



PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE

Rev. N.	Data	Redazione	Verifica	Approvazione
0	15.04.2023	Dott.ssa Katjuscia Esposito	Dott. Antonio Cianchelli	Determinazione del Direttore generale n. 145 del 22.06.2023



INDICE

1. INTRODUZIONE	3
2. SCOPO.....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4. DESTINATARI.....	4
5. MODALITA' OPERATIVE.....	4
5.1 Prevenire l'insorgenza delle LdP	4
5.1.1 Fattori patomeccanici.....	5
5.1.2 Fattori patofisiologici.....	5
5.2 Accertamento del rischio	6
5.3 Interventi assistenziali per la gestione del rischio di lesione da pressione.....	6
5.4 Presa in carico dell'utente con LdP	7
5.4.1 Accertamento.....	7
5.4.2 Interventi assistenziali per la gestione della LdP	8
5.4.3 Lesioni non infette: scelta della medicazione in base alla stadiazione.....	11
5.4.4 Lesioni infette: scelta della medicazione in base alla stadiazione.....	12
5.4.5 Caratteristiche e indicazioni delle diverse tipologie di medicazioni avanzate	13
5.5 Risultati attesi.....	14
6. RESPONSABILITÀ.....	14
Riferimenti bibliografici	14
Allegato 1. Scheda di valutazione Norton.....	15
Allegato 2. Sistema di classificazione NPUAP (Aprile 2016).....	16
Allegato 3. Scheda di valutazione PUSH 3.0.....	17
Allegato 4. Scheda delle Medicazioni	18
Allegato 5. Scheda Trattamento Lesioni	19



1. INTRODUZIONE

La presenza delle lesioni da pressione (LdP) nella popolazione rappresenta un problema sanitario di notevole rilevanza: la sua diffusione è provata da un'incidenza ed una prevalenza in costante crescita dovute all'invecchiamento della popolazione, all'elevato numero di persone affette da malattie cronico-degenerative e all'aumento della sopravvivenza ad eventi acuti che esitano in situazioni cliniche invalidanti.

La prevalenza delle LdP varia in rapporto all'ambiente in cui il soggetto vive o viene assistito ed alla concomitanza di particolari patologie o morbilità. Da studi epidemiologici condotti si evince che l'incidenza e la prevalenza delle LdP variano a seconda delle popolazioni osservate. In soggetti tetraplegici, anziani allettati, pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive il rischio è maggiore e la prevalenza può raggiungere il 33-66% (National Institute for Clinical Excellence, 2001). Alcuni studi condotti tra i ricoverati in residenze per lungo-degenti o Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) hanno documentato una prevalenza compresa tra 2,4% e 23%.

L'identificazione precoce delle persone a rischio di sviluppare LdP e la tempestiva messa in atto di interventi restano i cardini fondamentali per la prevenzione. In letteratura sono stati identificati fattori di rischio specifici per i diversi setting sanitari, popolazioni di pazienti e settori, nonché le tempistiche per lo sviluppo di LdP. Prevenzione e cura delle LdP richiedono lo sviluppo di una cultura professionale che orienti l'operatore nella scelta e nell'utilizzo di metodi e strumenti adeguati in grado di garantire standard assistenziali in linea con le evidenze scientifiche disponibili.



2. SCOPO

Il presente documento ha lo scopo di supportare l'infermiere ad adottare misure volte a prevenire l'insorgenza delle LdP e ad utilizzare metodi e strumenti adeguati al loro trattamento per garantire standard assistenziali in linea con le evidenze scientifiche disponibili, ridurre le complicanze derivanti per gli utenti, migliorare le condizioni di assistenza e, conseguentemente, risparmiare sui costi assistenziali e sociali con la possibilità di riallocare le risorse economiche all'interno delle strutture assistenziali.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica agli utenti degenti presso l'Azienda pubblica di Servizi alla Persona della Carnia San Luigi Scrosoppi.

