- alzare il fondo schiena dal sedile, appoggiandosi sui braccioli;
- inclinarsi da un lato e poi dall'altro;
- piegarsi in avanti.

Inoltre:

- evitare che il paziente scivoli lateralmente;
- evitare che il paziente si inclini anteriormente;

Si ricorda che la posizione in carrozzina, pur presentando vantaggi soprattutto psicologici e respiratori, è ad altissimo rischio per le lesioni in quando aumenta considerevolmente la pressione esercitata da tutto il corpo sulla zona ischio-pubica-sacrale.

	PROFILO DI CURA:	28/10/2015
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 11 di 47

Inoltre si devono considerare gli eventuali attriti e pressioni esercitati su braccioli e altre parti della carrozzina e porre delle protezioni tra questi e il corpo.

Se il piano terapeutico prevede lunghe sedute e lo stato di mobilizzazione è molto deficitario può essere richiesto un cuscino per seduta.

La sola presenza di presidi antidecubito non è sufficiente a prevenire le lesioni ma anzi può creare false sicurezze pertanto:

LA MOBILIZZAZIONE VA FATTA ANCHE IN PRESENZA DI AUSILI ANTIDECUBITO.

Inoltre, se esiste la possibilità di aumentare in modo incruento la mobilità del soggetto è opportuno incentivare la mobilizzazione polidistrettuale:

- mantenendo le attività motorie residue del paziente;
- incrementando, per quanto possibile, tali attività.

Nei casi in cui la ridotta mobilità prefiguri una condizione di vera e propria sindrome da allettamento il medico che ha in cura il paziente richiede la consulenza del Medico fisiatra in modo da poter avviare un trattamento riabilitativo mirato da parte dei fisioterapisti.

Registrare nella scheda di posizionamento i tempi di permanenza e le posizioni assunte nell'arco della giornata (allegato 1 scheda per la mobilizzazione).

6. ATTIVITA' ASSISTENZIALI NELLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA ASSISTITA

IGIENE E PROTEZIONE DELLA CUTE	FIGURE RESPONSABILI
Ispezionare la cute su tutto il corpo al momento della presa in carico	Infermiere, oss, caregiver
Ispezionare quotidianamente il soggetto individuato a rischio di LdP, specialmente la cute in corrispondenza delle prominenze osse	Infermiere, oss, caregiver
Procedere alle cure igieniche utilizzando sapone neutro e acqua tiepida, asciugare accuratamente la cute tamponando e applicare crema idratante non profumata	Infermiere, oss, caregiver
In caso di incontinenza non controllata utilizzare: <ul style="list-style-type: none"> - barriera protettiva all'ossido di zinco - presidi per la gestione dell'incontinenza 	Infermiere, oss, caregiver
Verificare che non siano presenti corpi estranei o pieghe negli effetti lettereci o nell'abbigliamento del paziente	Infermiere, oss, caregiver
Evitare il contatto della pelle con materiali impermeabili, l'impiego di biancheria intima sintetica, l'impiego di indumenti con elastici o bottoni, lenzuola o indumenti umidi o bagnati	Infermiere, oss, caregiver
Informare ed educare il caregiver sulle corrette modalità di gestione dell'igiene e cura della cute	Infermiere, oss, caregiver

**PROFILO DI CURA:****PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI
DA PRESSIONE**

28/10/2015

Pag 12 di 47

EDUCARE AD UNA CORRETTA NUTRIZIONE	FIGURE RESPONSABILI
Monitorare il peso settimanalmente e registrarlo nella documentazione dell'assistito	Infermiere, oss, caregiver
Valutare l'incremento o riduzione del peso settimanale	Medico
<p>GARANTIRE: la corretta prescrizione, assunzione quantitativa e qualitativa degli alimenti tenendo conto che nell'anziano vi è una diminuzione del senso del gusto, dell'olfatto, della capacità di masticare e digerire; assicurare quindi l'assistenza ed il comfort necessario alla consumazione del pasto.</p> <p>Garantire un adeguato apporto di proteine in quanto sono nutrienti di estrema importanza nel processo di cicatrizzazione, rivascularizzazione e rigenerazione dei tessuti. Il fabbisogno fisiologico di proteine nell'anziano è di 0,8- 1 gr/Kg di peso corporeo ideale. In caso di LdP l'apporto di proteine deve aumentare fino a 1,5 gr/Kg di peso corporeo ideale. E' quindi fondamentale che la persona introduca ogni giorno la corretta porzione di alimenti ricchi in proteine sia di tipo animale (carne, pesce, uova, latte e latticini) che vegetale (pasta/riso, pane, e altri cereali, legumi).</p> <p>Ovviamente, a seconda dei problemi presentati dal paziente, si tratterà di garantire questo apporto proteico adottando le più opportune forme di somministrazione degli alimenti (omogenizzati, frullati macinati, etc.).</p> <p>ADEGUARE IL FABBISOGNO DI SPECIFICI NUTRIENTI: in particolare il fabbisogno di vitamine (A, C, E) che stimolano la sintesi del collagene. E' importante anche il corretto apporto di alcuni sali minerali (Selenio, Zinco, Manganese, Rame) per la loro azione nel processo di riepitelizzazione.</p> <p>Nel caso in cui la persona presenti disfagia grave, valutare la possibilità di somministrare alimentazione artificiale.</p>	Medico, Infermiere, oss
Valutare altre possibili concause dell'alterato stato di nutrizione: diabete, malattie apparato digerente, malassorbimento, parassitosi, anemia, epatopatia, malattie cardiovascolari, neoplasie, demenza, comatosi.	Medico, Infermiere
Garantire lo stato di idratazione: stimolare e aiutare la persona a bere, nel caso in cui la persona manifesti difficoltà nell'assunzione dei liquidi utilizzare addensanti o acqua gel e/o informare il medico.	Medico, Infermiere, oss, caregiver
Controllare lo stato delle mucose, della pelle, dei capelli, delle unghie	Infermiere, oss

	PROFILO DI CURA:	28/10/2015
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 13 di 47

7. SUPERFICI ANTIDECUBITO

La scelta dell'ausilio si basa su una valutazione complessiva della persona (giudizio clinico) e non solo sulla valutazione del livello di rischio misurato con scale specifiche. L'obiettivo principale di una superficie antidecubito è, tendere alla **massima riduzione della pressione**, che si ottiene prevalentemente attraverso la **ridistribuzione delle pressioni stesse**. L'effetto è ottenuto tramite l'adattamento della superficie alla sagoma del corpo che determina in modo costante e continuo la distribuzione del peso su un'area maggiore.

Variabili importanti da considerare sono, oltre allo stato clinico (acuzie, scompenso, cronicità), la mobilità residua della persona, il contesto organizzativo e i seguenti aspetti:

- valutazione della cute;
- comfort per la persona;
- stato generale di salute;
- necessità di cure intensive;
- accettazione da parte del paziente e/o dei familiari del tipo di ausilio proposto.

I pazienti ad alto rischio e in condizioni cliniche di acuzie o di instabilità dovrebbero essere posizionati su un materasso a pressione alternata o su altri sistemi di ridistribuzione della pressione ad elevata tecnologia, a meno che non sia stato verificato che la superficie morbida risulti efficace.

E' necessario monitorare attentamente la zona dei talloni nei soggetti allettati completamente immobili poiché anche con l'utilizzo superfici antidecubito è possibile che la pressione di appoggio sia elevata.

Al momento dell'installazione di una superficie antidecubito verificare sempre che il corpo del paziente non "tocchi il fondo" (no bottom out) della stessa.

