DOCUMENTO Pubblicato il 23/03/2022 Prescrittivo dal 07/04/2022		AD USO INTERNO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE OSTETRICHE
TIPO DI DOCUMENTO ,NUMERO E TITOLO	**CONTENUTO**	
PTO AZ 006 Prevenzione e trattamento delle Ulcere da Pressione	**SCOPO**	Il protocollo ha lo scopo di definire le modalità assistenziali relative alla prevenzione e al trattamento delle ulcere da pressione ed in particolare di garantire: ⏱ l'aderenza alla linea guida della Regione Toscana; ⏱ l'uniformità dei comportamenti degli operatori nella valutazione dell'utente a rischio di sviluppare ulcere da pressione ⏱ i corretti interventi preventivi e la tracciabilità delle valutazioni effettuate; ⏱ l'appropriatezza nell'uso delle medicazioni e del trattamento delle UdP; ⏱ il monitoraggio e il miglioramento continuo della qualità delle cure infermieristiche.
	AZIONI PRINCIPALI	•All'ammissione di ogni utente/presa in carico nei setting assistenziali viene effettuato l'accertamento infermieristico, comprensivo della valutazione di rischio assistenziale per Udp •La valutazione del rischio di insorgenza di UdP viene eseguita mediante la scala di Braden, la quale deve essere compilata entro le 24h dalla preswa in carico del paziente •La presenza di secchezza, lacerazione, eritema, fragilità da macerazione, ipertermia o indurimento della cute, verificabili all'ispezione cutanea, rappresentano fattori di rischio aggiuntivi da valutare Opportunamente •Nei soggetti ipomobili l'anamnesi deve comprendere anche la valutazione del rischio nutrizionale, avvalendosi di strumenti validati e standardizzati (per es. Malnutrition Universal Screening Tool – MUST). •Per identificare la presenza di UdP, al momento della presa in carico, tutti i pazienti considerati a rischio devono essere sottoposti ad un'ispezione cutanea sistematica, prestando particolare attenzione alle prominenze ossee (regione sacrale, talloni, creste iliache, malleoli, gomiti, occipite). Deve essere ripetuta quotidianamente. •Nel caso si rilevi la presenza di una UdP all'ingresso o di nuova insorgenza durante il riicovero / presa in carico, ne vanno descritte la sede e le caratteristiche facendo riferimento alla classificazione EPUAP/NPUAP Allegati 1-2-3 •L'infermiere esegue il trattamento (indicazioni operative contenute nell'allegato 9) tenendo conto delle caratteristiche della lesione e delle condizioni generali del paziente. •È necessario valutare l'entità del dolore e documentarlo mediante l'impiego di scale validate Ad ogni cambio medicazione, occorre verificare: ⏱ le dimensioni della ferita ⏱ la situazione del letto della ferita ⏱ presenza di complicanze •Eventuali modifiche devono essere documentate •Nel caso compaiano segni/sintomi quali arrossamento perilesionale, edema, dolore, cattivo odore, febbre o la lesione non mostri segni di guarigione entro 4 settimane di trattamento, o in presenza di positività all'esame colturale è necessario richiedere una consulenza specialistica (infermiere wound care, medico esperto in wound-care , infettivologo , chirurgo vascolare , ecc.…) •La continuità delle cure deve essere sempre garantita nei passaggi tra i setting assistenziali.
	RESPONSABILITA'	L'infermiere è il responsabile di tutte le fasi nella gestione delle UdP. Il Medico è responsabile nelle fasi specifiche di sua competenza
	ALLEGATI	⏱ Allegato 1 - Classificazione NPUAP-EPUAP ⏱ Allegato 2 - PUSH Tool 3.0 ⏱ Allegato 3 - Scheda registrazione punteggi PUSH Tool 3.0 ⏱ Allegato 4 - Scala di Braden ⏱ Allegato 5 - Scheda registrazione punteggi Braden ⏱ Allegato 6 - Gestione cambi posturali ⏱ Allegato 7 - Brochure informativa utenti ⏱ Allegato 8 - Prevenzione UdP in Sala Operatoria ⏱ Allegato 9 - Trattamento UdP ⏱ Allegato 10 - Repertorio regionale medicazioni avanzate ⏱ Allegato 11 – Gestione superifici antidecubito in service ⏱ Allegato 12 - UDP correlate al dispositivo medico ⏱ Allegato 13 – Wound care palliativo ⏱ Allegato 14 – Wound bed preparation ⏱ Allegato 15 – Flow Chart

Prevenzione e trattamento delle Ulcere da Pressione

Sintesi per i Professionisti Il protocollo fornisce indicazioni per la prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione, da applicarsi nei setting ospedalieri e territoriali

