



REGIONE
LAZIO

DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (LdP)

Componenti del gruppo di lavoro:

Giuseppe Sabatelli (coordinatore); Domenico Di Lallo; Anna Santa Guzzo; Maurizio Musolino; Antonio Silvestri; Maria Luisa Veneziano.

Revisori del documento:

Elia Ricci; Elena Toma.

Prima emissione: 20 aprile 2018



CENTRO REGIONALE
RISCHIO CLINICO

DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (LdP)

INDICE

1.0	Introduzione e rationale dell'attività	2
2.0	Ambiti di applicazione	2
3.0	Definizioni	2
4.0	Modello teorico di riferimento	3
PERCORSO A – GESTIONE DEL PAZIENTE NON A RISCHIO DI LdP		
5.0	FASE 1: Valutazione del paziente	5
PERCORSO B – GESTIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO DI LdP		
6.0	FASE 1: Valutazione del paziente	6
7.0	FASE 2: Elaborazione del piano di assistenza individuale	6
PERCORSO C – GESTIONE DEL PAZIENTE CON LdP		
8.0	FASE 1: Valutazione del paziente	8
	8.1 Valutazione del dolore	8
9.0	FASE 2: Elaborazione del piano di assistenza individuale	9
10.0	FASE 3: Gestione della LdP	9
11.0	RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI	11
	Allegati	13

1.0 INTRODUZIONE E RAZIONALE DELL'ATTIVITÀ

Le lesioni da pressione (di seguito LdP) 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.

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 questo documento di indirizzo si è ritenuto opportuno fornire indicazioni proattive e reattive essenziali per il supporto decisionale nella prevenzione e nel trattamento dell'evento avverso LdP in età adulta nelle Strutture Sanitarie pubbliche e private della Regione Lazio anche al fine di costruire un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) specifico sulle LdP. A tal fine è stata delineata una successione di *test point* con l'obiettivo di rilevare precocemente le deviazioni dal percorso atteso al fine di poter adottare tempestivamente le misure clinico-assistenziali più idonee per il singolo caso e limitare così i potenziali danni legati a ritardi, omissioni e/o inappropriata.

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.

2.0 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
DOVE	Il documento interessa tutte le strutture pubbliche e private erogatrici di assistenza a pazienti potenzialmente a rischio di sviluppare o portatori di LdP
PER CHI	Il documento è a tutela di tutti i pazienti potenzialmente a rischio di sviluppare o portatori di LdP nelle fasi di accettazione, ricovero e dimissione

