 <p>Regione Lombardia ASL Brescia</p>	<p>DIREZIONE GENERALE S.I.T.R.A.</p>	<p>LE ULCERE DA PRESSIONE: PREVENZIONE E TRATTAMENTO</p>	<p>Data di emissione Dicembre 2011 Rev. 00</p>
--	---	---	--



LE ULCERE DA PRESSIONE: PREVENZIONE E TRATTAMENTO

Manuale di buona pratica assistenziale

Dicembre 2011

INDICE

1. Premessa

- 1.1 Partecipanti Pag. 4
- 1.2 Riferimenti bibliografici e sitografia Pag. 5
- 1.3 Classificazione delle raccomandazioni Pag. 6

2. Introduzione

- 2.1 Obiettivi Pag. 7
- 2.2 Epidemiologia Pag. 8

3. La lesione da decubito (LdD) o UdP (Ulcera da Pressione)

- 3.1 Definizione Pag. 9
- 3.2 Classificazione Pag. 11
- 3.3 Valutazione del rischio UdP Pag. 11
- 3.4 Cura della cute Pag. 15
- 3.5 La nutrizione per la prevenzione delle UdP Pag. 16
- 3.6 Posizionamenti per la prevenzione delle UdP Pag. 17
- 3.7 Le superfici di supporto Pag. 19
- 3.8 L'intervento educativo Pag. 22
- 3.9 Cure domiciliari e continuità assistenziale Pag. 23

4. Trattamento delle lesioni da decubito

- 4.1 L'importanza della classificazione delle UdP Pag. 24
- 4.2 Valutazione e monitoraggio della guarigione Pag. 25
- 4.3 Valutazione della UdP Pag. 26
- 4.4 Metodi per monitorare la guarigione Pag. 27
- 4.5 Ruolo della nutrizione nella guarigione delle UdP Pag. 28
- 4.6 Valutazione e gestione del dolore Pag. 30

5. Superfici di supporto per il trattamento delle UdP

- 5.1 Raccomandazioni generali Pag. 33
- 5.2 Posizionamenti Pag. 34
- 5.3 UdP di categoria/stadio I e II Pag. 35
- 5.4 UdP di categoria/stadio I e II sul tallone Pag. 36
- 5.5 UdP di categoria/stadio III, IV e non stadiabili Pag. 36
- 5.6 UdP di categoria/stadio III, IV e non stadiabili sul tallone Pag. 36
- 5.7 Popolazioni speciali Pag. 37
- 5.8 Pazienti critici/di area critica Pag. 37
- 5.9 Pazienti con lesioni midollari Pag. 38

6. Cura delle UdP

- 6.1 Preparazione del letto della ferita Pag. 39
- 6.2 Detersione Pag. 39
- 6.3 Debridement Pag. 40
- 6.4 Debridement chirurgico Pag. 41
- 6.5 Debridement enzimatico Pag. 42
- 6.6 Debridement autolitico Pag. 42

7. Medicazioni	
7.1 Raccomandazione generali	Pag. 43
7.2 Medicazioni con idrocolloidi	Pag. 43
7.3 Medicazioni con film trasparente	Pag. 44
7.4 Medicazioni con idrogel	Pag. 44
7.5 Medicazioni con alginati	Pag. 45
7.6 Medicazioni in schiuma	Pag. 45
7.7 Medicazioni con membrane polimeriche	Pag. 45
7.8 Medicazioni impregnate di argento	Pag. 45
7.9 Medicazioni con cadexomero iodico	Pag. 46
7.10 Medicazioni con garze	Pag. 46
7.11 Medicazioni al silicone	Pag. 47
7.12 Medicazioni di matrice al collagene	Pag. 47
7.13 Medicazioni combinate	Pag. 47
8. Valutazione e trattamento dell'infezione	
8.1 Considerazioni di sistema	Pag. 48
8.2 Valutazione di pazienti ad alto rischio	Pag. 48
8.3 Diagnosi	Pag. 48
8.4 Gestione	Pag. 49
9. Gestione delle UdP in pazienti che ricevono cure palliative	
9.1 Valutazione del paziente e del rischio	Pag. 51
9.2 Redistribuzione della pressione	Pag. 51
9.3 Nutrizione e idratazione	Pag. 52
9.4 Cura della cute	Pag. 52
9.5 Cura della UdP	Pag. 53
9.6 Valutazione e gestione del dolore	Pag. 55
9.7 Valutazione delle risorse	Pag. 56
9.8 Indicatori di verifica	Pag. 56
10. Glossario	Pag. 57
Allegato A	Pag. 61

1. Premessa

1.1 Partecipanti

Servizio competente

SITRA ASL Brescia – Responsabile Dott.ssa Di Meo Simonetta

Coordinatore del gruppo di lavoro

Inf. Coord. Annamaria Tonin SITRA ASL Brescia

Componenti del gruppo di lavoro e Aziende partecipanti

Inf. Andreoli Federica	Acc.ne infermieristica	Casa di cura "Villa Gemma"
Inf. Apostoli Alberto	Chirurgia Plastica	Spedali Civili
Inf. Barbisoni Marilena	Ufficio infermieristico	Fondazione Maugeri
Inf. Enrica Cominelli	Medicina	A.O. Desenzano del Garda
Inf. De Toni Paola	Medicina	A.O. Desenzano del Garda <i>Pres. Di Manerbio</i>
Inf. Franzini Maria	Neurologia	Ist. Clinico "Città di Brescia"
Inf. Mazza Monica	Poliambulatorio	Istituto clinico "San Rocco"
Inf. Piardi Gabriele	Riab. Polifunzionale	Domus Salutis
Inf. Roman Annamaria	Cardiologia	Casa di cura "S. Camillo"
Inf. Sette Maria Letizia	Medicina	A.O. Mellino Mellini, Chiari
Inf. Venturi Andrea	Riabilitazione	Don Gnocchi, Rovato
Inf. Venturini Laura	Medicina	Istituto Clinico Sant'Anna
Inf. Zanca Patrizia	Ortopedia	A.O. Desenzano del Garda <i>Pres. di Gavardo</i>
Inf. Zanolini Mirella	Geriatria	Fondazione Poliambulanza HSO

Per l' ASL di Brescia

Inf. Benini Marzia	Distretto di Rezzato
Inf. Beruffi Stefania	Dipartimento Cure Primarie
Inf. Bratelli Laura	Distretto di Orzinuovi
Inf. Brocchetti Rosalia	Distretto di Chiari
Inf. Culcasi Claudia	Distretto di Rezzato
Inf. Forti Annalisa	Distretto di Chiari
Inf. Magri Lidia	Distretto di Brescia
Inf. Olivetti Luigia	Distretto di Gardone V.Trompia
Inf. Soldi Giovanna	Distretto del Garda

1.2 Riferimenti bibliografici e sitografia

- Azienda Ospedaliera-Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola Malpighi, ASL Bologna, *Linee Guida prevenzione e trattamento lesioni da pressione*, 2010.
- "Prevention of Pressure Ulcers": *Quick Reference Guide and "Pressure Ulcer Treatment"*, European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) & National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) 2009.
- *Le scale di valutazione del rischio di lesioni cutanee da decubito*, www.infermierionline.net - Rocco Amendolara. 2009
- *Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione, Metodi di sorveglianza e ipotesi di lavoro*, Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, n°42, Dic.2008.
- *Indicatori per la valutazione di adesione alle linee Guida*, Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, n° 33, Giugno 2007.
- PNLG, Programma Nazionale per le Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Sanitario Regionale, Toscana: *Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento*, Documento3, Ottobre 2005
- *Prevenzione e cura delle lesioni da decubito, Documento descrittivo C.I.O., Comitato Infezioni Ospedaliere*, Regione Piemonte, 2004
- *Linee guida e Audit. Strumenti di governo clinico nell'organizzazione sanitaria*. Plebani M. Trenti T. Torino: Centro Scientifico Editore, 2002.
- Di Giulio P. *Piaghe da decubito, Effective Health Care edizione italiana*, vol. 6, n° 4 Luglio-Agosto 2002
- Di Giulio P. *Le ulcere cutanee croniche* BIF (Bollettino informazione sul farmaco) n° 6, Nov.-Dic. 2000

1.3 Classificazione delle raccomandazioni

Livello delle evidenze per studi individuali (Sackett 1989)

EVIDENZE

1. Ampio studio/i randomizzato con risultati conclusivi (e basso rischio di errore)
2. Piccolo studio/i randomizzato con risultati incerti (rischio di errore da moderato a alto)
3. Studio/i non randomizzato con controlli concomitanti o contemporanei
4. Studio/i non randomizzato con controlli storici/retrospettivi
5. Serie di casi con nessun controllo. Specificato numero di soggetti

FORZA DELLE EVIDENZE. Punteggio per ogni raccomandazione

- A** La raccomandazione è supportata da evidenze scientifiche dirette provenienti da studi controllati sulle UdP correttamente disegnati e implementati in soggetti umani (o soggetti umani a rischio di UdP), studi che forniscono risultati statistici che supportano con coerenza la raccomandazione fornita (Livello 1)
- B** La raccomandazione è supportata da evidenze scientifiche dirette provenienti da studi su una serie di casi sulle UdP correttamente disegnati e implementati in soggetti umani (o soggetti umani a rischio di UdP), studi che forniscono risultati statistici che supportano con coerenza la raccomandazione fornita (Livello 2,3,4,5)
- C** La raccomandazione è supportata da evidenze indirette (esempi: studi in soggetti umani normali, soggetti umani con altre tipologie di lesioni croniche, modelli animali) e/o opinioni di esperti.

Secondo il piano nazionale linee guida (PNLG)

LIVELLO DELLE PROVE

- I** Prove ottenute da più studi controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.
- II** Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.
- III** Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi.
- IV** Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso controllo o loro metanalisi.
- V** Prove ottenute da studi di casistica senza gruppo di controllo.
- VI** Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile delle linee guida.

FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

- A** L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II.
- B** Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata.
- C** Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento.
- D** L'esecuzione della procedura non è raccomandata
- E** Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura

La convinzione che la condivisione delle informazioni sia un bene positivo di formidabile efficacia e che sia un dovere etico facilitare l'accesso alle informazioni ogni qualvolta sia possibile.

Etica Hacker-Jargon File 4.2.0 dated Jan 31, 2000
(<http://www.evidencebasednursing.it/homepage1.htm>)

2 Introduzione

2.1 Obiettivi

Il Documento di programmazione e coordinamento dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari della ASL di Brescia per l'anno 2011, prevede specifici obiettivi in merito all'attivazione di percorsi finalizzati al perseguimento della continuità assistenziale. Per garantire la continuità assistenziale è necessario che vi sia collaborazione e condivisione dei percorsi assistenziali, siano essi attivati in ambito ospedaliero, domiciliare o in qualsiasi altro contesto di cura. Rispetto alle ulcere da pressione, la finalità di questa collaborazione è stata l'elaborazione di un documento con l'obiettivo di indirizzare la pratica clinico/assistenziale secondo le più recenti e comprovate evidenze scientifiche, di migliorare la qualità dell'assistenza, di ridurre i costi e di migliorare il grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori.

Il documento è stato costruito in modo tale che tutte le Aziende partecipanti possano, sulla scorta delle indicazioni in esso contenute, assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi, riducendo al minimo quella parte di variabilità che nelle decisioni cliniche è legata alla carenza di conoscenze e alla soggettività dei criteri di scelta delle strategie assistenziali.

E' quindi auspicabile che **ogni Azienda partecipante revisioni i protocolli e le procedure già in essere in funzione delle indicazioni del presente documento**, mettendo in atto sistemi di controllo e sorveglianza continua. Altro obiettivo è quello di creare una cultura condivisa in tema di lesioni cutanee che consenta l'utilizzo di un linguaggio comune tra i diversi attori coinvolti nella cura degli utenti.

A completamento di questo strumento, è prevista la pianificazione di progetti di formazione finalizzati a consolidare l'apprendimento e la formazione relativa agli aspetti teorico/pratici da parte degli infermieri.

Il presente documento:

- è stato elaborato da un gruppo di infermieri interaziendale, che ha visto mettere a confronto le esperienze maturate nei diversi setting assistenziali ed è rivolto sia agli infermieri delle strutture di ricovero e cura sia agli infermieri delle cure domiciliari;

- è stato condiviso dal SITRA dell'ASL con i Dipartimenti Assi, Cure Primarie e PAC
- è stato trasmesso ai Direttori Sanitari e ai Responsabili SITRA delle Strutture di Ricovero e Cura in data 21/12/2011 e validato dal Tavolo dei Direttori Sanitari in data 13/07/2012
- è pubblicato sul sito dell'ASL nell'area Operatori – Altre professioni sanitarie – infermieri
- sarà revisionato nel Dicembre 2013

Sono attori principali di questo percorso assistenziale:

- gli infermieri delle cure domiciliari e delle strutture di ricovero e cura
- le equipe UCAM (Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale)
- i MMG/i medici specialisti che intervengono nella gestione dei pazienti a rischio o portatori di lesioni cutanee

Sono destinatari tutti i pazienti considerati a rischio o portatori di UDP e che necessitano di continuità assistenziale ed i loro familiari/caregivers.

2.2 Epidemiologia

Sia l'incidenza sia la prevalenza delle ulcere da pressione sono difficili da determinare a causa delle barriere metodologiche che impediscono di formulare generalizzazioni dai dati disponibili. In Italia i dati disponibili sono quelli preliminari di uno studio nazionale di prevalenza. Sono state studiate 13.081 persone ricoverate in 24 strutture ospedaliere, delle quali 1.435 hanno manifestato 2.533 ulcere da pressione con un tasso di prevalenza pari al 10,97%. Nel 90,6% dei casi non è stata adottata alcuna misura preventiva e solo nello 0,04% dei casi è stata effettuata una prevenzione completa, questo a testimonianza della gravità del problema e della scarsa applicazione di misure preventive. (Clark M. Defloor T., Bours A.: A pilot study of the prevalence of pressure ulcers in European Hospital, 2004).

Un altro studio (1984) effettuato su 20 ospedali (nei reparti di neurologia, geriatria, chirurgia, ortopedia, medicina, neurochirurgia, rianimazione e urologia) per un totale di 12.048 utenti mostrava una prevalenza dell'8,6% e le prevalenze maggiori si sono registrate nelle rianimazioni (26,6%), neurochirurgie (13%) e geriatrie (11%). (Di Giulio P. La prevalenza delle ulcere da decubito nei pazienti ospedalizzati. Rivista dell'infermiere 1985)

Altri studi condotti dall'associazione AISLeC (Associazione Italiana per lo Studio delle lesioni Cutanee) riportano su 2.584 utenti osservati una prevalenza del 13,2% e un secondo studio effettuato su 5.554 utenti una prevalenza del 12,9% (AISLeC Profilassi

delle lesioni da decubito e cambio posturale. Ricerca multicentrica. NEU 1995).

Un'indagine epidemiologica nel 2002 promossa da A.I.S.Le.C. in 86 distretti sanitari di 23 province italiane ha rilevato nei pazienti con assistenza domiciliare una prevalenza del 34.2% di UdP.

I contributi maggiori in ambito epidemiologico sulle ulcere da pressione ci vengono forniti da studi americani ed europei. Le indagini condotte negli ospedali mostrano valori di prevalenza abbastanza omogenei (8%-22% circa). (Epuap Review 2002). Vi sono, tuttavia, studi effettuati presso strutture residenziali per anziani, nei quali la variazione dell'incidenza è sostanziale (17%-29%). (Brandeis GH, Morris JN et al. The Epidemiology and natural history of pressure ulcers in elderly nursing home resident. Jama 1990).

Un'analisi su un campione rappresentativo di 780 anziani ospiti di 68 RSA lombarde ha mostrato una prevalenza del 10 ± 8.1 % di UdP.

Sirchia G, Trabucchi M, Zanetti E, Campari M, Bertolini A. "Un modello per la rilevazione della qualità nelle Residenze Sanitarie Assistenziali". Tendenze Nuove 2001.

In pediatria, infine, per le ulcere da pressione sono riportate un'incidenza e una prevalenza del 4%, con un'incidenza che aumenta al 17-25% quando venga considerata la popolazione ricoverata nelle terapie intensive. (Curley MAQ, Quigley SM, Lin M. Pressure ulcers in pediatric intensive care: incidence and associate factors. Pediatr Crit Care Med 2003; McLane KM, Bookout K, McCord S et al. The 2003 national pediatric pressure ulcer and skin breakdown prevalence survey: a multicentric study. J Wound Ostomy Continence Nurs; Curley MAQ, Razmus IS, Roberts Ke et al. Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients: the Braden Q Scale. Nurs Res 2003).

La dimensione del problema nell'ASL di Brescia

Nell'ambito delle cure domiciliari dell'ASL di Brescia la gestione delle lesioni da decubito rappresenta una delle prestazioni assistenziali che richiede un notevole investimento di risorse umane ed economiche. A fronte di 12.663 utenti assistiti a domicilio nel 2010 (comprensivi di prestazioni pianificate ed estemporanee) 4023 utenti sono stati seguiti per interventi riferiti alla prevenzione e alla cura delle lesioni cutanee, per un totale di 128.340 accessi infermieristici domiciliari, con un tempo medio per accesso di circa 32 minuti.

3.La lesione da decubito (LdD) o UdP (Ulcera da Pressione)

3.1 Definizione

Viene definita lesione da decubito (UdP) o Ulcere da pressione (UdP), *il danno*

localizzato alla cute e/o ai tessuti sottostanti che insorge generalmente sopra una prominenza ossea, come risultato della pressione o della pressione combinata a forze di stiramento/taglio. (EPUAP-NPUAP 2009). Le UdP sono causa di grande sofferenza per i pazienti, ritardano ed ostacolano il recupero delle normali funzioni e abilità quotidiane, causano spesso dolore e complicanze infettive, assorbono risorse sanitarie, sono spesso associate ad un prolungamento della degenza ospedaliera e ad un aumento del tasso di mortalità. Sono quindi un importante problema di salute, ma non solo. Le UdP causano emarginazione, sottraggono dignità diventando quindi anche un importante problema sociale. A ciò si aggiunge che, nella maggior parte dei casi sono in buona parte prevenibili con interventi semplici ad alta fattibilità. Esistono vari sistemi di classificazione per descrivere le UdP in termini di danno tissutale osservato. L'uso di uno strumento di classificazione permette una valutazione universale e una comunicazione efficace della severità del danno tissutale tra i diversi professionisti sanitari (**Armstrong e Bortz, 2001**).