Al momento della scelta valutare il peso del paziente e la portata massima del presidio.

Possono essere utilizzate superfici antidecubito a cessione d'aria in situazioni che comportino un'eccessiva umidità (ustioni, iperidrosi, iperpiressia, presenza di lesioni estese ed essudanti), per prevenire la macerazione cutanea, la formazione di nuove lesioni e per favorire il miglioramento di quelle presenti

I soggetti a rischio che vengono mobilizzati dal letto alla sedia, dovranno essere provvisti di un cuscino in grado di ridistribuire la pressione come quelli in schiuma, in gel o ad aria o una combinazione di questi.

Il paziente, portatore di lesione da decubito sulla zona ischio sacrale, può mantenere la posizione seduta purché utilizzi adeguati dispositivi antidecubito.

Valutare i tempi di permanenza in carrozzina di soggetti a rischio con situazione generale compromessa, evitando la continua permanenza fuori dal letto.

Ulteriori presidi da utilizzare per la prevenzione delle lesioni da pressione sono:

- archetto solleva coperte;
- staffa o trapezio;
- cunei.

Si **sconsiglia** vivamente l'uso di ausili a ciambella o guanti riempiti con acqua sia al sacro che ai talloni con i quali è più probabile causare, invece che evitare, la formazione di LdP.

CARATTERISTICHE DELLE SUPERFICI ANTIDECUBITO

Un presidio per essere definito efficace deve intervenire attivamente sulle cause estrinseche determinanti una lesione cutanea e quindi garantire:

- la riduzione della pressione del corpo sul piano di appoggio;
- la riduzione delle forze di attrito e di stiramento;
- la dispersione di calore e di umidità;
- il mantenimento di una postura corretta.

Pertanto, nella scelta della superficie antidecubito vanno valutate principalmente le seguenti caratteristiche:

- caratteristiche tecniche della superficie;
- caratteristiche di comfort per il paziente;
- caratteristiche di comfort per l'operatore;
- caratteristiche delle coperture (cover).

Altezza: "le superfici di supporto dovrebbero essere abbastanza alte e dense a sufficienza per far sì che le prominente ossee non tocchino il fondo della base del materasso". Per un'efficacia preventiva le indicazioni, tratte dalle revisioni bibliografiche sull'altezza, prevedono per i sovrामaterassi un riferimento minimo di 10 cm e per i materassi di almeno 14 cm.

Per le superfici ad aria, il diametro delle celle, deve essere superiore a 10 cm.


L'altezza del presidio va comunque correlata al peso del paziente e alla posizione prevalentemente assunta dallo stesso.

Affondamento (bottom out): indica il grado di "schiacciamento" della superficie determinata dal peso della persona, è in rapporto anche all'altezza e ad altre caratteristiche intrinseche del presidio. La compressione non deve essere tale da far "toccare il fondo", cioè i margini superiore ed inferiore della superficie non devono collabire.

La verifica può essere effettuata facendo *"scivolare una mano (con il palmo rivolto all'insù e le dita distese) sotto la superficie di supporto in corrispondenza della zona anatomica interessata nelle diverse posture (seduto, supino, semiseduto...)* e dovrebbero essere apprezzati circa 2,5 cm di superficie interposta tra la mano dell'operatore e il paziente", maggiore è la resistenza incontrata dalla mano durante l'inserimento, maggiore è l'affondamento.

Questa verifica manuale è un indicatore di adeguatezza della superficie al peso della persona.

Effetto amaca: è provocato dalla presenza di una copertura anelastica che annulla in parte l'azione di redistribuzione del peso determinando una concentrazione della pressione sulle prominente ossee; per evitarlo la copertura deve essere sufficientemente elastica e di dimensioni adeguate al materasso. A creare l'effetto amaca contribuisce anche l'uso di lenzuola con angoli preconfezionati e l'azione di rimboccamento.

	PROFILO DI CURA:	28/10/2015
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 15 di 47

Altre caratteristiche tecniche:

- portata massima;
- modalità di sanificazione/sterilizzazione;
- compatibilità con attrezzature esistenti (ingombro, peso, dimensioni);
- presenza di allarmi (acustici/visivi) per segnalazione di irregolarità;
- presenza di sensori (a regolazione manuale o automatica);
- modalità di fissaggio/ancoraggio del sovramaterasso al letto;
- modalità di stoccaggio;
- tipo di manutenzione;
- modalità di sgonfiaggio e gonfiaggio (es. rapidità per manovre d'emergenza);
- silenziosità;
- conformità alle norme di sicurezza;
- autonomia di alimentazione in caso di disconnessione elettrica;
- costo/efficacia;
- livello di tecnologia costruttiva.

I presidi che ridistribuiscono la pressione possono essere divisi in dispositivi a bassa tecnologia (low tech) e ad alta tecnologia (high tech).

Superfici a bassa tecnologia: distribuiscono il peso del corpo su una superficie più ampia e includono i sovramaterassi.

Caratteristiche di comfort per l'utente:

- Mantenimento della postura a letto, e da seduto (non scivolamento o perdita di equilibrio)
- Facilità di spostamento ad esempio letto-sedia, letto-lettiga, sedia-wc, ecc
- Stabilità nella posizione: assenza effetto di galleggiamento/affondamento e assenza di sensazioni di instabilità/incertezza
- Mantenimento autonomia residua di movimento: il presidio deve permettere la mobilità del paziente
- Comfort termico: il paziente non riferisce sensazioni di caldo o di freddo, di umidità
- Silenziosità e assenza di vibrazione delle pompe

Caratteristiche di comfort per l'operatore:

- Facilità di eseguire le attività assistenziali di base (igiene della persona, rifacimento letto movimentazione/cambio postura)
- Praticità di transfert-spostamento del paziente
- Semplicità d'uso (maneggevolezza, sanificazione, ancoraggio)
- Ridotto peso e ingombro del presidio (D.Lgs 81/2008)

Caratteristiche delle coperture degli ausili (cover):

- Basso coefficiente di attrito e di frizione;
- Elasticità bidirezionale (per evitare l'effetto amaca);
- Permeabile al vapore acqueo;
- Impermeabilità ai liquidi (la presenza di macchie sulla protezione potrebbe indicare che questa non è più impermeabile e la superficie sottostante potrebbe diventare ricettacolo di microrganismi potenzialmente patogeni);
- Repellente agli odori e alle macchie;
- Lavabile in lavatrice, disinfettabile;

- Trattamento antibatterico/antimicotico certificato;
- Resistente ai danni da abrasione ed ai lavaggi;
- Resistente al fuoco.



8. MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO SUL SINGOLO PAZIENTE

La valutazione del rischio deve essere effettuata nei soggetti con una o più delle seguenti caratteristiche:

- allettamento protratto,
- postura seduta protratta,
- incapacità di cambiare posizione,
- deficit nutrizionali,

e comunque in tutte le persone ricoverate nelle Unità di degenza Ospedaliera.

SCALE UTILIZZATE E MODALITÀ DI VALUTAZIONE

8.1. LA SCALA DI BRADEN (Allegato 2)

L'andamento del punteggio fornito dalla scala, in valutazioni ripetute sullo stesso paziente può definire l'aumento o la diminuzione del rischio stesso.

I fattori di rischio identificati durante la fase di valutazione costituiscono la base per lo sviluppo del piano di prevenzione che dovrebbe coinvolgere l'assistito e la sua famiglia allo scopo di stabilire obiettivi comuni ed ottenere l'adesione al piano di cura.


Tempi di valutazione/rivalutazione

La valutazione del paziente per definire il rischio di LdP deve essere fatta a intervalli regolari.