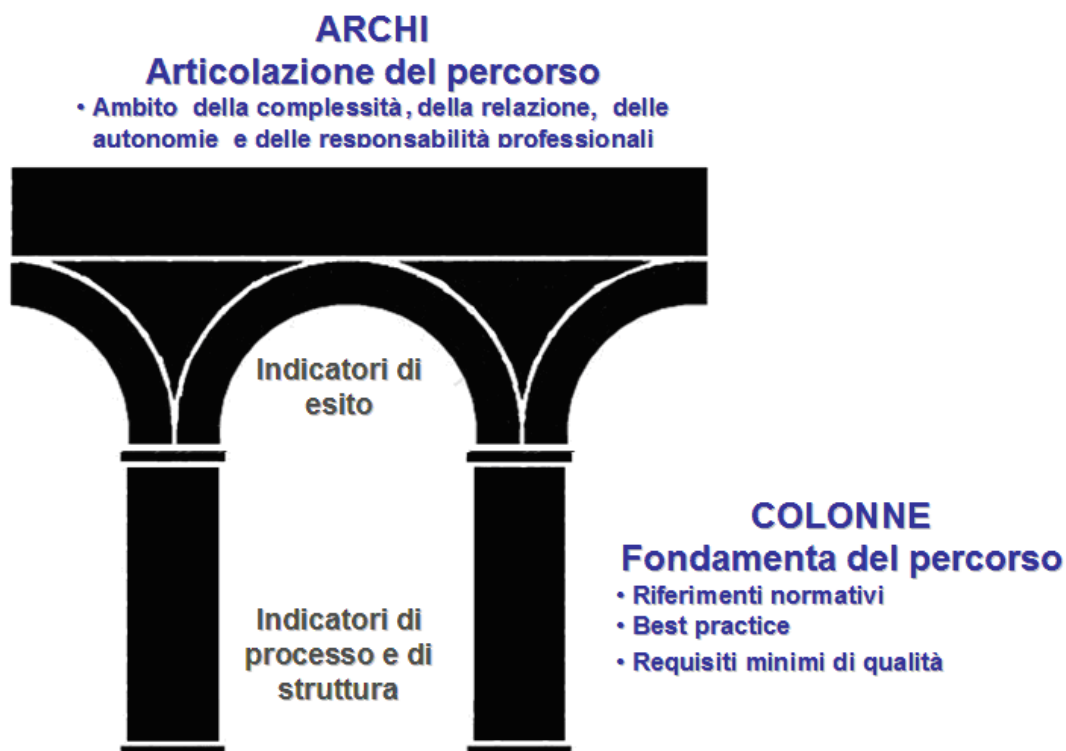
3.0 DEFINIZIONI

Lesione da pressione (LdP): la lesione da pressione (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 si forma normalmente in corrispondenza di prominenze ossee, classificata in stadi rispetto alla sua gravità.

4.0 MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

Per la redazione del documento è stato adottato un modello definito ad “acquedotto romano”, composto da colonne e archi, come di seguito definiti:

- **Colonne:** rappresentano le attività di cui bisogna obbligatoriamente produrre evidenza nella documentazione sanitaria, in tutti i contesti organizzativi che erogano assistenza a pazienti potenzialmente a rischio di sviluppare o portatori di LdP.
- **Archi:** rappresentano gli ambiti di autonomia professionale degli operatori coinvolti nel percorso di assistenza, in coerenza sia a criteri di individualizzazione e personalizzazione delle cure che alla diversificazione clinica dei singoli casi trattati. Tale autonomia, tuttavia, non può derogare a quanto stabilito dalle “colonne”.



Analogamente a quanto accade per ogni processo clinico-assistenziale, è possibile individuare tre categorie di indicatori di monitoraggio di sistema:

- **Indicatori di esito:** indicatori correlati a cosa ho prodotto
- **Indicatori di processo:** indicatori correlati alle evidenze di corretta implementazione dei requisiti di struttura, tecnologici e procedurali (come ho prodotto)
- **Indicatori di struttura:** indicatori con evidenze del rispetto dei requisiti di struttura, tecnologici e procedurali (con cosa ho prodotto)

Alla luce del modello teorico di riferimento prescelto, questo documento si è limitato a definire per ogni fase (colonna) individuata, un set minimo di indicatori di processo ritenuti indispensabili per esplicitare il rispetto dei *test point* prescelti senza entrare nei dettagli degli aspetti clinico-assistenziali, che rientrano nell'ambito della competenza professionale e dell'autonomia organizzativa (gli archi del modello).

Nel rispetto dell'autonomia delle singole strutture, tali indicatori potranno essere integrati in relazione alle specifiche articolazioni organizzative, purché venga data evidenza del rispetto dei requisiti minimi previsti per ogni fase. In particolare è evidente che la presenza di una o più

procedure volte alla prevenzione e alla gestione delle LdP rappresenti un importante indicatore di struttura che dovrebbe essere adeguatamente valutato nell'ambito dei percorsi di accreditamento e/o certificazione. All'interno di tali percorsi, inoltre, grande rilevanza dovrebbe essere data alla presenza di un adeguato programma di formazione continua degli operatori sanitari specifico sulle LdP.

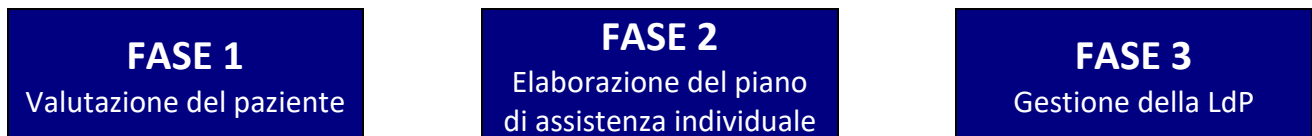
Il processo assistenziale relativo all'evento avverso LdP è stato suddiviso nei seguenti tre percorsi:

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 (corrispondenti alle colonne del modello):



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 ogni fase del processo il documento suggerisce un set di indicatori che è da considerarsi il livello mandatorio minimo per dare evidenza documentale al percorso assistenziale relativo alle LdP.