Il sistema a 4 stadi della **National Pressure Advisory Panel (NPUAP)** è lo strumento più largamente accettato (**Ferguson et al. 2000; Ferrel, Josephson, Norvid & Alcorn 2000**).

È stato accettato dal gruppo **Agency for Health Care Policy and Research AHCPH** nel **1994** e da allora è divenuto uno standard clinico (**Weir, 2001**).

Il gruppo che ha creato lo strumento, attraverso la ricerca di un consenso unanime, ha infatti riconosciuto l'universalità dei criteri di definizione della patologia, così come vengono interpretati e utilizzati dai clinici operanti in numerosi e diversificati setting di pratica sanitaria. Recentemente (2009) l'**EPUAP** e l'**NPUAP** hanno sviluppato una definizione comune internazionale oltre che un sistema di classificazione internazionale delle UdP.

La stadiazione o grado implica una progressione dall'I al III o IV, anche se non sempre questo avviene. L'utilizzo del termine categoria è stato suggerito come "neutrale" per sostituire stadio o grado; anche se estraneo agli operatori ha comunque il vantaggio di evitare le nozioni errate di "progressione" da I a IV e "guarigione" da IV a I. Siamo consapevoli che vi è una familiarità con i termini "stadio" e "grado" e di conseguenza proponiamo di utilizzare qualsiasi termine (es. stadio, grado o categoria) risulti essere più chiaro e comprensibile; infatti, nonostante un gruppo possa classificare una UdP in stadi o gradi o categorie, il vantaggio più significativo della collaborazione è rappresentato dal fatto che le attuali definizioni di UdP e i livelli di danno alla cute/tessuti sono gli stessi.

3.2 Classificazione

Categoria/stadio I: Eritema non reversibile di cute intatta

Cute intatta con eritema non reversibile su un'area generalmente localizzata sopra una prominenza ossea. L'eritema non reversibile può non essere visibile sulle pelli scure; il loro colore può diversificarsi rispetto alle aree adiacenti. L'area può essere dolente, indurita, molle, più calda o più fredda rispetto ai tessuti adiacenti. La Categoria/stadio I può essere difficoltosa da identificare in individui di pelle scura. Può indicare persone "a rischio" (un segno di rischio incombente/imminente).

Categoria/stadio II: Perdita parziale dello spessore cutaneo

Lesione che determina una perdita parziale dello spessore cutaneo; si presenta come una ulcera poco profonda con un letto della lesione rosso/rosa senza *slough*. Può anche presentarsi come una flittene integra o aperta con contenuto sieroso. Si presenta come una lesione poco profonda lucida/umida o asciutta/secca senza *slough* o coloritura bluastra/violacea* (bruising). La categoria/stadio II non deve essere utilizzata per descrivere ferite laceranti della cute, ustioni, dermatiti perineali /associate a incontinenza, macerazione o escoriazioni.

N.B: la coloritura bluastra/violacea indica sospetto danno ai tessuti profondi.

Categoria/stadio III: Perdita totale dello spessore cutaneo

Lesione che determina perdita totale dello spessore cutaneo. Il tessuto adiposo sottocutaneo può essere visibile, ma le ossa, i tendini o i muscoli non sono esposti. Può essere presente *slough*, ma senza impedire di apprezzare la profondità della lesione e/o perdita di tessuto. La lesione può presentare tessuto sottominato o tunneling. La profondità di una UdP di Categoria/Stadio III varia in base alla localizzazione anatomica. La radice del naso, l'orecchio, l'occipite e il malleolo non hanno tessuto sottocutaneo e pertanto queste sono solitamente poco profonde. All'opposto, aree con consistente adiposità possono sviluppare UdP di Categoria/stadio III estremamente profonde. Ossa e tendini non sono visibili o direttamente palpabili.

Categoria/stadio IV: Perdita totale dello spessore cutaneo

Lesione che determina perdita totale dello spessore cutaneo con esposizione di ossa, tendini o muscoli. Possono essere presenti *slough* o escara su alcune parti del letto della lesione. Spesso sono presenti tessuto sottominato e tunneling. La profondità di una UdP di Categoria/Stadio IV varia in base alla localizzazione anatomica. La radice del naso, l'orecchio, l'occipite e il malleolo non hanno tessuto sottocutaneo e pertanto queste sono solitamente poco profonde. Le UdP di Categoria/Stadio IV possono estendersi al muscolo e/o alle strutture di supporto (es. fascia, tendini o capsula articolare) con possibile insorgenza di osteomielite. Ossa/tendini esposti sono visibili o direttamente palpabili.

3.3. Valutazione del rischio di UdP

Il primo obiettivo da porsi nella presa in carico della persona a rischio o portatrice di UdP è un'accurata valutazione clinica. Grazie all'implementazione della ricerca epidemiologica, vi è una migliore comprensione dei fattori di rischio determinanti nello sviluppo delle UdP. L'attenzione deve essere rivolta verso quelle patologie che favoriscono l'insorgenza della lesione o ne impediscono la guarigione (malattia vascolare, diabete, tumori, malnutrizione, depressione).

Le fasi della valutazione del rischio

- **Stabilire un piano d'azione per la valutazione del rischio in tutti i contesti di assistenza sanitaria (Forza dell'evidenza C)**

Ogni contesto di assistenza sanitaria **deve** adottare un piano che comprenda precise raccomandazioni per un approccio sistematico della valutazione del rischio, adatto allo specifico contesto; occorre tener conto delle aree cliniche da indagare, della tempistica per la prima valutazione e per le successive; della documentazione necessaria per la valutazione del rischio; della comunicazione e dell'informazione a tutta l'équipe assistenziale.

- **Formare i professionisti sanitari per raggiungere l'obiettivo di una valutazione del rischio accurata ed affidabile (Forza dell'evidenza B)**

- **Documentare tutte le valutazioni di rischio**

La documentazione assicura una adeguata comunicazione all'interno del team multidisciplinare, dimostra che il piano assistenziale è appropriato e serve da riferimento per monitorare i progressi del paziente **(Forza dell'evidenza C)**

La valutazione del rischio nella pratica

- Utilizzare un approccio sistematico per identificare le persone a rischio di UdP.

L'approccio sistematico si traduce operativamente ***nell'utilizzo di una scala di valutazione del rischio*** unitamente ad una accurata e completa valutazione della cute e al giudizio clinico (1). Le evidenze disponibili suggeriscono che l'introduzione di questi 2 elementi in aggiunta a gruppi/team dedicati alla "cura della cute", a programmi di formazione e a protocolli/procedure assistenziali, possono ridurre l'incidenza delle UdP **(Forza dell'evidenza C)**.

- Utilizzare un approccio sistematico alla valutazione del rischio che includa la valutazione del livello di mobilità e/o attività che il paziente può svolgere **(Forza delle¹ evidenze C)**

- Considerare a rischio di UdP le persone allettate o costrette in carrozzina. **sala operatoria**

¹ Tra gli elementi clinici vanno considerati ipotermia, durata dell'intervento chirurgico, anemia, età, gravità delle malattie, comorbilità, assunzione di farmaci, stato psicosociale, superfici di supporto utilizzate, posizione obbligata del corpo o di un suo segmento, presenza di dolore, assunzione di sedativi. Altri elementi che vanno rilevati comprendono gli aspetti cutanei, la fragilità, la secchezza, il colorito, la temperatura cutanea, l'elasticità, ma anche il trofismo, l'ossigenazione, le caratteristiche della plica cutanea, lo spessore del pannicolo di sottocute, la presenza di edemi, precedenti ulcere.

- Utilizzare un approccio sistematico alla valutazione del rischio che includa una completa e accurata valutazione della cute al fine di identificare qualsiasi alterazione **(Forza delle evidenze C)**

Considerare le persone con alterazione della cute come a rischio di UdP. Alterazioni della normale condizione della cute possono includere secchezza, eritema e altro. Anche la presenza di eritema non reversibile aumenta il rischio di insorgenza di UdP.

- Utilizzare un approccio sistematico alla valutazione del rischio completandolo con il giudizio clinico supportato dalla conoscenza dei principali fattori di rischio **(Forza delle evidenze C)**

- Tenere conto dell'impatto dei seguenti fattori di rischio di una persona di sviluppare una UdP:

- **Indicatori nutrizionali**- includono anemia, livelli di emoglobina e albumina sierica, peso del paziente
- **fattori che incidono sulla perfusione ed ossigenazione tissutale**- includono diabete, ipotensione, indice caviglia braccio e ossigeno terapia
- **umidità/macerazione della cute**: sia la cute secca/disidratata che l'eccessiva umidità/macerazione sono fattori di rischio
- **età avanzata**

- Tenere conto dell'impatto potenziale dei seguenti fattori sul rischio di una persona di sviluppare una UdP:

- Forze di attrito e frizione e stiramento e taglio (scala Braden)
- Percezione sensoriale (scala Braden)
- Condizioni generali di salute
- Temperatura corporea

- Valutare il rischio utilizzando un approccio sistematico all'ammissione del paziente e ripeterla regolarmente a seconda delle condizioni della persona. La rivalutazione deve essere effettuata anche ogni qualvolta vi siano dei cambiamenti nelle condizioni del paziente. **(Forza delle evidenze C)**

- Elaborare e implementare un piano di prevenzione quando gli individui vengono identificati a rischio di lesioni. **(Forza delle evidenze C)**

I fattori di rischio **identificati** devono tradursi in un **piano assistenziale personalizzato** per minimizzare l'impatto delle variabili rilevate.

Dopo aver effettuato un accurata valutazione clinica, può essere utile affrontare anche una valutazione psicosociale per poter determinare la capacità di

comprensione/adesione al trattamento da parte della paziente e la presenza o meno di caregivers per l'ambito domiciliare. Le persone costrette a letto o sulla sedia a rotelle dovrebbero essere valutate in relazione agli ulteriori fattori che aumentano il rischio di sviluppare ulcere da pressione. (Norton & Berlowiz).

- macerazione cutanea o incontinenza
- nutrizione
- livello di coscienza
- dolore
- condizioni generali

I soggetti potenzialmente a rischio dovrebbero essere valutati servendosi di uno strumento validato. **(Prova I A)**. Se si adotta una scala di rischio, la scala Braden è preferibile ad altre **(Prova IV B)**.

La valutazione del rischio dovrebbe avvalersi, inoltre, del giudizio clinico e non affidarsi esclusivamente allo strumento di identificazione del rischio **(Prova VI A)**. La valutazione dovrebbe essere ripetuta ad intervalli regolari e ad ogni variazione delle condizioni generali del paziente. **(Prova VI A)**.

La valutazione della cute

- Includere nel piano di valutazione del rischio una valutazione completa ed accurata della cute in tutti i contesti di cura **(Forza delle evidenze C)**.

Ogni contesto di cura deve adottare un piano che includa raccomandazioni per un approccio sistematico alla valutazione della cute adatto all specifico contesto, così come le aree cliniche da indagare e la tempistica per la prima valutazione e per le successive. Il piano deve fornire chiare raccomandazioni per la documentazione delle valutazioni della cute e per la comunicazione dell'informazione a tutta l'équipe.

- Formare i professionisti affinché siano in grado di effettuare una valutazione della cute completa ed accurata; ciò include le tecniche/modalità per identificare arrossamento/eritema non reversibile, calore localizzato, edema, indurimento. **(Forza dell'evidenza B)**

Queste tecniche aggiuntive di valutazione possono essere utilizzate nell'assistenza a tutti i pazienti. Tuttavia vi sono evidenze che le UDP di Stadio 1 sono sottostimate in persone dalla pelle scura in quanto le aree di arrossamento non sono facilmente visibili.

- Ispezionare la cute con regolarità nei soggetti individuati a rischio di sviluppare una UDP. L'esigenza di aumentare la frequenza delle ispezioni può essere necessaria a

fronte di qualsiasi deterioramento delle condizioni generali del paziente (**Forza delle evidenze B**). Una valutazione programmata/di routine della cute è necessaria per individuare segni precoci di danni da pressione.

- L'ispezione della cute deve includere valutazioni riferite a calore localizzato, edema e indurimento soprattutto in individui di pelle scura. (**Forza delle evidenze C**). Il calore localizzato, l'edema e l'indurimento sono tutti fattori identificati come segni d'allarme per lo sviluppo UdP.
- Chiedere al paziente di segnalare tempestivamente aree di dolore che possa essere attribuito alla pressione. (**Forza delle evidenze C**). Alcuni studi pongono l'attenzione sul dolore, come segno precursore del cedimento dei tessuti.
- Osservare la cute con riferimento a possibili danni da pressione causati dai dispositivi medici (**Forza delle evidenze C**).
- Documentare tutte le variazioni della cute, annotando eventuali segnalazioni di dolore che possa essere riferito a danno da pressione. (**Forza delle evidenze C**)

La compilazione accurata della documentazione riferita alla valutazione della cute è essenziale per monitorare i progressi del paziente e facilitare la comunicazione tra operatori.

Per identificare i primi segni di insorgenza di ulcere da pressione tutti gli individui considerati a rischio dovrebbero essere sottoposti a un'ispezione cutanea sistematica almeno 1 volta al giorno, prestando particolare attenzione alle prominenze osee (sacro, talloni, malleoli, etc.) al fine di evidenziare precocemente la presenza di secchezza, eritema, fragilità da macerazione, ipertermia indurimento. (Prova IIIA).

3.4 Cura della cute

- Evitare di posizionare, se possibile, il paziente su un'area del corpo ancora arrossata, a causa di un precedente danno da pressione (**forza delle evidenze C**). L'arrossamento indica che il corpo non si è ancora ripreso dal precedente danno e richiede tempo per sopportare ripetute forze di pressione.
- Evitare di massaggiare la cute per la prevenzione delle UdP (**forza delle evidenze B**)

Il massaggio è controindicato in presenza di infiammazione acuta e ove esista la probabilità di vasi sanguigni danneggiati o cute fragile. Il massaggio **NON** può essere raccomandato come strategia per la prevenzione delle UdP.

- Evitare di frizionare energicamente la cute in pazienti a rischio di UdP (**forza delle evidenze C**). Oltre ad essere doloroso il frizionamento può anche causare piccole distruzioni di tessuto o provocare una reazione infiammatoria soprattutto nell'anziano fragile.
- Utilizzare sostanze emollienti per idratare la cute secca al fine di ridurre il rischio di danno cutaneo (**forza delle evidenze C**). La cute secca/disidratata sembra rappresentare un fattore di rischio significativo e indipendente per lo sviluppo di UdP.
- **Proteggere la cute da esposizione all'eccessiva umidità con prodotti di barriera al fine di ridurre il rischio di danno da pressione (forza delle evidenze C).**

Le proprietà meccaniche dello strato corneo vengono modificate dalla presenza di umidità oltre che nella loro funzione di mantenimento della temperatura.

3.5 La nutrizione per la prevenzione delle UdP

Raccomandazioni generali

Poichè la malnutrizione è un fattore di rischio reversibile per lo sviluppo di UdP l'identificazione e la gestione precoce della malnutrizione è molto importante. Gli individui a rischio di UdP possono essere anche a rischio di malnutrizione; di conseguenza occorre valutare lo stato nutrizionale.

- **Effettuare una valutazione dello stato nutrizionale per ogni individuo a rischio di UdP in ogni contesto di cura (forza delle evidenze B).** Questo comporta l'utilizzo di uno strumento valido, affidabile e pratico per la valutazione dello stato nutrizionale; veloce, semplice da compilare e accettabile sia per i pazienti che per gli operatori.
- **Richiedere consulenza per ogni paziente con rischio nutrizionale e di UdP ad un team nutrizionale multidisciplinare.** Nel caso in cui lo screening nutrizionale identifichi pazienti a rischio, deve essere effettuata una valutazione dello stato nutrizionale più completa ed accurata da parte di personale specializzato.
- **Fornire supporto/integrazione nutrizionale a ogni persona a rischio.**

Ciò comprende:

- valutazione dello stato nutrizionale
- stima del fabbisogno nutrizionale
- comparazione tra assunzione di sostanze nutritive e fabbisogno stimato
- fornire appropriati interventi attraverso un'appropriata via di assunzione
- monitorizzare e valutare gli outcomes attraverso la rivalutazione dello stato nutrizionale a intervalli frequenti fino a quando la persona rimane a rischio (**forza delle**

evidenze C).

Le persone possono richiedere diverse forme di gestione della nutrizione lungo il decorso della loro malattia.

- Seguire/adottare linee guida rilevanti e basate sulle evidenze per la nutrizione enterale e l'idratazione di pazienti a rischio di UdP che presentano rischi o problemi nutrizionali
- Fornire a ciascun individuo a rischio nutrizionale e di UdP un minimo di 30/35 Kcal per Kg di peso corporeo al giorno in aggiunta a 1,25- 1,5 g/kg/die di proteine e 1 ml di liquidi per Kcal al giorno.

3.6 Posizionamenti per la prevenzione delle UdP

- Il posizionamento deve essere preso in considerazione per tutte le persone a rischio di UdP. Il posizionamento deve essere effettuato per ridurre la durata e l'entità delle forze di pressione sopra le aree vulnerabili del corpo (**forza delle evidenze A**)
- Sopra le prominenze ossee sono ugualmente dannose sia una pressione elevata per un breve periodo di tempo che una pressione minore per un tempo prolungato. Al fine di ridurre il rischio della persona di sviluppare una UdP è importante ridurre il tempo e l'entità di pressione a cui è esposto.
- L'utilizzo del posizionamento come strategia di prevenzione deve prendere in considerazione le condizioni del paziente e la superficie di supporto/contatto utilizzata (**forza delle evidenze C**).