4. DESTINATARI

Il documento è rivolto a tutti i professionisti sanitari che prestano servizio presso l'Azienda pubblica di Servizi alla Persona della Carnia San Luigi Scrosoppi.

5. MODALITA' OPERATIVE

5.1 Prevenire l'insorgenza delle LdP

L'individuazione del rischio di insorgenza di LdP rappresenta il primo intervento assistenziale da attuare al momento della presa in carico della persona. Tale valutazione deve essere effettuata utilizzando strumenti validati (scheda di valutazione *Norton*) che integrano ma non sostituiscono il giudizio clinico dei professionisti.



Nell'accertare il rischio di sviluppo di LdP l'infermiere valuta la presenza di fattori di rischio classificati in fattori **patomeccanici (estrinseci o primari)** e fattori **patofisiologici (intrinseci o secondari)**.

5.1.1 Fattori patomeccanici

La pressione esercitata sui tessuti è stata riconosciuta come il fattore patogenetico più importante per lo sviluppo delle ulcere da pressione. La conseguenza di tale pressione è l'ischemia tissutale causate da diversi fattori meccanici:

- intensità della pressione esercitata sui tessuti, dove per pressione si intende la quantità di forza applicata perpendicolarmente e parallelamente ad una superficie;
- la relazione tra durata e entità della pressione;
- l'immobilità, il maggior fattore estrinseco associato con il rischio e la formazione di LdP;
- la frizione, definita come la forza che si oppone ad un movimento relativo tra due oggetti che si trovano a contatto;
- l'umidità che rende la pelle più fragile e facilmente aggredibile.

5.1.2 Fattori patofisiologici

Altri fattori associati al rischio di sviluppo di LdP sono legati alle caratteristiche intrinseche della persona. Le condizioni che ricoprono un ruolo importante sia nello sviluppo che nella guarigione sono:

- la malnutrizione, cachessia e obesità;
- l'ipossia tissutale causata da un aumento delle richieste di ossigeno, come nelle situazioni febbrili persistenti, o dall'ipoperfusione tissutale che si instaura in situazioni di ipotensione prolungata o di criticità vitale;
- i soggetti anziani con età maggiore ai 70 anni;



- la riduzione della sensibilità dovuta a diabete o ictus;
- l'assunzione di farmaci anticoagulanti, che influenzano il processo di coagulazione del sangue, e antinfiammatori che sopprimono la sintesi proteica, rallentano la contrazione della ferita e l'epitelizzazione.

5.2 Accertamento del rischio

L'accertamento precoce del rischio può ridurre l'incidenza di sviluppo di LdP. **La valutazione si effettua all'ingresso dell'utente in casa di riposo, mensilmente e al cambiamento delle sue condizioni cliniche.** L'infermiere valuta la presenza dei seguenti fattori:

- stato di mobilità della persona;
- grado di coscienza e presenza di deficit sensoriali;
- presenza di diabete mellito;
- presenza di forze di stiramento e di frizione;
- presenza di eritema cutaneo sbiancante o non sbiancante;
- indicatori nutrizionali, albuminemia, peso, BMI, introito di nutrienti;
- età;
- presenza di ulcera di grado I o pregresse LdP;
- fattori che influenzano la perfusione e l'ossigenazione: malattie cardiovascolari, instabilità clinica, ipotensione, anemia, ipossiemia, ipotermia;
- umidità della cute;
- temperatura corporea elevate.

Al fine di determinare il livello di rischio dell'utente, l'infermiere combina il giudizio clinico con i risultati ottenuti attraverso la scheda di valutazione *Norton* (Allegato 1) disponibile sul sistema gestionale In-soft.