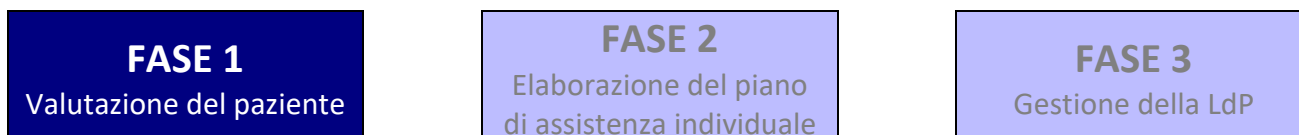
Per **tutte le fasi** del processo si raccomanda di adottare strategie organizzative per garantire una **comunicazione efficace** con il paziente assistito che tenga conto degli **aspetti sociali, culturali, religiosi e linguistici**, anche per il tramite di mediatori culturali appositamente formati.

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.

5.0 FASE 1: VALUTAZIONE DEL PAZIENTE



La valutazione del paziente è il primo passo per una corretta prevenzione. Pur potendo considerare come **non a rischio** tutti i pazienti autonomi e deambulanti (ad esempio: donne ospedalizzate per il parto, pazienti psichiatriche 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. Tali strumenti sono complementari e non sostitutivi del giudizio clinico dei professionisti, per cui il loro utilizzo deve essere sempre accompagnato da una completa valutazione della cute e delle condizioni generali del paziente. I più noti sono la scala di Braden (*Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk* – Allegato 1); quella di Norton (*Norton Pressure Sore Risk Assessment Scale* – Allegato 2) e l'indice di Waterlow (*Waterlow Pressure Ulcer Risk Assessment Tool* – Allegato 3). È opportuno sottolineare che, in termini di predittività dell'insorgenza di LdP, la scala di Braden risulta essere lo strumento più affidabile.

La valutazione del rischio di sviluppare LdP va eseguita entro otto ore dalla presa in carico (o non appena si disponga delle informazioni necessarie) e ripetuta, utilizzando sempre lo stesso strumento, ogni sette giorni oppure al variare delle condizioni clinico-assistenziali del paziente.

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

Il Percorso A) si conclude con:

- **Trasferimento (intra- o interospedaliero);**
- **Dimissione del paziente per qualsiasi motivo (compresa la causa morte);**
- **Attivazione del Percorso B o C per l'evoluzione clinica del paziente.**

Indipendentemente dalla conclusione del percorso, è mandatorio che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

1. **Attestazione del livello di rischio per LdP specificando lo strumento di valutazione utilizzato**
2. **Attestazione dell'assenza di LdP nella documentazione relativa al trasferimento (intra- o interospedaliero) e alla dimissione del paziente**

Indicatori di processo minimi suggeriti

- Evidenza documentale di esclusione del paziente da ogni classe di rischio al momento del ricovero. La valutazione deve essere ripetuta con cadenza almeno settimanale o al variare delle condizioni clinico-assistenziali del paziente.
- In caso di trasferimento inter- o intraospedaliero: attestazione nella documentazione sanitaria (richiesta o lettera di trasferimento) dell'assenza di LdP.
- In caso di dimissione: attestazione dell'assenza di LdP nella lettera di dimissione.

PERCORSO B

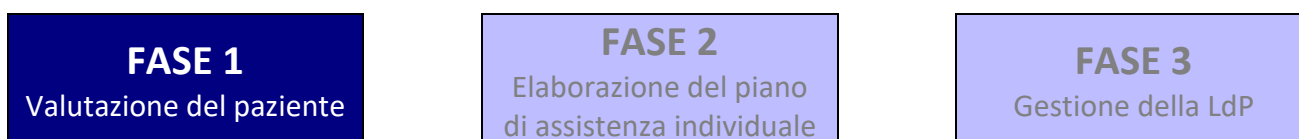
GESTIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO DI LdP

Si intende per **paziente a rischio di LdP** il soggetto che al 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:

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

6.0 FASE 1: VALUTAZIONE DEL PAZIENTE



Gli strumenti e le modalità per valutare il rischio di insorgenza di LdP non differiscono da quanto esposto al punto 5.0.

7.0 FASE 2: ELABORAZIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE



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

- Ispezione periodica e frequente della cute per individuare precocemente aree di rossore, in particolare se tale rossore non è reversibile alla digitopressione. Nei soggetti con pelle scura considerare la temperatura cutanea, l'edema e/o variazioni della consistenza della cute rispetto al tessuto circostante.
- Valutazione dello stato nutrizionale che riveste un ruolo determinante nello sviluppo di una LdP.
- Mobilizzazione in quanto 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 riabilitazione motoria attiva e/o passiva. La mobilizzazione deve essere definita non solo nei modi, ma anche negli orari.