Frequenza dei posizionamenti

La frequenza dei posizionamenti dipenderà da variabili correlate al paziente (**Forza delle evidenze C**) e alla superficie di supporto/contatto utilizzata (**Forza delle evidenze A**).

- La frequenza dei posizionamenti sarà determinata dalla tolleranza dei tessuti del paziente, dal suo livello di mobilità/attività, dalle sue condizioni generali, dagli obiettivi di cura e dalle valutazioni della condizioni della cute (**Forza delle evidenze C**).
- Valutare le condizioni della cute e il comfort generale del paziente. Se la persona non risponde come previsto al piano di posizionamenti occorre rivalutare la frequenza e la metodologia del piano di posizionamenti (**Forza delle evidenze C**).
- La frequenza dei posizionamenti sarà influenzata dalla superficie di supporto/contatto utilizzata (**Forza delle evidenze A**).
- La rotazione delle posture va sempre documentata in modo completo sia per le

posizioni a letto, sia per l'uso della poltrona/carrozzina. **(Prova III A)**

Tecniche di posizionamento

Il posizionamento favorisce il comfort, la dignità e le capacità funzionali della persona **(Forza delle evidenze C)**.

- Posizionare il paziente in modo che la pressione sia alleviata/ridotta e redistribuita
- Evitare di sottoporre la cute a forze di pressione e di stiramento/taglio
- Utilizzare ausili per il trasferimento per ridurre le forze di attrito/frizione e stiramento/taglio
- Evitare di posizionare la persona direttamente al di sopra di dispositivi medici come tubi o sistemi di drenaggio
- Evitare di posizionare la persona sopra prominenze ossee che presentino eritema non reversibile
- Posizionare il paziente in decubito laterale a 30° (alternativamente lato destro, supino, lato sinistro) o decubito prono se il paziente può tollerarlo e le sue condizioni lo consentono. Evitare posture che aumentino la pressione su zone a rischio come il decubito laterale a 90° (aumento pressione sul trocantere) o la posizione semiseduto.
- Se si rende necessario fare assumere al paziente la posizione seduta a letto evitare di alzare al massimo la testata del letto (90°); ciò infatti favorirà lo scivolamento della persona verso il basso, esercitando forze di pressione e di stiramento sul sacro e sul coccige **(Forza delle evidenze C)**

Posizionamento del paziente seduto

- Posizionare il paziente in modo tale che mantenga la sua piena capacità di movimento/attività **(Forza delle evidenze C)**.
- Scegliere una postura che sia accettabile per il paziente e minimizzi le forze di pressione e stiramento/taglio esercitate sulla cute e sui tessuti molli **(Forza delle evidenze C)**
- Posizionare i piedi della persona su un supporto quando non toccano il pavimento **(Forza delle evidenze C)**. Quando i piedi non toccano il pavimento il corpo scivola verso il basso/in avanti fuori dalla carrozzina. L'altezza del supporto per i piedi deve essere regolata in modo da flettere leggermente la pelvi in avanti posizionando le cosce leggermente più in basso rispetto alla linea orizzontale.

- Limitare il tempo che un paziente rimane seduto su una carrozzina/sedia senza ausilio per la riduzione della pressione **(Forza delle evidenze B)**.

Per i soggetti che possono alternare solo la posizione a letto con quella seduta devono sempre essere utilizzati ausili in grado di ridistribuire la pressione: ciò permette di ridurre i cambi di posizione **(Prova III B)**. Nel posizionare i soggetti allettati o in carrozzina si deve fare attenzione all'allineamento posturale, così da migliorare la stabilità, favorire l'equilibrio e garantire la distribuzione del peso sulla maggior superficie d'appoggio possibile. **(Prova VI A)**

Formazione e addestramento sui posizionamenti

- Prevedere una formazione sul ruolo dei posizionamenti nella prevenzione delle UdP per tutte le persone coinvolte nell'assistenza ai pazienti a rischio di UdP incluso il paziente stesso e i caregivers/persone significative **(Forza delle evidenze C)**
- Prevedere un addestramento sulle tecniche corrette di posizionamento per tutte le persone coinvolte nell'assistenza ai pazienti a rischio di UdP incluso il paziente stesso e i caregivers/persone significative **(Forza delle evidenze C)**

3.7 Le superfici di supporto

Considerazioni generali

- Gli interventi di prevenzione per gli individui a rischio devono essere garantiti in maniera continuativa per tutto il periodo in cui permane la situazione di rischio. **(Forza delle evidenze C)**.
- Evitare di scegliere la superficie di supporto/contatto solo sulla base del livello di rischio percepito o in base alla categoria/stadio di qualsiasi UdP già presente/insorta **(Forza delle evidenze C)**

La scelta di una superficie di supporto / contatto deve tenere in considerazione fattori quali le capacità residue di movimento del paziente mentre è a letto, il suo livello di comfort, il bisogno di controllo del microclima, il contesto e le circostanze in cui viene erogata l'assistenza. Scegliere una superficie di supporto/contatto che sia compatibile con contesto di cura **(Forza delle evidenze C)**

- Non tutte le superfici di supporto/contatto sono compatibili con ogni contesto di cura. Per le superfici utilizzate a domicilio occorre tener conto del peso del letto, della struttura della casa, della larghezza delle porte, della disponibilità di energia elettrica della possibilità di ventilare l'ambiente a fronte del calore generato dall'eventuale

motore. Esaminare l'appropriatezza e la funzionalità della superficie di supporto-contatto ad ogni visita/incontro con il paziente (**Forza delle evidenze C**)

- Verificare prima dell'uso l'obsolescenza della superficie di supporto; essa deve essere utilizzata solo per la durata della sua funzionalità come indicato dalle specifiche metodologie di test previste dal produttore o altre metodologie di test indicate da industrie riconosciute (**Forza delle evidenze C**)

Utilizzo di materassi per la prevenzione delle UdP

- Utilizzare materassi in schiuma viscoelastica anziché materassi ospedalieri standard per tutti i pazienti valutati a rischio di UdP (**Forza delle evidenze A**). I materassi in schiuma viscoelastica sono più efficaci nella prevenzione delle UdP rispetto ai materassi ospedalieri standard.
- Non vi sono evidenze sulla superiorità di uno specifico tipo di materasso in schiuma viscoelastica rispetto ad un altro (**Forza delle evidenze A**). Non sembrano esserci evidenti differenze tra i diversi tipi di materassi in schiuma viscoelastica.
- Utilizzare una superficie di supporto statica per coloro che possono essere riposizionati purché impedisca di toccare il piano di supporto e/o non diventi una superficie rigida (**Forza delle evidenze C**)
- Quando i pazienti ad elevato rischio non possono essere riposizionati manualmente sono necessarie superfici di supporto dinamiche in quanto esse possono modificare le loro proprietà di distribuzione del carico. Sovramaterassi e materassi dinamici (a pressione alternata) hanno la medesima efficacia in termini di riduzione dell'incidenza di UdP (**Forza delle evidenze A**).
- Evitare l'utilizzo di materassi e sovra materassi ad aria a piccole celle (**Forza delle evidenze A**). Materassi ad aria a pressione alternata formati da piccole celle (diametro <10 cm) non possono essere sufficientemente insufflati per assicurare la riduzione della pressione rispetto alle celle che (nell'alternanza del ciclo) non sono insufflate (gonfie). Attualmente si stanno sperimentando sensori interni su modelli in via di sviluppo che potrebbero risolvere il problema. Continuare i riposizionamenti, ove possibile, per tutte le persone a rischio di UdP (**Forza delle evidenze C**)

L'utilizzo delle superfici di supporto per prevenire le UdP dei talloni

- Mantenere i talloni liberi/sollevari dalla superficie del letto (**Forza delle evidenze C**)
- Se si utilizzano i dispositivi per la protezione dei talloni, questi devono elevarli

completamente (totale scarico) in modo da distribuire il peso della gamba lungo il polpaccio senza gravare con la pressione sul tendine di Achille. Il ginocchio deve essere leggermente flesso (**Forza delle evidenze C**) in quanto l'iperestensione del ginocchio può causare ostruzione della vena poplitea e questo può predisporre la persona ad una trombosi venosa profonda. Posizionare un cuscino sotto i polpacci in modo da sollevare i talloni (lasciarli fluttuare nel vuoto) (**Forza delle evidenze B**).

- Ispezionare la cute dei talloni regolarmente (**Forza delle evidenze C**)

Utilizzo delle superfici di supporto per prevenire le UdP mentre il paziente è seduto

- Utilizzare un cuscino antidecubito che redistribuisca la pressione per le persone sedute la cui mobilità è ridotta e che sono a rischio di UdP (**Forza delle evidenze B**).

Diversi studi dimostrano che l'utilizzo di un cuscino per redistribuire la pressione previene l'insorgenza di UdP

- Limitare il tempo che un paziente rimane seduto senza cuscino antidecubito e/o ausilio che allevi la pressione (**Forza delle evidenze B**)
- Prestare particolare attenzione ai pazienti con danno al midollo spinale (**Forza delle evidenze C**)
- Si deve evitare la posizione seduta nei pazienti che presentano ulcere da pressione in zona ischiatica (**Forza delle evidenze C**)

Utilizzo di altre superfici di supporto per la prevenzione delle UdP

- Evitare l'uso di velli di pecora sintetici; pezzi di stoffa ritagliati, anelli o ciambelle e guanti riempiti di acqua (**Forza delle evidenze C**)

Popolazioni speciali: pazienti in sala operatoria

- Completare la valutazione di rischio per pazienti sottoposti a intervento chirurgico includendo altri fattori che probabilmente aumenteranno il rischio di insorgenza di UdP:

a) durata dell'intervento

b) aumento di episodi ipotensivi intraoperatori

c) bassa temperatura interna durante l'intervento

d) ridotta mobilità il 1° giorno successivo all'intervento

- Utilizzare un materasso che redistribuisce la pressione sul tavolo operatorio per tutti i pazienti a rischio di UdP (**Forza delle evidenze B**)

- Posizionare il paziente durante l'intervento in modo da ridurre il rischio di insorgenza di UdP (**Forza delle evidenze C**)
- Sollevare i talloni completamente (totale scarico) in modo da distribuire il peso della gamba lungo il polpaccio senza gravare con la pressione sul tendine di Achille. Il ginocchio deve essere leggermente flesso (**Forza delle evidenze C**).L'iperestensione del ginocchio può causare ostruzione della vena poplitea e questo può predisporre la persona ad una trombosi venosa profonda.
- Prestare attenzione alla redistribuzione della pressione prima e dopo l'intervento chirurgico (**Forza delle evidenze C**)
- Posizionare il paziente su un materasso antidecubito sia prima che dopo l'intervento (**Forza delle evidenze C**)
- Posizionare il paziente prima e dopo l'intervento in una postura diversa rispetto a quella intraoperatoria (**Forza delle evidenze C**)

3.8 L'intervento educativo

I programmi di educazione alla prevenzione delle ulcere da pressione devono essere strutturati, organizzati, completi e messi a disposizione degli assistiti, dei loro familiari e dei responsabili delle cure sanitarie. (**Prova III A**). I programmi educativi di promozione della salute dovrebbero comprendere informazioni riguardanti i seguenti punti:

- eziologia e fattori di rischio per le ulcere da decubito
- strumenti di valutazione del rischio e loro applicazione
- valutazione della cute
- scelta e/o uso di ausili per la distribuzione della pressione e uso di altri sistemi di supporto
- sviluppo e attuazione di un programma personalizzato di cura della cute
- sviluppo e attuazione di un programma personalizzato di nutrizione
- dimostrazione delle tecniche di posizionamento per ridurre il rischio di insorgenza di ulcere
- documentazione dei processi e dei risultati ottenuti
- definizione delle responsabilità di tutti coloro che sono coinvolti nel trattamento del problema
- sviluppo e implementazione delle linee guida (**Prova III A**)

Il programma di istruzione deve essere aggiornato a intervalli di tempo regolari sulla base della migliore prova clinica disponibile. Il contenuto del programma deve essere modificato conformemente alle esigenze dei destinatari. (**Prova III A**)

3.9. Cure domiciliari e continuità assistenziale

La continuità assistenziale è un requisito fondamentale a tutela dell'utente, a rischio o portatore di ulcere da pressione, che viene trasferito da una struttura sanitaria al domicilio o viceversa. Per far ciò è necessario:

- predisporre gli strumenti per la trasmissione delle informazioni (**vedi allegato : Ulcere da pressione, scheda di descrizione e trattamento**)
- segnalare tempestivamente la problematica al personale competente dei servizi coinvolti. (**Prova VI A**)

Valutare le risorse a disposizione dei soggetti portatori di ulcere da pressione assistiti a domicilio (per esempio la disponibilità e l'abilità dei prestatori di cure, le possibilità economiche e l'attrezzatura disponibile). (**Prova VI A**).

L'educazione del familiare o *caregiver* al trattamento delle ulcere da pressione ha lo scopo di renderlo autonomo nella gestione di eventuali problemi che possono insorgere nell'intervallo di tempo fra una medicazione e l'altra, ossia:

- insegnare a detergere la lesione e ad eseguire una medicazione semplice in caso di distacco di quella confezionata dall'infermiere, per proteggere l'ulcera in attesa dell'intervento infermieristico
- insegnare a riconoscere e segnalare i segni di probabile complicanza dell'ulcera come presenza di dolore, cattivo odore, gonfiore, arrossamento, ipertermia
- insegnare come posizionare e mobilizzare correttamente la persona. (**Prova VI A**)

Al trasferimento di un paziente dall'ambito domiciliare alla struttura sanitaria e viceversa documentare le seguenti informazioni:

- i fattori di rischio identificati
- le zone del corpo maggiormente sottoposte a pressione e le condizioni della cute al momento del trasferimento
- la necessità di un presidio preventivo per ridurre le pressioni sui punti di appoggio
- le condizioni delle ulcere da pressione (se presenti) rispetto al grado, alla sede, alle dimensioni e alla profondità
- la storia dell'ulcera e i trattamenti precedenti
- il tipo di medicazione in uso e la frequenza del cambio
- eventuali allergie sviluppate alle medicazioni
- la necessità di un eventuale supporto nutrizionale

4 Trattamento delle lesioni da decubito

L'obiettivo primario nel trattamento delle UdP è quello di ripristinare l'integrità cutanea dell'assistito e ridurre i tempi di guarigione. Talvolta l'intervento dovrà limitarsi a un miglioramento della qualità di vita e non necessariamente alla guarigione. Oltre alla valutazione clinica del soggetto e dello stato dell'ulcera, è necessario porre l'attenzione all'identificazione delle complicanze (batteriemie/sepsi, osteomielite, fistole).

4.1 L'importanza della classificazione delle UdP

- Utilizzare un sistema di classificazione delle UdP validato per documentare il livello di perdita di tessuto (**forza delle evidenze C**); vedi capitolo 3.2
- NON utilizzare un sistema di classificazione delle UdP per descrivere la perdita di tessuto di ferite / lesioni che non siano UdP (**forza delle evidenze C**)
- Formare i professionisti all'utilizzo di specifiche tecniche di valutazione in pazienti con pelle scura (**forza delle evidenze B**):
 - **Cute intatta**: le UdP di categoria/stadio I e il sospetto danno ai tessuti profondi possono essere di difficile individuazione con il solo utilizzo dell'ispezione visiva in individui di pelle scura. Quando la cute è intatta occorre valutare differenze nella temperatura della cute, nel colore, nella consistenza del tessuto (es. molle, spugnoso alla palpazione forse ad indicare edema oppure indurito) oltre al dolore dell'area colpita rispetto al tessuto normale (**forza delle evidenze B**)
 - **UdP aperte**: l'arrossamento infiammatorio derivante da cellulite e danno ai tessuti profondi può essere difficoltoso da individuare in individui di pelle scura. *Per UdP aperte (Categoria/stadio II,III,IV e UdP non stadiabili²) valutare la cute per calore, tensione, indurimento, dolore o cambiamenti nella consistenza del tessuto allo scopo di identificare l'estensione dell'infiammazione ed eventuale cellulite e/o tessuto sottominato (forza delle evidenze = C)*
- Formare i professionisti alla differenziazione delle UdP da altre tipologie di lesioni (p.e. ulcere venose, arteriose, neuropatiche, dermatiti associate a incontinenza,

² **Ulceri non stadiabili**: una UDP non può essere correttamente stadiata fino a quando lo strato di tessuto più profondo non è visibile; ciò significa che lesioni coperte da apparecchi gessati, da escara e/o slough non sono stadiabili.

lacerazioni) (**forza delle evidenze C**)

- Formare i professionisti all'utilizzo appropriato del sistema di classificazione e alla individuazione delle differenti tipologie di tessuto nelle zone a rischio di UdP (**forza delle evidenze B**)
- Verificare la riproducibilità dei risultati tra i professionisti responsabili di classificare le UdP (**forza delle evidenze B**)
- Non utilizzare il sistema di classificazione delle UdP su membrane mucose (**forza delle evidenze C**)

4.2 Valutazione e monitoraggio della guarigione

Valutazione di un paziente con una UdP

1) Effettuare una valutazione iniziale del paziente con UdP che comprenda:

- Gli obiettivi di cura del paziente e della famiglia. Se il paziente non è in grado di collaborare coinvolgere la famiglia o altre persone significative
- Anamnesi completa clinica e sociale
- Un esame obiettivo mirato che comprenda:
 - *i fattori che possono ostacolare la guarigione (alterata percezione sensoriale, infezione sistemica)*
 - *valutazione vascolare nel caso di ulcere comparse alle estremità (storia di claudicatio, indice caviglia-braccio)*
 - *esami di laboratorio e radiologici se necessario*
- Valutazione nutrizionale (fare riferimento alla sezione "Nutrizione" del manuale)
- Dolore correlato alla UdP (fare riferimento alla sezione "Dolore" del manuale)
- Rischio di insorgenza di altre UdP (fare riferimento alla sezione "Prevenzione")
- Stato psicologico, comportamento e stato cognitivo
- Supporti sociali ed economici
- Capacità funzionali con particolare riferimento al posizionamento, la postura e la necessità di ausili e personale per l'assistenza
- Capacità di effettuare manovre di riposizionamento per ridistribuire la pressione
- Aderenza/compliance alle suddette manovre
- Integrità delle superfici del letto e per sedere (valutare deterioramento da ripetuto utilizzo)
- Conoscenze e credenze del paziente e dei membri della famiglia circa l'insorgenza e la guarigione delle UdP (**forza delle evidenze C**)

2) **Rivalutare** il paziente se l'UdP non mostra i segni previsti di miglioramento nonostante un adeguato trattamento locale, la redistribuzione della pressione e una nutrizione appropriata **(forza delle evidenze C)**

- Prevedere alcuni segni di guarigione nella maggior parte dei pazienti entro 2 settimane **(forza delle evidenze B)**
- Modificare le previsioni in presenza di fattori multipli di rischio (in particolare fattori non modificabili) che ostacolano la guarigione della lesione (es. malnutrizione persistente, scarsa perfusione e comorbidità riconosciute come ostacolanti la guarigione) **(forza delle evidenze B)**
- Educare/insegnare al paziente e ai familiari il normale processo di guarigione e mantenerli informati sui progressi (o mancanza di progressi), inclusi segni e sintomi che devono essere portati all'attenzione dei professionisti **(forza delle evidenze C)**

4.3 Valutazione della UdP

1. Valutare la UdP inizialmente e, successivamente, almeno 1 volta alla settimana documentando i risultati della valutazione **(forza delle evidenze C)**. Si raccomanda un periodo di 2 settimane per la valutazione dei progressi che portano alla guarigione. Tuttavia le valutazioni settimanali forniscono un'opportunità ai professionisti per identificare segni precoci di complicanze ed evidenziare l'esigenza di modificare il piano di trattamento. Stabilire gli scopi del trattamento. **(Prova VI A)**.

