

Deliberazione N. 0001235 del 04/08/2023

Struttura Proponente: UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management

Centro di costo: G0DG43JD1S

Proposta: 0000420 del 12/07/2023

Oggetto:

ADOZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

IL DIRETTORE GENERALE (*)
Narciso Mostarda

L'Estensore: **Antonio Silvestri**

Data 12/07/2023

Il Responsabile del Budget:

Data

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione della proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento: **Antonio Silvestri**

Data 12/07/2023

Il Direttore della Struttura Proponente: **Antonio Silvestri**

Data 12/07/2023

Il Dirigente Addetto al Controllo di Gestione: **Miriam Piccini**

Data 13/07/2023

Conto Economico/Patrimoniale su cui imputare la spesa: **Presa Visione**

Direttore Amministrativo: **Paola Longo**

Data 18/07/2023

Parere: **FAVOREVOLE**

Direttore Sanitario: **Gerardo De Carolis**

Data 24/07/2023

Parere: **FAVOREVOLE**

Hash proposta: *ecf8dff8d1a75f0bfd1477d46fb4b7a4a5cfbdf5eacd6750bd877fbedc7af052*

IL DIRETTORE UOSD QUALITÀ, CERTIFICAZIONE E SICUREZZA DELLE CURE - RISK MANAGEMENT

VISTI

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421”;
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni – istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- l’intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- la deliberazione aziendale n. 404 del 14/04/2016 recante per oggetto <<Affidamento di un incarico dirigenziale di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale “UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure – Risk Management” nell’ambito della Direzione Strategica al Dott. Antonio Silvestri>>;
- la deliberazione aziendale n. 1368 del 11/10/2019 recante per oggetto il rinnovo del suddetto incarico a far data dal 14/04/2019 fino al 13/04/2022;
- la deliberazione aziendale n. 0925 del 13/06/2022 recante per oggetto il rinnovo del suddetto incarico a far data dal 14/04/2022 fino al 13/04/2027;

PREMESSO

che all’art. 5 della succitata L. 8 marzo 2017, n. 24 “Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida” viene prescritto che “Gli esercenti le professioni sanitarie, nell’esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico- scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale”;

DATO ATTO

che il succitato art. 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24 prescrive che “In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali”;

DATO ATTO

che la definizione ed implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) rappresenta un obiettivo LEA demandato alla responsabilità delle Regioni e quindi delle Aziende del SSR;

CONSIDERATO

che tra gli obiettivi della UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure – Risk Management rientra la definizione e la condivisione dei PDTA e l’attivazione di sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell’appropriatezza dei percorsi di diagnosi e cura orientati alla qualità e alla sicurezza dei pazienti;

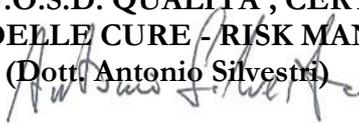
- DATO ATTO** che l'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità delle cure attraverso un continuum dell'assistenza che consideri tutte le tappe del processo di cura, permettendo il superamento del concetto di singole prestazioni, migliorando gli outcome clinici "risk-adjusted", aumentando la soddisfazione dell'utenza e garantendo anche una corretta allocazione delle risorse;
- RITENUTO** necessario delineare nel contesto dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini un PDTA mirato alla prevenzione, monitoraggio e gestione delle Lesioni da Pressione;
- CONSIDERATO** - che all'interno dell'Azienda è stato attivato un Gruppo di Lavoro ad hoc, che ha elaborato una proposta di PDTA con approccio multidisciplinare, condivisa da tutti gli operatori che, a vario titolo, sono coinvolti nel percorso;
- CONSIDERATO** che il documento redatto è stato sottoposto a verifica e risulta coerente nella forma e nella sostanza sia con l'assetto organizzativo dell'Azienda sia con i principi del Sistema di Gestione della Qualità;
- RITENUTO** opportuno dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa di assicurare la massima diffusione al presente atto deliberativo e di assicurarne l'attuazione, per quanto di competenza;
- VERIFICATO** che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell'Azienda;
- ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

PROPONE

- di approvare l'adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la prevenzione, monitoraggio e gestione delle Lesioni da Pressione;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare la procedura ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate e al Dipartimento delle Professioni Sanitarie di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;
- di disporre che la procedura sia inserita nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;

**IL DIRETTORE U.O.S.D. QUALITÀ, CERTIFICAZIONE E
SICUREZZA DELLE CURE - RISK MANAGEMENT**

(Dott. Antonio Silvestri)



IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00198 del 28 ottobre 2021;
- VISTA** la propria deliberazione n. 1523 del 2 novembre 2021;
- LETTA** la proposta di delibera, "Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la prevenzione, monitoraggio e gestione delle Lesioni da Pressione" presentata dal Direttore della UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- di approvare l'adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la prevenzione, monitoraggio e gestione delle Lesioni da Pressione;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare la procedura ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate e al Dipartimento delle Professioni Sanitarie di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;
- di disporre che la procedura sia inserita nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;

La struttura proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

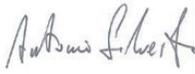
Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale www.scamilloforlanini.rm.it per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Narciso Mostarda)

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 1 di 62

	Gruppo di lavoro Aziendale	Disciplina	Ruolo	Data	Firma
REDAZIONE	Staff di coordinamento				
	Roberto Locci	Dipartimento delle Professioni Sanitarie	P.O. Best practice e sicurezza delle cure	12/6/23	<i>[Firma]</i>
	Coordinatore:				
	Antonio Silvestri	U.O.S.D. Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure	Risk Manager	12/6/23	<i>[Firma]</i>
	Componenti:				
	Giada Battisti	U.O.C. Medicina Interna	Infermiere	14/6/23	<i>[Firma]</i>
	Anna Becchis	U.O.C. Farmacia	Farmacista	12/06/23	<i>[Firma]</i>
	Nicola Felici	U.O.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Medico	14/06/23	<i>[Firma]</i>
	Cosimo Gambardella	U.O.S.D. Riabilitazione Intensiva	Medico	12/6/23	<i>[Firma]</i>
Flavio Marti	U.O.S.D. Formazione Professioni Sanitarie Continue ed Universitaria	Infermiere	12/6/23	<i>[Firma]</i>	
Marco Mastrucci	U.O.S.D. Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure	Infermiere	12/6/23	<i>[Firma]</i>	
Sandra Terzi	Amb. Chirurgia Vascolare	Infermiere	12/6/23	<i>[Firma]</i>	

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 2 di 62

VERIFICA	Dott. Antonio Silvestri Responsabile Aziendale per la Qualità (RAQ)	12/06/2023	
APPROVAZIONE	Dott.ssa Lucia Mitello Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie Dott. Gerardo De Carolis Direttore Sanitario Aziendale		
VALIDAZIONE	Dott. Narciso Mostarda Direttore Generale		

Rev.	Data	Causale delle modifiche	Codifica
0.0	12/06/2023	Prima stesura	a cura del RAQ

TRASMESSO IL: 21/06/2023	CODIFICATO IL: 21/06/2023	DISTRIBUITO IL:
--------------------------	---------------------------	-----------------

LISTA DI DISTRIBUZIONE (I livello)	
✓ Direttore Sanitario	✓ Direttore Amministrativo
✓ Direttori di Dipartimento	✓ Direttori di U.O.C.
✓ Direttori di U.O.S.D	✓ Responsabili di U.O.S.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 3 di 62

INDICE

		Pag.
1.	PREMESSA	5
2.	SCOPO	5
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	6
4.	CRITERI DI ACCESSO	6
5.	DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI	7
6.	DIAGRAMMA DI FLUSSO	8
7.	RESPONSABILITA'	9
8.	AZIONI	10
	8.1 Percorso A: Gestione del paziente non a rischio di LdP	11
	8.1.1 Fase 1 valutazione del paziente	11
	8.1.2 Screening Rischio LdP	12
	8.2 Percorso B: Paziente a rischio di LdP	13
	8.2.1 Fase 1 valutazione del paziente	14
	8.2.2 Fase 2 Elaborazione del piano di assistenza individuale	14
	8.3 Percorso C: Paziente portatore di LdP	19
	8.3.1 Fase 1 valutazione del paziente	19
	8.3.2 Fase 2: elaborazione del piano di assistenza individuale	20
	8.3.3 Fase 3 gestione della LdP	20
9.	SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI	39
10.	VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDTA	40

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 4 di 62

11.	EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE	40
12.	REVISIONE E AGGIORNAMENTO	40
13.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	41
14.	ALLEGATI	44

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 5 di 62

1. PREMESSA

Una Lesione da Pressione (di seguito LdP) è definita come un danno localizzato alla pelle e/o al tessuto sottostante, come risultato di pressione o pressione in combinazione con il taglio. Le lesioni da pressione di solito si verificano su una prominente ossea, ma possono anche essere correlate ad un dispositivo medico o altro oggetto.

Una lesione da pressione può verificarsi a causa delle forze del peso corporeo di un paziente o come risultato di forze esercitate esternamente come quelli applicati da un dispositivo medico o altro oggetto, o da una combinazione di questi. Essa può presentarsi con pelle o con una ferita aperta e può essere dolorosa. Il danno tissutale si verifica a seguito a compressione (perpendicolare alla superficie del tessuto), tensione o taglio (parallela alla superficie del tessuto) o una combinazione di queste modalità. Il microclima, la perfusione tissutale, l'età, lo stato di salute nonché altre comorbilità e le condizioni dei tessuti molli possono predisporre maggiormente al danno tissutale. [1]

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. Lo sviluppo di lesioni da pressione può interferire con il recupero funzionale del paziente, può essere complicato da dolore e da infezione e può contribuire a prolungare le degenze ospedaliere, oltre a costituire un ingente consumo di risorse per il SSN. La presenza di lesioni da pressione è un indicatore di prognosi sfavorevole e può contribuire alla mortalità prematura in alcuni pazienti. Secondo la Joint Commission, lo sviluppo di lesioni da pressione di Categoria/Stadio 3 o 4 è attualmente considerato come un evento correlato alla sicurezza del paziente e ritenuto pertanto un evento sentinella.

Con questo documento si è ritenuto opportuno fornire indicazioni proattive e reattive essenziali per il supporto decisionale nella prevenzione e nel trattamento dell'evento avverso di LdP in età adulta [2].

2. SCOPO

Nel recepimento del "Documento di indirizzo per la prevenzione e la gestione delle lesioni da pressione" Regione Lazio n. 005584 del 27 Aprile 2018" e delle ultime linee guida disponibili [1-4], lo scopo di questo PDTA è garantire omogeneità nelle modalità operative della prevenzione, monitoraggio e trattamento delle LdP nelle strutture della Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (di seguito AOSCF).