4. Utilizzo di dispositivi antidecubito atti a ridurre o scaricare la pressione esercitata sulla cute dalla superficie di contatto. Si richiama l'attenzione sulla necessità di assicurare lo scaricamento delle pressioni sia nella posizione supina che in quella seduta. È necessario, inoltre, che ogni struttura si doti di presidi e dispositivi antidecubito di comprovata efficacia e compatibili con il *setting* assistenziale del paziente.

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.

Del piano di assistenza individuale va data opportuna evidenza nella documentazione clinico-assistenziale del paziente.

In caso di trasferimento (intra- o interospedaliero) o di dimissione occorre 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.

Il Percorso B) si conclude con:

- **Trasferimento (intra- o interospedaliero);**
- **Dimissione del paziente per qualsiasi motivo (compresa la causa morte);**
- **Attivazione del Percorso C per l'evoluzione clinica del paziente.**

Indipendentemente dalla conclusione del percorso, è mandatorio che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

1. **Piano di assistenza individuale**
2. **Attestazione del livello di rischio per LdP specificando lo strumento di valutazione utilizzato**
3. **Per i pazienti che rimangono nel percorso B: attestazione dell'assenza di LdP nella documentazione relativa al trasferimento (intra- o interospedaliero) e alla dimissione del paziente.**

Indicatori di processo minimi suggeriti

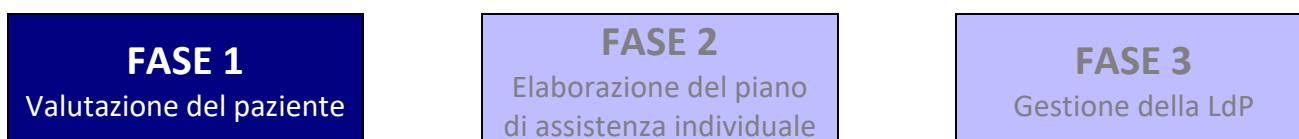
- Presenza nella documentazione sanitaria della scala di valutazione utilizzata per la valutazione del rischio LdP. La valutazione deve essere ripetuta con cadenza almeno settimanale o al variare delle condizioni clinico-assistenziali del paziente.
- Presenza nella documentazione sanitaria del piano 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.

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.

8.0 FASE 1: VALUTAZIONE DEL PAZIENTE



La fase di valutazione del paziente non differisce da quanto esposto al punto 6.0. 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.

8.1 Valutazione del dolore

Il dolore è un parametro vitale che, nel paziente portatore di LdP, deve essere valutato prendendo in considerazione aspetti sia quantitativi che qualitativi. 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 di scale sul modello della 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 dolore possibile) o della 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).

Per i pazienti con deficit cognitivo, che rifiutano di rispondere alle domande, o che presentano difficoltà linguistiche o comunicative, è consigliato l'utilizzo della scala PAINAD (*Pain Assessment In Advanced Dementia* – Allegato 4) che valuta cinque aree comportamentali: (1) respirazione; (2) vocalizzazione; (3) espressione facciale; (4) linguaggio del corpo; (5) consolabilità.

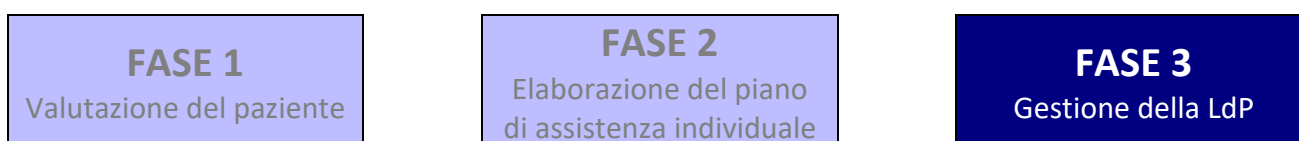
È opportuno sottolineare che il dolore dovuto alla rimozione traumatica della medicazione o allo sbrigliamento (*debridement*) del tessuto non vitale, viene definito "dolore procedurale" e non va confuso con il "dolore episodico intenso" in un paziente con dolore di base ben controllato.

9.0 FASE 2: ELABORAZIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE



L'elaborazione del piano di assistenza individuale nei pazienti portatori di LdP, pur non differendo metodologicamente da quanto esposto al punto 7.0, 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.