Valutare l'ulcera da pressione in relazione:

- alla localizzazione
- al grado di gravità
- alla dimensione
- ai tratti cavi
- al tessuto sottominato
- alla tunnelizzazione
- all'odore
- al letto dell'ulcera
- alle condizioni della cute perilesionale e ai bordi dell'ulcera
- all'essudato
- al tessuto necrotico
- alla presenza o assenza di tessuto di granulazione ed epitelizzazione **(Prova VI A)**.

Ripetere la valutazione delle ulcere da pressione con frequenza almeno settimanale. Se

le condizioni della persona assistita o della lesione si aggravano, il piano di trattamento deve essere rivalutato **non appena siano presenti segni di peggioramento (Prova VI A).**

2. Osservare la UdP , ad ogni cambio di medicazione, alla ricerca di segnali che possano indicare la necessità di cambiare trattamento (es. miglioramento o deterioramento della lesione, quantità maggiore o minore di essudato, segni di infezione o altre complicanze) **(Forza delle evidenze C)**

3. Valutare e documentare accuratamente caratteristiche quali sede, categoria/stadio, dimensioni, tipo/i di tessuto/i, letto della lesione e cute perilesionale, margini della lesione, sinus tracts/tunneling, tessuto sottominato, essudato, tessuto necrotico, odore, presenza/assenza di tessuto di granulazione ed epitelizzazione **(forza delle evidenze C)**

3.1 Posizionare il paziente in una postura neutrale e confortevole per misurare la lesione **(forza delle evidenze C)**

3.2. Lunghezza e larghezza: selezionare un metodo uniforme e riproducibile per misurare la lunghezza e la larghezza della lesione al fine di facilitare una comparazione affidabile delle misurazioni nel tempo **(forza delle evidenze B)**

3.3. Profondità, tunneling e tessuto sottominato: selezionare un metodo uniforme e riproducibile per misurare la profondità della lesione. Occorre prestare attenzione ad evitare danni quando si valuta la profondità del letto della lesione o si determina l'estensione del tessuto sottominato o tunneling **(forza delle evidenze C)**

3.4. Utilizzare i dati derivanti dalla valutazione della UdP per pianificare interventi che meglio favoriscano la guarigione **(forza delle evidenze C)**. Le necessità di trattamento di una UdP cambiano nel tempo, sia in termini di guarigione che di deterioramento. Le strategie di trattamento devono essere continuamente rivalutate sulla base delle condizioni della lesione.

3.5 La valutazione della situazione vascolare (Indice di Winsor) è raccomandata per le ulcere da pressione delle estremità inferiori per escludere una compromissione di tipo vascolare. **(Prova IV A)**

4.4 Metodi per monitorare la guarigione

1. Valutare i progressi verso la guarigione utilizzando uno o più dei seguenti metodi:

- Utilizzare uno strumento validato come il Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH©) Tool **(forza delle evidenze B)**
- Utilizzare il giudizio clinico per valutare segni di guarigione quali riduzione della quantità di essudato, diminuzione della dimensione della lesione e miglioramento nel tessuto del letto della lesione **(forza delle evidenze C)**

- Prendere in considerazione (se l'attrezzatura è disponibile) l'utilizzo di fotografie iniziali e successive per monitorizzare la guarigione nel tempo. Utilizzare tecniche fotografiche standard (**forza delle evidenze C**)

- Prendere in considerazione l'utilizzo di dispositivi informatizzati validi e affidabili per la raccolta dei dati (**forza delle evidenze C**)

2. Rivalutare la UdP, il piano di cura, e il paziente se la lesione non mostra segni di miglioramento, progressi che portano alla guarigione entro 2 settimane (o come previsto tenuto conto delle condizioni generali del paziente e possibilità di guarigione) (**forza delle evidenze C**). Questa raccomandazione è applicabile alle situazioni nelle quali l'obiettivo previsto è la guarigione (**forza delle evidenze C**). Intervenire immediatamente in presenza di segni di deterioramento (**forza delle evidenze C**)

Un'ulcera da pressione detersa dovrebbe mostrare segni di guarigione entro le prime due o quattro settimane di trattamento. Se non si rilevano progressi, occorre riconsiderare le condizioni cliniche del paziente, l'adeguatezza del piano di trattamento generale e l'osservanza di tale programma, apportando modifiche dove necessario. (**Prova IV A**)

4.5 Ruolo della nutrizione nella guarigione delle UdP

1. Effettuare uno screening e valutazione dello stato nutrizionale a tutti i pazienti con UdP all'ammissione e a fronte di qualsiasi cambiamento delle condizioni generali e/o quando non si osservano progressi che portano alla guarigione (**forza delle evidenze C**)

- Indirizzare tutti i pazienti con UdP a un dietista/dietologo per una valutazione precoce e per relativi interventi correlati a problemi nutrizionali (**forza delle evidenze C**)

- Valutare il peso di tutti i pazienti per determinare la storia clinica correlata al peso e perdite di peso significative rispetto a quello abituale ($\geq 5\%$ negli ultimi 30 giorni o $\geq 10\%$ negli ultimi 180 giorni) (**forza delle evidenze C**)

- Valutare la capacità dell'individuo di alimentarsi autonomamente (**forza delle evidenze C**)

- Valutare l'adeguatezza dell'apporto nutrizionale complessivo (cibi, liquidi, supplementi orali, nutrizione enterale o parenterale) (**forza delle evidenze C**)

2. Fornire calorie sufficienti (**forza delle evidenze B**)

- Fornire 30-35 Kcal/Kg di peso corporeo ai pazienti sotto stress con presenza di UdP

- Modulare la formula sulla base della perdita di peso, del recupero di peso o livello di obesità. I pazienti sottopeso o che hanno avuto una significativa perdita di peso involontaria possono necessitare di calorie aggiuntive per arrestare la perdita di peso

e/o riguadagnare il peso perduto (**forza delle evidenze C**)

- Revisionare e modificare (liberalizzare) le restrizioni dietetiche quando le limitazioni determinano un ridotto apporto di cibi e liquidi. Questi aggiustamenti devono essere gestiti da un dietista o da un medico (**forza delle evidenze C**)

- Somministrare cibi ad alto contenuto calorico e/o supplementi orali tra i pasti se necessario (**forza delle evidenze B**)

- Prendere in considerazione un'integrazione nutrizionale (enterale o parenterale) quando l'apporto per via orale è inadeguato. Tenere conto che l'integrazione deve essere coerente con gli obiettivi di cura del paziente (**forza delle evidenze C**)

3. Fornire un apporto proteico adeguato, a pazienti con UdP, al fine di mantenere un bilancio azotato positivo (**forza delle evidenze B**)

- Somministrare da 1.25 a 1.5 grammi di proteine per Kg di peso corporeo/die per un paziente con UdP se ciò è compatibile con gli obiettivi di cura; rivalutare in caso di cambiamento delle condizioni (**forza delle evidenze C**)

- Valutare la funzione renale per accertarsi che un elevato apporto di proteine sia appropriato per il paziente (**forza delle evidenze C**)

4. Somministrare e incoraggiare il paziente ad assumere un adeguato apporto di liquidi per l'idratazione (**forza delle evidenze C**)

- Monitorare il paziente per segni e sintomi di disidratazione: cambiamenti nel peso, gonfiore cutaneo, diuresi, livelli ematici di sodio elevati, o osmolarità serica (**forza delle evidenze C**)

- Somministrare liquidi aggiuntivi a pazienti disidratati, con febbre, vomito, sudorazione profusa, diarrea o ferite molto essudanti (**forza delle evidenze C**)

5. Fornire un adeguato apporto di vitamine e minerali (**forza delle evidenze B**)

- Incoraggiare l'assunzione di una dieta equilibrata che comprenda cibi ricchi di vitamine e minerali (**forza delle evidenze B**)

- Somministrare supplementi di vitamine e minerali quando vi è uno scarso apporto nutrizionale o quando vi sono carenze sospettate o confermate. (**forza delle evidenze B**)

Quando l'alimentazione naturale è possibile, essa dovrà essere attuata in modo da risultare oltre che nutrizionalmente adeguata, gradevole, rispettosa dei gusti e delle abitudini consolidate in modo da favorire il piacere di alimentarsi evitando ansie, rifiuti ed esclusioni spesso responsabili di carenze alimentari. Quando necessario potranno essere inseriti integratori alimentari, alimenti dietetici formulati per favorire la

copertura dei fabbisogni di calorie e nutrienti mantenendo l'alimentazione naturale. La scelta del tipo di integratore e la sua posologia deve essere effettuata valutando la quota di copertura dei fabbisogni attraverso l'introito di alimenti, la composizione del prodotto, la situazione clinica della persona assistita.

La pratica dell'integrazione nutrizionale è sostenuta da esperti in campo clinico.

4.6 Valutazione e gestione del dolore

Nonostante sia cresciuta la sensibilità degli operatori sanitari nei confronti del dolore, le UdP sono quel tipo di lesioni in cui il dolore di fondo (quello presente senza alcuna manipolazione della ferita) viene spesso sottostimato.

Uno studio ha messo in luce come il dolore sia presente nell'84% dei pazienti con UdP (Szor JK, et al., 1999). La convinzione che le ulcere di stadio III-IV siano poco dolorose è stato smentito dall'osservazione che il livello di dolore è correlato allo stadio dell'ulcera da pressione, e quindi è maggiore in coloro con ulcere di stadio III e IV (Langemo et al. 2001 in Caula C. et al., 2011)

Inoltre, nonostante l'ulcera da pressione non figura tra le lesioni cutanee più dolorose, il cambio della medicazione (specie in presenza di tessuto di granulazione) può essere fonte di sofferenza per l'assistito. È evidente quindi che la valutazione del dolore (che non può che essere soggettiva), la ricerca di appropriate modalità di intervento e la scelta di medicazioni non traumatizzanti rivestono un'importanza fondamentale. **(Prova V A)**. La multifattorialità dell'esperienza dolorosa, legata a componenti emotive, comportamentali, sensoriali e culturali e l'impossibilità di misurare in modo oggettivo una sensazione, hanno reso opportuna, qualora non sia ritenuta sufficiente la comunicazione non verbale (linguaggio del corpo, indizi non verbali), l'adozione di scale di quantificazione del dolore. **(Prova III A)**. Tra queste le più usate sono:

- scala ordinale verbale (dolore assente, lieve, moderato, forte, fortissimo); più imprecisa, ma sicuramente più utile per la facilità interpretativa in persone di età avanzata
 - scale ordinali numeriche (1, 2, 3, 4, 5 oppure +; ++ eccetera)

Valutare il dolore

1. Valutare tutti i pazienti per dolore correlato alle UdP o al trattamento delle stesse **(forza delle evidenze B)**
2. Valutare il dolore correlato all'UdP utilizzando una scala validata (scala analogica visiva -VAS; Scala numerica verbale-VNS; Scala valutazione verbale-VRS **(forza delle evidenze**

B)

3. Valutare il dolore nei neonati e nei bambini utilizzando una scala validata (**Scala della faccia nel bambino**). (forza delle evidenze C)

4. La valutazione del dolore deve includere quella del linguaggio del corpo e segnali non verbali (es. cambiamenti nelle attività, perdita di appetito, posture di difesa, smorfie, espressioni di dolore sul volto, lamenti) (forza delle evidenze C)

Prevenire il dolore

1. Utilizzare il sollevatore o un lenzuolo/traversa per minimizzare l'attrito e/o lo stiramento quando si riposiziona il paziente; mantenere la biancheria del letto liscia e senza pieghe (forza delle evidenze C)

2. Evitare di posizionare il paziente, se possibile, direttamente sulla UdP (fare riferimento alla sezione "Superfici di supporto e riposizionamenti") (forza delle evidenze C)

3. Evitare posture che aumentino la pressione come quella semiseduta o laterale a 90° (forza delle evidenze C)

4. Minimizzare il dolore della UdP trattando con delicatezza tutte le lesioni; durante la detersione irrigare e NON frizionare senza necessità; proteggere la cute perilesionale (forza delle evidenze C)

Gestire il dolore a livello generale

1. Organizzare l'assistenza assicurandosi che sia coordinata con la somministrazione eventuale di farmaci antidolorifici, **per la quale è indispensabile la collaborazione del team di cura medico e infermieristico**. Stabilire priorità per il trattamento (forza delle evidenze C)

2. Incoraggiare i pazienti a richiedere una pausa durante qualsiasi procedura che causi dolore (forza delle evidenze C)

3. Ridurre il dolore della UdP mantenendo il letto della lesione coperto, umido e utilizzando una medicazione non aderente (nota: un'escara stabile e asciutta in generale non è umidificata) (forza delle evidenze B)

4. Utilizzare medicazioni che abbiano minori probabilità di causare dolore e/o che non richiedano cambiamenti frequenti (es. idrocolloidi, idrogel, alginati, schiume di membrane polimeriche, schiuma, medicazioni morbide al silicone (le medicazioni con le garze più facilmente causano dolore (fare riferimento alla sezione "Medicazioni" per ulteriori informazioni) (forza delle evidenze C)

5. Incoraggiare il riposizionamento/cambiamento posturale come mezzo per ridurre il

dolore, se ciò risulta essere coerente con i desideri del paziente. **(forza delle evidenze C)**

Ridurre il dolore derivante dal debridement

1. Utilizzare adeguate misure di controllo del dolore, incluso dosaggi aggiuntivi alla eventuale terapia del dolore già in atto, durante manipolazioni della lesione, detersione della lesione, cambio della medicazione, debridement, ecc. (fare riferimento alle sezioni su detersione, medicazioni, debridement ecc per specifiche raccomandazioni) **(forza delle evidenze C)**

2. Prendere in considerazione oppiacei ad uso topico (diamorfina o benzydamina 3%) per ridurre o eliminare il dolore correlato alla UdP **(forza delle evidenze B)**

3. Applicare i farmaci topici in base alle indicazioni del produttore per consentire un tempo necessario di azione prima del trattamento della lesione **(forza delle evidenze C)**

Gestire il dolore cronico

1. Gestire il dolore persistente della UdP (neuropatico) con anestetici locali o un adiuvante (antidepressivo o antiepilettico), così come con stimolazioni transcutanee del nervo (TENS), applicazioni di calore o antidepressivi triciclici **(forza delle evidenze C)**

2. Indirizzare il paziente con dolore cronico correlato a UdP a centri del dolore e/o specialisti in wound care **(forza delle evidenze C)**

Formare/educare pazienti, famiglie e operatori

1. Formare/educare pazienti, caregivers, e operatori sulle cause, valutazione e gestione del dolore correlato a UdP **(forza delle evidenze C)**

5. Superfici di supporto per il trattamento delle UdP

Questa sezione presenta le raccomandazioni relative alle superfici di supporto per pazienti con UdP. Per le indicazioni generali fare riferimento alle sezioni 3.6 e 3.7 del presente documento.

Le superfici di supporto da sole **NON** prevengono né guariscono le UdP. Esse devono essere utilizzate come parte di un programma complessivo di prevenzione e trattamento. Quando le UdP peggiorano o non guariscono, gli operatori devono prendere in considerazione la sostituzione della superficie di supporto utilizzata con una che migliori la redistribuzione della pressione e il microclima (controllo del calore e dell'umidità). Cambiare la superficie di supporto è solo una delle strategie da prendere in considerazione. Il paziente e la lesione devono essere rivalutati. Gli interventi

preventivi e il trattamento locale della lesione devono essere intensificati in base alle necessità. Un aumento significativo del rischio deve anche suggerire una rivalutazione del paziente e della superficie di supporto.