Si raccomanda di effettuare una prima valutazione al primo accesso e di rivalutare il paziente periodicamente e in rapporto al cambiamento delle condizioni cliniche.

8.2. LA SCALA DI BARTHEL (Allegato 3)

Il punteggio valuta il grado di indipendenza della persona. Rappresenta uno degli strumenti di valutazione della funzione fisica più noti: fornisce un punteggio indicativo

	PROFILO DI CURA:	28/10/2015
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 17 di 47

delle capacità del soggetto di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, usare i servizi igienici, spostarsi dalla sedia al letto e viceversa, deambulare in piano, salire e scendere le scale, controllare la defecazione e la minzione.

8.3. A.D.L. (Allegato 4)

Il punteggio valuta il grado di dipendenza della persona valutando le attività di vita quotidiana.

9. STADIAZIONE DELLE LdP

Il trattamento delle LdP deve essere preceduto dalla stadiazione e dall'inquadramento del letto di lesione e della cute perilesionale.

Per procedere ad una corretta stadiazione occorre uniformare la definizione di alcuni termini.

Anche in questo caso la bibliografia internazionale fa riferimento alle affermazioni date dal AHCPR che per la fase di trattamento si avvale della stadiazione dettata dal NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel).

Tabella: stadiazione delle lesioni da pressione.

1° stadio	Eritema fisso su cute intatta, non reversibile alla digitopressione, il segnale annuncia l'ulcerazione prossima della cute
2° stadio	Ferita a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma. L'ulcera è superficiale e si preannuncia clinicamente come un'abrasione, una vescicola o una piccola cavità
3° stadio	Ferita a tutto spessore che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo che si può estendere fino alla sottostante fascia, senza attraversarla. L'ulcera si presenta clinicamente come una cavità che può o non può essere sottominata
4° stadio	Ferita a tutto spessore con estesa distruzione dei tessuti, necrosi o danno ai muscoli, ossa e strutture di supporto (tendini, capsule articolari, ecc.)
NON stadiabile	Necrosi a totale copertura della lesione

Nel descrivere una lesione con l'attribuzione dello stadio occorre aggiungere anche altre caratteristiche quali:

- localizzazione
- grandezza (lunghezza, larghezza e profondità)
- tratti sottominati
- presenza e/o profondità del bordo

INDICE TIME (*Tissue, Infection or inflammation, Moisture imbalance, Epidermal margin*)


La *Wound Bed Preparation* (preparazione del letto della ferita) è oggi l'elemento essenziale per ottenere il massimo dei benefici dai prodotti più innovativi attualmente disponibili nel campo della riparazione tessutale.

E' un processo che implica la rimozione di barriere locali alla guarigione, che può accelerarne i processi o favorire l'efficacia di eventuali terapie in corso.

Il concetto TIME aiuta l'équipe medico assistenziale a valutare il letto della ferita e lo stato della cute perilesionale. Facendo ricorso al TIME, l'operatore che si occupa della gestione di una lesione cronica, riuscirà ad effettuare una revisione sistematica di tutte le caratteristiche obiettivabili della lesione stessa, individuando agevolmente gli elementi da correggere e gli interventi più appropriati per una efficace preparazione del letto della ferita che porti a rimuovere le cause che ne impediscono la guarigione (Allegato 5).

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL LETTO DI FERITA

Si ritiene necessario utilizzare una scheda di valutazione strutturata con criteri oggettivi finalizzata alla corretta gestione del letto di ferita del margine, del bordo, della cute perilesionale e dell'infezione – scheda valutazione/gestione LdP, wound bed score- scheda di classificazione dei segni e sintomi di infezione (Allegati 6-7).

	PROFILO DI CURA:	28/10/2015
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 19 di 47

10. TRATTAMENTO NON CHIRURGICO DELLE LdP

10.1. MEDICAZIONI E PRINCIPI ATTIVI

Le medicazioni da utilizzare nelle varie fasi del processo di guarigione possono essere sia tradizionali che avanzate, la scelta della tipologia di medicazione deve essere sempre condizionata dal rapporto costo-beneficio. Tale rapporto non può non tenere presente anche l'aspettativa di vita della persona portatrice di lesioni da pressione, l'approccio tradizionale non può essere mai escluso a priori. Le medicazioni si distinguono tendenzialmente in medicazioni primarie e medicazioni secondarie, nel caso dei Poliuretani in schiuma e degli Idrocolloidi la stessa medicazione può a volte coincidere sia con la medicazione primaria che secondaria.

Medicazione Primaria:

La medicazione primaria è quella che viene applicata a diretto contatto con il letto della lesione, è l'elemento chiave della terapia locale della lesione.

Medicazione Secondaria:

La medicazione secondaria da un forte contributo alla performance del "sistema medicazione" nel suo complesso e sull'idrodinamica (controllo del contenuto di umidità della lesione), è la medicazione che mantiene in sede la primaria

Di seguito viene riportato un elenco di medicazioni maggiormente in uso contraddistinte da caratteri che portano in evidenza i diversi impieghi e costi:

- ✓ il carattere "NORMALE" evidenzia la scelta di medicazione più tradizionale ed economica. L'economicità in assistenza domiciliare deve tenere conto del numero di accesi che possono giustificare maggiormente le scelte con carattere in grassetto, meno economiche nell'immediato, ma che producono risparmio nel lungo periodo.
- ✓ Il carattere "**GRASSETTO**" evidenzia le scelte meno economiche.
- ✓ Il carattere "**GRASSETTO SOTTOLINEATO**" contraddistingue materiali costosi da utilizzare in presenza di situazioni che ne giustificano l'utilizzo ma nel rispetto di tempi di cambio prolungati (caratteristica propria delle medicazioni avanzate).

Elenco alfabetico Materiali :

Acido ialuronico tavolette

Adesivi in silicone

Alginato calcio e sodio

Alginato di calcio e sodio Ag

Cerotto TNT

Collagenasi

Collagene tavolette

Compresa assorbente multistrato

Crema barriera

Cuscinetto assorbente detergente con Soluzione di Ringer e PHMB

Film Poliuretano non sterile

Film Poliuretano sterile

Garza

Garza non aderente con poliestere e trigliceridi

Garza non aderente con poliestere e trigliceridi Ag

Garza vasellinata

Garze con acido Jaluroico

Garze con acido Jaluroico e Argento Sulfadiazina

Idrocolloidale in Pasta

Idrocolloide Plus

Idrocolloide su supporto di Garza

Idrocolloide Trasparente

Idrofibra

Idrofibre Ag

Idrogeli

Medicazione con carbone Ag e TNT

Medicazione Iperotonica

Medicazione super assorbente con polimeri SAP

Medicazioni antimicrobiche con PHMB

Modulatori Proteasi

Poliuretani in schiuma

Poliuretani in schiuma Ag con adesivo in silicone

Poliuretani in schiuma con adesivo in silicone

Poliuretani Cavitari


Poliuretani multicomponenti

Poliuretano Cavitario Ag

Soluzioni barriera

Soluzioni e gel con PHMB

Tessuto impregnato di DACC (dialchilcarbamoilcloruro)

	PROFILO DI CURA:	28/10/2015
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 21 di 47