10.0 FASE 3: GESTIONE DELLA LDP



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 a una stadiazione della LdP secondo il sistema internazionale NPUAP/EPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel* – Allegato 5). **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 fistole
 - 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. A questo scopo sono disponibili numerosi strumenti di supporto decisionale¹ la cui scelta rientra in quell'ambito di autonomia organizzativa e professionale che esulano dagli scopi di questo

¹ Si citano a puro titolo di esempio: il BWAT (Bates-Jensen Wound Assessment Tool); il PUSH[®] (Pressure Ulcer Scale for Healing); il PSST (Pressure Sore Statul Tool).

documento. È tuttavia fondamentale che per la valutazione venga utilizzato sempre lo stesso strumento con cadenza almeno settimanale, dandone opportuna evidenza nella documentazione sanitaria.

4. Prevenire/trattare eventuali infezioni delle LdP.

Particolare attenzione deve essere posta alla gestione delle LdP ai talloni:

1. Nel caso di escara secca e ben adesa occorre evitare assolutamente escarectomie. La rimozione delle zone necrotiche va riservata alle LdP con presenza di: edema, eritema, fluttuazione o secrezione.
2. Posizionare in scarico completo al fine di garantire il galleggiamento del piede.

Il Percorso C) si conclude con:

- Trasferimento (intra- o interospedaliero);
- Dimissione del paziente per qualsiasi motivo (compresa la causa morte).

Indipendentemente dalla conclusione del percorso, è mandatorio che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

1. Piano di assistenza individuale
2. Stadiazione delle LdP
3. Trattamento proposto (a domicilio o presso altra struttura)
4. Corretta codifica SDO della LdP

Indicatori di processo minimi suggeriti

- Dare evidenza nella documentazione sanitaria del piano di assistenza individuale
- Dare evidenza nella documentazione sanitaria della valutazione quotidiana del dolore
- Dare evidenza nella documentazione sanitaria della valutazione dello stato della lesione
- Dare evidenza nella documentazione sanitaria della stadiazione NPUAP/EPUAP
- Dare evidenza nella documentazione sanitaria del trattamento effettuato sulla base della valutazione dello stato della lesione
- Evidenza della codifica SDO della LdP

11.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

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 Aretrè
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/quick-guide-times-model-of-wound-bed-preparation>
34. How to guide: Pressure ulcer management <http://www.wounds-uk.com/how-to-guides/how-to-guide-pressure-ulcer-management>
35. SNLG-Regioni – Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento <http://www.regione.toscana.it/documents/10180/320308/Ulcere+da+pressione/>

Allegato 1 – Scala di Braden

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

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 FECALE	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 – Indice di Waterlow

INDICATORE		PUNTEGGIO		
SESSO	M		1	
	F		2	
ETÀ	14-49		1	
	50-64		2	
	65-74		3	
	75-80		4	
	> 81		5	
PESO BMI = Peso (kg) / [Altezza (m)] ²	Nella media (20-24.9)		0	
	Sopra la media (25-29.9)		1	
	Obesità (> 30)		2	
	Sotto la media (< 20)		3	
ASPETTO DELLA CUTE	Sana		0	
	Edematosa		1	
	Pallida		2	
	Presenza di LdP di stadio da 2 a 4		3	
NUTRIZIONE APPETITO	Il paziente ha perso peso recentemente?			
	SÌ	0.5-5 kg		1
		5-10 kg		2
		10-15 kg		3
		> 15		4
		Incerta		2
	NO	Appetito/Nutrizione		
		Normale		0
		Scarso		1
		Presenza di sondino/flebo		2
	Nutrizione parenterale		3	
CONTINENZA	Completa		0	
	Occasionalmente incontinente		1	
	Incontinente alle feci		2	
	Doppia incontinenza		3	
MOBILITÀ	Normale		0	
	Irrequietezza/agitazione		1	
	Apatia		2	
	Paziente immobilizzato		3	
	Paziente supino		4	
	Paziente in poltrona o in carrozzina		5	
ALTRI FATTORI DI RISCHIO	Stato di malnutrizione			
	Cachessia terminale		8	
	Insufficienza multipla di organo		8	
	Insufficienza singola di organo (cardiaca, renale, respiratoria)		5	
	Vasculopatia periferica		5	
	Anemia (Hb < 8)		2	
	Abitudine al fumo		1	
	Deficit neurologici			
	Diabete, ictus cerebrale		4-6	
	Paraplegia		Max 6	
	Terapia farmacologica			
	Citotossici, corticosteroidi, antinfiammatori		Max 4	
	PUNTEGGIO	10-14 PAZIENTE A RISCHIO	15-19 PAZIENTE AD ALTO RISCHIO	> 20 PAZIENTE AD ALTISSIMO RISCHIO

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

Allegato 5 – 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 tunnelizzazioni.</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 tunnelizzazione 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>