5.1 Raccomandazioni generali

Superfici di supporto

1. Utilizzare una superficie di supporto che sia appropriata ai bisogni del paziente di redistribuzione della pressione, riduzione delle forze di stiramento e controllo del microclima (**forza delle evidenze C**)

2. Sostituire la superficie di supporto utilizzata con una che garantisca migliore redistribuzione della pressione, riduzione delle forze di stiramento e controllo del microclima se:

- il paziente non può essere posizionato mantenendo la lesione in totale scarico (e/o se non si può evitare di posizionarlo direttamente sulla lesione)
- presenta lesioni su due o più superfici di posizionamento (es. sacro e trocantere) limitando in tal modo i cambiamenti posturali
- la lesione non guarisce o mostra segni di peggioramento nonostante un trattamento globale appropriato
 - il paziente è ad alto rischio di insorgenza di ulteriori UdP
- il paziente sprofonda (bottoming out) nella superficie di supporto utilizzata (**forza delle evidenze C**)

3. Se le UdP non guariscono:

- Rivalutare il paziente e la/le sue UdP
- Intensificare le strategie di prevenzione come indicato
- Prendere in considerazione la sostituzione della superficie di supporto per migliorare la redistribuzione della pressione, la riduzione delle forze di stiramento e il controllo del microclima in base ai bisogni del paziente (**forza delle evidenze C**)

4. Prima di sostituire il materasso esistente:

- Valutare l'efficacia dei piani di prevenzione e trattamento precedenti e attuali
- Stabilire obiettivi di trattamento coerenti con quelli del paziente oltre che con i suoi valori e il suo stile di vita (forza delle evidenze = C)
- Scegliere una superficie di supporto che risponda ai bisogni del paziente. Prendere in considerazione i seguenti fattori:

- Numero, gravità e sede/i della/e lesione/i

- Rischio di insorgenza di altre lesioni
 - Esigenza di valutare fattori aggiuntivi come abilità di controllare l'umidità, la temperatura le forze di frizione/attrito e stiramento (**forza delle evidenze C**)
- Scegliere una superficie di supporto che sia compatibile/appropriata al contesto di cura (**forza delle evidenze C**)
 - Valutare l'appropriatezza e la funzionalità delle superficie di supporto ad ogni accesso (**forza delle evidenze C**)
 - Verificare che la superficie di supporto sia ancora funzionante in base alle specifiche originali prima di utilizzarla con un paziente che presenta una UdP (**forza delle evidenze C**)
 - Identificare e prevenire complicanze potenziali nell'utilizzo della superficie di supporto.
 - Scegliere dispositivi di posizionamento e presidi per incontinenza che siano compatibili con la superficie di supporto. Limitare la quantità di biancheria e presidi per incontinenza/materiale assorbente posti sul letto (**forza delle evidenze C**)

5.2 Posizionamenti

1. Evitare di posizionare il paziente direttamente sulla UdP (**forza delle evidenze C**)
2. Continuare i riposizionamenti/cambiamenti posturali del paziente indipendentemente dalla superficie di supporto utilizzata. Pianificare la frequenza dei riposizionamenti basandosi sulle caratteristiche della superficie di supporto e sulla risposta del paziente (**forza delle evidenze C**)
3. Ispezionare la cute per danni aggiuntivi ogni volta che il paziente viene riposizionato o girato nel letto. Evitare di posizionare il paziente su una superficie corporea danneggiata o ancora arrossata a causa di un precedente episodio di carico meccanico (pressione), soprattutto se l'area presenta un arrossamento non reversibile (es. UdP di categoria/stadio I) (**forza delle evidenze C**)
4. Limitare l'elevazione della testata del letto a 30° per pazienti allettati, a meno che sia controindicato dalle condizioni cliniche. Incoraggiare i pazienti a dormire su un fianco a 30° 40° o supini se non controindicato (**forza delle evidenze C**)
5. Utilizzare ausili per il trasferimento che riducano le forze di attrito e stiramento. Sollevare -non strisciare/trascinare-il paziente durante i riposizionamenti. **NON lasciare,**

dopo l'uso, ausili/attrezzature per il trasferimento sotto il corpo del paziente (**forza delle evidenze C**)

6. Aumentare l'attività/la mobilitazione del paziente tanto rapidamente quanto è tollerabile/possibile (**forza delle evidenze C**)

7. NON lasciare il paziente sulla padella più a lungo del necessario (**forza delle evidenze C**)

8. NON utilizzare dispositivi rotondi o ciambelle (**forza delle evidenze C**)

9. NON applicare dispositivi che riscaldino (es. borse dell'acqua calda, scaldalretti) direttamente sulla UdP (**forza delle evidenze C**)

Il calore aumenta il tasso metabolico, provoca sudore e diminuisce la tolleranza del tessuto alla pressione. Quando il calore corporeo non può essere disperso, aumenta il rischio di macerazione della cute e ciò può impedire la guarigione della lesione.

5.3 UdP di categoria/stadio I e II

Pazienti a letto

1. Prendere in considerazione, per UdP di categoria/stadio I e II, superfici di supporto in schiuma viscoelastica ad alta densità o similari funzionanti senza energia elettrica (**forza delle evidenze C**)

2. Evitare periodi prolungati di elevazione della testata del letto e di scivolamento del paziente verso il basso in quanto aumentano le forze di pressione e di stiramento sul sacro e sul coccige (**forza delle evidenze C**)

Pazienti seduti

1. Utilizzare un cuscino per la redistribuzione della pressione per pazienti con UdP di categoria/stadio I e II (**forza delle evidenze C**)

2. Minimizzare il tempo in cui un paziente sta seduto e consultare uno specialista se le UdP peggiorano sulla superficie di supporto utilizzata (**forza delle evidenze C**)

3. Assicurarsi che i piedi siano supportati in maniera appropriata o sul pavimento, o su un piccolo sgabello, o sui poggipiedi quando il paziente è seduto (in posizione eretta) su un poltrona o carrozzina (**forza delle evidenze C**)

4. Limitare il tempo trascorso nella posizione seduta a 3 volte al dì per 60 minuti o meno per pazienti con UdP sul sacro/coccige o ischio che necessitano di rimanere seduti.

Predisporre un'appropriata superficie di supporto e/o per tecniche di posizionamento che evitino o minimizzino la pressione sulla UdP (**forza delle evidenze C**)

5. Evitare di sedere un paziente con una UdP sull'ischio in una posizione totalmente

eretta (sia in carrozzina che a letto) (**forza delle evidenze C**)

6. Modificare i tempi di mantenimento della postura “seduta”, rivalutare la superficie di supporto e la postura del paziente se la lesione peggiora o non mostra segni di miglioramento (**forza delle evidenze C**)

5.4 UdP di categoria/stadio I e II sul tallone

Scaricare totalmente la pressione dai talloni in presenza di UdP di categoria/stadio I e II posizionando un cuscino sotto le gambe o utilizzando dispositivi (talloniere) così da lasciarli “sospesi sopra il letto” e/o liberi da pressione (**forza delle evidenze B**)

5.5 UdP di categoria / stadio III, IV e non stadiabili

Evitare di posizionare il paziente direttamente sopra l’area/e in cui è/sono presenti UdP di categoria/stadio III, IV e non stadiabili. Se ciò non è possibile con i riposizionamenti o se vi sono UdP su più superfici di appoggio, valutare il paziente e fornire una superficie di supporto appropriata e rispondente ai suoi bisogni, tenendo conto della redistribuzione della pressione, riduzione delle forze di stiramento e controllo del microclima. Posizionare il paziente mantenendo per il maggior tempo possibile libere da pressione la/e UdP (**forza delle evidenze B**). E’ responsabilità del professionista fornire la superficie di supporto più appropriata in risposta ai bisogni del paziente di redistribuzione della pressione, controllo del microclima e comfort.

5.6 UdP di categoria/stadio III, IV e non stadiabili sul tallone

1. Posizionare la gamba su un dispositivo che sollevi completamente i talloni dalla superficie del letto scaricando totalmente la pressione sulla UdP (**forza delle evidenze C**)

2. Applicare il dispositivo in base alle istruzioni del produttore (**forza delle evidenze C**)

3. Assicurarsi che il dispositivo non sia troppo stretto e non crei un danno da pressione aggiuntivo. Controllare il dispositivo più frequentemente in pazienti con neuropatia, arteriopatie periferiche, edemi agli arti inferiori o a rischio di sviluppare edemi (**forza delle evidenze C**)

4. Rimuovere il dispositivo periodicamente per valutare l’integrità della cute (**forza delle evidenze C**)

Danno ai tessuti profondi

Evitare di posizionare il paziente direttamente sopra l’area di cute intatta in cui si sospetta un danno ai tessuti profondi. Se ciò non è possibile con i riposizionamenti

valutare il paziente e fornire una superficie di supporto appropriata e rispondente ai suoi bisogni, tenendo conto della redistribuzione della pressione, riduzione delle forze di stiramento, e controllo del microclima. Posizionare il paziente mantenendo per il maggior tempo possibile libera da pressione l'area sospetta (**forza delle evidenze C**)

5.7 Popolazioni speciali

La maggior parte delle indicazioni precedenti hanno fornito raccomandazioni generali senza tener conto dei bisogni specifici dei pazienti "critici" e dei pazienti con lesioni midollari. Le raccomandazioni che seguono sono indirizzate ai bisogni unici di queste speciali popolazioni con riferimento alla redistribuzione della pressione, riduzione delle forze di stiramento e controllo del microclima.

5.8 Pazienti critici/di area critica

1. Prendere in considerazione la necessità di sostituire la superficie di supporto per pazienti con scarsa ossigenazione e perfusione locale e sistemica per migliorare la redistribuzione della pressione, ridurre le forze di stiramento e controllare il microclima oltre ad utilizzare misure aggiuntive ove necessario (es. letti/materassi con dispositivo per assistenza nei riposizionamenti, percussione) (**forza delle evidenze C**)

2. Prendere in considerazione l'esigenza di sostituire la superficie di supporto per pazienti che non possono assumere la postura laterale per ragioni mediche come instabilità spinale ed emodinamica. Riprendere il riposizionamento di routine non appena le condizioni cliniche si stabilizzano (**forza delle evidenze C**)

3. Prendere in considerazione riposizionamenti lenti e gradualmente per consentire un tempo sufficiente alla stabilizzazione dello stato emodinamico e di ossigenazione (**forza delle evidenze C**)

Alcuni pazienti sono realmente troppo instabili per essere riposizionati. Tuttavia occorre prendere in considerazione, se possibile, cambi posturali più lenti o con gradualmente fasi di incremento che consentano un tempo adeguato per la stabilizzazione dei parametri vitali.

4. Prendere in considerazione trasferimenti piccoli e frequenti per consentire un po' di riperfusione per pazienti che non possono tollerare cambiamenti posturali frequenti e maggiori, più ampi della posizione del corpo. I piccoli riposizionamenti non sostituiscono il cambiamento della superficie di supporto se necessario o il posizionamento laterale quando possibile (**forza delle evidenze C**)

5. Prevenire danni da stiramento quando vengono utilizzati letti dotati di dispositivo per

la rotazione laterale (terapia rotazionale) e valutare frequentemente la cute per danni da stiramento (**forza delle evidenze C**)

Letti dotati di dispositivo per la rotazione laterale in pazienti senza UdP

6. Proteggere il paziente con cuscinetti per rotazione laterale (forniti dal produttore) per prevenire stiramento sul sacro quando si utilizza un letto dotato di dispositivo per la rotazione laterale in pazienti senza UdP. Il paziente deve essere allineato in maniera appropriata al centro della superficie (**forza delle evidenze C**)

Letti dotati di dispositivo per la rotazione laterale in pazienti con UdP

7. Prendere in considerazione metodi alternativi di redistribuzione della pressione (o evitare letti con dispositivo per la rotazione laterale) per pazienti con UdP sacrale o sulle natiche (**forza delle evidenze C**)

8. Ispezionare la UdP e la cute perilesionale per danni da stiramento ad ogni cambio di medicazione. I danni da stiramento possono presentarsi come un deterioramento dei bordi della lesione, tessuto sottominato e/o aumento dell'infiammazione della cute perilesionale o della lesione (**forza delle evidenze C**)

Per pazienti in distress respiratorio può rendersi necessario continuare l'utilizzo della rotazione laterale. In ogni caso i rischi e i benefici della rotazione laterale continua devono essere misurati/pesati in pazienti con UdP.

5.9 Pazienti con lesioni midollari

Le persone che hanno subito un danno irreversibile a livello del midollo spinale sono costrette su una carrozzina e quindi maggiormente esposte all'insorgenza di UDP in sede ischiatica. In condizioni ideali le UdP in sede ischiatica dovrebbero guarire libere da pressione e da altri stress meccanici. Per questo motivo può essere prescritto il totale riposo a letto. Tuttavia questo approccio comporta potenziali complicanze fisiche (es. perdita del tono muscolare, decondizionamento, complicanze respiratorie), danni psicologici, isolamento sociale e difficoltà economiche per il paziente e per la sua famiglia. Trovare un equilibrio tra i problemi, fisici, sociali e psicologici della persona e l'esigenza di liberare totalmente la lesione dalla pressione (totale riposo a letto) rappresenta un dilemma e una sfida per il paziente e per gli operatori. L'utilizzo della carrozzina è un imperativo per pazienti con lesione midollare. Il tempo trascorso in carrozzina può essere limitato quando la lesione è localizzata su un'area che viene compressa nella posizione seduta. I cuscini devono avere un'elevata capacità avvolgente

e con una distribuzione uniforme del carico.

6 La cura delle UdP

6.1 Preparazione del letto della ferita

Per preparazione del letto della ferita si intende la gestione globale della lesione volta ad accelerare i processi endogeni di guarigione ma anche a promuovere l'adozione di misure terapeutiche efficaci.

Secondo i principi della Wound bed preparation le fasi sono:

- Detersione
- Debridement (chirurgico, enzimatico, autolitico)
- Medicazione
- Controllo dell'infezione

6.2 Detersione

1. Detergere la UdP e la cute perilesionale ad ogni cambio di medicazione **(forza delle evidenze C)**

- Detergere la UdP con soluzione fisiologica o acqua potabile (es. acqua bevibile) **(forza delle evidenze C)**
- La soluzione utilizzata per la detersione dell'ulcera dovrebbe essere a temperatura ambiente. Una soluzione fredda provoca dolore e rallenta i processi riparativi: ideale sarebbe utilizzare una soluzione a temperatura corporea. **(Prova III C)**
- Prendere in considerazione l'utilizzo di soluzioni con surfactante e/o antimicrobici per detergere UdP con tessuto necrotico, infezioni confermate, infezioni sospette o sospetti livelli elevati di colonizzazione batterica **(forza delle evidenze C)**
 - Detergere la cute perilesionale **(forza delle evidenze B)**

2. Detergere la UdP attraverso irrigazione applicando una pressione sufficiente senza danneggiare il tessuto o veicolare batteri nella lesione **(forza delle evidenze C)**.

Generalmente la pressione di irrigazione adeguata deve consentire la detersione senza causare traumi al letto della lesione. "Una modalità per ottenere l'irrigazione con pressione adeguata è quella di utilizzare una siringa con ago o catetere. Per esempio una siringa da 30 ml con un ago calibro 19 gauge".

3. Smaltire in maniera appropriata la soluzione utilizzata per ridurre il rischio di

contaminazioni crociate **(forza delle evidenze C)**

6.3 Debridement

Per debridement si intende la rimozione di tessuto devitalizzato. L'intervento ha l'obiettivo di ristabilire l'ambiente ideale che stimoli la ricostruzione.

1. Effettuare il debridement del letto della lesione o dei bordi se appropriato alle condizioni del paziente e coerente con gli obiettivi generali di cura **(forza delle evidenze C)**

2. Scegliere il/i metodo/i di debridement più appropriati tenendo conto: delle condizioni del paziente, degli obiettivi di cura, dello stato della UdP, del tipo, quantità e sede del tessuto necrotico, del contesto di cura e competenze/accessibilità professionale **(forza delle evidenze C)**

I vari metodi includono tecniche chirurgiche, autolisi, debridement enzimatico, debridement meccanico e debridement biochirurgico (applicazione di larve sterili).

3. Utilizzare debridement meccanico, autolitico, enzimatico e/o biochirurgico quando non vi sono bisogni clinici urgenti di rimozione del tessuto necrotico **(forza delle evidenze C)**

4. Utilizzare il debridement chirurgico in presenza di cellulite, crepitii, tessuto fluttuante e/o sepsi secondaria a infezione della UdP **(forza delle evidenze C)**

5. Il debridement chirurgico deve essere eseguito da professionisti sanitari addestrati, competenti, qualificati e con formazione adeguata in base alle norme legali locali **(forza delle evidenze C)**

6. Utilizzare strumentario sterile per il debridement chirurgico **(forza delle evidenze C)**

7. Utilizzare con cautela il debridement chirurgico in presenza di: compromissione immunitaria/immuno/incompetenza, vascolarizzazione compromessa degli arti, mancanza di copertura antibatterica nella sepsi sistemica. Controindicazioni relative comprendono terapia anticoagulante e alterazioni/malattie che causano sanguinamenti **(forza delle evidenze C)**

8. Indirizzare al chirurgo pazienti con UdP di categoria/stadio III e IV con tessuto sottominato e/o tessuto necrotico esteso che non può essere rimosso con altri metodi, coerentemente con le condizioni del paziente e gli obiettivi di cura **(forza delle evidenze C)**

9. Gestire il dolore associato al debridement **(forza delle evidenze C)**

10. Effettuare un'accurata valutazione vascolare degli arti inferiori prima del debridement di UdP (es. escludere insufficienza arteriosa) **(forza delle evidenze C)**

11. Non effettuare il debridement su escare stabili, dure e asciutte di arti ischemici **(forza delle evidenze C)**

- Valutare la lesione quotidianamente per segni di eritema, tensione, edema, pus, tessuto fluttuante e/o maleodorante (es. segni di infezione) **(forza delle evidenze C)**
- Consultare un chirurgo vascolare urgentemente in presenza dei segni sopra riportati **(forza delle evidenze C)**
- Effettuare un debridement urgente in presenza dei segni sopra riportati se ciò è coerente con i desideri del paziente e gli obiettivi generali di cura **(forza delle evidenze C)**

12. Effettuare un debridement di mantenimento (ripetuto debridement) su una UdP cronica fino a quando il letto della lesione è ricoperto da tessuto di granulazione e libero da tessuto necrotico **(forza delle evidenze C)**.