Nello specifico:

- uniformare le modalità operative volte ad individuare il livello di rischio nello sviluppare LdP;
- individuare e analizzare il rischio di LdP di tutti i pazienti che vengono ricoverati presso la AOSCF;

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 6 di 62

- definire percorsi assistenziali specifici per pazienti non a rischio di LdP, a rischio di lesioni o che le abbiano già sviluppate;
- ridurre l'incidenza delle lesioni da pressione;
- definire una univocità di linguaggio nella descrizione della lesione per l'impiego dello specifico trattamento;
- limitare i costi mediante l'utilizzo appropriato delle risorse umane, materiali e farmaceutiche.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

A CHI	A tutti i professionisti sanitari dell' A.O. San Camillo Forlanini, coinvolti nella prevenzione, monitoraggio e gestione dei pazienti adulti a rischio di sviluppare Lesioni da Pressione o nella cura di coloro che le hanno già sviluppate
DOVE	In tutti i setting assistenziali dall'A.O. San Camillo Forlanini dove sono ricoverati pazienti adulti
PER CHI	Per tutti i pazienti adulti in carico nei diversi contesti assistenziali dell'A.O. San Camillo Forlanini a rischio di sviluppare o portatori di Lesioni da Pressione
QUANDO	In tutte le fasi del ricovero del paziente adulto (accettazione, ricovero e dimissione)

4. CRITERI DI ACCESSO

Tutti i pazienti adulti in carico nei diversi contesti assistenziali dell'AOSCF a rischio di sviluppare o portatori di LdP.

Codici ICD CM

Codici	Descrizione
707.00	Decubito (ulcera, piaga)
707.01	Ulcerazione da decubito del gomito
707.02	Ulcerazione da decubito parte superiore del dorso
707.03	Ulcerazione da decubito parte inferiore del dorso
707.04	Ulcerazione da decubito dell'anca
707.05	Ulcerazione da decubito della natica
707.06	Ulcerazione da decubito della caviglia
707.07	Ulcerazione da decubito del tallone
707.09	Ulcerazione da decubito altra sede
707.12	Ulcerazione da decubito del polpaccio

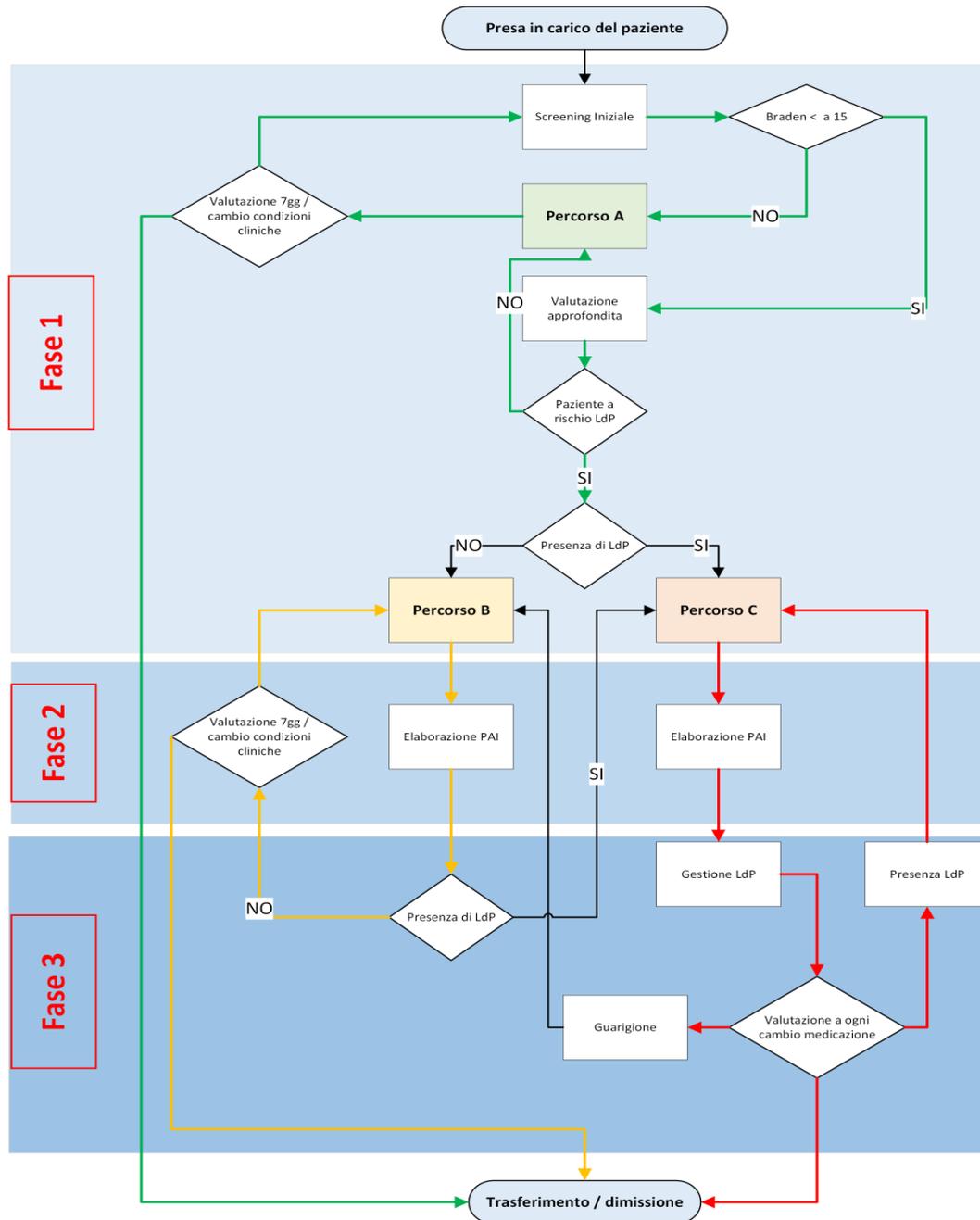
PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 7 di 62

5. DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

AOSCF	Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
BMI	Body mass Index
EBM	Evidence Based Medicine
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
LdP	Lesioni da Pressione
LG	Linee Guida
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
NRS	Numeric Rating Scale
PAI	Piano di Assistenza Individuale
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia
RBP	Retinol Binding Protein

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 8 di 62

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO



PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 10 di 62

8. AZIONI

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 di ogni percorso sono state quindi definite le seguenti fasi:

FASE 1

Valutazione del paziente

FASE 2

Elaborazione del piano
di assistenza individuale

FASE 3

Gestione della LdP

È opportuno sottolineare che le tre fasi rappresentano momenti diversi di un unico processo assistenziale, strettamente collegate fra loro.

È evidente che la fase di valutazione del paziente è comune a tutti i percorsi, mentre le fasi successive sono specifiche per il percorso B e C, rispettivamente.

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

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 11 di 62

8.1 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.



8.1.1 Fase 1: valutazione del paziente

La valutazione del paziente è il primo passo per una corretta prevenzione. La maggior parte degli strumenti di valutazione tengono conto dei principali fattori di rischio nell'insorgenza delle LdP (ad es. attività, mobilità, alimentazione, umidità, percezione sensoriale, attrito e taglio e condizioni generali di salute). Tuttavia attualmente non esiste un singolo strumento di valutazione del rischio di insorgenza delle LdP fornendo esso, di fatto, informazioni limitate. Per queste ragioni il grado di esposizione al rischio per un individuo specifico deve essere interpretato alla luce del giudizio clinico delle condizioni mediche, di parametri oggettivi (BMI, temperatura corporea, valori ematici) nonché dalla storia dell'individuo [1]. Lo screening del rischio di LdP va condotto il prima possibile, dopo l'accesso al servizio e successivamente a seguito di ogni qualsiasi variazione dello stato di salute o a seguito di trattamenti (es. intervento chirurgico) [1].

Alla luce dei risultati dello screening e a seguito di qualsiasi variazione dello stato di salute o a seguito di trattamenti, dovrà essere condotta una valutazione completa del rischio di LdP attraverso:

- Approccio strutturato
- Una valutazione clinica approfondita dello stato cutaneo
- Valutazione di ulteriori fattori di rischio unitamente a uno strumento validato
- Utilizzo del giudizio clinico [4]

La valutazione dovrà essere effettuata anche al momento della dimissione dall'Unità Operativa o dalla struttura [1] documentando anche la presenza/assenza di LdP [2].

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 12 di 62

8.1.2 Screening Rischio LdP

Lo screening iniziale va effettuato, nel più breve tempo possibile a tutti i pazienti che accedono all'AOSCF, tramite la scala di Braden che, tra quelle validate in italiano, include l'analisi del maggior numero di fattori di rischio per le LdP [1] (allegato 1); un punteggio inferiore a 15 (rischio medio) dovrà necessariamente prevedere una valutazione approfondita che, tramite il giudizio clinico, tenga conto di [4]:

- Ispezione approfondita della cute (presenza di eritema, presenza di edema, presenza di dolore nei punti di contatto) ponendo particolare attenzione nei soggetti con pigmentazione della pelle scura
- Patologia Diabetica
- BMI (inferiore a 18,5 o superiore a 30)
- Perfusion e ossigenazione
- Stato di salute generale
- Temperatura corporea elevata
- Valori ematochimici alterati (proteina C reattiva elevata, Albumina sierica bassa, Emoglobina bassa)

Scheda di valutazione rischio di LdP

Presso l'AO San Camillo Forlanini viene utilizzata all'ingresso del paziente la "scheda di valutazione iniziale pazienti a rischio di LdP" (allegato 2) utilizzando come indicatori la scala di Braden* (allegato 1), la valutazione nutrizionale di base (B.M.I.) e l'ispezione cutanea; per la valutazione periodica viene utilizzata la "scheda di valutazione periodica (allegato 3).

*** In attesa dell'allineamento del sito Aziendale è concesso l'utilizzo temporaneo della scala di Norton**

<p>Il Percorso A) si conclude con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Indipendentemente dalla conclusione del percorso, è mandatorio che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>Indicatori di processo minimi suggeriti</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 13 di 62

8.2 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 [2].

Sono inclusi in questo percorso tutti i pazienti non appartenenti al Percorso A o che, pur appartenendo inizialmente al percorso A, hanno modificato il profilo di rischio individuale per LdP. Sono da intendersi pazienti a rischio di insorgenza di LdP:

- a) Individui costretti a letto e/o in carrozzina;
- b) Individui con limitazioni della mobilità o delle attività (ad esempio: riduzione della mobilità degli arti e della capacità di cambiare la posizione in autonomia);
- c) Individui con ridotto stato cognitivo, non in grado di percepire e/o riferire ed esprimere il proprio stato fisico;
- d) Pazienti candidati a interventi di chirurgia maggiore, protesica o di durata superiore alle due ore;
- e) 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, pazienti in attesa di trasferimento.

- Utilizzare un sistema di supporto dinamico se il paziente non è in grado di cambiare la sua posizione.
- Scelta del presidio appropriato in base al Braden Risk Score
- Individuazione del presidio dinamico (materasso) appropriato in funzione del livello di rischio:

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 14 di 62



8.2.1 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 8.1. Indipendentemente dal punteggio della Scala di Braden, un'anamnesi positiva per pregressa LdP, pone automaticamente il paziente tra i soggetti a rischio.

8.2.2 Fase 2: elaborazione del Piano di Assistenza Individuale



Il Piano di assistenza individuale (PAI) deve prevedere i seguenti contenuti minimi:

- 1.** 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 [1,4].
- 2.** Valutazione dello stato nutrizionale che riveste un ruolo determinante nello sviluppo di una LdP.
- 3.** Mobilizzazione in quanto l'immobilità e l'inattività sono fra i principali fattori causali dell'insorgenza di LdP. Nei soggetti affetti da patologie che riducono la mobilità (ad es patologie ortopediche - neurologiche) è importante avviare una precoce riabilitazione motoria previa consulenza fisiatrica per la stesura di un progetto riabilitativo individuale [1]. La mobilizzazione deve essere definita non solo nei modi, ma anche negli orari.
- 4.** Utilizzo di dispositivi antidecubito atti a ridurre 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.
 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 [3].