10.2. TRATTAMENTO LESIONI AL I STADIO

OBIETTIVO: RIPRISTINARE LA VASCOLARIZZAZIONE E PREVENIRE L'ULCERAZIONE CUTANEA

I STADIO


Caratteristiche	Materiale di medicazione
Cute integra con arrossamento che non scompare alla digitopressione	Creme/Soluzioni barriera Idrocolloide sottile Film poliuretano
Flittene	
Cute perilesionale non arrossata	Non rimuovere e proteggere con Garze e cerotto Aspirare con ago e siringa sterile e proteggere con Garze e cerotto
Cute perilesionale arrossata	Rimuovere e procedere a medicazione rispetto al letto di ferita come indicato nelle tabelle successive
Flittene del Tallone	
Cute perilesionale non arrossata	Non rimuovere e proteggere con Garze e cerotto Aspirare con ago e siringa sterile e proteggere con Garze e cerotto
Cute perilesionale arrossata	Rimuovere e procedere a medicazione rispetto al letto di ferita con approccio asciutto rispettando le caratteristiche richieste dal tessuto calloso presente a livello del tallone

10.3. TRATTAMENTO LESIONI AL II STADIO

OBIETTIVO: RIPRISTINARE L'INTEGRITÀ CUTANEA

II STADIO

Caratteristiche	Materiale di medicazione
	Medicazione Primaria
	Pasta idrocolloidale
Essudazione moderata	Idrogeli
	Idrocolloide Trasparente
	Idrocolloide su supporto di Garza
	Idrocolloide Plus
essudazione elevate	Alginato di calcio e sodio
	Idrofibre
	Medicazione secondaria
	Garze + Cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
Cute perilesionale integra	Compressa assorbente multistrato + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
	Idrocolloide Plus
	Idrocolloide sottile
	Garza non aderente con poliestere e trigliceridi
	Crema/ soluzioni barriera
	Poliuretani con adesivo in silicone
Cute perilesionale non integra	Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
	Garze con acido Jaluroico e Argento Sulfadiazina
	Garza non aderente con poliestere e trigliceridi
	Idrocolloide sottile

	PROFILO DI CURA:	28/10/2015
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 23 di 47

10.4. TRATTAMENTO LESIONI NON STADIABILI

OBIETTIVO: RIMUOVERE LA NECROSI

LESIONE NON STADIABILE

Caratteristiche	Materiale di medicazione
	Medicazione Primaria
	Collagenasi
Necrosi secca Escara - Fibrina Essudazione Moderata	Idrogeli Cuscinetto assorbente detergente con soluzione di Ringer e PHMB
	Alginato di calcio e sodio
Necrosi nera molle - Fibrina -Slough Essudazione elevata	Cuscinetto assorbente detergente con soluzione di Ringer e PHMB
	Idrofibre
	Medicazione secondaria
	Garze + Cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
	Compresa assorbente multistrato + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
Cute perilesionale integra	Garza non aderente con poliestere e trigliceridi Garza vasellinata
	Creme/ soluzioni barriera
Cute perilesionale non integra	Adesivi in silicone Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
	Garze con acido Jaluroico e Argento Sulfadiazina
	Garza non aderente con poliestere e trigliceridi Ag

10.5. TRATTAMENTO LESIONI AL III-IV STADIO CON O SENZA NECROSI
OBIETTIVO: FAVORIRE LA RICOSTRUZIONE CUTANEA E PREVENIRE LE COMPLICANZE

FERITA CAVITARIA CON TESSUTO DI GRANULAZIONE III/IV STADIO

Caratteristiche	Materiale di medicazione
	Medicazione primaria
	Pasta idrocolloidale
Essudazione moderata	Idrogeli
	Alginato calcio/sodio
Essudazione elevate	Poliuretani Cavitari
	Medicazione super assorbente con polimeri SAP
	Medicazione secondaria
	Garze + Cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
	Compresa assorbente multistrato + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
Cute perilesionale integra	Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
	Idrocolloide Plus
	Creme/ soluzioni barriera
	Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
Cute perilesionale non integra	Poliuretani con adesivo in silicone
	Garze con acido Jaluroico e Argento Sulfadiazina
	Garza non aderente con poliestere e trigliceridi
	Idrocolloide Plus
	Medicazione super assorbente con polimeri SAP

	PROFILO DI CURA:	28/10/2015
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 25 di 47

LESIONE CAVITARIA CON NECROSI III/IV STADIO

Caratteristiche	Materiale di medicazione
	Medicazione primaria
	Collagenasi
Necrosi secca Escara - Fibrina Essudazione Moderata	Idrogeli
	Cuscinetto assorbente detergente con Soluzione di Ringer e PHMB
	Alginato di calcio e sodio
Necrosi nera molle - Fibrina -Slough Essudazione elevata	Cuscinetto assorbente detergente con Soluzione di Ringer e PHMB
	Idrofibre
	Medicazione secondaria
	Garze + Cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
Cute perilesionale integra	Compressa assorbente multistrato + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
	Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
	Garza non aderente con poliestere e trigliceridi
	Idrocolloide Plus
Cute perilesionale non integra	Creme/ soluzioni barriera
	Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
	Poliuretani con adesivo in silicone
	Garze con acido Jaluroico e Argento Sulfadiazina
	Garza non aderente con poliestere e trigliceridi
	Idrocolloide Plus
	Medicazione super assorbente con polimeri SAP

III / IV STADIO NON CAVITARIO CON GRANULAZIONE

Caratteristiche	Materiale di medicazione
	Medicazione primaria
Essudazione moderata	Pasta idrocolloidale Idrogeli Idrocolloide su supporto di Garza Idrocolloide Plus Alginato calcio/sodio Idrofibra
essudazione e...	
Cute perilesionale integra	Medicazione secondaria
Cute perilesionale non integra	Garze + Cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Compresa assorbente multistrato + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Garza non aderente con poliestere e trigliceridi Idrocolloide Plus Creme/ soluzioni barriera Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Poliuretani con adesivo in silicone Garze con acido Jaluroico e Argento Sulfadiazina Garza non aderente con poliestere e trigliceridiAg Idrocolloide Plus

	PROFILO DI CURA:	28/10/2015
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 27 di 47

III / IV STADIO NON CAVITARIO CON NECROSI

Caratteristiche	Materiale di medicazione
	Medicazione primaria
Necrosi secca Escara - Fibrina Essudazione Moderata	Collagenasi Idrogeli Cuscinetto assorbente detergente con Soluzione di Ringer e PHMB
Necrosi nera molle - Fibrina -Slough Essudazione elevata	Alginato di calcio e sodio Cuscinetto assorbente detergente con Soluzione di Ringer e PHMB Idrofibre
	Medicazione secondaria
Cute perilesionale integra	Garze + Cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Compresa assorbente multistrato + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Garza non aderente con poliestere e trigliceridi Idrocolloide Plus Creme/ soluzioni barriera
Cute perilesionale non integra	Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Poliuretani con adesivo in silicone Garze con acido Jaluroico e Argento Sulfadiazina Garza non aderente con poliestere e trigliceridi Idrocolloide Plus

10.6. TRATTAMENTO LESIONI CRITICAMENTE COLONIZZATE CON O
SENZA NECROSI

OBIETTIVO: PREVENIRE LE COMPLICANZE E GESTIRE L'INFEZIONE

LESIONI COLONONIZZATE

Caratteristiche	Materiale di medicazione
	Medicazione Primaria
Necrosi secca Escara - Fibrina Essudazione Moderata	Collagenasi Idrogeli Cuscinetto assorbente detergente con Soluzione di Ringer e PHMB Tessuto impregnato di DACC (dialchilcarbamoilcloruro) Alginato di calcio e sodio Ag
Necrosi nera molle - Fibrina -Slough Essudazione elevata	Cuscinetto assorbente detergente con Soluzione di Ringer e PHMB Idrofibre Ag Tessuto impregnato di DACC (dialchilcarbamoilcloruro)
	Medicazione secondaria
Cute perilesionale integra	Garze + Cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Compresa assorbente multistrato + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Poliuretani Ag + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Garza non aderente con poliestere e trigliceridi Ag Medicazione con carbone Ag e TNT Poliuretano Ag Creme/ soluzioni barriera
Cute perilesionale non integra	Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non



PROFILO DI CURA:

**PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI
DA PRESSIONE**

28/10/2015

Pag 29 di 47


sterile

Poliuretani Ag con adesivo in silicone

Garze con acido Jaluroico e Argento
Sulfadiazina

Garza non aderente con poliestere e trigliceridi Ag

Poliuretano Cavitario Ag

	PROFILO DI CURA	codice
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 30 di 47

11. IL TRATTAMENTO A PRESSIONE NEGATIVA (TPN)

Il trattamento con pressione negativa si realizza mediante l'utilizzo di dispositivi che consentono un'applicazione controllata e localizzata di una pressione sub atmosferica in corrispondenza del sito della ferita.