5.3 Interventi assistenziali per la gestione del rischio di lesione da pressione



Gli interventi per la gestione dell'utente a rischio di sviluppo di LdP sono orientati alla prevenzione, alla cura e ispezione dell'integrità cutanea, al miglioramento della tolleranza dei tessuti alla pressione e alla garanzia di un apporto nutrizionale adeguato. Gli utenti a rischio:

- devono essere sottoposti ad **un'ispezione cutanea sistematica almeno una volta al giorno**, prestando particolare attenzione alle zone a rischio: occipitale, sacrale, calcaneare, malleoli, trocanteri, tuberosità ischiatiche;
- garantire una **dieta bilanciata**, prevedendo un apporto di proteine maggiore al fabbisogno giornaliero di 1g/die e un introito idrico di almeno 1,6 litri d'acqua;
- i soggetti allettati devono essere **mobilizzati almeno ogni 2/3 ore**: l'infermiere pianifica il Servizio alla Persona "Posture" nel sistema gestionale in soft, e gli oss del nucleo eseguono su indicazione infermieristica;
- educare l'utente che è in posizione seduta in carrozzina a **spostare il peso** ogni 15 minuti;
- se possibile utilizzare tutti i decubiti;
- addestrare le persone coinvolte nell'assistenza (operatori sociosanitari);
- **documentare il regime di posizionamento** specificando la frequenza e le posizioni adottate e registrare la valutazione degli esiti (operatori sociosanitari);
- prevedere la disponibilità tempestiva di **ausili antidecubito** e scegliere il materasso antidecubito più compatibile con l'utente considerando l'accettabilità per l'assistito;
- mantenere l'autonomia dell'utente;
- **proteggere la cute e preservare l'integrità**;
- gli operatori sanitari devono essere precocemente formati attraverso interventi di educazione sanitaria e terapeutica.

5.4 Presa in carico dell'utente con LdP

5.4.1 Accertamento

L'accertamento della persona con LdP prevede:



- una **valutazione globale** e non limitata esclusivamente alle lesioni presenti;
- la ricerca di fattori che possono influenzare la guarigione della lesione come la ridotta perfusione, danni della sensibilità e infezione sistemica;
- esame vascolare in caso di ulcere alle estremità (tallone e malleolo) per valutare la presenza e la qualità dei polsi periferici, tempo di riempimento capillare dopo digitopressione delle dita dei piedi;
- la **valutazione dello stato nutrizionale** sistematica e mirata a garantire l'assunzione di una dieta adeguata a favorire i processi di guarigione;
- **capacità funzionale residua** dell'utente rispetto al posizionamento e cambio postura;
- vanno rilevati gli aspetti inerenti alla **presenza ed intensità del dolore**;
- ai fini di una corretta ed uniforme gestione delle LdP è fondamentale la rilevazione e **descrizione sistematica delle caratteristiche principali sia della lesione che della cute perilesionale** (utilizzare il sistema di Classificazione NPUAP/EPUAP 2016 (Allegato 2); specificare sede, dimensioni, tipo di tessuto (di granulazione, fibrina, escara), aspetto (colore), essudato (colore e odore) e caratteristiche della cute perilesionale;
- utilizzare per il monitoraggio della lesione la scala specifica PUSH (Allegato 3), da utilizzare a ogni cambio di medicazione.

5.4.2 Interventi assistenziali per la gestione della LdP

La gestione dell'utente con LdP richiede un approccio multiprofessionale che coinvolge infermieri, medici, operatori sociosanitari, fisioterapisti e dietisti.

Il trattamento delle lesioni prevede in primis l'eliminazione o la riduzione della pressione, la creazione di un ambiente che stimoli la guarigione e l'utilizzo di una alimentazione iperproteica e ipercalorica che permetta la guarigione:



- garantire un piano di **posizionamento a letto** che preveda: l'uso di materassi antidecubito ad alto rischio a pressione alternata, evitare di posizionare l'utente sul lato della lesione, limitare l'elevazione della testata a 30°, preferire decubito laterale quando possibile, evitare un'elevazione prolungata della testata; per i riposizionamenti, sollevare non trascinare; **posizionamento in carrozzina**: usare cuscini antidecubito nelle persone con ulcere di I e II stadio, assicurare che la pianta dei piedi sia completamente appoggiata o sul pavimento o sulle pedaline, evitare che la persona con ulcera ischiatica stia seduta in una posizione completamente eretta
- favorire le condizioni locali che permettono lo sviluppo dei processi di riparazione tissutale (granulazione e riepitelizzazione) ed evitate le condizioni che le rallentano (variazioni di umidità, ph e temperatura)
- **valutare tempestivamente la presenza e l'intensità del dolore** al fine di controllarlo
- **effettuare la detersione** mediante l'impiego di soluzioni non citotossiche allo scopo di ridurre la carica batterica e allontanare tessuti devitalizzati, scorie metaboliche e agenti topici che possono rallentare la guarigione della lesione. La detersione deve essere compiuta **minimizzando il trauma** alla lesione
- **rilevare e interpretare segni clinici di infezione** al fine di riconoscere tempestivamente l'insorgenza di eventuali complicanze delle lesioni. L'uso di antisettici deve essere limitato alle lesioni chiaramente infette e per un periodo limitato, utilizzando l'antisettico meno citotossico.
- il *gold standard* per esaminare la carica microbica è la coltura quantitativa del tessuto vitale della ferita. È consigliata solo se associata a segni clinici di infezione. L'esame più indicativo è la biopsia tissutale.
- per rimuovere il tessuto devitalizzato utilizzare le diverse **tecniche di sbrigliamento** (chirurgico, chimico, autolitico) conformi all'obiettivo assistenziale generale. Se necessaria escarectomia richiedere una consulenza medico/chirurgica.



- **le lesioni ai talloni con escara asciutta non devono essere sbrigiate.** Si esegua la valutazione giornaliera di queste ferite per monitorare eventuali complicanze che richiedono lo sbrigliamento (edema, eritema, fluttuazione, secrezioni).
- utilizzare prodotti per la protezione della **cute perilesionale**.
- in presenza di **segni clinici locali e sistemici di infezione**, nelle lesioni che non tendono a guarire secondo lo standard care conservativo o che richiedono una chiusura più rapida, è consigliata una **consulenza chirurgica**.
- per la conferma diagnostica di osteomielite nelle lesioni di IV stadio, è indicata la biopsia ossea istologica e microbiologica.

L'infermiere utilizza la scheda medicazioni del sistema gestionale In-soft nel fascicolo sanitario dell'utente; all'interno del link "schede" sceglie "ScMed" (allegato 4), inserisce la data che deve corrispondere alla data di insorgenza della lesione, o se già presente all'ingresso dell'ospite in struttura, alla presa in carico, e crea la scheda, la compila e la stampa. La registrazione di avvenuta medicazione va effettuata nella scheda "*Trattamento lesione*" (allegato 5).