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 15 di 62

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

In caso di trasferimento (intra o inter-ospedaliero) 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.

Si considerano a rischio di LdP i pazienti che sottoposti a valutazione con la Scala di Braden ottengono i seguenti punteggi:

PUNTEGGIO	15-23	13-14	0-12	<9
RISCHIO	BASSO	MEDIO	ALTO	MOLTO ALTO

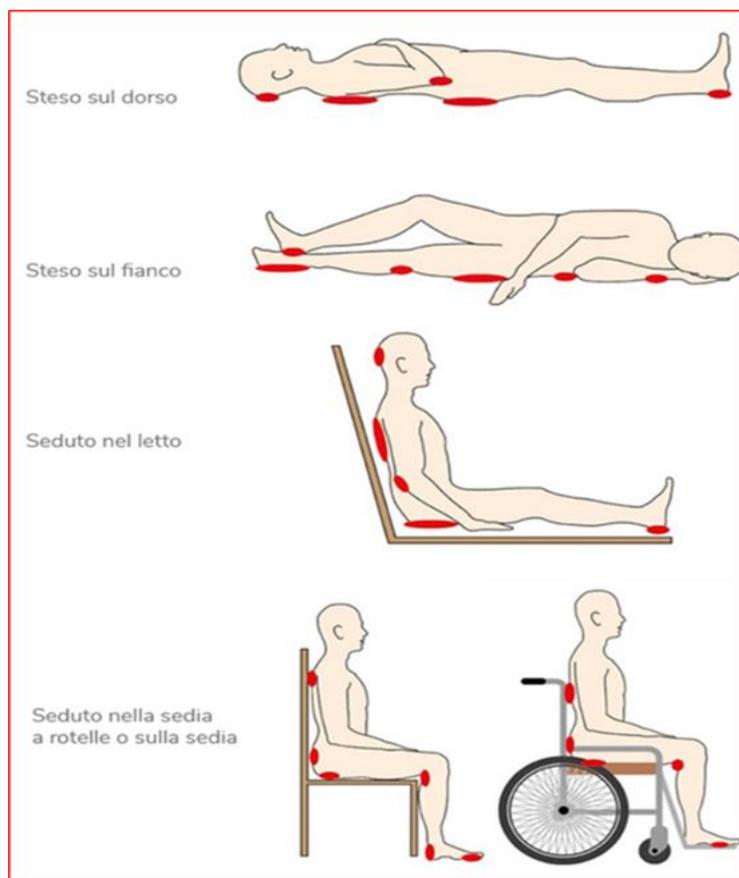
In base al punteggio ottenuto l'infermiere attua le seguenti misure assistenziali:

- a) **Paziente a basso rischio** [1,3,4]:
 - Valutare l'utilizzo di una schiuma di poliuretano al fine di prevenire lesioni del tallone;
 - Controllare l'integrità e l'umidità cutanea;
 - Valutare le forze di frizione e di taglio durante gli interventi assistenziali.
- b) **Paziente a rischio medio** [4]:
 - Adottare gli stessi interventi del paziente a basso rischio, integrandoli con un programma individualizzato di mobilizzazione e rotazione laterale di 30° (allegato 4 e 8) salvo controindicazioni;
 - Applicare superfici di supporto per ridurre la pressione;
 - Assicurare l'idratazione e la nutrizione, secondo le indicazioni del clinico e del nutrizionista;
 - Mantenere la cute pulita e appropriatamente idratata: detergendo prontamente la cute dopo episodi di incontinenza, utilizzando prodotti per l'incontinenza ad alto assorbimento, proteggendo la cute dall'umidità con prodotti barriera;
 - Usare una medicazione in schiuma multistrato in silicone morbido per proteggere la cute.
- c) **Paziente a rischio alto o molto alto** [2,4]:
 - Adottare gli stessi interventi del paziente a rischio moderato tutti gli interventi precedenti con l'aggiunta di un programma individuale di mobilizzazione e di rotazione laterale di 30° con tempi ravvicinati (allegato 4 e 8);
 - Monitorare le condizioni cliniche del paziente;
 - Valutare l'integrità cutanea ad ogni intervento assistenziale.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 16 di 62

1. Valutazione della cute

La valutazione accurata della cute e del tessuto è importante nella prevenzione delle lesioni da pressione, nella classificazione, nella diagnosi e nel trattamento, nonché necessaria al fine di rilevare i primi segni dei danni causati dalla pressione, specialmente sulle prominenze ossee. La valutazione della cute è parte integrante della valutazione del rischio d'insorgenza di LdP, deve essere svolta dalla "testa ai piedi" ponendo particolare attenzione alla cute sulle prominenze ossee [1,2,4]:



PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 17 di 62

L'infermiere include nel processo della valutazione della cute:

- il dolore, tramite le apposite scale, soprattutto nei punti di contatto;
- il colore della cute: se identifica eritema ne valuta le caratteristiche tramite la tecnica dello sbiancamento);
- l'edema;
- la temperatura cutanea;
- la variazione della consistenza del tessuto.

In caso di presenza di dispositivi medici, l'infermiere:

- Deve esaminare e selezionare i dispositivi idonei tenendo conto delle capacità dello stesso di ridurre al minimo i danni ai tessuti, deve avere dimensioni/forma adatte al paziente ed essere correttamente applicato e fissato;
- deve valutare la cute sotto ed intorno ai dispositivi medici per individuare segni di danni correlati alla pressione sul tessuto circostante.
- Deve valutare l'interfaccia tra i dispositivi e la cute cercando di ridurre e/o distribuirne la pressione (rotazione o riposizionamento del dispositivo, rimozione del dispositivo non appena possibile, utilizzo di medicazioni profilattiche sotto il dispositivo)
- Aumentare la frequenza delle valutazioni della cute in risposta a qualsiasi deterioramento delle condizioni generali.
- Documentare i risultati di tutte le valutazioni globali della cute sulla "Scheda di valutazione e monitoraggio delle LdP", modulo interno ad uso aziendale

2. Valutazione dello stato nutrizionale

È necessario individuare tempestivamente il paziente malnutrito o a rischio nutrizionale, candidato a un intervento nutrizionale di supporto [2,4].

Se l'alimentazione è inadeguata, si dovrebbero prendere in considerazione interventi nutritivi come la nutrizione enterale o parenterale, sempre che ciò sia compatibile con le condizioni cliniche del soggetto.

Importante è il piano di valutazione settimanale dello stato nutrizionale che riveste un ruolo determinante nello sviluppo di una LdP. I deficit nutrizionali hanno effetti negativi sull'insorgenza delle LdP. Esiste una forte relazione tra stato nutrizionale (idratazione compresa) e sviluppo di LdP.

Un buono stato di nutrizione è fondamentale nella prevenzione delle lesioni da pressione e nel loro trattamento, poiché contribuisce all'integrità della cute. Carenze vitaminiche e di oligoelementi possono predisporre il paziente ad un aumentato rischio di LdP.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 18 di 62

Gli indicatori di cui si tiene conto per la valutazione dello stato di nutrizione sono:

- il peso (storia ponderale: peso attuale, abituale ed eventuale perdita di peso repentina nel breve periodo);
- il BMI (Indice di Massa Corporea), che indica se una persona è sottopeso, normopeso, sovrappeso o obesa. Le persone sottopeso e quelle obese sono ad elevato rischio di LdP. Nei pazienti con ascite od edemi il BMI è calcolato su peso asciutto.

Andranno anche monitorati i seguenti parametri di laboratorio, che se inferiori ai valori di seguito descritti, sono utili indicatori di malnutrizione severa:

- albumina (<3,5g/dl)
- transferrina (<150 mg/dl)
- RBP (<3g/dl)
- leucociti (<1000/mmc).

3. Monitoraggio mobilizzazione

L'immobilità e l'inattività sono fra i principali fattori causali dell'insorgenza di LdP. Nei soggetti affetti da patologie che riducono la mobilità (ad es patologie ortopediche - neurologiche) è importante avviare una precoce riabilitazione motoria previa consulenza fisiatrica per la stesura di un progetto riabilitativo individuale. La mobilizzazione deve essere definita non solo nei modi, ma anche negli orari.

4. Scelta dei sistemi antidecubito

La scelta dei sistemi di supporto antidecubito è in relazione al profilo di rischio di sviluppare LdP.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 19 di 62

8.3 Percorso C - Gestione del paziente portatore di LdP

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

FASE 1
Valutazione del paziente

FASE 2
Elaborazione del Piano
di Assistenza Individuale

FASE 3
Gestione della LdP

8.3.1 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 8.1.

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 con LdP (scheda di valutazione LdP allegato 9). La valutazione deve essere ripetuta con cadenza almeno settimanale o al variare delle condizioni della lesione o di quelle clinico-assistenziali del paziente.

Il dolore

Il dolore è un parametro vitale che 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. Di norma misurare il livello del dolore usando la scala NRS (Numeric Rating Scale allegato 5) o la scala. Per pazienti con deficit cognitivo, che non sono in grado di rispondere alle domande o

presentano difficoltà linguistiche o comunicative usare la scala PAINAD. (Pain Assessment in Advanced Dementia allegato 6) [5,6]. La rilevazione del dolore deve essere effettuata ad ogni turno e riportata in cartella.

Per ridurre il dolore associato a lesione da pressione è opportuno utilizzare come prima scelta strategie di gestione del dolore non farmacologiche considerando l'applicazione di un oppioide topico per gestire il dolore da lesione da pressione acuta se necessario e se non ci sono controindicazioni [4].

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 20 di 62



8.3.2 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 8.2.2, 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.



8.3.3 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 [1] (*National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel* – Allegato 7) e codice colori (allegato 10).

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 [1]:
 - a. Sede
 - b. dimensioni (lunghezza, larghezza e profondità)
 - c. tipo di tessuto presente (di granulazione, necrotico, fibrinoso ecc.)
 - d. margini
 - e. quantità e tipo di essudato
 - f. presenza di tratti sottominati
 - g. presenza di fistole
 - h. odore
 - i. presenza di aree di riepitelizzazione
 - j. presenza e intensità del dolore

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 21 di 62

3. Valutare la cute perilesionale (almeno fino a 10-12 cm dal margine) per la presenza di:
- a. Eritema
 - b. Macerazione
 - c. Indurimento
 - d. edema.

Queste attività devono essere effettuate al momento della presa in carico del paziente e ad ogni cambio medicazione, al fine di orientare correttamente le scelte di trattamento.

È fondamentale che la valutazione avvenga con cadenza almeno settimanale (O AL VARIARE DELLA LESIONE O DELLE CONDIZIONI CLINICHE DEL PAZIENTE), dandone opportuna evidenza nella documentazione sanitaria.