Le modalità attraverso le quali l'applicazione della pressione negativa ad una ferita può aiutare il processo curativo sono:

- retrazione della ferita;
- stimolazione della formazione del tessuto di granulazione;
- pulizia continua della ferita dopo debridement chirurgico;
- rimozione continua di fluido interstiziale (essudato);
- riduzione dell'edema interstiziale.

La retrazione della ferita mediante applicazione di pressione negativa rende i bordi più vicini e, allo stesso tempo, applica uno stress meccanico al tessuto. Lo stress applicato esternamente permette di creare micro deformazioni nelle cellule con conseguente produzione di messaggeri cellulari responsabili dell'aumento della sintesi della matrice e della proliferazione delle cellule intorno alla ferita. La TPN determina un aumento della velocità di formazione del tessuto di granulazione; la pulizia continua della ferita può ridurre il carico batterico presente ed anche riduzione di sostanze che inibiscono la guarigione. L'essudato che si accumula nella ferita può meccanicamente comprimere i capillari locali e restringere il flusso ematico: la sua rimozione riduce l'edema del tessuto e permette un maggiore flusso sanguigno nell'area della ferita.

Il sistema che permette di realizzare tale modalità è in genere costituito dai seguenti moduli:


- ✓ una apparecchiatura di dimensioni, forme e materiali variabili con moduli di interfaccia e di controllo per operazioni di "input / output" dei dati, in genere costituito da display per la visualizzazione delle operazioni da effettuare quali impostazione parametri e valori espressi in mmHg ;
- ✓ una pompa che genera pressioni negative, un contenitore per la raccolta dell'essudato (canister), comprensivo di filtri; Materiali di medicazione Garze o Poliuretani in schiuma di dimensioni e forme variabili in funzione della ferita da trattare; Film di poliuretano per il fissaggio delle medicazioni e del dispositivo
- ✓ un tubo generalmente in polietilene integrato nella parte applicata che veicola l'essudato al contenitore di raccolta.

Le medicazioni in schiuma sono ricoperte da un film trasparente che impedisce ai batteri di raggiungere la ferita e "sigilla" l'area della lesione permettendo la creazione del vuoto, le schiume possono contenere argento.

Le medicazioni in garza possono contenere sostanze antimicrobiche.

La pressione negativa viene applicata con valori nel range di 5-125 mmHg.

La permanenza delle medicazioni può essere compresa in periodi che vanno da 48 ore a 5/6 giorni. La terapia deve essere effettuata per almeno 22 ore al giorno. I dispositivi possono essere sia fissi che portatili, consentendo di erogare la terapia a pazienti ospedalizzati o domiciliari. Può essere utilizzata in diversi setting: nel 40% a

	PROFILO DI CURA	codice
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 31 di 47

livello domiciliare, nel 29% a livello ospedaliero e nel 27% in strutture sanitarie di lunga degenza.

I possibili ambiti di utilizzo della TPN riguardano lesioni di varia natura ed eziologia:

- ferite acute: traumi, ustioni;
- ferite croniche: ulcere da pressione, ulcere delle gambe, ulcere diabetiche;
- ferite deiscendenti, ferite infette, ferite infette post sternotomia;
- ferite chirurgiche: trapianti di cute, lembi, preparazione del letto della ferita.

A questi ambiti si aggiunge la possibilità di utilizzare la TPN durante il trattamento della sindrome del compartimento addominale dopo laparotomia senza chiusura dell'addome di prima intenzione per il contenimento dei visceri e per evitarne danni traumatici.

Raccomandazioni Cliniche

La TPN può essere utilizzata su ferite acute o croniche, ma considerato l'elevato impegno economico la TPN può essere utilizzata quando ci siano condizioni quali:


1. lesioni trattate con medicazioni avanzate per 4 o più settimane senza riduzione della lesione; eccessiva trasudazione che non può essere gestita anche con cambi giornalieri di medicazione;
2. lesioni deiscendenti; infette; preparazione per trapianti di cute;
3. presenza di pazienti collaboranti e consenzienti.

Deve essere posta particolare cautela, con necessità di attento monitoraggio, nell'utilizzo di tale terapia in presenza di sanguinamento, emostasi difficile, terapia anticoagulante, addome aperto dopo laparotomia senza chiusura della parete addominale.

La TPN non dovrebbe mai essere impiegata in presenza di:

1. osteomielite non trattata;
2. lesioni pre-ascenduali;
3. escara secca;
4. malattie ematologiche/disordini della coagulazione;
5. lesioni neoplastiche;
6. frammenti ossei non stabilizzati;
7. allergie ai componenti utilizzati per l'applicazione.

La TPN deve essere interrotta se dopo 3 settimane di applicazione non risulta efficace o se compaiono dolore o discomfort.

	PROFILO DI CURA	codice
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 32 di 47

12. CRITERI COMPORTAMENTALI

La preparazione del fondo della ferita è un atto fondamentale ed imprescindibile, l'asportazione dei tessuti non vitali quando presenti può essere chirurgica, ma più frequentemente si ottiene procedendo a debridement enzimatico o autolitico, la scelta del debridement risponderà a caratteristiche legate al letto ed al margine di ferita, all'aspetto della cute perilesionale e/o a problematiche legate al paziente.

Il controllo dell'infezione avviene con l'utilizzo dell'antibiotico terapia per via sistemica e l'asportazione del tessuto infetto/contaminato presente nella lesione attraverso il debridement. L'utilizzo delle medicazioni antisettiche hanno come razionale la prevenzione della recidiva contaminante

L'eccesso dei fluidi è solitamente determinato dalla malattia di base e dalle caratteristiche della lesione. La componente trasudatizia va controllata con corretto trattamento della malattia di base. La componente essudatizia va controllata con medicazione a caratteristiche assorbenti. La scelta del trattamento è legata alla quantità dell'essudato.

La fase della riparazione tissutale si innesca quando le precedenti condizioni siano state soddisfatte. In questo fase è razionale l'utilizzo delle medicazioni avanzate con la finalità di creare il corretto ambiente umido, con attività bioattiva ed, in alcuni casi, al fine di un risultato estetico soddisfacente, con l'utilizzo dei materiali bio-ingegnerizzati. La chirurgia plastica ricostruttiva viene riservata a casi selezionati.