5.4.3 Lesioni non infette: scelta della medicazione in base alla stadiazione

LESIONI NON INFETTE			
DETERSIONE:			
SAPONE, SOLUZIONE IDROSALINA O RINGER LATTATO			
FONDO	PROFONDITA'	ESSUDATO	TRATTAMENTO
FIBRINOSO NECROTICO	CUTE	LIEVE	<ul style="list-style-type: none"> •collagenasi*, collagenasi con ac. ialuronico* •idrogel* + film o poliuretano sottile •idrocolloide sottile o spesso •medicazione a base di biocellulosa* •idrogel in placca* •medicazione idrofobica*
		MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> • collagenasi*, collagenasi con ac. ialuronico* •idrogel*+ poliuretano aderente •alginato* o idrofibra* •medicazioni in schiuma di poliuretano •medicazione a base di biocellulosa*
		ABBONDANTE	<ul style="list-style-type: none"> •poliuretano con o senza bordo adesivo (con o senza gestione del dolore) •idrofibra* o alginato*
	SOTTOCUTE	LIEVE	<ul style="list-style-type: none"> • collagenasi*, collagenasi con ac. ialuronico* •idrogel* + idrocolloide spesso •medicazione in schiuma di poliuretano e schiuma gelificante •idrogel in placca •medicazione idrofobica*
		MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> •collagenasi* o idrogel* + poliuretano non aderente •schiuma di poliuretano per lesioni cavitarie* •idrofibra* o alginato* •med in granuli *
		ABBONDANTE	<ul style="list-style-type: none"> •schiuma di poliuretano •schiuma di poliuretano lesioni cavitarie* •idrofibra* o alginato* •med idrofobica *
GRANULAZIONE MEDICAZIONI BIO ATTIVE (SE LA LESIONE NON GUARISCE)	CUTE	LIEVE	<ul style="list-style-type: none"> • film • idrocolloide sottile • ac. ialuronico* e/o collagene* • sostituto cutaneo* • med a base di cellulosa* •modulatore proteasi
		MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> •idrofibra* •alginato* (di calcio per emostasi) •poliuretani sottili •med in schiuma di poliuretano e schiuma gelificante •cellulosa* •ac. ialuronico* e/o collagene
		ABBONDANTE	<ul style="list-style-type: none"> •schiuma di poliuretano • idrofibra *o alginato* •ac. ialuronico e/o collagene in granuli o similari*
	SOTTOCUTE	LIEVE	<ul style="list-style-type: none"> •med a base di collagene* e/o ac. ialuronico* •med modulante le proteasi* •idrocolloide spesso •sostituto dermico*
		MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> •med a base di ac. ialuronico* e/o collagene* •poliuretano •idrofibra,* •alginato*, •med idrofobica*
		ABBONDANTE	<ul style="list-style-type: none"> •med a base di ac. ialuronico* e/o collagene • med idrofobica *

* Necessita di medicazione secondaria: es. pellicola, idrocolloide, schiuma fissata ai bordi, schiuma con bordo adesivo, garza fissata ai bordi con pellicola



5.4.4 Lesioni infette: scelta della medicazione in base alla stadiazione

LESIONI INFETTE				
DETERSIONE E/O ANTISEPSI				
ANTISETTICI E/O DETERGENTI (es. BETAINA + POLIESANIDE, H ₂ O 2cl, IODIO E SUCCESSIVO LAVAGGIO CON S.F.)				
CARICA BATTERICA		ESSUDATO	TRATTAMENTO	
MODERATA	NECROTICO	LIEVE	<ul style="list-style-type: none">•argento in crema* o su med non ad*•antisetico su med non ad*•medicazione idrofobica	
		ABBONDANTE	<ul style="list-style-type: none">•schiume di poliuretano con ag•schiume di poliuretano con antisetico•medicazione idrofobica*•idrofibra ag*•alginato ag*•med a base di biocellulosa con antisetico*•antisetico in granu	
	GRANULAZIONE	LIEVE	<ul style="list-style-type: none">•ag su med non ad*•ag in crema*•idrofibra ag*•antisetico su non ad*•med a captazione batterica*	
			ABBONDANTE	<ul style="list-style-type: none">•idrofibra ag*•alginato ag*•med a captazione batterica*•antisetico in granuli*
		NECROTICO	LIEVE	<ul style="list-style-type: none">•ag nanocristallo a rilascio*•idrofibra ag*
			ABBONDANTE	<ul style="list-style-type: none">•ag carbone*(gestione odore)•poluretano ag*•idrofibra ag*•alginato ag*•antisetico in granuli*
SEVERA	GRANULAZIONE	LIEVE	<ul style="list-style-type: none">•ag carbone*•ag idrofibra*•ag nanocristallo a rilascio	
		ABBONDANTE	<ul style="list-style-type: none">•antisetico med non ad*•ag carbone*(gestione odore)•poluretano ag•idrofibra ag*•alginato ag*•antisetico in granuli*	

* Necessita di medicazione secondaria: es. pellicola, idrocolloide, schiuma fissata ai bordi, schiuma con bordo adesivo, garza fissata ai bordi con pellicola