4. Prevenire/trattare eventuali infezioni delle LdP.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 22 di 62

MISURAZIONE DELLA LESIONE DA PRESSIONE [1,4]



- Misurare la massima lunghezza (direzione dalla testa ai piedi)
- Misurare la massima larghezza (direzione da fianco a fianco)
- Utilizzare sempre lo stesso righello e lo stesso metodo ogni volta che si misura la LdP
- Misurare la lunghezza in modo perpendicolare alla larghezza
- Misurare la profondità inserendo un tampone sterile e contrassegnare con un pennarello la parte emergente del tampone all'altezza della cute del paziente poi misurare mediante un righello
- Misurare le tunnellizzazioni o aree sotto minate utilizzando un tampone sterile e utilizzare lo schema dell'orologio.

CUTE PERILESIONALE [1,4]

Per cute perilesionale si intende la porzione di cute che si estende per circa 10 cm oltre il margine di lesione. Essa deve essere mantenuta asciutta e protetta dall'eccesso di umidità e dall'azione degli adesivi utilizzati per mantenere in sede le medicazioni.

CONSIGLI PER LA GESTIONE DELLA CUTE PERILESIONALE:

1. CUTE NORMALE: crema base
2. CUTE SECCA: crema emolliente
3. CUTE XEROTICA: olio o unguento
4. CUTE MACERATA: ossido di zinco 10% o altri prodotti barriera

LA DETERSIONE [1,4]

La detersione ha come obiettivo rimuovere i residui della vecchia medicazione, ridurre la carica microbica e permettere una corretta valutazione del letto della ferita

- utilizzare soluzione fisiologica a temperatura corporea /ambiente.
- se la lesione non ha segni clinici di infezione utilizzare 35 cc di soluzione fisiologica e un ago 19g
- se presenta segni di infezione detergere con almeno 150 cc di soluzione fisiologica.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 23 di 62

LA MEDICAZIONE [1,4]

La medicazione è la componente centrale nella cura delle LdP ma il suo utilizzo deve però essere contestualizzato all'interno di un approccio globale del paziente (trattamento delle cause che sono alla base del danno tissutale).

Se dopo 2 settimane di trattamento la lesione non mostra progressi verso la guarigione è da considerare la necessità di:

- gestire la carica microbica
- valutare volume e natura dell'essudato
- valutare le condizioni del letto della lesione e della cute perilesionale
- valutare le dimensioni, la profondità e la sede
- valutare eventuali sottominature o fistole
- rivalutare l'individuo e il piano di cura

SE IL PAZIENTE PRESENTA PIU' DI UNA LDP INIZIARE IL TRATTAMENTO DA QUELLA MENO CONTAMINATA

La medicazione dovrebbe essere sostituita prima della scadenza programmata soltanto quando [1,4]:

- satura: non è più in grado di gestire il materiale assorbito
- perde integrità
- è visibilmente sporca

Si possono associare più medicazioni:

- **MEDICAZIONE PRIMARIA:** presidio a diretto contatto con la lesione
- **MEDICAZIONE SECONDARIA:** utilizzata come fissaggio o necessaria per completare l'azione.

Fissare le medicazioni avendo cura di applicare il cerotto o il film di poliuretano SOLO SUI BORDI della medicazione.

Associazioni tra medicazioni proposte dalle aziende produttrici

M. PRIMARIA: alginato	M. SECONDARIA: film, idrocolloidi, schiuma
M. PRIMARIA: idrofibra	M. SECONDARIA: idrocolloide
M. PRIMARIA: idrogel	M. SECONDARIA: film

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 24 di 62

Associazioni tra medicazioni sconsigliate

Idrogel + alginato	Svolgono funzioni contrapposte
Idrofibra + alginato	Svolgono la stessa funzione ed entrambe medicazioni primarie
Medicazioni con clorexidina + medicazioni a base di iodopovidone	Gli antisettici si inattivano l'un l'altro
Medicazione a base grassa (vasellina) + medicazione con argento ionico	I prodotti a base grassa interferiscono con l'efficacia della medicazione in argento
Rinnovo giornaliero + medicazione avanzata	Non è costo efficace
Schiuma con argento + alginato con ag/idrofibra con ag	Associazione inutile e dispendiosa

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 25 di 62

Gestione della lesione

Schede trattamento per stadio e tipo di lesione da pressione

Trattamento delle lesioni da pressione	
Categoria/stadio 1°	
Obiettivo	Prevenire ulcerazione cutanea
categoria/stadio 2°	
Obiettivo	<ul style="list-style-type: none"> • Favorire la riparazione tissutale • Evitare il peggioramento della lesione • proteggere la cute neoformata e la rottura delle flittene
categoria/stadio 3°	
Obiettivo	Ripristinare la continuità del sottocute e della cute, controllando il processo necrotico e/o infettivo che spesso si associa
categoria/stadio 4°	
Obiettivo	<ul style="list-style-type: none"> • Ripristinare la continuità del sottocute e della cute, controllando il processo necrotico e/o infettivo che spesso si associa • Controllare l'infezione e prevenire e/o evitare eventuali complicanze anche a livello sistemico
N.B. Il trattamento delle lesioni di 2° 3° e 4° stadio varia in relazione al tipo di lesione presente come indicato nelle schede seguenti	

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 26 di 62

TRATTAMENTO IN BASE ALLA CLASSIFICAZIONE COLORE E CATEGORIA/STADIO

CODICE COLORE "ROSA" 1° CATEGORIA/STADIO	
obiettivo	<ul style="list-style-type: none"> Prevenire l'insorgenza di soluzioni di continuo della cute; Salvaguardare l'integrità cutanea.
detersione	<ul style="list-style-type: none"> Acqua Saponi neutri
trattamento	<p><u>Rischio macerazione (umidità e/o incontinenza):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Spray protettivo, ossido di zinco, crema barriera <p><u>Rischio di frizione e scivolamento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Idrocolloidi extra sottili Film in poliuretano <p><u>Secchezza cutanea:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Prodotti emollienti/idratanti
frequenza	<ul style="list-style-type: none"> Mantenimento in situ fino a 7 gg; Cambio al bisogno (NB Monitoraggio ferita giornaliero).
	<ul style="list-style-type: none"> non usare: prodotti coloranti (es: eosina), creme al cortisone, acido ialuronico, antibiotici topici, antimicotici e prodotti a base di argento; non massaggiare vigorosamente durante l'applicazione delle creme soprattutto in corrispondenza delle prominente ossee.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 27 di 62

CODICE COLORE "ROSSO" 2° CATEGORIA/STADIO		
obiettivo	<ul style="list-style-type: none"> • Favorire la riparazione tissutale; • Evitare il peggioramento della lesione; • Proteggere la cute neoformata e la rottura delle flittene. 	
detersione	<ul style="list-style-type: none"> • soluzione fisiologica 	
trattamento	<p><u>Se essudato lieve e moderato:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • IDROCOLLOIDI • SCHIUME DI POLIURETANO <p>PER FLITTENE</p> <p>1- <u>Non rischio rottura:</u> schiuma di poliuretano con interfaccia al silicone (cambio 7 gg) Idrocolloide (cambio 7 gg) Garza non aderente</p> <p>2- <u>Rischio rottura:</u> antisepsi cutanea Aspirazione del liquido con tecnica antisettica Non rimuovere il tetto delle flittene</p>	
frequenza	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimento in situ 2-3 gg (idrocolloide) 3-4 gg (schiume) o a saturazione della medicazione; • Cambio al bisogno (NB Monitoraggio ferita giornaliero). 	
	<ul style="list-style-type: none"> • non usare: prodotti coloranti (es: eosina), creme al cortisone, acido ialuronico, antibiotici topici, antimicotici e prodotti a base di argento; • non asportare e non forare il tetto delle flittene a meno che il diametro sia superiore a 10 cm o il liquido all'interno sia torbido, purulento o ematico. 	

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 28 di 62

CODICE COLORE "ROSSO" E "GIALLO" 3 -4° CATEGORIA/STADIO		 
obiettivo	<ul style="list-style-type: none"> Favorire e mantenere la detersione; Gestire l'essudato (ambiente umido senza macerazione); Prevenire infezioni. 	
detersione	<ul style="list-style-type: none"> soluzione fisiologica 	
Trattamento	<ul style="list-style-type: none"> considerare il tipo e la quantità di essudato; considerare tramite fistolosi e/o sottominature; accertarsi di rimuovere tutte le medicazioni precedenti con una accurata detersione. 	
<p>se lesione  <u>con scarso essudato:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> idrocolloidi (cambio 2- 3 gg) o schiume di poliuretano sottili (cambio 4 gg) <p><u>con moderato essudato:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> idrocolloidi o schiume di poliuretano (cambio 1 - 3gg) <p><u>con abbondante essudato</u></p> <ul style="list-style-type: none"> alginato di calcio (cambio ogni 1-3 gg) o idrofibra (cambio ogni 2/ 4 gg) come medicazione secondaria utilizzare schiuma di poliuretano o medicazione super assorbente <p>Proteggere la cute perilesionale con crema o prodotti barriera</p> <p><u>ZAFFARE LE FISTOLE O LE SOTTOMINATURE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Idrofibra o alginato da sostituire a saturazione della medicazione 	<p>Se lesione  <u>Con fibrina e scarso essudato:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Idrogel (medicazione primaria) e idrocolloide (medicazione secondaria). <p>L'idrocolloide si applica se la lesione è molto secca;</p> <p><u>con fibrina e moderato essudato:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Idrogel (medicazione primaria) e schiuma di poliuretano (medicazione secondaria) da cambiare ogni 1-3 gg circa <p><u>Con fibrina e abbondante essudato:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Alginato di calcio (medicazione primaria) con cambio ogni 2-3 gg o idrofibra (medicazione primaria) ogni 3-4 gg. Schiuma di poliuretano (medicazione secondaria). <p>Proteggere la cute perilesionale con creme o prodotti barriera.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> Le medicazioni avanzate vanno cambiate a saturazione; Riempire le cavità facendo attenzione a non lasciare spazi vuoti; La zaffatura non deve comprimere bordo e fondo in quanto danneggerebbe i tessuti; Non utilizzare medicazioni avanzate quando il cambio è necessario più volte nella stessa giornata. In questo caso prendere in considerazione medicazioni tradizionali facendo attenzione a proteggere il fondo della lesione con garze non aderenti. 	

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 29 di 62

CODICE COLORE "NERO" E "GIALLO"		 
3 -4° CATEGORIA/STADIO		
obiettivo	<ul style="list-style-type: none"> • Rimuovere il tessuto non vitale • Ripristino del tessuto vitale • Prevenire infezioni e complicanze (sottominature e/o fistole) 	
detersione	<ul style="list-style-type: none"> • soluzione fisiologica 	
Trattamento		
Se lesione gialla (slough):  <ul style="list-style-type: none"> • <u>con moderato essudato:</u> • enzimi proteolitici (collagenasi) in mancanza del prodotto utilizzare idrogel. Coprire con garze a bassa aderenza. Ricoprire il tutto con garze e cerotto. Cambio ogni 1-2 gg; • <u>con abbondante essudato</u> • alginato di calcio (medicazione primaria) cambio ogni 1-3 gg o a saturazione; • come medicazione secondaria utilizzare schiuma di poliuretano o medicazione super assorbente Proteggere la cute perilesionale con crema o prodotti barriera.	Se necrosi nera (escara):  <ul style="list-style-type: none"> • Idrogel (medicazione primaria) applicando uno strato su tutta la lesione praticando microlesioni sulla superficie della necrosi per favorire la penetrazione del prodotto. Continuare fino alla completa rimozione del tessuto necrotico. Film di poliuretano o idrocolloide sottile (medicazione secondaria); • Possibile laddove sia necessario debridment con taglienti/chirurgico (deve essere eseguito da personale medico); • Se presente tessuto devitalizzato colliquato e poco adeso lo sbrigliamento può essere effettuato dall'infermiere esperto. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Non utilizzare collagenasi su escare secche o lesioni superessudanti; • Non utilizzare idrogeli su lesioni superessudanti; • Non procedere allo sbrigliamento in pazienti in fase terminale o nei pazienti nei quali l'obiettivo della guarigione non è raggiungibile. 	