Cosa non fare

Utilizzare medicazioni avanzate a caratteristiche antisettiche o ad elevata capacità di assorbimento, bioattive o bio-ingegnerizzate quando:

- ✓ non sia stato asportato il tessuto devitalizzato (ostacolo a qualsiasi criterio di guarigione);
- ✓ l'infezione non sia sotto controllo (si è dimostrato che le medicazioni antisettiche non sono in grado di abbattere la carica batterica locale ottenibile solo con il debridement, mentre sono in grado di prevenire la recidiva settica);
- ✓ la particolare collocazione della ferita necessita di ricambio giornaliero o più volte al giorno (per esempio lesione sacrale facilmente esposta alle deiezioni);
- ✓ l'essudato è talmente abbondante che rende la medicazione assorbente utilizzata non idonea alla permanenza in sito per almeno due giorni;
- ✓ la malattia di base non sia sotto controllo e la relativa componente trasudatizia non sia diminuita oppure siano presenti condizioni di allettamento o altri condizionamenti che non permettano l'innescarsi della fase rigenerativa;

	PROFILO DI CURA	codice
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 33 di 47

- ✓ le condizioni generali del paziente facciano prevedere una sopravvivenza molto limitata nel tempo tale da rendere irrazionale l'utilizzo di quei presidi finalizzati alla guarigione.


Cosa fare

- ✓ Programmare il debridement della ferita con asportazione dei tessuti non vitali e abbattimento consensuale della carica batterica attraverso metodiche chirurgiche, più rapide ed efficaci, oppure attraverso metodiche conservative quali debridement autolitico o enzimatico quando le peculiarità della lesione e del paziente lo richiedano.
- ✓ Utilizzare medicazioni non avanzate (garze, rotoli o compresse medicate a maglie larghe e stabili) in tutte quelle condizioni che richiedano la frequente sostituzione della medicazione come nel caso della contaminazione fecale nelle lesioni sacrali basse o in quelle lesioni il cui essudato è talmente abbondante che costringe giornalmente a sostituire la medicazione avanzata ad alta capacità di assorbimento a cadenza giornaliera anche con debridement effettuato.
- ✓ Utilizzare medicazioni classiche nei casi in cui la prognosi del paziente non possa far prevedere in ogni caso l'insuccesso della fase riparativa.
- ✓ Utilizzare la Terapia a Pressione Negativa NPWT quando le condizioni per l'insuccesso della fase della riparazione tissutale siano in essere, ma l'essudato e altre condizioni non permettano la permanenza della medicazione avanzata per un minimo di tre giorni previsti per tale tipologia di presidio. L'applicazione della NPWT viene proposta in base a criteri di selezione legati alla prognosi, eccesso di essudato, grado di contaminazione della lesione. La permanenza della NPWT non deve superare le tre settimane. La presenza di vivace granulazione indica la sospensione della NPWT. Tale trattamento può essere proseguito a domicilio, previo accordo con le cure domiciliari.
- ✓ Utilizzare medicazioni antisettiche con Ag, bio-attive o finalizzate al mantenimento del corretto ambiente umido quando si ha la certezza che possano rimanere in loco almeno tre giorni. Alcune medicazioni antisettiche con Ag sono state studiate per rimanere in sede anche 7 giorni

Ricordare che la mobilizzazione rimane l'atto terapeutico più importante

- Non esiste una sola medicazione ideale per ogni lesione.
- Non esiste una sola medicazione ideale per ogni fase della stessa lesione

- La lesione è l'espressione di un processo patologico in atto ed è in continua evoluzione, non bisogna considerare solo la lesione ma il paziente portatore di lesioni, e le cause che hanno portato alla formazione di lesioni.
- Osservare la lesione e descriverla monitorando la sua evoluzione (lunghezza, larghezza, profondità e/o volume con l'ausilio della scala di stadiazione NPUAP).
- Rimuovere quanto più possibile i tessuti necrotici presenti iniziando con una corretta detersione.
- La detersione deve essere fatta con soluzione Fisiologica Ringer lattato o soluzioni saline con ioni di argento (non sono citotossici o citolesivi).
- Non usare agenti cutanei o agenti antisettici (Iodopovidone, iodoformi, acido peracetico, acido acetico, soluz. di ipoclorito di sodio).
- Utilizzare pressione sufficiente per rimuovere i tessuti necrotici senza causare danni al fondo stesso della lesione (una siringa da 35 ml con ago 19 gauge) irrigando abbondantemente.
- Scegliere una medicazione che garantisca un ambiente umido all'interno della medicazione per la genesi tissutale, ma che mantenga asciutta la cute circostante.
- Controllare la cute perilesionale, non deve essere macerata, disidratata, o con segni patologici: un buon aspetto della cute circostante è un indicatore del buon andamento del processo di guarigione e della giusta scelta del tipo di medicazione adottata.
- In presenza di tessuto necrotico procedere al suo sbrigliamento.
- Lo sbrigliamento di tessuto necrotico si può avere per azione enzimatica, proteolitica, autolitica, meccanica o, in presenza di necrosi importante, chirurgica.
- Non procedere ad esami culturali tramite tamponi sulle LdP, poiché tutte le ulcere sono colonizzate. Se persiste uno stato di sepsi optare per un prelievo biotico come materiale culturale da esaminare.
- In presenza di segni di infezioni utilizzare medicazioni antisettiche (contenenti Ag).
- Le lesioni che non iniziano a guarire o che continuano a produrre essudato abbondante entro 2/4 settimane possono essere trattate con antibiotico per uso topico (evidenze scientifiche contrastanti) o per via sistemica, sensibile sia ai Gram- che ai Gram+ e anaerobi.
- Rivalutare periodicamente la lesione, la cute perilesionale e l'essudato per avere conferma sulla giusta scelta del trattamento instaurato (evitare cambi di trattamento ad ogni medicazione).
- Durante il trattamento non dimenticare di procedere anche alla prevenzione per evitare l'insorgenza di altre lesioni, mettendo in pratica le informazioni già date.
- Non confondere lo slough, che si presenta come un tessuto necrotico molliccio, maleodorante e impredibile, con il pus. Esso è spesso presente in lesioni al 3° - 4° stadio, ed è costituito solo da materiale con preponderanza fibrinica.
- Ridurre al minimo il tempo di esposizione della lesione durante il cambio di medicazione per evitare un abbassamento della temperatura presente al suo interno, poichè rallenterebbe il processo di citogenesi.

	PROFILO DI CURA	codice
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 35 di 47

- In caso di ulcere infette ridurre al minimo l'uso di antibiotici. Sono indicati per via sistemica solamente in presenza di cellulite diffusa o di interessamento sistemico.
- Utilizzare le medicazioni avanzate seguendo le linee di utilizzo indicate dalla ditta produttrice, non cambiare con frequenza giornaliera.

13. IL DOLORE

Il dolore assume un ruolo determinante nel TIMECare del paziente portatore di una lesione cronica: esso può accompagnare ogni fase della storia clinica della persona affetta da LdP rendendone particolarmente bassa la qualità della vita. La corretta ricerca, valutazione e gestione del dolore è ben realizzabile solo in presenza di un'effettiva e attiva partecipazione e condivisione al trattamento da parte della persona affetta da LdP, ponendosi obiettivi raggiungibili anche attraverso l'educazione della persona alla cura.

Nel Documento di Posizionamento EWMA (*European Wound Management Association*) il dolore è un elemento in grado di modificare il modo con cui il paziente affronta non solamente la sua patologia, ma anche la terapia e, talvolta, può esservi discrepanza fra la percezione del paziente e quella dell'equipe, a causa di livelli culturali diversi, di problemi di comunicazione e dell'approccio terapeutico. Gestione del dolore quindi non solo come qualità di vita, ma anche come miglioramento dello stato psicologico del paziente che diventa strumento propedeutico alla guarigione. Tutti sappiamo che il dolore della ferita è un problema che, sotto molti aspetti, non è adeguatamente affrontato dalla comunità sanitaria. Studi hanno dimostrato che esistono problemi legati alla valutazione del dolore della ferita, e un approccio multidisciplinare è fondamentale ed è riconosciuto a livello internazionale. L'utilizzo di strumenti di valutazione del dolore deve essere costante per misurare e controllare il dolore durante il corso del trattamento.