<table>
<tr><th>Redatto</th><th>Verificato</th><th>Approvato</th></tr>
<tr><td rowspan="2">UOC Progettazione, Sviluppo, Formazione e Ricerca
(coordinatore gruppo)
dr.ssa Moira Borgioli</td><td>VERIFICA TECNICA/SOSTANZIALE

Staff Direzione Aziendale- UOC Governo clinico
Direttore Dott. Francesco Bellomo

Direttore UOC Sicurezza del paziente
Dr. Tommaso Bellandi

Direttore Dipartimento Infermieristico e Ostetrico
dr. Andrea Lenzini</td><td rowspan="2">Direttore Generale ASL TNO
Dott.ssa Maria Letizia Casani

Direttore Sanitario
Dott. Luca Lavazza</td></tr>
<tr><td>VERIFICA FORMALE
UOC Sistema Qualità Aziendale
e accreditamento
Direttore
Dr. Ivano Cerretini</td></tr>
<tr><td colspan="3">Referente del documento UOC Progettazione, Sviluppo, Formazione e Ricerca – dr.ssa Moira Borgioli</td></tr>
</table>

ELENCO ALLEGATI

- Allegato 1 - Classificazione NPUAP-EPUAP
- Allegato 2 - PUSH Tool 3.0
- Allegato 3 - Scheda registrazione punteggi PUSH Tool 3.0
- Allegato 4 - Scala di Braden
- Allegato 5 - Scheda registrazione punteggi Braden
- Allegato 6 - Gestione cambi posturali
- Allegato 7 - Brochure informativa utenti
- Allegato 8 - Prevenzione UdP in Sala Operatoria
- Allegato 9 - Trattamento UdP
- Allegato 10 - Repertorio regionale medicazioni avanzate
- Allegato 11 – Gestione superifici antidecubito in service
- Allegato 12 - UDP correlate al dispositivo medico
- Allegato 13 – Wound care palliativo
- Allegato 14 – Wound bed preparation
- Allegato 15 – Flow Chart

Parole chiave: ulcere, pressione, trattamento, braden, push, tool, supefici, antidecubito, wound, care, palliativo, cambi, posturali, medicazioni, avanzate

SOMMARIO

1. SCOPO/OBIETTIVI 3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE....3
3. ABBREVIAZIONI/DEFINIZIONI (ORDINE LOGICO O ALFABETICO)....3
4. CONTENUTI/DESCRIZIONI DELLE ATTIVITÀ/MODALITÀ OPERATIVE....3
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ E/O DIAGRAMMA DI FLUSSO 7
6. DOCUMENTI SOSTITUITI O AGGIORNATI 8
7. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO INTERNI....8
8. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO ESTERNI 8
9. DISTRIBUZIONE....8
10.GRUPPO DI REDAZIONE/VERIFICA **9**

1. Scopo/obiettivi

Il protocollo ha lo scopo di definire le modalità assistenziali relative alla prevenzione e al trattamento delle ulcere da pressione ed in particolare di garantire:

- l'aderenza alla linea guida della Regione Toscana;

- l'uniformità dei comportamenti degli operatori nella valutazione dell'utente a rischio di sviluppare ulcere da pressione (UdP);
- i corretti interventi preventivi e la tracciabilità delle valutazioni effettuate;
- l'appropriatezza nell'uso delle medicazioni e del trattamento delle UdP;
- il monitoraggio e il miglioramento continuo della qualità delle cure infermieristiche.

2. Campo di applicazione

Le indicazioni previste dal protocollo sono applicate agli adulti dei setting assistenziali ospedalieri e territoriali dell'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest dal personale infermieristico, ostetrico e di supporto, ciascuno per gli ambiti di propria competenza.

3. Abbreviazioni/definizioni (ordine logico o alfabetico)

- EPUAP : European Pressure Ulcer Advisory Panel
- Inf: infermiere
- Med: Medico referente che ha la responsabilità diagnostico terapeutica del paziente
- MUST : Malnutritional Universal Screening Tool
- Ost: Ostetrica
- Med: Medico
- OSS: Operatore Socio Sanitario.
- UdP: Ulcera da Pressione.
- C 7: cartella clinica informatizzata. In C7 sono presenti accertamento, schede di valutazione di rischio (es, braden,), le schede di monitoraggio, nonché la possibilità di registrare gli interventi clinici ed assistenziali.
- Astercloud: gestionale documentazione sanitaria presente in territorio.
- Documentazione sanitaria cartacea: cartella clinica e/o cartella infermieristica ove riportare le registrazioni delle schede di valutazione e dell'intero decorso clinico assistenziale della persona.

Ulcera da Pressione: area localizzata di danno della cute e dei tessuti sottocutanei causata da forze di pressione, trazione, frizione o da una combinazione di questi fattori, che si forma normalmente in corrispondenza di prominenze ossee e la cui gravità è classificata in stadi.
Dolore: esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno
Medicazioni avanzate: materiale con caratteristiche di biocompatibilità.
Slough: tessuto devitalizzato di colore giallastro-grigio che appare sul fondo della lesione.