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 30 di 62

CODICE COLORE "NERO" NECROSI (OCCIPITE, TALLONE, DITA DEI PIEDI O DEGLI ARTI INFERIORI DA ISCHEMIA)		
obiettivo	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenere stabile l'escara e favorire il distacco naturale • Prevenire infezioni e complicanze 	
detersione	<ul style="list-style-type: none"> • soluzione fisiologica 	
trattamento	<p>L'escara secca dei talloni, dita e arti inferiori dove non è presente una vascolarizzazione sufficiente, non deve essere rimossa se non in caso di edema, fluttuazione, secrezioni purulente e dolore della cute perilesionale (indicano infezione); In questo caso è necessario un debridement urgente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - In caso di necrosi secca: <ul style="list-style-type: none"> • Scarico delle pressioni dal tallone • Applicare toccature di iodopovidone al 10% • Coprire con garze e fissare con un cerotto 	
frequenza	Sostituire ogni 24 ore controllando che non ci siano modificazioni significative	
	<ul style="list-style-type: none"> • Non utilizzare collagenasi su escare secche o lesioni superessudanti; • Non utilizzare idrogeli su lesioni superessudanti; • Non procedere allo sbrigliamento in pazienti in fase terminale o nei pazienti nei quali l'obiettivo della guarigione non è raggiungibile; • Non utilizzare terapia compressiva. • <i>In caso di lesioni di IV grado al tallone (con o senza compromissione dell'osso) considerare sempre l'approccio chirurgico [3]</i> 	

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 31 di 62

LESIONE SANGUINANTE O POST-ESCARECTOMIA CHIRURGICA	
obiettivo	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenire e/o gestire le emorragie; • Prevenire infezioni; • Favorire i processi riparativi.
detersione	<ul style="list-style-type: none"> • soluzione fisiologica
trattamento	<ul style="list-style-type: none"> • in caso di lieve sanguinamento utilizzare alginato di calcio; • eseguire nelle prime ore post intervento di escarectomia un attento monitoraggio al fine di individuare precocemente sanguinamenti. In caso farla rivalutare dal chirurgo e seguire le sue indicazioni; • In assenza di sanguinamento stadiare la lesione e trattarla seguendo le indicazioni precedenti.
frequenza	<ul style="list-style-type: none"> • Eseguire cambio al bisogno
	<ul style="list-style-type: none"> • Non rimuovere in modo traumatico le medicazioni

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 32 di 62

CODICE COLORE "VERDE" LESIONE INFETTA		
obiettivo	<ul style="list-style-type: none"> • Promuovere lo sbrigliamento e la detersione; • Controllare e ridurre la colonizzazione critica/infezione; • Gestire e ridurre il dolore, l'essudato e l'odore. 	
detersione	<ul style="list-style-type: none"> • soluzione fisiologica (abbondante e accurata) 	
ANTISEPSI		
<ul style="list-style-type: none"> • utilizzare antisettici solo in presenza di almeno due segni/sintomi di infezione 		
<p>CRITERI PER IL RICONOSCIMENTO (EWMA "identificazione e criteri delle ferite infette"):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>segni locali</u>: <ul style="list-style-type: none"> - assenza e segni di guarigione per 2 settimane - tessuto di granulazione friabile - cattivo odore - aumento del dolore - aumento del calore intorno la lesione - aumento dell'essudato - cambiamento delle caratteristiche dell'essudato - aumento del tessuto non vitale nel letto della lesione e/o aumento delle dimensioni, e/o formazione di tasche, tunnelizzazioni nel letto della lesione. • Considerare una diagnosi di infezione acuta diffusa se la LDP presenta oltre ai segni locali anche segni sistemici di infezione come: <ul style="list-style-type: none"> - Eritema esteso oltre il perilesionale - Aumento del dolore e/o delle dimensioni - Essudato purulento - Crepitio, fluttuanza o discromia della cute perilesionale - Febbre, malessere o ingrossamento dei linfonodi - Confusione/delirio e anoressia (particolarmente presente negli anziani). 	<p>Gli antisettici indicati su base acquosa comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iodopovidone 10% - Clorexidina 0,05% - Ipoclorito di sodio 0,05% <p>Lasciare agire gli antisettici per il tempo indicato nelle schede tecniche dei prodotti e sciacquare con soluzione fisiologica al termine dell'applicazione.</p>	

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 33 di 62

TRATTAMENTO LESIONI INFETTE 	
Trattamento	<ul style="list-style-type: none"> • Se presente tessuto necrotico, rimuoverlo attraverso debridment chirurgico; • Medicazioni avanzate semplici e/o composte (alginati con ag, idrofibre con ag ...) come medicazione primaria; • Schiume di poliuretano o super assorbenti come medicazione secondaria. Utilizzarle senza bordo se cute perilesionale macerata (fissarla con cerotto); • Per lesioni maleodoranti utilizzare medicazioni a base di argento e carbone come secondarie.
Frequenza	<ul style="list-style-type: none"> • Giornaliera
	<ul style="list-style-type: none"> • Non effettuare tamponi colturali di routine o tamponi qualitativi in quanto non sono indicativi di infezione • Non utilizzare acqua ossigenata e prodotti coloranti (eosina, mercurocromo, fucsina...) • Non utilizzare su lesioni molto estese e per periodi prolungati iodopovidone per il rischio di assorbimento sistemico dello iodio • Evitare di miscelare diversi antisettici • Non utilizzare medicazioni occlusive o semioclusive (film, idrogeli in placca, idrocolloidi, schiume di poliuretano con bordatura adesiva) • Non utilizzare antibiotici topici • Non utilizzare garza iodoformica • Non utilizzare antisettici per un tempo indefinito

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 34 di 62

LA TERAPIA A PRESSIONE NEGATIVA (NPWT)

La terapia a pressione negativa va considerata come terapia aggiuntiva precoce per ridurre le dimensioni e la profondità delle lesioni da pressione categoria III e IV.

Non è raccomandata:

- In ferite non adeguatamente sbrigliate, necrotiche o maligne;
- se vi è esposizione di organi vitali;
- se sono prive di essudato;
- nei pazienti con coagulopatie, osteomielite o infezione locale o sistemica non trattate.

Usare con cautela nei soggetti in terapia anticoagulante, in ferite attivamente sanguinanti o laddove sia in stretta prossimità dei vasi sanguigni maggiori.

NB: sbrigliare e rimuovere il tessuto necrotico prima di usare l'NPWT

LA TERAPIA CON FATTORI DI CRESCITA

Considerare l'applicazione di gel piastrinico per promuovere la guarigione nelle lesioni da pressione difficili [1]

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 35 di 62

DESCRIZIONE PRODOTTO	INDICAZIONI D'USO	ALERT	COLORE LESIONE
Film di poliuretano adesivo trasparente semipermeabile 6x7 10x12 20x25	Indicata come medicazione secondaria in associazione a Idrogel o come medicazione primaria per la prevenzione delle lesioni da pressione (previene i fattori frizione, trazione, macerazione). Indicata come fissaggio di medicazioni in caso di cute perilesionale fragile	Non utilizzare nelle lesioni con abbondante essudato e/o infette; non utilizzare se cute perilesionale fragile; non utilizzare se allergie agli acrilati (adesivi)	
Medicazione in alginato con argento 5x5 11x11 10x20 stringa	Indicata per il trattamento di lesioni infette o fortemente colonizzate con essudazione media/abbondante		
Medicazione in Alginato di calcio 5x5 10x10 10x20 nastro	Indicata nel trattamento delle lesioni acute ne/o croniche di varia eziologia da moderatamente a iperessudanti	non utilizzare su ferite asciutte o su ferite molto sanguinanti	
Medicazione Collagene associato 28 cm2	Indicata per lesioni deterse, ferme nel processo di guarigione, con essudato scarso-medio. Indicazioni di cambio 5-7 gg	Lesioni infette	
Medicazione in carbossimetilcellulosa Sodica con argento 5X5 10x10 2X45 15X15	Medicazione assorbente a ritenzione di essudato. Indicata per lesioni deterse con elevato essudato. Indicata per lesioni infette e per lesioni cavitare. Indicazioni di cambio anche 5 gg. La stringa si utilizza per il riempimento di tragitti fistolosi.	Lesioni non infette	

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 36 di 62

DESCRIZIONE PRODOTTO	INDICAZIONI D'USO	ALERT	COLORE LESIONE
Medicazione in carbossimetilcellulosa 5x5 10x10 15x15 Nastro	Medicazione assorbente a ritenzione di essudato indicata in lesioni deterse con elevato essudato	Non indicata in lesioni asciutte o con essudato scarso	
Medicazione in idrogel idrofilico 15g	Indicata nello sbrigliamento di necrosi ed escare. Necessitano sempre di essere associati a film di poliuretano o garza grassa o idrocolloide	Controindicata in lesioni con abbondante essudato. Nelle lesioni infette non è indicata l'associazione con idrocolloidi	
Medicazione in carbone attivo puro 10x10 10x20	Medicazione sterile con carbone attivo su supporto assorbente e antiaderente. Indicata per lesioni maleodoranti Indicazioni di cambio 2-3gg	La medicazione non deve essere tagliata	
Spray argento 125 ml	Medicazione spray contenente argento colloidale e acido ialuronico E' un trattamento topico delle lesioni superficiali (abrasioni, irritazioni da incontinenza...)	Non usare come prevenzione delle LDP.	
Spugna di gelatina assorbibile	Spugna di gelatina assorbibile con effetto emostatico adatta per il controllo delle emorragie		
Medicazioni idrocolloidi sagomato 6x8 cm	Mantiene un microclima umido favorevole alla granulazione e alla riepitelizzazione. Indicato in lesioni II e III categoria. Utilizzare su lesioni deterse con ridotta percentuale di slough con essudato assente o scarso. Indicazioni di cambio 2-5 gg. Sagomato per il tallone	Non indicato per lesioni infette e molto essudanti	

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 37 di 62

DESCRIZIONE PRODOTTO	INDICAZIONI D'USO	ALERT	COLORE LESIONE
Medicazioni idrocolloidi 10x10 15x15 20x20	Mantiene un microclima umido favorevole alla granulazione e alla riepitelizzazione. Indicato in lesioni II e III categoria. Utilizzare su lesioni deterse con ridotta percentuale di slough con essudato assente o scarso. Indicazioni di cambio 2-5 gg.	Non indicato per lesioni infette e molto essudanti	
Medicazioni idrocolloidi sottili	Indicata nella prevenzione e gestione delle lesioni cutanee con scarso essudato	Non utilizzare su ferite infette o iperessudanti	
Medicazione in idrogel placca 10x10	Indicata nello sbrigliamento di necrosi ed escare. Composta da idrogel di polimeri idrocellulari assorbenti. Strato esterno impermeabile all'acqua e ai batteri. Medicazione trasparente per monitorare il processo di guarigione	Controindicata in lesioni con abbondante essudato.	
Medicazione non aderente 7,5x7,5 7,5x20 7,5x40	Garze non aderenti indicate per lesioni di II categoria in via di riepitelizzazione e con scarso essudato. E' una medicazione primaria. Protegge il tessuto rigenerante e riduce al minimo i traumi al cambio della medicazione		
Medicazione schiuma poliuretano con argento non adesiva 15x15	Indicate per il trattamento di ferite con essudato medio/elevato, infette Indicazioni di cambio 2-4 gg	Non utilizzare in lesioni asciutte o con scarso essudato e nelle lesioni non infette.	
Medicazione schiuma di poliuretano con silicone e argento 10x10 17,5x17,5	Indicata per il trattamento di lesioni con essudato medio/elevato, infette Indicazioni di cambio 2-4 gg. Idonea all'uso sotto compressione	Non utilizzare in lesioni asciutte o con scarso essudato e nelle lesioni non infette.	
Medicazione schiuma poliuretano con argento adesiva 19x20 tallone	Indicate per il trattamento di ferite con essudato medio/elevato, infette Indicazioni di cambio 2-4 gg Sagomato per il tallone	Non utilizzare in lesioni asciutte o con scarso essudato e nelle lesioni non infette.	