5.4.5 Caratteristiche e indicazioni delle diverse tipologie di medicazioni avanzate

Medicazioni e caratteristiche		Tempi	Tipo di lesione
Medicazioni occlusive: medicazioni avanzate, mantengono microambiente umido, non permettono passaggio di ossigeno, capacità assorbente medi-bassa, favoriscono la detersione della lesione			
Medicazioni semi-occlusive: medicazioni avanzate, mantengono microambiente umido, permettono passaggio di ossigeno, ma non di liquidi o batteri; si distinguono in film semipermeabili in poliuretano o idrocolloidi semiocclusivi.			
Film semipermeabili (es. <i>tegaderm</i>)	Film adesivi in poliuretano trasparenti, impermeabili ma traspiranti; mantengono un ambiente umido, favoriscono il <i>debridment</i> autolitico.	7gg	I stadio, piccole lesioni necrotiche chiuse.
Idrocolloidi (es. <i>comfeel plus</i> , <i>comfeel plus trasparente</i>)	Mantengono umida la lesione, sbrigliano i tessuti necrotici lentamente; alla variazione di colore della medicazione, va sostituita; possono rimanere in sede da 3 a 7 gg, in base alla quantità di essudato.	Max 7 gg	II stadio, lesioni cavitari, medio o lieve essudato
Schiуме in poliuretano (es. <i>allevyn</i> , <i>talloniere urgotul</i>)	Assorbenti, atraumatiche; disponibili sottoforma di tamponi o compresse.	4-7 gg	II, III, IV stadio con medio o abbondante essudato
Medicazioni favorenti la granulazione: mantengono microambiente umido, favorendo lo sviluppo del tessuto di granulazione, non occlusivi, non assicurano stabilità termica; sono a base di collagene, alginato o idrofibra, che diventano attivi dopo la gelificazione; tempo di medicazione di 3-4 gg sino alla saturazione della medicazione in base all'essudato			
Alginati e Idrofibra (es. <i>Kaltostat o Aquacel</i>)	Derivati dalle alghe, composti da fibre morbide, si adattano alla forma della lesione; a contatto con le secrezioni della lesione, formano un gel morbido. Disponibili come fogli o garze; vanno imbevuti con soluzione salina e ricoperti con una garza. Non utilizzare con ferite asciutte , necessitano di medicazione secondaria.	3-4 gg	Lesioni emorragiche o con abbondante essudato
Collageni (es. <i>iruxol</i>)	Origine organica, liberano fattori per la cicatrizzazione.	4-5 gg (<i>iruxol</i> 12-24 ore)	Lesioni granuleggianti mediamente essudanti
Idrogel	Iidratano i tessuti necrotici e favoriscono l'autolisi; riducono il dolore della lesione,	Da 1 a 3	Lesione necrotica secca, lesioni con poco



(es. nugel)	di facile rimozione, mantengono umida la lesione; disponibili in gel oppure in placche.	gg	essudato
Fattori di crescita topici	Proteine capaci di stimolare la proliferazione cellulare; necessitano di prescrizione medica; Efficacia controversa.		
Medicazioni favorevoli lo sbrigliamento: tramite preparazioni enzimatiche utilizzate a livello topico.			
Proteolitici	Enzimi deputati alla digestione del tessuto necrotico attraverso la lisi dei ponti di collagene; provocano la colliquazione degli essudati, rimuovono senza danneggiare i tessuti.	12-24 ore	Lesioni necrotiche o con presenza di fibrina

5.5 Risultati attesi

Per valutare l'efficacia degli interventi assistenziali e monitorare l'evoluzione della lesione, l'infermiere monitorizza i seguenti indicatori assistenziali:

- miglioramento della lesione;
- riduzione delle dimensioni della lesione;
- assenza di segni e sintomi di infezione.

6. RESPONSABILITÀ

La responsabilità dell'attuazione del presente protocollo è di tutti i professionisti sanitari che prestano servizio presso l'Azienda pubblica di servizi alla persona della Carnia San Luigi Scrosoppi.