6.4 Debridement chirurgico

La detersione chirurgica rappresenta il metodo più veloce ed efficace di rimuovere il tessuto devitalizzato e necrotico. In pratica, l'azione del bisturi determina anche un effetto antimicrobico, riducendo la carica batterica e rimuovendo "la carica cellulare".

La detersione chirurgica viene utilizzata abitualmente quando:

- la necrosi è particolarmente estesa
- il grado di sottominazione e di tunnelizzazione non può essere determinato
- è presente un'infezione diffusa
- devono essere rimossi tessuto osseo e infetto e/o il paziente presenta una sepsi

Nonostante questa metodica presenti numerosi vantaggi il metodo può comportare notevole dolore, sanguinamento (anche se questo permette il rilascio di fattori di crescita dalle piastrine), una batteriemia transitoria e il possibile danno di strutture tendinee e nervose. La detersione chirurgica non può essere adottata in tutti i pazienti e in tutte le situazioni. Per questi motivi si tratta di una metodica che deve essere attuata da un chirurgo esperto.

Escare di piccole dimensioni possono essere rimosse da personale sanitario esperto mediante asportazione sull'escara di un tassello centrale che permetta la prosecuzione del debridement con metodo autolitico o enzimatico. La rimozione di necrosi molle può essere effettuata sempre da personale sanitario esperto mediante pinza e/o bisturi anche in più fasi successive.

6.5 Debridement enzimatico

La detersione enzimatica viene attuata tramite l'applicazione locale, sulla superficie dell'ulcera, di enzimi di origine esogena. Questi prodotti agiscono in modo sinergico con gli enzimi endogeni, prodotti dall'organismo. L'enzima di origine esogena più studiato e utilizzato è la collagenasi batterica estratta dal *Clostridium histolyticum*, che presenta un'elevata specificità per i tipi di collagene maggiormente rappresentati a livello cutaneo (collagene tipo I e tipo III). La collagenasi viene utilizzata con successo per la detersione enzimatica da oltre venticinque anni e presenta molti vantaggi. Altri prodotti ad attività enzimatica, quali la fibrinolisin/desossiribonucleasi e la papaina/urea, hanno incontrato un successo limitato rispetto alla collagenasi batterica. Inoltre, in aggiunta alla sua peculiare attività detergente, la collagenasi batterica ha mostrato di favorire la chemiotassi e l'attivazione dei macrofagi all'interno dell'ulcera stessa.

6.6 Debridement autolitico

Avviene fisiologicamente, per un certo grado, in tutte le ulcere in cui si verifica un processo altamente selettivo nel quale i macrofagi e gli enzimi proteolitici endogeni colliquano separando spontaneamente il tessuto necrotico e l'escara dal tessuto sano. Le medicazioni umide interattive, quali, per esempio, gli idrogel e gli idrocolloidi, possono creare un ambiente ideale per la detersione spontanea a opera delle cellule fagocitarie e stimolare le condizioni ottimali perché avvengano la colliquazione del tessuto non vitale e la promozione del tessuto di granulazione.

7. Medicazioni

Per medicazione si intende un materiale posto a diretto contatto con la lesione (medicazione primaria), che può aver bisogno di un fissaggio e/o di copertura (medicazione secondaria). La medicazione ideale è quella in grado di creare l'ambiente favorevole al fisiologico processo di guarigione della lesione. A garanzia di ciò deve essere in grado di creare nell'interfaccia fra il letto della lesione e la medicazione le condizioni ideali di umidità, temperatura, pH e ossigenazione che sono gli elementi fondamentali per favorirne la guarigione. (Thomas S. Alginate dressing in surgery and Wound management, Wound Care,2000).

Le medicazioni sono una componente centrale della cura delle UdP. La scelta della medicazione deve essere basata sul tipo di tessuto presente nel letto della lesione, sulle

condizioni della cute perilesionale e sugli obiettivi di cura del paziente. In linea generale quando il letto della lesione è pulito e granuleggiante, il mantenimento di un ambiente umido rappresenta la condizione ideale per favorire la guarigione o la chiusura della lesione. Sono disponibili numerose medicazioni che garantiscono un ambiente umido. Tuttavia il tipo di medicazione può essere modificato nel tempo in base alla risposta della lesione: miglioramento o peggioramento.

7.1 Raccomandazioni generali

1. Valutare la UdP ad ogni cambio di medicazione e confermare l'appropriatezza dell'attuale regime di medicazioni **(forza delle evidenze C)**
2. Seguire le istruzioni del produttore soprattutto relativamente alla frequenza di cambio medicazione **(forza delle evidenze C)**
3. Il piano di cura deve stabilire i cambi di medicazione programmati e quelli estemporanei come necessario (per la famiglia, il paziente, l'équipe) dovuti a contaminazione della medicazione o parziale rimozione/mancanza di tenuta **(forza delle evidenze C)**
4. Scegliere una medicazione che mantenga umido il letto della lesione **(forza delle evidenze C)**
5. Scegliere una medicazione che rimanga a contatto del letto della lesione o del prodotto di barriera applicato sulla cute al fine di mantenere asciutta l'area perilesionale e prevenire la macerazione **(forza delle evidenze C)**

7.2 Medicazioni con idrocolloidi

1. Utilizzare idrocolloidi per UdP di categoria/stadio II pulite, su aree del corpo dove non si arrotolino o liquefino **(forza delle evidenze C)**
2. Prendere in considerazione l'uso di idrocolloidi su UdP di categoria/stadio III non infette e poco profonde **(forza delle evidenze B)**
3. Cambiare la medicazione con idrocolloidi nel caso le feci filtrino sotto la medicazione **(forza delle evidenze C)**
4. Prendere in considerazione l'utilizzo di medicazioni di interfaccia con la lesione sotto l'idrocolloide per UdP profonde al fine di riempire lo spazio morto **(forza delle evidenze B)**
5. Prendere in considerazione l'utilizzo di idrocolloide per proteggere aree del corpo a rischio di danni da attrito/frizione o danni da cerotto **(forza delle evidenze C)**
6. Rimuovere l'idrocolloide con cura su cute fragile per ridurre il trauma alla cute **(forza**

delle evidenze B)

7.3 Medicazioni con film trasparente

1. Prendere in considerazione l'utilizzo di film trasparente per proteggere aree del corpo a rischio di danni da attrito/frizione o danni da cerotto **(forza delle evidenze C)**
2. Prendere in considerazione l'utilizzo del film trasparente per il debridement autolitico quando il paziente non è immuno-compromesso **(forza delle evidenze C)**
3. Prendere in considerazione l'utilizzo del film trasparente come medicazione secondaria per UdP trattate con alginati o altre medicazioni primarie che presumibilmente rimarranno sul letto della lesione per un periodo di tempo più lungo (es. 3-5 gg) **(forza delle evidenze C)**
4. Rimuovere il film trasparente con cura su cute fragile per ridurre il trauma alla cute **(forza delle evidenze C)**
5. **NON** utilizzare il film trasparente direttamente (sul letto della lesione) su UdP molto o moderatamente essudanti **(forza delle evidenze C)**
6. **NON** utilizzare il film trasparente come medicazione di copertura di prodotti per il debridement enzimatico, gel o pomate **(forza delle evidenze C)**

7.4 Medicazioni con idrogel

1. Prendere in considerazione l'utilizzo di idrogel su UdP poco profonde e con minima quantità di essudato **(forza delle evidenze B)**
2. Prendere in considerazione l'utilizzo di idrogel per il trattamento di UdP il cui letto sia asciutto in modo che il gel possa umidificarlo **(forza delle evidenze C)**
3. Prendere in considerazione l'utilizzo di idrogel per UDP che presentano dolore **(forza delle evidenze C)**
4. Prendere in considerazione l'utilizzo di idrogel per UdP senza profondità e contorni e/o su aree del corpo dove la medicazione è a rischio di staccarsi **(forza delle evidenze C)**
5. Prendere in considerazione l'utilizzo di idrogel per UdP che non sono infette e sono granuleggianti **(forza delle evidenze B)**

7.5 Medicazioni con alginati

1. Prendere in considerazione gli alginati per il trattamento di UdP molto o moderatamente essudanti **(forza delle evidenze B)**
2. Prendere in considerazione gli alginati in UdP infette quando vi è un trattamento dell'infezione appropriato e concomitante **(forza delle evidenze C)**
3. Rimuovere delicatamente la medicazione con alginati, irrigando prima, se necessario, per facilitare la rimozione **(forza delle evidenze C)**
4. Prendere in considerazione l'allungamento dell'intervallo di cambio medicazione o cambiare il tipo di medicazione se quella con alginati è ancora asciutta nel momento programmato per il cambio **(forza delle evidenze C)**

7.6 Medicazioni in schiuma

1. Prendere in considerazione l'utilizzo delle medicazioni con schiume su UdP di categoria/stadio II essudanti e di categoria/stadio III poco profonde **(forza delle evidenze B)**
2. Evitare di utilizzare singoli, piccoli pezzi di schiuma in cavità essudanti della lesione **(forza delle evidenze C)**
3. Prendere in considerazione l'utilizzo di schiume per UdP che presentano dolore **(forza delle evidenze C)**
4. Prendere in considerazione l'utilizzo di schiume su aree del corpo e UdP a rischio di danni da stiramento **(forza delle evidenze B)**

7.7 Medicazioni con membrane polimeriche

5. Prendere in considerazione l'utilizzo di membrane polimeriche per UdP di categoria/stadio II e UDP di categoria/stadio III poco profonde **(forza delle evidenze C)**

7.8 Medicazioni impregnate di argento

1. Prendere in considerazione medicazioni impregnate di argento per UdP infette o fortemente colonizzate **(forza delle evidenze B)**
2. Prendere in considerazione l'utilizzo di medicazioni impregnate di argento per UdP ad alto rischio di infezione **(forza delle evidenze B)**
3. Evitare un uso prolungato delle medicazioni impregnate di argento; sospendere quando l'infezione è sotto controllo **(forza delle evidenze C)**
4. Prendere in considerazione l'utilizzo di argento sulfadiazina su UdP fortemente contaminate o infette fino a quando il debridement non è completato **(forza delle**

evidenze C)

7.9 Medicazioni con cadexomero iodico

1. Prendere in considerazione l'utilizzo di cadexomero iodico su UdP moderatamente o molto essudanti (**forza delle evidenze C**)
2. Evitare l'utilizzo di cadexomero iodico in pazienti con sensibilità allo iodio e con malattie alla tiroide (**forza delle evidenze C**)
3. Evitare l'utilizzo di cadexomero iodico su UdP con cavità estese/ampie che richiedano cambi frequenti (giornalieri) di medicazione (**forza delle evidenze C**)

7.10 Medicazioni con garze

1. Evitare l'utilizzo di medicazioni con garze su UdP pulite e aperte in quanto richiedono molto lavoro, causano dolore (se asciutte) durante la rimozione e, quando asciugano, portano alla essiccazione di tessuto granuleggiante (**forza delle evidenze C**)
2. Preferire (nel caso le medicazioni avanzate non siano disponibili) garze sempre umide rispetto a quelle asciutte (**forza delle evidenze C**)
3. Utilizzare garze come copertura per ridurre l'evaporazione quando la medicazione di interfaccia con il tessuto garantisce un ambiente umido (**forza delle evidenze C**)
4. Utilizzare garze di tessuto a maglie più larghe per UdP molto essudanti e garze di tessuto a maglie più strette per UdP con minime quantità di essudato (**forza delle evidenze C**)
5. Zaffare, nel caso le medicazioni avanzate non siano disponibili, UdP con esteso tessuto deteriorato e spazio morto con garze imbevute di soluzione fisiologica; le garze non devono essere pigiate nella cavità (strette) ma disposte leggermente distanziate al fine di non creare pressione sul letto della lesione (**forza delle evidenze C**)
6. Cambiare la medicazione con garze frequentemente (più volte al giorno) per favorire l'assorbimento dell'essudato (**forza delle evidenze C**)
7. Utilizzare una singola striscia o rotolo di garza per zaffare UdP profonde; **NON** utilizzare pezzi separati di garza in quanto la loro ritenzione nella lesione può essere una sorgente di infezione (**forza delle evidenze C**)
8. Prendere in considerazione l'utilizzo di garze impregnate per prevenire l'evaporazione di umidità, inevitabile nel caso di medicazioni con garza continuamente imbevuta (**forza delle evidenze C**)

La pratica correlata alla medicazione con garze varia in maniera considerevole. In alcune regioni del mondo i professionisti hanno abolito l'utilizzo delle garze per la

medicazione delle lesioni croniche aperte sostituendole con le medicazioni avanzate; l'utilizzo delle garze è correlato ad un aumento del tasso di infezioni, al rischio di ritenzione e al dolore per il paziente.

Oggigiorno le medicazioni con garze sono piuttosto limitate e utilizzate nella maggior parte dei casi per le medicazioni chirurgiche. La medicazione con garze è costosa in termini di tempo lavoro dei professionisti in quanto richiede cambi frequenti. Tuttavia le altre medicazioni topiche sono costose e non sempre disponibili; di conseguenza l'utilizzo di garze imbevute di soluzione fisiologica o garze umidificate per proteggere la lesione è preferibile rispetto a lasciare seccare la lesione.

7.11 Medicazioni al silicone

1. Prendere in considerazione l'utilizzo di medicazioni al silicone a contatto della lesione per favorire cambi di medicazione non traumatici (**forza delle evidenze B**)
2. Prendere in considerazione l'utilizzo di medicazioni al silicone per prevenire danno ai tessuti quando la UdP o la cute perilesionale sono fragili o facilmente danneggiabili (**forza delle evidenze B**)

7.12 Medicazioni di matrice al collagene

Prendere in considerazione l'utilizzo di medicazioni di matrice al collagene per UdP di categoria/stadio III e IV che non guariscono (**forza delle evidenze C**)

7.13 Medicazioni combinate

Molte delle medicazioni elencate sono prodotte in maniera combinata. Si prega di fare riferimento alle singole componenti quando si prende in considerazione l'utilizzo di medicazioni combinate.

8. Valutazione e trattamento dell'infezione

I batteri sono presenti su tutte le superfici cutanee. Quando la difesa primaria rappresentata dalla cute intatta viene a mancare, i batteri sono presenti sulla superficie della lesione. Quando i batteri (in base al numero e alla virulenza) causano danno all'organismo, l'infezione è presente. Un ospite debole ha una ridotta capacità di combattere i batteri. Il numero di batteri e i loro effetti sull'ospite possono essere categorizzati come contaminazione, colonizzazione, colonizzazione critica o infezione. In UdP di categoria/stadio I o II l'infezione non è comune, di conseguenza la valutazione dell'infezione deve focalizzarsi su UdP di categoria/stadio III e IV. L'infezione può

diffondersi oltre la lesione dando luogo a infezioni sistemiche gravi quali celluliti, fasciti, osteomieliti, sindrome infiammatoria sistemica (SIRS) o sepsi. Al fine di evitare queste gravi conseguenze i professionisti devono focalizzarsi sull'identificazione di pazienti ad alto rischio, sulla prevenzione, sulla precoce individuazione e sul trattamento tempestivo ed efficace dell'infezione.

Può essere utile ricordare:

- Colonizzazione batterica della UdP: presenza di batteri in replicazione senza segni o sintomi di malattia
- Infezione: presenza di sintomi o segni di reazione dell'organismo alla presenza di batteri (locali o sistemici)

8.1 Considerazioni di sistema

Seguire le indicazioni locali dei servizi di controllo delle infezioni per prevenire autocontaminazione e contaminazione crociata in pazienti con UdP (**forza delle evidenze C**)

8.2 Valutazione di pazienti ad alto rischio

1. Assegnare un elevato indice di sospetta infezione a:

- UdP con tessuto necrotico o presenza di un corpo estraneo;
- UdP presenti da lungo tempo;
- UdP estese o profonde e/o UdP per cui siano probabili ripetute contaminazioni (es. vicino all'ano) (**forza delle evidenze C**)

2. Assegnare un elevato indice di sospetta infezione locale a pazienti con diabete mellito, malnutrizione calorico-proteica, ipossia o scarsa perfusione tissutale, malattie autoimmuni o immunosoppressione (**forza delle evidenze B**)

3. Assegnare un elevato indice di sospetta infezione locale alle UdP che non mostrano segni di guarigione per due settimane o in presenza di un tessuto di granulazione fragile/facilmente danneggiabile, di cattivo odore, di aumentato dolore della lesione, di aumentato calore nei tessuti perilesionali, di aumentate secrezioni/essudato dalla lesione, di segni premonitori di peggioramento correlati alla natura delle secrezioni (es. secrezioni ematiche o purulente), di aumento del tessuto necrotico sul letto della lesione, (**forza delle evidenze B**)

8.3 Diagnosi

1. Prendere in considerazione una diagnosi di infezione acuta diffusa se la UdP presenta: eritema che si estende dai margini della lesione, indurimento, aumento del dolore o

insorgenza di nuovo dolore, calore o secrezioni purulente. La UdP con infezione acuta può anche essere aumentata di volume o avere crepitii, tessuto fluttuante o decolorazione sulla cute circostante. Il paziente può anche presentare segni sistemici di infezione quali febbre, malessere, ingrossamento dei linfonodi. Pazienti anziani possono sviluppare confusione/delirio e anoressia (**forza delle evidenze C**)

2. Determinare la carica batterica della UdP attraverso una biopsia del tessuto o con la tecnica della coltura quantitativa con tampone (**forza delle evidenze B**)

Il gold standard per esaminare la carica microbica è la coltura quantitativa del tessuto sano della lesione (biopsia). Tamponi superficiali riveleranno soltanto i microrganismi responsabili della colonizzazione; ciò può non spiegare/riflettere l'infezione dei tessuti profondi.