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 38 di 62

DESCRIZIONE PRODOTTO	INDICAZIONI D'USO	ALERT	COLORE LESIONE
Medicazione schiuma poliuretano con argento non adesiva Cavitaria 5x8	Indicate per il trattamento di ferite con essudato medio/elevato, infette Indicazioni di cambio 2-4 gg	Non utilizzare in lesioni asciutte o con scarso essudato e nelle lesioni non infette.	
Medicazione schiuma poliuretano non adesiva con strato di contatto in silicone adesivo SAFETAC 10X10 15x15 20x20	Indicata per lesioni con elevato essudato quando è necessaria il massimo della atraumaticità. Indicazioni di cambio anche 7 gg	Non utilizzare in lesioni asciutte o con scarso essudato	
Medicazione schiuma di poliuretano cavitario 20x300mm	Indicata per ferite profonde. Indicata per lesioni da scarsamente a moderatamente essudanti		
Medicazione schiuma di poliuretano non adesiva 10X10 15X15 20X20	Indicata per lesioni da scarsamente a moderatamente essudanti	Non utilizzare su lesioni infette, molto sanguinanti, essudati particolarmente viscosi e ferite necrotiche	
Medicazione in garze con acido ialuronico 10x10	Indicate nel trattamento di lesioni non infette. E' una garza impregnata di acido ialuronico	Non utilizzare su lesioni infette	

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 39 di 62

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

9. SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI

I requisiti, gli standard e gli impegni presi nel redigere il PDPTA, rispettano le indicazioni della legislazione e normativa vigente nazionali e regionali senza scostamenti od eccezioni. Nella nostra Azienda viene utilizzata all'ingresso del paziente la "scheda di valutazione iniziale pazienti a rischio di LdP" utilizzando come indicatori la scala di Braden.

In attesa dell'aggiornamento della cartella clinica informatizzata aziendale è previsto l'utilizzo temporaneo della scala di Norton.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 40 di 62

10. VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDTA

INDICATORE	VALORE ATTESO	RESPONSABILE
Documentazione correttamente distribuita	100%	Responsabile U.O.
Documentazione correttamente archiviata	100%	CPSE U.O.
Disponibilità della documentazione nei luoghi ove la documentazione stessa deve essere applicata.	100%	CPSE U.O.
n° dei pazienti valutati con scala di Braden/n° dei pazienti dimessi	90%	Infermiere U.O.
n° pazienti valutati entro le 8 ore dall'ingresso con scala di Braden/n° pazienti dimessi	90%	Infermiere U.O.
n° pazienti con LdP sviluppate in reparto/n° pazienti dimessi	10%	Infermiere U.O.
n° dei pazienti valutati con "Scheda di valutazione LdP/n° dei pazienti con LdP	90%	Infermiere U.O.
Esiti di guarigione e/o miglioramento alla dimissione/n° totale LdP trattate	80%	Infermiere U.O.

11. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE

- Il PDTA deve essere disponibile in forma cartacea presso la Direzione Sanitaria e presso la UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure;
- In formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Qualità e Sicurezza delle Cure - Risk Management;
- Presso tutte le UU.OO. / strutture coinvolte nel PDTA;

12. REVISIONE E AGGIORNAMENTO

Il presente PDTA sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornato in base alle evidenze scientifiche emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 41 di 62

13. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Haesler E, curatore. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: clinical practice guideline: the international guideline. 3. edition. Prag: Epuap, European Pressure Ulcer Advisory Panel; 2019. 404 pag.
2. Regione Lazio. Documento di Indirizzo per la prevenzione e la gestione delle Lesioni da Pressione (LdP). apr 20, 2018.
3. Rivolo M, Dionisi S, Olivari D, Ciprandi G, Crucianelli S, Marcadelli S, et al. Raccomandazioni per la valutazione e gestione del paziente affetto da lesioni da pressione del tallone [Internet]. Sistema Nazionale Linee Guida; Disponibile su: https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2020/08/Gestione-lesioni-da-decubito-del-tallone_AISLEC.pdf
4. Ciprandi G, Innocenti L, Teobaldi I, curatori. Prevenzione e trattamento delle ulcere/lesioni da pressione: Guida rapida di riferimento [Internet]. 3. edition. Prag: Epuap, European Pressure Ulcer Advisory Panel; 2019. 49 pag. Disponibile su: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2019-italian.pdf>
5. Costardi D, Rozzini L, Costanzi C, Ghianda D, Franzoni S, Padovani A, et al. The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. Arch Gerontol Geriatr. 2007;44(2):175-80.
6. Thong ISK, Jensen MP, Miró J, Tan G. The validity of pain intensity measures: what do the NRS, VAS, VRS, and FPS-R measure? Scand J Pain. 26 gennaio 2018;18(1):99-107.
7. Australian Wound Management Association. Pan Pacific Clinical Practice Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury. Cambridge Media Osborne Park, WA: 2012
8. Beldon P. Pressure ulcers: prevention and management. Wound Essentials 2006, 1: 68-81
9. Bernabei R, Manes-Gravina E, Mammarella F. Review Epidemiologia delle piaghe da decubito. G Gerontol 2011; 59:237-243
10. Bonadeo P, Marazzi M, Masina M, Ricci E, Romanelli M. Wound Bed Preparation: evoluzione della pratica clinica secondo i principi del TIME. 2004 Aretrè
11. 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)
12. Caula C, Apostoli A. Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche. Maggioli Editore 2010; 6:83
13. Clark M, Schols J, et al. Pressure ulcers and nutrition: a new European guideline. Journal of Wound Care 2004 13:7, 267-272

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 42 di 62

14. 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

15. 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

16. 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

17. 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

18. 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

19. 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

20. 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

21. 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

22. 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

23. NICE Clinical Guideline 2005, developed by the Royal College of Nursing. The prevention and treatment of pressure ulcers (CG29)

24. NICE Clinical Guideline 2014. Pressure ulcers: prevention and management (CG179)

25. 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

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 43 di 62

26. Polignano R, Scarsella P, Scalise A, Mattaliano V, Mosti G. Il dolore al dressing change: nuove possibilità terapeutiche. Helios 2006; 2 : 4 – 10

27. Registered Nurses' Association of Ontario. Clinical Best Practice Guidelines: Assessment and Management of Pain (3rd ed.). 2013, Toronto

28. Romanelli M et al. The role of wound bed preparation in managing chronic pressure ulcers. J Wound Care 2002; 11: 8

29. Romanelli M. Pain at wound dressing changes. Position Document EWMA, MEP Ltd, 2002

30. Romanelli M. Wound Bed Preparation: Approccio sistematico al trattamento delle lesioni cutanee. Aretre 2003

31. 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)

32. 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)

33. 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

34. Toma E. La valutazione del paziente portatore di lesioni cutanee – Fascicolo Toven Wound Care dedicato. Youcanprint 2017; ISBN: 978-88-92675-88-9

35. Regione Lazio ASL Roma 1 "Piano Aziendale per la prevenzione e la gestione delle lesioni da pressione" 10/12/2018

36. Regione Lazio ASL Roma 4 "Prevenzione, monitoraggio e gestione delle lesioni da pressione" 02/12/2018

37. Regione Lazio Direzione Regionale: Salute e Politiche Sociali Area: Programm. Della Retre Ospedaliera e Risk Management Determinazione n. G005584 del 27/04/2018 Proposta n. 7094 del 27/04/2018

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 44 di 62

35. ALLEGATI

Allegato 1 scala di Braden

Allegato 2 Scheda di valutazione iniziale pazienti a rischio di LdP

Allegato 3 Scheda di valutazione periodica

Allegato 4 Scheda di posizionamento

Allegato 5 Numeric Rating Scale

Allegato 6 Scala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)

Allegato 7 National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel

Allegato 8 Valutazione della frequenza e delle modalità di riposizionamento

Allegato 9 Scheda di valutazione LdP

Allegato 10 Codice Colore LdP

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 45 di 62

Allegato 1 Scala di Braden

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

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 46 di 62

Allegato 2 Scheda di valutazione iniziale pazienti a rischio di LdP

SCHEDA DI VALUTAZIONE INIZIALE PAZIENTI A RISCHIO DI LdP(1° parte)

DATI PAZIENTE

Cognome e Nome			Letto n°
Età	Altezza Cm	Peso Kg.	Data di ingresso / /
Inquadramento diagnostico			

SCALA DI BRADEN

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

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 2/05/2023
		Pag. 47 di 62

SCHEDA DI VALUTAZIONE INIZIALE PAZIENTI A RISCHIO DI LdP(2° parte)

Presidio richiesto tenendo conto del punteggio ottenuto con la scala di Braden
 (mettere una x sul presidio scelto)

Rischio Basso Superiore a 15	<u>Superfici a bassa tecnologia</u> Materasso in schiuma	Presente nell'unità operativa	<input type="radio"/>
Rischio Medio 13-14	<u>Superfici ad alta tecnologia</u> Materasso a pressione alternata	Data richiesta presidio _____	<input type="radio"/>
Rischio Alto/Molto Alto 10- 12/Inferiore a 9	<u>Superfici ad alta tecnologia</u> Materasso a pressione alternata	Data richiesta presidio _____	<input type="radio"/>

Valutazione Nutrizionale di Base

Indice di Massa Corporea: $\text{peso (Kg)} / \text{statura (m)}^2$ Esempio: Se il peso è 80 Kg e l'altezza è 1,60 cm. Il B.M.I sarà 80 : (1,6 x 1,6) = 31,2	Range ≥ 40 35 - 39,9 30 - 34,9 24,9 - 29,9 18,5 - 24,9 < 18,5 ≤ 20	Sovrappeso di 3° grado Grave obeso Sovrappeso di 2° grado Obeso Sovrappeso di 1° grado Sovrappeso Sovrappeso Normopeso Sottopeso Magro Consulato dietista
B.M.I. _____		