Riferimenti bibliografici

1. Saiani L. e Brugnolli A., Trattato di Cure Infermieristiche, 2014
2. EPUAP, Prevenzione e trattamento delle Ulcere/Lesioni da Pressione: Guida Rapida di Riferimento 2019
3. Guida pratica alla prevenzione e trattamento delle "lesioni da pressione" (LDP), Gestione del rischio clinico, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia



Allegato 1. Scheda di valutazione Norton

INDICATORI	VARIABILI E RELATIVI PUNTEGGI				PUNTI
	4	3	2	1	
CONDIZIONI GENERALI	BUONE	DISCRETE	SCADENTI	PESSIME	
Livelli di assistenza richiesti nelle attività di vita quotidiana (ADL)	Abile ad eseguire le ADL	Necessita di assistenza per alcune ADL	Richiede assistenza per più ADL	Totalmente dipendente per tutte le ADL	
STATO MENTALE	LUCIDO	APATICO	CONFUSO	STUPOROSO	
Risposta alle domande verbali relative al tempo, spazio e persone in modo veloce e soddisfacente	Orientamento nel tempo, spazio e persone. La risposta è rapida	Orientato nel tempo, spazio e persone con una ripetizione della domanda	Parzialmente orientato nel tempo, spazio e persone. La risposta può essere rapida	Totalmente disorientato. La risposta può essere lenta o rapida. Possibilità di stato comatoso.	
DEAMBULAZIONE	NORMALE	CAMMINA CON AIUTO	COSTRETTO SULLA SEDIA	COSTRETTO A LETTO	
Distanza e indipendenza nella deambulazione	Deambula fino a quando non è affaticato; cammina da solo o con l'aiuto di ausili	Richiede l'assistenza di una persona; può usare anche un ausilio.	Si muove soltanto con la sedia	Costretto a letto tutte le 24 ore	
MOBILITA'	PIENA	LIMITATA	MOLTO LIMITATA	IMMOBILE	
Quantità e controllo del movimento di una parte del corpo.	Muove e controlla le estremità come vuole. Può o non può usare presidi.	Usa e controlla le estremità con minima assistenza di una persona. Può o non può usare presidi.	Limitata indipendenza nei movimenti e controllo delle estremità. Richiede maggiore assistenza di una persona. Può o non può usare presidi.	Richiede assistenza per il movimento di ogni estremità.	
INCONTINENZA	ASSENTE	OCCASIONALE	ABITUALE URINE	DOPPIA	
Insufficiente controllo dell'emissione di feci e urine	Continente. Può avere un catetere.	Incontinenza di urine 1-2 volte/die e/o feci 1 volta/die	Incontinenza di urine e/o feci più di 2 volte/die ma non sempre	Totale incontinenza di urine e feci	
PUNTEGGIO TOTALE					
Non rischio 15-20; Rischio lieve ≤ 14; Rischio medio 13; Rischio elevato ≤ 12					



Allegato 2. Sistema di classificazione NPUAP (Aprile 2016)