Allo scopo di facilitare il lettore si allegano le Scale del Dolore e Analgesica che l'OMS suggerisce a tale proposito (Tabella I e Tabella II).

Tabella I - NRS (Numerical Rate Scale)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lieve (I Grado)					Moderato (II Grado)		Severo (III Grado)			

Tabella II - Scala Analgesica OMS

<p>I Grado Paracetamolo o FANS ± Ajuvanti</p>	<p>II Grado Tramadol Codeina+Paracetamol Ossicodone+Paracetamol Oppioidi deboli ± Paracetamol o FANS ± Ajuvanti</p>	<p>III Grado Buprenorfina Morfina Ossicodone Fentanil Oppioidi forti ± Paracetamol FANS ± Ajuvanti</p>
---	---	--

	PROFILO DI CURA	codice
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 37 di 47

L'analgesia deve essere considerata come parte integrante del regime di trattamento di una ferita con la partecipazione di specialisti del dolore. La componente emozionale del dolore dovrebbe essere affrontata partendo con lo spiegare al paziente le cause del dolore e le misure da adottare per gestirlo, in modo da ridurre il suo stato d'ansia. E' utile impiegare analgesici appropriati per controllare il dolore con meno effetti collaterali.


L'utilizzo di medicazioni appropriate (se necessario atraumatiche) è importante perchè aiutano nella realizzazione di un buon rapporto tra i pazienti e i loro *caregiver*. Poiché il dolore è una questione complessa, come in ogni buon rapporto, si dovrà garantire una comunicazione chiara oltre ad adeguati piani di cura.

Valutare e trattare il dolore acuto o cronico con appropriato piano terapeutico in base alla intensità del dolore (scala NRS) utilizzando i farmaci più appropriati secondo la scala dell'analgesia OMS.

Prima di ogni medicazione, effettuare una corretta profilassi del dolore prevedibile, somministrando l'analgésico appropriato (FANS, Oppiacei o loro derivati in base alla peculiarità della lesione o del paziente), almeno 30 minuti prima dell'atto (per esempio morfina solfato 4-8 gtt oppure tramadolo 20 gtt, ecc.).

In caso di mancato controllo del dolore può essere necessario il supporto dello specialista algologo, specie qualora si ritenga necessario il ricorso a trattamenti antalgici costosi o ad elevato impatto sulla persona che comunque vanno riservati in caso di esaurimento delle terapie e degli interventi a minor invasività e nel rispetto della volontà della persona e della appropriatezza della scelta. Una buona gestione del dolore rende quindi necessaria la presenza dell'algologo nella stesura del percorso e nelle successive fasi di trattamento e rivalutazione del caso.

Prima di procedere a debridement chirurgico del fondo della ferita, in base alla metodica scelta, va consultato l'operatore e l'anestesista per la corretta scelta della procedura anestesologica (antidolorifico pre - procedurale, anestesia locale, anestesia loco regionale, anestesia generale). Rinuncia a debridement chirurgico (metodica aggressiva) versus debridement autolitico o enzimatico (metodica conservativa) quando le condizioni generali del paziente indirizzano verso metodiche non aggressive.

	PROFILO DI CURA	codice
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 38 di 47

ALLEGATO 1

SCHEMA DI MOBILIZZAZIONE

COGNOME _____ NOME _____ LETTO _____

Giorno	Firma							
	Ore 8	Ore 10	Ore 12	Ore 14	Ore 16	Ore 18	Ore 20	Ore 22

Sequenza delle posture da adottare:

- 1° decubito LD Carrozzina: C
- 2° decubito SUP Deambulazione: D
- 3° decubito LS
- 4° decubito prono PRO

N.B. - Se le condizioni cliniche del paziente non permettono la postura in una qualunque delle posizioni indicate, evitarla e proseguire nella sequenza delle rotazioni come indicato - il cambio di postura durante le ore notturne è evitabile con l'ausilio di presidi antidecubito idonei al paziente. Segnalare se la persona assistita non viene mobilizzata e motivare.

ALLEGATO 2

SCALA DI BRADEN

	SCALA di BRADEN				data	data	data
	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 limita la capacità di sentire ed esprimere il dolore e il disagio	Leggermente limitata. Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio e il bisogno di cambiare posizione. Ha impedimento al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità	Molto limitata Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore o disagio almento per la metà del corpo	Completamente limitata Non viè risposta (non geme, non si contrae o affetta) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza od alla sedazione. Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo			
UMIDITA' Grado di attività fisica	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 1 volta al giorno	Spesso bagnato Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno	Costantemente bagnato La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira si trova sempre bagnato			
ATTIVITA'	Cammina frequentemente Cammina al di fuori della camera camera almeno due volte al giorno e dentro la camera 1 volta al giorno ogni 2 ore (al di fuori delle ore i riposo)	Cammina occasionalmente Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze 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 posiine eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia o sulla sedia a rotelle	Completamente allettato Costretto a letto			
MOBILITA'	Limitazioni assenti Si sposta frequentement e 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 movimento di posizione senza assistenza			



PROFILO DI CURA
PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE

codice

Pag 40 di 47

NUTRIZIONE	<p>Eccellente Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integrazioni</p>	<p>Adeguate Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori Si alimenta artificialmente con TPN, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario</p>	<p>Probabilmente Inadeguata Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà di cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o entrale (con sondino)</p>	<p>Molto povera Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. Due o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratori E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi o breve bevande per più di 5 giorni</p>			
FRIZIONE E SCIVOLAMENTO		<p>Senza problemi apparenti Si sposta sul letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti</p>	<p>Problema potenziale Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare</p>	<p>Problema Richiede da una moderata ad una massima assistenza nei movimenti Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazioni che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona.</p>			
				Totale punti			

INTERVENTI POSTI IN ATTO

DATA INIZIO

TRATTAMENTO _____ INFERMIERE _____ MEDICO _____

INTERVENTI POSTI IN ATTO _____

	PROFILO DI CURA	codice
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 41 di 47

ALLEGATO 3

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA (Barthel Index)

(Mahoney FI, Barthel DW: *Mar.St.Med.J.* 1965;14:61-65)

	A	B	C
Alimentazione	0	5	10
Abbigliamento	0	5	10
Toilette personale	0	0	5
Fare il bagno	0	0	5
Controllo defecazione	0	5	10
Controllo minzione	0	5	10
Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare	0	10	15
Montare e scendere dal WC	0	5	10
Camminare in piano	0	10	15
Salire o scendere le scale	0	5	10

A) dipendente B) con aiuto C) indipendente

PUNTEGGIO TOTALE _____/100

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA-INDICE DI BARTHEL

L'Indice di Barthel rappresenta uno degli strumenti di valutazione della funzione fisica più noti, soprattutto in ambito riabilitativo.


Fornisce un punteggio indicativo delle capacità del soggetto di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, usare i servizi igienici, spostarsi dalla sedia al letto e viceversa, deambulare in piano, salire e scendere le scale, controllare la defecazione e la minzione.