Ispezione Cutanea

La cute si presenta	SI	NO	In caso di risposta positiva
Integra			Ispezionare la cute una volta al giorno
Iidratata			Ispezionare la cute una volta al giorno
Arrossata			Ispezionare una volta al giorno ed applicare idrocolloidi sulle prominenze ossee
Macerata			Ispezione giornaliera e trattamento con creme all'ossido di zinco
Secca			Trattamento con creme emollienti
Altro			
Presenza di LdP			Compilare scheda di valutazione LdP

Fattori che aumentano il rischio

- Malattie croniche
 Stato di coma e/o sedazione
 Diabete
 Vasculopatie
 Paralisi
 Malnutrizione
 Terapia steroidea
 Obesità

Altro _____

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 48 di 62

SCHEDA DI VALUTAZIONE INIZIALE PAZIENTI A RISCHIO DI LdP(3° parte)

INTERVENTI DI MOBILIZZAZIONE

Il paziente può essere mobilizzato SI NO

Se NO indicare la motivazione _____

Se SI :

A Letto (registrare il cambio posturale sulla scheda) In Poltrona



Decubito laterale destro Decubito laterale sinistro Supino Altro

- > Mobilizzare almeno ogni due ore
- > Utilizzare presidi di supporto
- > In decubito laterale evitare il posizionamento ad angolo retto sul trocantere
- > Mantenere la testata del letto al più basso grado di elevazione (in linea con le condizioni del paziente)
- > Utilizzare idonei presidi per mobilizzare il paziente

- > Alternare i punti di appoggio ogni ora; educare, laddove è possibile, ad eseguire da soli ogni 15 minuti
- > Collocare un cuscino idoneo (in schiuma o altro presidio idoneo) sulla seduta della sedia
- > Al termine del posizionamento controllare la distribuzione del peso ed il bilanciamento
- > Utilizzare idonei presidi per mobilizzare il paziente (trapezi e sollevatori)

Osservazioni

Compilato da _____ Matricola _____ Data ____/____/____

Firma _____

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 49 di 62

Allegato 3 Scheda di valutazione periodica

SCHEDA DI VALUTAZIONE PERIODICA

DATI PAZIENTE

Cognome e Nome			Letto n°
Diagnosi			
Età	Altezza Cm	Peso Kg.	Data di ingresso / /

SCALA DI BRADEN

PERCEZIONE SENSORIALE	UMIDITA'	ATTIVITA'	MOBILITA'	NUTRIZIONE	FRIZIONE SCIVOLAMENTO
Non limitata	4 Raramente bagnato	4 Cammina frequentemente	4 Limitazioni Assenti	4 Eccellente	4
Leggermente limitata	3 Occasionalmente bagnato	3 Cammina occasionalmente	3 Parzialmente limitata	3 Adeguata	3 Senza problemi apparenti
Molto limitata	2 Spesso bagnato	2 In poltrona	2 Molto limitata	2 Probabilmente inadeguata	2 Problema potenziale
Completamente limitata	1 Costantemente bagnato	1 Completamente allettato	1 Completamente Immobile	1 Molto povera	1 Problema

Ispezione Cutanea

Integra	Idratata	Arrossata	Macerata	Secca	Altro	Presenza di LdP
Se il paziente presenta LdP compilare scheda di valutazione LdP						

Rilevazioni

Data Rilevazione	Braden Punteggio	Cute	Osservazioni	Firma

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 50 di 62

Allegato 4 Scheda di posizionamento

SCHEDA DI POSIZIONAMENTO

DATI PAZIENTE

Cognome e Nome	Letto n°
Data di ingresso / /	

DATA	ORA	TIPO DI MOBILIZZAZIONE		FIRMA
		<input type="checkbox"/> DL sx ¹ 30°	<input type="checkbox"/> DL dx ² 30°	
		<input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> Altro	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30°	<input type="checkbox"/> DL dx 30°	
		<input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> Altro	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30°	<input type="checkbox"/> DL dx 30°	
		<input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> Altro	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30°	<input type="checkbox"/> DL dx 30°	
		<input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> Altro	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30°	<input type="checkbox"/> DL dx 30°	
		<input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> Altro	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30°	<input type="checkbox"/> DL dx 30°	
		<input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> Altro	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30°	<input type="checkbox"/> DL dx 30°	
		<input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> Altro	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30°	<input type="checkbox"/> DL dx 30°	
		<input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> Altro	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30°	<input type="checkbox"/> DL dx 30°	
		<input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> Altro	

1 DL sx = "Decubito laterale sinistro"
 2 DL dx = "Decubito laterale destro"

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 51 di 62

Allegato 5 Numeric Rating Scale



PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 52 di 62

Allegato 6 Scala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)

PUNTEGGIO INDICATORI	0	1	2
RESPIRAZIONE	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione Respiro di <u>Cheyne-Stokes</u>
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 <u>afinalistico</u> , 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

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 53 di 62

Allegato 7 National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel

STADIO I ERITEMA NON SBIANCABILE	<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>
STADIO II PERDITA CUTANEA A SPESSORE PARZIALE	<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>
STADIO III PERDITA CUTANEA A SPESSORE TOTALE	<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>
STADIO IV PERDITA DI TESSUTO A SPESSORE TOTALE	<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>
NON STADIABILI PROFONDITÀ SCONOSCIUTA	<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>
SOSPETTO DANNO PROFONDO DEL TESSUTO PROFONDITÀ SCONOSCIUTA	<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>

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 54 di 62

Allegato 8 Valutazione della frequenza e delle modalità di riposizionamento

Modalità di posizionamento

1. postura supina;
2. postura laterale sinistra o destra;
3. postura prona (raramente utilizzabile);
4. postura semiprona
5. postura di Fowler o decubito ortopnoico.

Nella rotazione delle posture si raccomanda di evitare, ove possibile, le posizioni ad angolo retto, privilegiando quelle con angolo pari a 30° tra piano del paziente e piano del letto (ciò vale anche per la posizione supina). Vengono di seguito descritte alcune nonché le osservazioni da effettuare ad ogni cambio posturale.

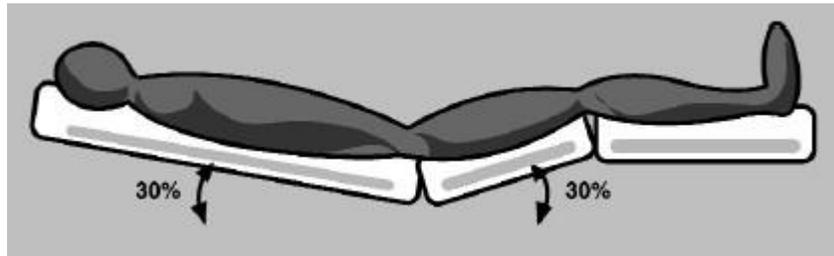
POSTURA SUPINA

E' una posizione di mantenimento del riposo che trova indicazione in diverse condizioni cliniche. Se il paziente è collaborante occorrerà sollecitarlo a muoversi il più possibile, poiché il movimento consente una migliore funzionalità articolare ed un buon trofismo muscolare. I metodi per porre un utente in postura supina sono molti e dipendenti dalla posizione di provenienza. Evitare le frizioni dovute all'attrito fra la cute del paziente ed il letto. **IL LETTO DEVE ESSERE IN POSIZIONE ORIZZONTALE.** PREDISPORRE TUTTO IL MATERIALE (cuscini, rotoli, alzacoperte, supporti antiequinismo...)



Durante il decubito supino è possibile utilizzare una posizione semi-Fowler a 30°, ove non sia contro-indicato. Limitare al minimo il tempo durante il quale la testiera del letto viene elevata oltre i 30°.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 55 di 62



POSTURA LATERALE DESTRA O SINISTRA

Occorrerà informare la persona della necessità del cambio di postura, che serve a decomprimere la zona sacrale alternando il decubito sui due fianchi. Per posizionare un paziente sul fianco sinistro o destro utilizzare un lenzuolo posto sotto il paziente per evitare lesioni da frizione. E' importante prestare attenzione all'allineamento posturale corretto. Il cuscino posto sotto la testa del paziente non deve ostacolare gli atti respiratori. Questa postura può essere utilizzata per garantire un periodo di riposo alle zone cutanee sottoposte a pressione mantenendo il decubito supino. Il paziente emiplegico non dovrebbe mai essere posto sul lato plegico in quanto tale posizione è più suscettibile a sviluppare lesioni.



PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 56 di 62

POSTURA PRONA

Informare il paziente delle necessità del cambio della postura. Evitare le frizioni fra la cute del paziente e il letto. Voltare il capo da un lato e porlo su di un cuscino sottile per evitare il soffocamento, la flessione e l'iperestensione delle vertebre cervicali. Il letto deve essere in posizione orizzontale. Per posizionare il soggetto è necessario un cuscino o cuneo sotto la gamba: in questo modo si evita che la caviglia non si stiri in flessione plantare. Porre attenzione che la rotula del ginocchio non sia sottoposta ad attrito.



POSTURA SEMIPRONA

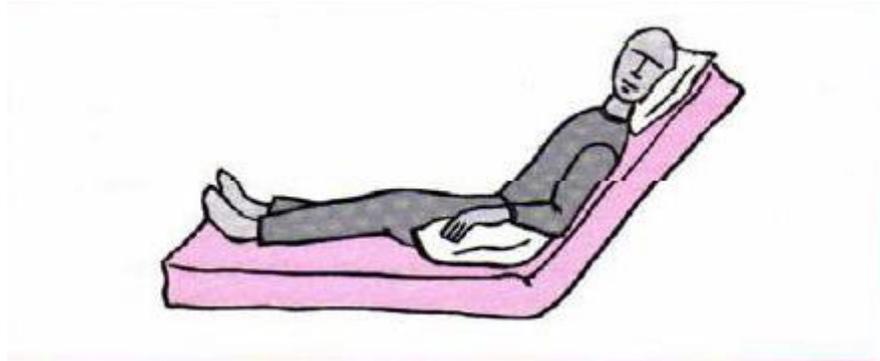
Questa posizione è indicata nella prevenzione delle retrazioni muscolo-tendinee degli arti ma non si può utilizzare in pazienti che presentano controindicazioni al posizionamento.