Un'alternativa accettabile è la tecnica di coltura quantitativa con tampone di Levine:

- Detergere la lesione con soluzione fisiologica.
- Asciugare con garze sterili
- Effettuare una coltura del tessuto che appare più sano sul letto della lesione
- Non effettuare colture su essudato, pus, escara o tessuto fortemente fibroso
- Ruotare l'estremità dell'applicatore sterile con punta alginata su un'area di 1cm x 1cm per 5 secondi
- Applicare sufficiente pressione con il tampone da causare la fuoriuscita dei fluidi tissutali
 - Utilizzare una tecnica sterile per spezzare la punta del tampone nel dispositivo di raccolta disegnato per colture quantitative

3. Considerare una diagnosi di infezione della UdP se la coltura indica una carica batterica $\geq 10^5$ CFU/g di tessuto e/o la presenza di stafilococchi beta-emolitici (**forza delle evidenze B**)

8.4 Gestione

1. Prevenire la contaminazione della lesione (**forza delle evidenze C**)

2. Ridurre la carica batterica sulla lesione (vedi raccomandazioni per la detersione e il debridement) (**Forza delle evidenze C**)

Il tessuto necrotico e lo slough favoriscono la crescita batterica (vedi sezioni su debridement, detersione, e gestione chirurgica). La detersione rimuove resti di tessuto necrotico e batteri liberi (non inglobati nel biofilm). Il debridement è spesso necessario per rimuovere slough aderente e escare, così come i biofilms. Una volta rimossi i biofilm tendono a svilupparsi nuovamente. Gli antimicrobici possono aiutare a rallentare il tasso

di ricrescita dei biofilm. Sono necessarie ulteriori ricerche per chiarire le pratiche migliori per la diagnosi e la gestione dei biofilms nelle UdP e altre lesioni croniche.

3. Prendere in considerazione l'utilizzo di antisettici topici che siano correttamente diluiti e appropriati per le UdP. Gli antisettici devono essere utilizzati per un periodo di tempo limitato al fine di controllare la carica batterica, pulire la lesione e ridurre l'infiammazione circostante. I professionisti devono conoscere le diluizioni corrette così come i rischi di tossicità e le reazioni avverse (**forza delle evidenze C**)

4. Prendere in considerazione l'utilizzo degli antisettici topici per UdP per cui non è prevista la guarigione e che presentano una colonizzazione critica (**forza delle evidenze C**)

5. Prendere in considerazione l'utilizzo di antimicrobici topici all'argento o medicazioni a base di miele per uso medico per UdP infette con microrganismi multipli, poiché queste medicazioni garantiscono un'ampia copertura antimicrobica. Tuttavia, prima di applicare medicazioni a base di miele, assicurarsi che il paziente non sia allergico al miele, a prodotti delle api o punture di api (forza delle evidenze = C)

6. Limitare l'uso di antibiotici topici su UdP infette ad eccezione di situazioni particolari (**forza delle evidenze C**).

In linea generale gli antibiotici ad uso topico **NON sono raccomandati per le UdP**. Le ragioni che supportano tale affermazione includono: penetrazione inadeguata per infezioni profonde della cute, sviluppo di resistenze, reazioni di ipersensibilità, assorbimento sistemico quando sono applicati su lesioni estese, effetti locali irritanti; tutto ciò può portare ad ulteriori ritardi nella guarigione della lesione.

Tuttavia, in alcune circostanze brevi cicli di applicazione di argento sulfadiazina, soluzioni di antibiotico topico possono essere utili; per esempio in lesioni su cui è stato effettuato un debridement e nonostante ciò sia ancora presente una carica batterica $\geq 10^5$ CFU/g di tessuto e/o vi sia la presenza di stafilococchi betaemolitici.

7. Utilizzare antibiotici sistemici per pazienti con evidenze cliniche di infezione sistemica, quali emocoltura positiva, cellulite, fascite, osteomielite, sindrome infiammatoria sistemica, o sepsi, se ciò è coerente con gli obiettivi di cura (**forza delle evidenze C**)

8. Drenare ascessi locali (**forza delle evidenze C**)

9. Valutare il paziente per osteomielite se è presente esposizione dell'osso, se l'osso si presenta ruvido o molle o se la lesione non è guarita con la precedente terapia (**Forza delle evidenze C**)

9. Gestione delle UdP in pazienti che ricevono cure palliative

9.1 Valutazione del paziente e del rischio

1. Effettuare una valutazione completa ed accurata del paziente (**forza delle evidenze C**)
2. Valutare il rischio di insorgenza di nuove UdP su base regolare utilizzando un approccio strutturato che includa: uno strumento validato per la valutazione del rischio, un'accurata valutazione della cute; completare la valutazione con il giudizio clinico basato sulla conoscenza dei principali fattori di rischio (vedi sezione Valutazione del rischio) (**forza delle evidenze C**)

9.2 Redistribuzione della pressione

1. Riposizionare e girare il paziente a intervalli periodici in base ai suoi desideri e alla sua tolleranza (**forza delle evidenze C**)
 - Pianificare un programma di riposizionamenti flessibile basato sulle preferenze e la tolleranza del paziente e sulle caratteristiche di redistribuzione della pressione della superficie di supporto (**forza delle evidenze C**)
 - Somministrare farmaci per il controllo del dolore 20-30 minuti prima del riposizionamento programmato a pazienti che presentano dolore significativo durante la mobilizzazione (**forza delle evidenze C**)
 - Osservare le scelte del paziente nei cambiamenti posturali, oltre che eventuale postura/e di comfort, dopo aver spiegato il rationale che giustifica i riposizionamenti (**forza delle evidenze C**)
 - Il comfort è di importanza cruciale e può essere prioritario rispetto alla prevenzione e alla cura della lesione per pazienti che stanno morendo o per pazienti costretti ad assumere un'unica posizione di comfort (**forza delle evidenze C**)
 - Prendere in considerazione la sostituzione della superficie di supporto per migliorare la redistribuzione della pressione e il comfort (**forza delle evidenze C**)
 - Fare il possibile per riposizionare un paziente in cure palliative almeno ogni 4 ore se pretese un materasso che ridistribuisce la pressione, come quelli in schiuma viscoelastica, oppure ogni 2 ore su un materasso standard (**forza delle evidenze B**)
 - Personalizzare il piano dei cambiamenti posturali in modo che sia medicalmente fattibile/realistico; assicurarsi che sia coerente con gli obiettivi e i desideri del paziente, le attuali condizioni cliniche e loro interazione con le comorbidità presenti (**forza delle evidenze C**)

- Documentare i riposizionamenti così come i fattori che influenzano le decisioni ad essi correlate (es. desideri del pazienti o bisogni medici) **(forza delle evidenze C)**

2. Prendere in considerazione i seguenti fattori nel riposizionare il paziente:

- Proteggere il sacro, i gomiti e i grandi trocanteri in quanto particolarmente vulnerabili alla pressione **(forza delle evidenze C)**
- Utilizzare dispositivi di posizionamento come schiume o cuscini per prevenire il contatto diretto con le prominenze ossee o per evitare che il paziente sia posizionato direttamente sulla UdP (a meno che questa sia la posizione di minor discomfort in base alle preferenze individuali) **(forza delle evidenze C)**
- Utilizzare protettori per i talloni (talloniere) e/o posizionare un cuscino o una coperta piegata sotto le gambe così da lasciarli “sospesi sopra il letto” e/o liberi da pressione **(forza delle evidenze C)**
- Utilizzare un cuscino che ridistribuisca la pressione sulle prominenze ossee e aumenti il comfort quando il paziente è seduto **(Forza delle evidenze C)**

9.3 Nutrizione e idratazione

1. Fare il possibile per mantenere un’adeguata nutrizione e idratazione compatibilmente con le condizioni del paziente e i suoi desideri. Spesso, un apporto nutrizionale adeguato non è un obiettivo raggiungibile se il paziente non è in grado o rifiuta di alimentarsi in alcuni fasi della malattia **(forza delle evidenze C)**

2. Consentire al paziente di assumere cibi e bevande di sua scelta / gradimento **(forza delle evidenze C)**

3. Offrire pasti piccoli e frequenti durante la giornata **(forza delle evidenze C)**

4. Offrire supplementi nutrizionali proteici quando l’obiettivo è la guarigione della lesione **(forza delle evidenze C)**

9.4 Cura della cute

1. Mantenere l’integrità della cute per quanto possibile **(forza delle evidenze C)**

- Applicare sostanze emollienti sulla cute, seguendo le istruzioni del produttore, per mantenere un’adeguata idratazione e prevenire la secchezza **(forza delle evidenze C)**
- Minimizzare i potenziali effetti avversi dell’incontinenza sulla cute. (Fare riferimento alla sezione “Prevenzione”).

9.5 Cura della UdP

Gli aspetti della cura della lesione che maggiormente favoriscono il comfort del paziente sono: gestione del dolore, controllo del cattivo odore e dell'essudato.

1. Formulare degli obiettivi di trattamento coerenti con i valori e gli obiettivi del piano di cura e di assistenza del paziente, tenendo anche in considerazione gli input della famiglia **(forza delle evidenze C)**

- Stabilire l'obiettivo di miglioramento della qualità di vita, anche se la UdP non può guarire o se il trattamento non porta alla chiusura / guarigione della lesione **(forza delle evidenze C)**
- Valutare l'impatto della UdP sulla qualità di vita del paziente e della sua famiglia **(forza delle evidenze C)**
- Valutare il paziente inizialmente e a fronte di qualsiasi significativo cambiamento delle sue condizioni al fine di rivalutare il piano di cura **(forza delle evidenze C)**

2. Valutare la UdP inizialmente e ad ogni cambio di medicazione, ma comunque almeno settimanalmente; documentare i risultati della valutazione **(forza delle evidenze C)**

- Fare riferimento alla sezione "Valutazione e monitoraggio della guarigione" per informazioni generali
- Monitorare la lesione per garantire continuamente gli obiettivi di comfort, riduzione del dolore, controllo dell'essudato e del cattivo odore **(forza delle evidenze C)**

3. Gestire la UdP e l'area perilesionale su basi regolari in coerenza con i desideri del paziente **(forza delle evidenze C)**

- Detergere la lesione ad ogni cambio di medicazione utilizzando acqua potabile, soluzione fisiologica o un detergente non citotossico per minimizzare il trauma alla lesione e controllare il cattivo odore **(forza delle evidenze C)**
- Effettuare un debridement del tessuto devitalizzato per controllare l'infezione e l'odore **(forza delle evidenze C)**
- Effettuare il debridement del tessuto devitalizzato sul letto della lesione o ai bordi quando ciò è appropriato per le condizioni del paziente e coerente con gli obiettivi generali di cura **(forza delle evidenze C)**
- Evitare il debridement chirurgico su tessuto fragile che sanguina facilmente **(forza delle evidenze C)**
- Scegliere una medicazione che assorba la quantità di essudato presente, controlli l'odore, mantenga asciutta la cute perilesionale e prevenga l'essiccazione della lesione

(forza delle evidenze C)

- Utilizzare una medicazione che mantenga un ambiente umido e sia confortevole per il paziente (forza delle evidenze = C)
- Utilizzare medicazioni che possano rimanere in sede per periodi più lunghi per favorire il comfort correlato alla cura della lesione (**forza delle evidenze C**)
- Utilizzare una medicazione che risponda sia ai bisogni di comfort globale del paziente che alla cura della lesione. (Fare riferimento alla sezione “Medicazioni”) (**forza delle evidenze C**)
- Prendere in considerazione l’utilizzo di una medicazione con antimicrobici per controllare la carica batterica e il cattivo odore (**forza delle evidenze C**)
- Prendere in considerazione l’utilizzo di idrogel per lesioni che presentano dolore (**forza delle evidenze C**)
- Prendere in considerazione l’utilizzo di medicazioni con schiume e alginati per controllare essudato abbondante e allungare gli intervalli di cambio medicazione (**forza delle evidenze B**)
- Prendere in considerazione l’utilizzo di medicazioni con membrane polimeriche in schiuma per il controllo dell’essudato e la pulizia della lesione (**forza delle evidenze C**)
- Prendere in considerazione l’utilizzo di medicazioni al silicone per ridurre il dolore in fase di rimozione della medicazione (**forza delle evidenze B**)
- Proteggere la cute perilesionale con un prodotto di barriera o con una medicazione (**forza delle evidenze C**)

4. Controllare l’odore della lesione (forza delle evidenze C)

- Detergere la lesione e il tessuto perilesionale, avendo cura di rimuovere il tessuto devitalizzato (forza delle evidenze = C)
- Valutare la lesione per segni di infezione: aumentato dolore; fragile/facilmente danneggiabile, edematosa, pallida tendente al bianco, tessuto di granulazione scuro; cattivo odore e breakdown (cedimento/distruzione) della lesione; ritardata guarigione (**forza delle evidenze B**)
- Utilizzare agenti antimicrobici se appropriato per controllare infezioni confermate e sospetta colonizzazione critica. (Fare riferimento alla sezione Infezione) (**forza delle evidenze C**)
- Prendere in considerazione l’utilizzo di soluzioni antiseptiche correttamente diluite per periodi limitati di tempo per controllare il cattivo odore (forza delle evidenze C)

- Prendere in considerazione l'utilizzo di medicazioni impregnate di agenti antimicrobici (es. argento, cadexomero iodico, miele ad uso medico) per controllare la carica batterica e il cattivo odore **(forza delle evidenze C)**
- Prendere in considerazione l'utilizzo di medicazioni al carbone o carbone attivato per il controllo del cattivo odore **(forza delle evidenze C)**
- Prendere in considerazione l'utilizzo di deodoranti esterni per la camera (es. carbone attivato, aceto, vaniglia, grani di caffè, candele e potpourri) **(forza delle evidenze C)**

9.6 Valutazione e gestione del dolore

1. Effettuare una valutazione di routine del dolore della lesione ad ogni turno, ad ogni cambio di medicazione e ad intervalli periodici coerentemente con le condizioni del paziente (fare riferimento alla sezione "Gestione del dolore") **(forza delle evidenze B)**
2. Valutare il dolore della lesione inizialmente, settimanalmente e ad ogni cambio di medicazione **(forza delle evidenze C)**
3. Garantire trattamento sistematico del dolore della lesione (fare riferimento alla sezione "Gestione del dolore") **(forza delle evidenze C)**
4. Somministrare, se ciò è coerente con il piano di trattamento, farmaci oppiacei e FANS 30 minuti prima e subito dopo il cambio di medicazione o altre procedure **(forza delle evidenze C)**
5. Somministrare trattamento topico locale per il dolore della lesione:
 - Preparazioni con lidocaina aiutano a ridurre il dolore della lesione
 - L'idrogel con diamorfina è un efficace trattamento locale per UdP aperte nel contesto delle cure palliative **(forza delle evidenze B)**
6. Scegliere medicazioni che possano rimanere in sede più a lungo per ridurre il dolore associato a cambi frequenti **(forza delle evidenze C)**
7. Incoraggiare i pazienti a richiedere una pausa durante una procedura che causa dolore **(forza delle evidenze C)**

9.7 Valutazione delle risorse

1. Valutare le risorse psicosociali inizialmente e successivamente a intervalli periodici (consulenza psicosociale, assistenza sociale ecc...) **(forza delle evidenze C)**
2. Valutare le risorse ambientali (es. ventilazione, filtri elettrici dell'aria ecc...) inizialmente e successivamente a intervalli di routine **(forza delle evidenze C)**
3. Verificare che la famiglia e i caregivers abbiano compreso gli obiettivi e il piano di

trattamento (forza delle evidenze C)

9.8 Indicatori di verifica

1 I protocolli/le procedure relative alla prevenzione e al trattamento delle ulcere da pressione dell'ASL e delle strutture di ricovero e cura partecipanti al progetto sono aggiornati in conformità ai contenuti del presente documento entro settembre 2012.

Indicatore di verifica: trasmissione al SITRA dell'ASL dei documenti aggiornati o pubblicazione dei documenti sui rispettivi siti aziendali

2 La revisione e l'adozione dei documenti aggiornati è accompagnata da interventi formativi che coinvolgono il personale infermieristico (e di supporto)

Indicatore di verifica: realizzazione di almeno una iniziativa formativa specifica da parte di ogni azienda

3 Per gli utenti a rischio o portatori di UDP che necessitano di continuità assistenziale ospedale/territorio e viceversa, è garantita la compilazione della scheda per la continuità assistenziale allegata al presente documento

Indicatore di verifica: compilazione della scheda per almeno l'80% degli assistiti che usufruiscono dei percorsi di ammissione/dimissione protetta e presentano problemi legati all'integrità cutanea

10. GLOSSARIO

Agenti biofisici: qualsiasi agente che utilizza energia fisica per indurre cambiamenti biologici in una lesione che supportino la guarigione (es elettrostimolazione, pressione negativa, ultrasuoni). Gli agenti biofisici possono anche rilasciare specifiche sostanze di trattamento sulla lesione.

Biofilm: un'aggregazione di microrganismi noti per causare infiammazioni croniche come malattie peridontali, infezioni dei dispositivi chirurgici, infezioni del catetere vescicale ecc.. I biofilm hanno aumentato la loro resistenza agli anticorpi endogeni, ai fagociti così come agli antibiotici e antisettici. I biofilm hanno un ruolo importante nel mantenere uno stato di infiammazione cronica che in definitiva determina la mancata guarigione delle lesioni della cute.

CFU:Unità Formanti Colonie. Crescita batterica:la conta vitale è la determinazione del numero di cellule vitali, cioè capaci di riprodursi e quindi di formare colonie.