Stadio 1 Lesioni da Pressione: Eritema non reversibile della cute integra	Cute intatta con un'area localizzata di eritema non reversibile, che può apparire in modo diverso nella cute scura e pigmentata. La presenza di eritema reversibile o di cambiamenti nella sensibilità, nella temperatura o nella compattezza può precedere i cambiamenti visibili. I cambiamenti di colore non includono quelli viola o marrone; questi possono indicare una profonda lesione da pressione.
Stadio 2 Lesioni da Pressione: Perdita di spessore parziale della cute con esposizione del derma	Perdita di spessore parziale della cute con esposizione del derma. Il letto della ferita è vitale, rosa o rosso, umido, e può anche presentarsi come una vescica intatta o lacerata sierosa. L'adipe (grasso) non è visibile e i tessuti più profondi non sono visibili. Non sono presenti tessuto di granulazione, <i>slough</i> ed escara. Queste lesioni sono comunemente causate da microclima non idoneo e da forze di frizione della cute sopra il bacino e nel tallone. Questa fase non dovrebbe essere utilizzata per descrivere il danno cutaneo associato all'umidità (MASD), compresa la dermatite associata all'incontinenza (IAD), intertrigo (ITD), lesioni cutanee legate ad adesivi (MARS) o ferite traumatiche (lacerazioni cutanee, ustioni, abrasioni).
Stadio 3 Lesione da pressione: Perdita a tutto spessore cutaneo	Perdita a tutto spessore della cute, in cui l'adipe (grasso) è visibile nell'ulcera e nel tessuto di granulazione e margini scollati (o arrotolati) sono spesso presenti. Può essere visibile <i>slough</i> e/o escara. La profondità del danno tissutale varia a seconda della posizione anatomica; le aree di adiposità significativa possono sviluppare ferite profonde. Possono essere presenti sottominature e tunnelizzazioni. Fascia, muscolo, tendine, legamento, cartilagine e/o osso non sono esposti. Se lo <i>slough</i> o l'escara copre l'entità della perdita tissutale, si tratta di una lesione da pressione non stadiabile.
Stadio 4 Lesione da pressione: Perdita cutanea e tissutale a tutto spessore	Perdita di cute e tessuto a tutto spessore con esposizione o direttamente palpabile fascia, muscolo, tendine, legamento, cartilagine o osso nell'ulcera. Lo <i>slough</i> e/o l'escara possono essere visibili. Spesso si sviluppano margini arrotolati, sottominature o tunnelizzazioni. La profondità varia a seconda della posizione anatomica. Se <i>slough</i> o escara coprono l'entità della perdita di tessuto, si tratta di una lesione da pressione non stadiabile.
Lesione da pressione non stadiabile: Lesione cutanea profondità e perdita di tessuto non conosciute	Perdita di cute e tessuto a tutto spessore in cui l'entità del danno tissutale all'interno dell'ulcera non può essere confermata perché è coperto da <i>slough</i> o dall'escara. Se lo <i>slough</i> o l'escara viene rimossa, sarà rivelata una lesione da pressione di grado 3 o 4. L'escara stabile (cioè secca, aderente, intatta senza eritemi o fluttuazioni) sul tallone o sull'arto ischemico non deve essere ammorbidita o rimossa.
Lesione da Pressione Tissutale Profonda: persistente eritema non reversibile, marrone o violacea	Cute intatta o non intatta con area localizzata di persistente rosso intenso non reversibile, marrone, scolorimento viola o separazione epidermica che rivela un letto scuro della ferita o una vescica emorragica. Dolore e variazione di temperatura spesso precedono i cambiamenti di colore della cute. La decolorazione può apparire in modo diverso nella cute scura e pigmentata. Questa lesione è il risultato di una pressione intensa e/o prolungata e forze di frizione all'interfaccia osso/muscolo. La ferita può evolvere rapidamente fino a rivelare l'effettiva entità della lesione tissutale, o può risolversi senza perdita di tessuto. Se il tessuto necrotico, il tessuto sottocutaneo, il tessuto di granulazione, la fascia, il muscolo o altre strutture sottostanti sono visibili, indica una lesione da pressione a tutto spessore (non classificabile, stadio 3 o stadio 4). Non utilizzare il DTPI per descrivere condizioni vascolari, traumatiche, neuropatiche o dermatologiche.



Allegato 3. Scheda di valutazione PUSH 3.0

Dimensione	0	1	2	3	4	5	Punti
Lunghezza x larghezza	0 cm ²	Fino a 0.3 cm ²	0.3 - 0.6 cm ²	0.7 - 1.0 cm ²	1.1 - 2.0 cm ²	2.1 - 3.0 cm ²	
		6	7	8	9	10	Punti
		3.1 - 4.0 cm ²	4.1 - 8.0 cm ²	8.1 - 12.0 cm ²	12.1 - 24.0 cm ²	> 24 cm ²	
Essudato		1	2	3			Punti
		Lieve	Moderato	Abbondante			
Tipo di tessuto	0	1	2	3	4		Punti
	Lesione chiusa	Tessuto epiteliale	Tessuto di granulazione	Fibrina	Tessuto necrotico		
							Totale



AZIENDA PUBBLICA
DI SERVIZI ALLA PERSONA
DELLA CARNIA
SAN LUIGI SCROSOPPI