Il punteggio assegnato per ogni funzione può essere 15, 10, 5 o 0. Per esempio, vengono assegnati 10 punti se il soggetto si alimenta autonomamente e 5 punti se richiede aiuto (per esempio tagliare il cibo). Per il controllo della minzione e defecazione si considera indipendente il paziente che gestisce autonomamente i propri bisogni; con aiuto se richiede l'aiuto (anche parziale) di altri per utilizzare strumenti quali pappagallo o padella; dipendente se usa il catetere o presenta episodi di incontinenza, anche saltuari.

Il punteggio massimo è assegnato solo se il paziente esegue il compito in modo completamente

indipendente, senza la presenza di personale d'assistenza.

Il punteggio massimo è 100 ed indica l'indipendenza in tutte le attività di base della vita quotidiana.

	PROFILO DI CURA	codice
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 42 di 47

ALLEGATO 4

ADL (Activities of Daily Living)

Per il calcolo dell'indice **ADL (ACTIVITIES OF DAILY LIVING)** si ricorre a una scala semplificata che prevede l'assegnazione di un punto per ciascuna funzione indipendente così da ottenere un risultato totale di performance che varia da 0 (completa dipendenza) a 6 (indipendenza in tutte le funzioni).

Per l'attribuzione del punteggio è necessario tradurre la scala di valutazione a tre punti (senza assistenza, assistenza parziale, o assistenza completa) nella classificazione dicotomica "dipendente/indipendente" utilizzando le seguenti istruzioni:

A) FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnature)	Punteggio
1) Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo).	1
2) Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso).	1
3) Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	0
B) VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)	
1) Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.	1
2) Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.	1
3) Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	0
C) TOILETTE (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)	
1) Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino).	1
2) Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.	0
3) Non si reca in bagno per l'evacuazione	0
D) SPOSTARSI	
1) Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).	1
2) Compie questi trasferimenti se aiutato.	0
3) Allettato, non esce dal letto.	0
F) ALIMENTAZIONE	
1) Senza assistenza.	1
2) Assistenza solo per tagliare la carne o imbrattare il pane.	0
3) Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale.	0
PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F)	0/6

	PROFILO DI CURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	codice
		Pag 43 di 47

ALLEGATO 5

INDICE TIME

- T Tessuto necrotico o devitalizzato**
 La ferita presenta tessuto necrotico o devitalizzato, escara dura, slough o depositi di fibrina
- I Infezione o Infiammazione**
 La ferita presenta segni locali o sistemici di un'elevata carica batterica o infiammazione
- M Macerazione o secchezza - squilibrio dei fluidi**
 La ferita presenta un eccesso di essudato con eventuale macerazione dei margini, o secchezza
- E Epidermide - margini non proliferativi o sottominati**
 I margini della ferita si presentano sottominati e vi è una mancata progressione dei margini in assenza di necrosi, infezione ed essudato



PROFILO DI CURA
PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE

codice
Pag 44 di 47

ALLEGATO 6

SCHEDA DI VALUTAZIONE/GESTIONE DELLE LdP

UNITÀ OPERATIVA _____

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____

N. LETTO ____ LESIONE PRESENTE ALL'INGRESSO NO SI STADIO: I II


PROVENIENZA _____ DATA _____

DESTINAZIONE _____ DATA _____

SEDE

LOCALIZZAZIONE LESIONI DA PRESSIONE		GRADO				
<input type="checkbox"/>	Prominenza occipitale		<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/>	Scapola	<input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/>	Processo spinoso		<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/>	Gomito	<input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/>	Sacro		<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/>	Cresta iliaca	<input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/>	Trocantere	<input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/>	Ischio	<input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/>	Piega glutea	<input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/>	Ginocchio	<input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/>	Cresta tibiale	<input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/>	Arto inferiore dx	Campo a testo libero per specificare la sede	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/>	Arto inferiore sx	Campo a testo libero per specificare la sede	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/>	Malleolo dx	<input type="checkbox"/> interna <input type="checkbox"/> esterna	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/>	Malleolo dx	<input type="checkbox"/> interna <input type="checkbox"/> esterna	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/>	Tallone	<input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
PRESENZA DI INFEZIONE		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI				


Firma Infermiere..... Data.....

	PROFILO DI CURA	codice
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 45 di 47

In caso di LdP III/IV stadio o di lesione non stadiabile, compilare la seguente tabella alla presa in carico e per rivalutazione ogni 2 settimane o in seguito a variazioni peggiorative

Caratteristiche del letto	0	1	2
Bordi in via di guarigione	No	25-75%	>75%
Escara nera	> 25% dell'area della ferita	0-25%	Assente
Profondità/ipergranulazioni	Severamente depresso o rialzato se comparato con la cute circostante	Moderato	Pareggiato o quasi pari
Quantità di essudato	Severo	Moderato	Lieve o assente
Edema	Severo	Moderato	Lieve o assente
Dermatite perilesionale	Severo	Moderato	Minima o assente
Bordi callosi/fibrosi	Severo	Moderato	Minima o assente
Letto della ferita rosa	Necrosi/fibrina	50-75%	>75%
PUNTEGGIO 0-16	Valore rilevato=		


Firma Infermiere..... Data.....

	PROFILO DI CURA	codice
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 46 di 47

ALLEGATO 7

INFEZIONE: Classificazione–Segni–Sintomi

Stadio 1 Pochi segni sottili di infezione (leggero maleodore, dolore o essudato)	Stadio 2 Aumentano i segni di infezione (aumento del maleodore, del dolore o dell'essudato)	Stadio 3 Segni manifesti di infezione localizzata (secrezione di pus, gonfiore, dolore, eritema e calore localizzato)	Stadio 4 Segni manifesti di infezione localizzata e segni di infezione generale (piressia ed aumento del numero dei globuli bianchi)
La guarigione progredisce normalmente	La guarigione non progredisce normalmente	Interessamento del tessuto circostante, la ferita acquista un aspetto deteriorato (cellulite, linfangite o cancrena)	Possibile evidenza di interessamento del tessuto circostante che può tradursi in sepsi e insufficienza organica, ciò può mettere a repentaglio la vita del paziente

	PROFILO DI CURA	codice
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 47 di 47

BIBLIOGRAFIA

Craven R.F., Hirnle C.J. Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica. Pavia Ambrosiana 1998

Hess C.T., Guida clinica alla cura delle lesioni cutanee. Milano Masson 1999

Zanetti E, Colosso A. Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito. Linee Guida. Milano Lauri 2000

National Pressure Ulcer Advisory Panel. Updated Staging System, 2007. <http://www.npuap.org>

Regione Toscana; Programma Nazionale per le Linee Guida. Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento. Istituto Superiore di Sanità, documento 3 del 2005, update 2008.

Lyder CH. Pressure ulcer prevention and management. JAMA 2003;289:223-6.

Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, et al. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. J Adv Nurs 2006;54:94-110.

Pilotto A, D'Onofrio G, Sancarlo D, et al. Treatment of late-life depression with selective serotonin reuptake inhibitors improves the Multidimensional Prognostic Index (MPI) in elderly patients. EGM 2010;1(Suppl 1):S145.

Sancarlo D, Scarcelli C, D'Ambrosio LP, et al. Validità del Multidimensional Prognostic Index (MPI) nel predire la durata di degenza e l'indice di case-mix in pazienti anziani ospedalizzati. G Gerontol 2009;57:524.

European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd, 2005.

Revisione	Data	Redazione	Verifica	Firma di Approvazione	Descrizione
0.0	28/10/2015	Gruppo vulnologico ASUR: Massimiliano Paolinelli Marco Sigona Maurizio Carnali Elisabetta Maestrini Bona Finocchi Alessandro Minnucci		