Chirurgia per le UDP: i fattori fisici da ottimizzare prima della chirurgia includono lo stato nutrizionale deve essere adeguato poiché la procedura operatoria amplierà in maniera marcata, seppure temporaneamente, la lesione. Occorre correggere carenze di vitamine o minerali. Possono essere indicati supplementi nutrizionali o alimentazione enterale. Occorre ottimizzare i livelli ematici di glucosio e controllare la diarrea per prevenire la contaminazione fecale delle linee di sutura. Il controllo della diarrea può richiedere agenti astringenti, nutrizione parenterale o (occasionalmente) può rendersi necessaria una colostomia. Gli spasmi/contratture devono essere controllati in quanto possono rompere le suture. Occorre sospendere il fumo prima dell'intervento oltre a pianificare di continuare la cessazione per almeno 4 settimane dopo l'intervento. I pazienti che assumono cortisone, chemioterapici, o farmaci immunosoppressivi possono avere maggiori complicanze e un periodo più lungo per arrivare alla guarigione. La riduzione dei dosaggi di questi farmaci (se fattibile) può aiutare la guarigione della lesione. L'infezione della lesione deve essere controllata con debridement locale, medicazioni che favoriscano il debridement e antibiotici sistemici. Le colture quantitative del tessuto (biopsie) possono indirizzare l'antibiotico-terapia in maniera più accurata rispetto alle colture con tampone. Il letto speciale per il post-operatorio deve essere disponibile in sala operatoria al termine dell'intervento. Se fattibile, posizionare il paziente nel letto speciale un giorno o due prima dell'intervento per determinare la tolleranza del paziente (es. dispnea, sensazione di mancanza di peso)

Debridement: rimozione del tessuto devitalizzato. Il processo rimuove dal letto della lesione essudato, colonie

batteriche che si staccano e consente di ristabilire un ambiente che stimola la ricostruzione. Esistono diverse modalità di debridement:

- Debridement autolitico: rimozione del tessuto devitalizzato utilizzando medicazioni che aumentano l'umidità della lesione quali idrocolloidi, film trasparenti e idrogel; esse reidratano il tessuto devitalizzato e provvedono un ambiente umido rimuovendo il tessuto necrotico attraverso gli enzimi proteolitici e i fagociti prodotti dall'organismo stesso. Il debridement autolitico è controindicato in presenza di infezione o tessuto necrotico molto esteso, in UDP di ampie dimensioni con tessuto sottominato e sinus tract e in pazienti immunocompromessi.

- Biodebridement: applicazione di larve sterili al tessuto devitalizzato del letto della lesione. Le larve sterili producono una mistura di enzimi proteolitici inclusa

collagenasi, allantoina, e altri agenti con attività antibatterica ad ampio spettro. Il debridement non deve essere utilizzato su lesioni con vasi sanguinei esposti, infezioni acute che minacciano gli arti o la vita, lesioni che richiedono frequenti ispezioni, tessuto necrotico osseo o tendineo, o alterazioni circolatorie sufficientemente significative da ostacolare la guarigione.

- Debridement chirurgico: rimozione del tessuto necrotico attraverso strumenti taglienti/acuminati (es. bisturi, forbici, curette). E' la forma più rapida di debridement. Questo metodo riduce la carica batterica dalla superficie della lesione e rimuove vecchie cellule trasformando una lesione cronica in una acuta. Il sanguinamento che si determina stimola la produzione di fattori della crescita endogeni prodotti dal sangue che agiscono come richiamo chimico per le cellule infiammatorie e mitogeniche sia per i fibroblasti che per le cellule epiteliali. Il debridement chirurgico deve essere praticato solo in sedi anatomiche adeguatamente vascolarizzate per supportare la capacità di guarire. La conoscenza dell'anatomia e l'addestramento sono di vitale importanza per gli operatori che utilizzano tecniche di debridement chirurgico. Occorre agire con cautela in pazienti immunocompromessi per evitare lesioni con ampie cavità che possono diventare una via d'ingresso di infezioni opportunistiche. Occorre inoltre agire con cautela in pazienti con alterazioni / malattie che favoriscono il sanguinamento e in quelli in terapia anticoagulante. La possibilità di eseguire il debridement chirurgico può essere limitata in alcuni contesti di cura. Il debridement chirurgico deve essere effettuato in sala operatoria quando: vi è una necessità clinica di un debridement esteso; il grado di tessuto sottominato e tunneling non può essere determinato; è presente cellulite in fase avanzata; devono essere rimossi tessuto osseo infetto o altri tessuti duri; e/o il paziente ha una sepsi secondaria alla lesione da pressione

- Debridement di mantenimento: debridement ripetuto fino a quando tutto il tessuto necrotico/devitalizzato viene rimosso dal letto della lesione

- Debridement enzimatico: rimozione del tessuto necrotico attraverso l'applicazione di enzimi proteolitici. Gli enzimi proteolitici o fibrinolitici applicati sul letto della lesione lavorano in sinergia con quelli endogeni prodotti dall'organismo. La disponibilità dei vari prodotti a base di enzimi proteolitici varia nei diversi paesi così come le loro proprietà e benefici. Seguire sempre le istruzioni del produttore.

- Debridement meccanico: forma non selettiva di debridement in quanto determina sia la rimozione del tessuto necrotico che di quello sano/vitale. Esempi di debridement meccanico sono medicazioni con garze imbevute di soluzione fisiologica, irrigazione della lesione, idroterapia, nebulizzazione con ultrasuoni. Le garze imbevute di soluzione fisiologica possono causare dolore oltre a rimuovere in maniera non selettiva tessuto sano. Vengono utilizzate con minor frequenza e molti esperti ne sconsigliano l'uso.

Eritema: arrossamento della cute dovuto alla dilatazione dei capillari superficiali

Eritema reversibile: un'area di cute arrossata che temporaneamente ritorna bianca o pallida quando viene applicata una pressione sulla pelle con la punta del dito. Su un'area sottoposta a pressione, ciò è dovuto ad una normale risposta iperemica.

Eritema NON reversibile: arrossamento che persiste dopo una pressione applicata con la punta del dito, generalmente sopra una prominenza ossea. L'eritema reversibile può non essere visibile sulle pelli scure. L'eritema non reversibile è un segno di una UdP di categoria/stadio I

Fattori della crescita: spesso usato nella forma inglese *growth factor*, si riferisce a proteine capaci di stimolare la proliferazione e il differenziamento cellulare.

Numerosi fattori della crescita sono stati indagati per favorire la guarigione delle UdP, incluso il fattore della crescita derivato dalle piastrine (PDGF).

Ad oggi non sono state prodotte prove d'efficacia che ne confermino la validità nel trattamento delle lesioni cutanee. L'americana FDA (Federal Drug Administration) ha approvato il PDGF-BB per il trattamento delle lesioni del piede diabetico.

Indice caviglia braccio: o indice di Winsor esprime il rapporto tra il valore della pressione sistolica misurata alle caviglie ed in sede brachiale (massima pressione sistolica alle caviglie rapportate alla massima pressione sistolica brachiale).

Letti dotati dispositivo per la rotazione laterale (terapia rotazionale): nei reparti di area critica vengono spesso utilizzati letti dotati di dispositivo per la rotazione laterale. La rotazione laterale consiste in un ciclo lento e continuo di rotazione che ridistribuisce la pressione in pazienti critici ad elevato rischio. Il grado di rotazione può essere calibrato in base alla tolleranza del paziente. La rotazione laterale (generalmente a 40°) è una terapia di riconosciuta validità per pazienti con distress respiratorio e sono stati stabiliti specifici criteri per il suo utilizzo. Quando si utilizza la rotazione laterale esiste il rischio di stiramento. Le forze di stiramento agiscono tangenzialmente alla cute (attraverso lo stretching) e interrompono il flusso di sangue. Se il paziente non è posizionato correttamente e protetto con ausili (cuscinetti di supporto alla rotazione), ogni rotazione del letto determinerà un aumento delle forze di stiramento con conseguente insorgenza di una nuova UdP o peggioramento di quella/e esistenti.

Medicazione di matrice al collagene: prodotte con collagene bovino o suino; sono in grado di ridurre i livelli di proteasi nelle lesioni croniche

Medicazioni al silicone: Il silicone è chimicamente inerte, sono quindi rari effetti indesiderati/avversi nel suo utilizzo per la cura delle lesioni. Poiché il silicone è inerte, esso non interagisce chimicamente con la lesione. Il silicone è insolubile nell'essudato della lesione. Le medicazioni al silicone sono disegnate per provvedere un'interfaccia di contatto con la lesione che può essere rimossa senza causare trauma ai tessuti o dolore al paziente. Queste medicazioni possono anche proteggere da danni (durante i cambi medicazione) il tessuto perilesionale fragile o di recente guarigione

Medicazioni con alginati: hanno la capacità di assorbire l'essudato e mantenere umido il letto della lesione. Gli alginati spesso possono essere mantenuti su una UDP per alcuni giorni, riducendo così la frequenza di cambio medicazione. Sono fabbricati sotto forma di fogli o rotoli. La scelta fra le due forme è basata sulla profondità e la forma della lesione. Le fibre residue di alginato sono biocompatibili; pertanto non è necessario rimuoverle in maniera aggressiva dal letto della lesione

Medicazioni con Cadexomero iodico: è formato da perline sferiche di cadexomero che contiene iodio; sono altamente assorbenti e rilasciano lo iodio lentamente sulla superficie della lesione. Disponibile come pomata o medicazione.

Medicazioni con idrocolloidi: contengono agenti che formano un gel come la carbosimetilcellulosa sodica (NaCMC) e gelatina. In molti prodotti sono combinati con elastomeri e adesivi e applicati ad una medicazione "carrier" (generalmente schiuma di poliuretano o film) in modo da formare un "wafer" assorbente, autoadesivo e impermeabile all'acqua. Gli idrocolloidi sono stati un trattamento comune/diffuso per UdP di categoria/stadio II in quanto presentano il vantaggio di rimanere in sito per un tempo più lungo. La fabbricazione di queste medicazioni è migliorata nell'adesione dei bordi, aggiunta di antimicrobici al gel e nella forma per adattarsi alle varie sedi corporee (es. tallone, sacro ecc..). (fonte: versione integrale

della LG)

Medicazioni con membrane polimeriche: sono medicazioni in schiuma combinate con glicerina per ammorbidire il tessuto devitalizzato della lesione, oltre all'amido per assorbire l'essudato. La medicazione contiene anche surfactante che scioglie il tessuto necrotico (

Medicazioni con schiume: assorbono l'essudato dal letto della lesione. Medicazioni di schiume semplici rimuovono fluidi dal letto della lesione e li spostano sulla superficie della medicazione. Medicazioni di schiume complesse assorbono i fluidi, li muovono attraverso la medicazione e li trattengono. Le medicazioni in schiuma consentono anche alle secrezioni di evaporare; ciò aumenta quindi la loro capacità di assorbimento

Medicazioni impregnate di miele: possono essere paragonate agli alginati, idrocolloidi, argento e altri trattamenti topici avanzati per le UdP. Vi è un rapido aumento di risultati pubblicati sull'utilizzo del miele per tutti gli aspetti di cura della lesioni. Il miele produce perossido di idrogeno (H₂O₂), contiene antiossidanti, e rilascia prodotti antiinfiammatori. Il cattivo odore è ridotto in quanto il miele produce una sostanza alternativa per il metabolismo batterico che produce acido lattico anziché ammoniaca, amine e zolfo che danno cattivo odore

Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH): strumento elaborato dal NPUAP come metodo per monitorizzare la guarigione delle lesioni. Utilizzando le banche dati della ricerca disponibile è stata condotta un'analisi per individuare i fattori più predittivi la guarigione o il deterioramento della UdP. Dai dati emersi tre fattori (lunghezza, larghezza, quantità di essudato e tipo di tessuto predominante) spiegano il 55-65% della varianza nel campione studiato dalla settimana '0' fino alla 8°, con un buon livello di discriminazione tra i tempi stabiliti di misurazione (studio di Livello 5). Lo strumento PUSH non fornisce adeguate informazioni da utilizzare come base per un completo piano di trattamento; tuttavia rappresenta un efficiente meccanismo per monitorizzare il miglioramento o il peggioramento della lesione nel tempo. Il PUSH è stato utilizzato in studi di ricerca per misurare gli outcomes di guarigione.

Riposizionamento o cambiamento posturale: cambiamento nella posizione della persona distesa o seduta effettuato a intervalli regolari allo scopo di alleviare o ridistribuire la pressione e migliorare il comfort.

Sinus tract o Tunneling: un'area o tratto di distruzione del tessuto, a volte denominato "tunnel", che si osserva in qualsiasi direzione a partire dalla superficie o dai bordi della lesione. Determina uno spazio morto con potenziale rischio di formazione di un ascesso. Un sinus tract può essere distinto dal tessuto sottominato in quanto coinvolge solo una piccola parte dei bordi della lesione; il tessuto sottominato invece coinvolge una parte significativa dei bordi della lesione.

Slough: lo *slough* è un tessuto che può ricoprire il letto dell'ulcera sottoforma di patina ispessita e compatta oppure essere distribuito in stralci, lasso e filamentoso (Benbow, 2007). La gradazione di colore tende a variare in base alla combinazione dei componenti: ad esempio, quando è presente una gran quantità di globuli bianchi, lo *slough* assume una colorazione giallo crema (Keast et al. 2004). Lo *slough* può essere confuso con un normale tessuto anatomico, come fascia, tendini, legamenti, capsule articolari, ecc (Black et al. 2010). (Caula C. et al, 2011)

Superficie di supporto: un dispositivo specializzato per la redistribuzione della pressione, disegnato per la gestione del carico dei tessuti, del microclima e/o altre funzioni terapeutiche (es. materasso, sovrasmaterasso, sistema di letto integrato, cuscino, sovracuscino)

Superficie di supporto. Capacità avvolgente: indica la capacità di modellarsi sui contorni del corpo. I cuscini che avvolgono devono flettersi e modellarsi così da affondare le natiche nel materiale. I cuscini piatti devono flettersi di più di quelli col bordo. Le caratteristiche antropometriche della pelvi richiedono circa 5 cm di affondamento (immersione) per un avvolgimento efficace; ciò è dovuto alla posizione inferiore delle tuberosità ischiatiche.

Tunneling: vedi "sinus tract"

Undermining/tessuto sottominato: un'area di distruzione del tessuto che si estende sotto la cute intatta lungo i margini della lesione, comunemente rilevato nei danni da stiramento; può essere distinto dai sinus tracts o tunneling in quanto coinvolge una parte significativa dei bordi della lesione. (Fonte: versione integrale della LG)

Whirlpool: un approccio idroterapico che utilizza l'acqua con o senza additivi o la soluzione fisiologica per stimolare la guarigione della lesione e pulire, detergere lesioni croniche. (immersione in acqua in movimento)

**ULCERE DA PRESSIONE:
SCHEDE DI DESCRIZIONE E TRATTAMENTO**

Cognome e Nome _____
 Data di nascita _____
 Data di dimissione/ammissione ____/____/____

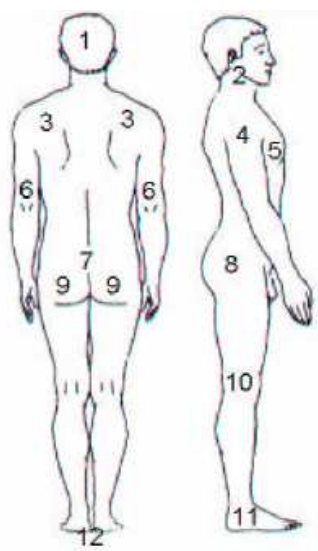
Punteggio Scala di valutazione rischio insorgenza UDP alla presa in carico ed alla dimissione (Indicare la tipologia di scala per la valutazione del rischio UDP utilizzata)

Scala tipo _____ Data valutazione presa in carico _____ Punteggio _____
 Data valutazione dimissione _____ Punteggio _____
 Fattori di rischio identificati _____
 Aree maggiormente sottoposte a pressione _____
 Condizioni della cute _____

Presidi antidecubito utilizzati: superf. antidec. con motore, altezza inferiore a 10 cm (sovrasmaterasso)
 superf. antidec. con motore, altezza uguale o sup. a 10 cm (materasso)
 letto fluidizzato

Tipologia della lesione principale				
<input type="checkbox"/> lesione da decubito <input type="checkbox"/> lesione diabetica <input type="checkbox"/> lesione vascolare <input type="checkbox"/> altro _____				
Sede della lesione	Grado	Condizione	Bordi	Cute perilesionale
_____	<input type="checkbox"/> I° <input type="checkbox"/> II°	<input type="checkbox"/> detersa	<input type="checkbox"/> lineari	<input type="checkbox"/> integra
_____	<input type="checkbox"/> III° <input type="checkbox"/> IV°	<input type="checkbox"/> granuleggiante	<input type="checkbox"/> macerati	<input type="checkbox"/> macerata
_____	<input type="checkbox"/> ESCARA	<input type="checkbox"/> fibrina	<input type="checkbox"/> necrotici	<input type="checkbox"/> arrossata
_____		<input type="checkbox"/> essudato* S M A	<input type="checkbox"/> infetti	
_____		<input type="checkbox"/> necrosi	<input type="checkbox"/> frastagliati	
_____		DIMENSIONE**		
_____		H _____ L _____ P _____		

* S/scarso M/moderato A/abbondante
 ** H/altezza L/larghezza P/profondità (espressi in centimetri-cm)

ALTRE LESIONI	
Note e descrizione	
	_____

INDICARE LA SEDE

Medicazione

Frequenza

Note (indicare la storia delle lesioni ed eventuali trattamenti precedenti)

Valutazione del dolore

assente lieve moderato forte atroce non valutabile

Farmaci utilizzati _____

Valutazione del dolore al cambio medicazione

assente lieve moderato forte atroce

Farmaci utilizzati _____

Necessità di supporto nutrizionale No Si

Tipo di supporto nutrizionale _____

Ulteriori informazioni

Operatore di riferimento/Tutor del caso _____

Data _____ Firma _____