POSTURA DI FOWLER O DECUBITO ORTOPNOICO

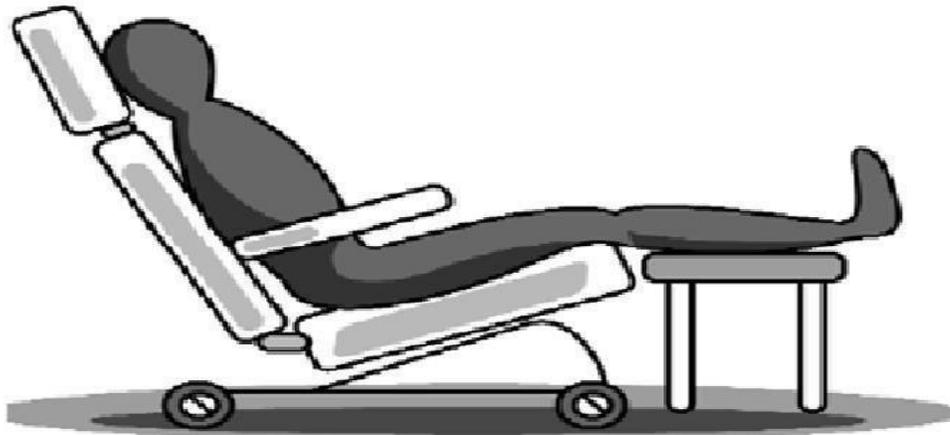
Questa postura viene realizzata quando la testata del letto è sollevata di 45°-50° e le ginocchia flesse. E' la postura che determina la maggiore compressione a livello sacrale ischiatico; è quindi opportuno che durante gli spostamenti queste zone non subiscano frizioni (utilizzare traversa o telo). Dovrà essere utilizzata un'adeguata protezione e scarico del piede e del tallone. Si può posizionare un cuscino sotto il cavo popliteo per ottenere una flessione delle ginocchia, e prevenire gli effetti della prolungata iperestensione con l'accortezza di alternare la presenza del cuscino.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 57 di 62



Se il paziente è sulla sedia a rotelle:

- a. Ogni persona a rischio di sviluppare lesioni da pressione, dovrebbe evitare di sedere ininterrottamente su una sedia a rotelle; l'individuo andrebbe posizionato cambiando le zone soggette a pressione ogni ora, o rimesso a letto, compatibilmente con gli obiettivi terapeutici . Gli individui che ne sono capaci dovrebbero essere educati a cambiare posizione ogni 15 minuti.
- b. Al termine del posizionamento controllare la distribuzione del peso ed il bilanciamento.



ACCORGIMENTI IN SITUAZIONI PARTICOLARI

Nelle patologie di natura traumatologica - ortopedica, il soggetto, a volte deve mantenere una postura obbligata per periodi lunghi. La mobilizzazione, pertanto, è fondamentale per la guarigione e per la prevenzione delle lesioni da pressione. Nel caso di mantenimento prolungato di una postura per motivazioni cliniche istruire la persona in merito a quale tipo di movimento e posizioni siano consentite.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 58 di 62

Se il paziente è deambulante:

(paziente autonomo o con aiuto, deambula e sa effettuare i trasferimenti letto-sedia ecc.)

Nei pazienti che hanno conservato la capacità di deambulare, occorre stimolare il più possibile il movimento e/o, fornendo gli ausili necessari per dare sicurezza e autonomia. È opportuno che il paziente permanga al letto solo in caso di necessità derivanti dalla condizione di salute.

Se il paziente non è deambulante:

Nei pazienti costretti a letto con residue capacità di movimento o, e possibilità di movimentazione autonoma incentivare e favorire la mobilità volontaria e i cambiamenti di postura

- a) Incentivare i movimenti ed i passaggi posturali nel letto
- b) Favorire il posizionamento seduto evitando lo scivolamento nel letto (frizione)
- c) Prevedere durante il giorno il trasferimento sulla sedia o carrozzina (esempio ai pasti)
- d) Favorire l'autonomia fornendo eventuali ausili facilitanti gli spostamenti autonomi (esempio trapezio, cinte o altro)

Nel caso di lesioni specifiche (neurologiche o ortopediche) attenersi ai posizionamenti indicati per la patologia.

Nelle patologie di natura traumatologica - ortopedica, il soggetto, a volte deve mantenere una postura obbligata per periodi lunghi. La mobilizzazione, pertanto, è fondamentale per la guarigione e per la prevenzione delle lesioni da pressione. Nel caso di mantenimento prolungato di una postura per motivazioni cliniche istruire la persona in merito a quale tipo di movimento e posizioni siano consentite.

- Mobilizzare almeno ogni due ore;
- Utilizzare presidi di supporto;
- In decubito laterale evitare il posizionamento ad angolo retto sul trocantere;
- Mantenere la testata del letto al più basso grado di elevazione (in linea con le condizioni del paziente);
- Utilizzare idonei presidi per mobilizzare il paziente;
- Alternare i punti di appoggio ogni ora; educare, laddove è possibile, ad eseguire da soli ogni 15 minuti;
- Collocare un cuscino idoneo (in schiuma o altro presidio idoneo) sulla seduta della sedia;
- Al termine del posizionamento controllare la distribuzione del peso ed il bilanciamento;
- Utilizzare idonei presidi per mobilizzare il paziente (trapezi e sollevatori).

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 59 di 62

Interventi da attuare	Interventi da evitare
<p>Alleviare la pressione sull'area posizionando un materasso antidecubito di tipo dinamico Determinare la frequenza del riposizionamento, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> o la tolleranza dei tessuti o il livello di attività/mobilità residua o la condizione della cute o le condizioni cliniche dell'individuo <p>Utilizzare la scheda di mobilizzazione/cambio posturale allegato 4. In presenza di ulcere da pressione sul sacro/coccige o sull'ischio, limitare la seduta a tre volte al giorno per periodi di 60 minuti o meno, sia in poltrona che nel letto. Controllare la cute ricercando ulteriori danni tissutali ogni volta che il soggetto è girato o riposizionato. Modificare gli orari della seduta, rivalutare la superficie e la postura dell'individuo se la LdP peggiora o non riesce a migliorare: Sollevare il soggetto durante il riposizionamento, avvalendosi del sollevatore meccanico (ove presente) o di un telo di sollevamento. Per il tallone: Utilizzare appropriati dispositivi di scarico per il tallone (in modo tale da distribuire il peso della gamba lungo il polpaccio senza esercitare pressione sul tendine-di Achille) Mantenere il ginocchio lievemente flesso per evitare un'iperestensione che potrebbe causare l'ostruzione della vena poplite (predisponendo il soggetto a trombosi venosa profonda). In presenza di lesioni da pressione di Categoria/Stadio I e 2, scaricare la</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NON posizionare il paziente sulla superficie corporea lesionata o ancora arrossata da un precedente episodio di sovraccarico, specialmente se l'area di arrossamento non è sbiancabile. • NON lasciare il paziente seduto > 60 minuti· continuativi (sia in poltrona che nel letto) in presenza di ulcere da pressione sul sacro/coccige o sull'ischio (il persistere della pressione su un'esistente lesione, causa il ritardo della guarigione e l'ulteriore deterioramento). • NON trascinare il soggetto durante il riposizionamento. • NON utilizzare dispositivi a forma di ciambella o velli di pecora sintetici o altro come dispositivi di posizionamento o per sollevare i talloni (i bordi di questi dispositivi creano zone di alta pressione che possono danneggiare il tessuto);

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 60 di 62

pressione sotto i talloni posizionare le gambe su un cuscino, dal polpaccio alla caviglia in modo da far "galleggiare i talloni" sulla superficie del letto o utilizzando dispositivi per la sospensione del tallone.

In presenza di lesioni da pressione di Categoria/Stadio 3 o 4 e per quelle non stadiabili, posizionare la gamba su un dispositivo che elevi il tallone dalla superficie del letto, scaricando completamente l'ulcera da pressione (La sola elevazione del tallone su un cuscino è inadeguata).

- NON posizionare i cuscini SOLO sotto le ginocchia.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 61 di 62

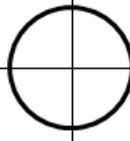
Allegato 9 Scheda di valutazione periodica

SCHEDA MEDICAZIONI

U.O. _____ N° letto _____ DATA _____
 COGNOME _____ NOME _____
 TIPO DI LESIONE _____ SEDE _____

TESSUTO	ESSUDATO		MARGINI	CUTE PERILESIONALE	PROFONDITA'	
	ASSENTE	FLUIDO			LINEARI	INTEGRA
EPITELIALE	ASSENTE	FLUIDO	LINEARI	INTEGRA	EPIDERMIDE	
GRANULAZIONE	SCARSO	DENSO	FRASTAGLIATI	MACERATA	DERMA	
_SLOUGH	MODERATO	OPACO	NECROTICI	SECCA	SOTTOCUTE	
FIBRINA	ABBONDANTE	PURULENTO	ISPESSTITI	EDEMATOSA	TENDINE	
IPERGRANULAZIONE		ROSA/ROSSO	PIANEGGIANTI	ERITEMATOSA	MUSCOLO	
INFETTO					OSSO	

MISURA DELLA LESIONE: LARGHEZZA _____ LUNGHEZZA _____

VALUTAZIONE DEL DOLORE  TERAPIA ANTALGICA _____	SOTTOMINATURE 
--	--

Codice Colore Lesioni da Pressione:

Verde  Nero  Giallo  Rosso  Rosa 

LESIONE SANGUINANTE O POST-ESCARECTOMIA CHIRURGICA

DETERSIONE	ANTISEPSI	CAMBIO
SOLUZIONE FISILOGICA	IODOPOVIDONE 10%	24 ORE
RINGER LATTATO	CLOREXIDINA 0,05% ACQUOSA	48 ORE
	IPOCLORITO DI SODIO 0,05%	72 ORE
	PEROSSIDO DI IDROGENO	ALTRO
	ACIDO ACETICO	

MEDICAZIONE				
OBIETTIVO	DEBRIDMENT	ANTIMICROBICHE	GRANULAZIONE	RIEPITELIZZANTI
DEBRIDMENT	IDROGEL	ALGINATI AG	IDROCOLLOIDI	IDROCOLLOIDI SOTTILI
ANTIMICROBICHE	IDROCOLLOIDI	IDROFIBRE AG	SCHIUME DI POLIURETANO	GARZE ALLA PARAFFINA
GRANULAZIONE	COLLAGENASI	CARBONE	ALGINATI	GARZE ALLA VASELLINA
RIEPITELIZZANTI	TAGLIENTI		IDROFIBRE	SCHIUME DI POLIURETANO SOTTILI
			PRESSIONE NEGATIVA	FILM DI POLIURETANO
			COLLAGENE	OSSIDO DI ZINCO
			ACIDO IALURONICO	SPRAY PROTETTIVI

Cambio Medicazione 24h 48h 72h Altro ANTIBIOTICO TAMPONE

ALTRO: _____

FIRMA _____

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/23/06	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Rev. 00 del 02/05/2023
		Pag. 62 di 62

Allegato 10 Codice Colore Lesioni da Pressione

Lesione verde 	La lesione verde indica la presenza di colonizzazione critica/ infezione . Obiettivo: ridurre la carica batterica, trattare l'infezione
Lesione nera 	La lesione nera è ricoperta da tessuto di color nero o marrone (escara) Il colore indica la presenza di tessuto non vitale a vari livelli di disidratazione. Obiettivo: rimuovere i tessuti non vitali
Lesione gialla 	La lesione gialla è ricoperta di tessuto il cui colore può andare dal biancastro al giallo o verdognolo (slough). Le diverse colorazioni corrispondono a diversi contenuti di carica batterica. Il colore giallo pallido indica la presenza di fibrina. Obiettivo: rimuovere i tessuti non vitali; ridurre la carica batterica; controllare l'essudato
Lesione rossa 	La lesione rossa è ricoperta di tessuto color rosa intenso/rosso. Il colore indica la presenza di tessuto di granulazione . Obiettivo: mantenere la ferita detersa e protetta; fornire un ambiente umido di guarigione.
Lesione rosa 	La lesione rosa è ricoperta di tessuto rosa chiaro, traslucido. Il colore indica la presenza di nuovo epitelio . Obiettivo: mantenere la ferita detersa e protetta; fornire un ambiente umido di guarigione.