4. Contenuti/Descrizioni delle attività/Modalità operative

Fase /Attività	Funzione Responsabile	Funzione coinvolta	Modalità operative della Fase/Attività	Output
Ammissione. Accertamento infermieristico - valutazione dello stato funzionale	Inf Ost	OSS	All'ammissione di ogni utente/presa in carico nei setting assistenziali viene effettuato l'accertamento infermieristico, comprensivo della valutazione di rischio assistenziale per Udp. Nei soggetti ipomobili l'accertamento del rischio è integrato dalla valutazione dello stato funzionale con scale validate (per es.	Accertamento Infermieristico e Registrazione (C7, Astercloud o documentazione sanitaria cartacea)

Fase /Attività	Funzione Responsabile	Funzione coinvolta	Modalità operative della Fase/Attività	Output
			Barthel)	
Valutazione del rischio di insorgenza di UdP	Inf Ost	OSS	La valutazione del rischio di insorgenza di UdP viene eseguita mediante la scala di Braden. (ALLEGATO 4); La scala di Braden deve essere compilata tempestivamente e comunque entro 24 ore dall'ammissione/presa in carico di tutti i pazienti. Sono inclusi nella valutazione i soggetti ospedalizzati per i quali è prevista una degenza breve (≤ 24h), inclusa Osservazione Breve La valutazione del rischio deve comunque avvalersi del giudizio del professionista, tenuto conto delle condizioni generali del paziente, del livello di coscienza e della presenza di dolore. La presenza di secchezza, lacerazione, eritema, fragilità da macerazione, ipertermia o indurimento della cute, verificabili all'ispezione cutanea, rappresentano fattori di rischio aggiuntivi da valutare opportunamente. La rivalutazione del rischio deve essere di norma effettuata ogni 7 giorni in ambito ospedaliero e ogni 15 -30 giorni nel contesto territoriale o, comunque, al variare delle condizioni del paziente. I punteggi rilevati devono essere registrati nell'apposita scheda (allegato 5) <u>PER MATERNO INFANTILE</u> La valutazione rischio braden viene effettuata SOLO PER I SOGGETTI A RISCHIO PER IPOMOBILITA' A LETTO >24H o per stato nutrizionale alterato (es. anoressia, obesità)	Compilazione indice di BRADEN e scheda ispezione cutanea (registrazione C7, Astercloud o documentazione sanitaria cartacea)
Valutazione del rischio nutrizionale	Inf. Med. Ost		Nei soggetti ipomobili l'anamnesi deve comprendere anche la valutazione del rischio nutrizionale, avvalendosi di strumenti validati e standardizzati (per es. *Malnutrition Universal Screening Tool* – MUST). <u>PER MATERNO INFANTILE</u> Nella donna in gravidanza-puerperio si fa riferimento all'applicazione della buona pratica rischio nutrizionale della scheda biopsicosocioambientale. In caso di attivazione della buona pratica segue attivazione del rischio must come da procedura.	Registrazione rischio nutrizionale (C7, Astercloud o documentazione sanitaria cartacea)

Fase /Attività	Funzione Responsabile	Funzione coinvolta	Modalità operative della Fase/Attività	Output
Accertamento presenza UdP	Inf Ost	OSS	Per identificare la presenza di UdP, al momento della presa in carico, tutti i pazienti considerati a rischio devono essere sottoposti ad un'ispezione cutanea sistematica, prestando particolare attenzione alle prominenze ossee (regione sacrale, talloni, creste iliache, malleoli, gomiti, occipite) Nei pazienti a rischio l'ispezione cutanea va ripetuta almeno una volta al giorno durante la degenza. L'esito dell'ispezione cutanea deve essere registrato nella documentazione sanitaria Tale indicazione è estesa a tutti i setting, compresa Osservazione Breve.	Registrazione esito ispezione cutanea (C7, Astercloud o documentazione sanitaria cartacea)
Documentazione presenza UdP	Inf Ost	OSS	Nel caso si rilevi la presenza di una UdP all'ingresso o di nuova insorgenza durante il ricovero / presa in carico, ne vanno descritte la sede e le caratteristiche facendo riferimento alla classificazione EPUAP/NPUAP (ALLEGATO 1). L'ampiezza della lesione, la quantità di essudato e la tipologia di tessuto devono essere registrate nella scheda PUSH TOOL che fornisce uno score sintetico in grado di monitorare l'evoluzione della lesione e valutare l'efficacia dei trattamenti. (ALLEGATO 2). Il punteggio complessivo della scheda PUSH deve essere registrato nell'apposita scheda (ALLEGATO 3) con la stessa periodicità prevista per le medicazioni.	Registrazione scheda UdP e documentazione delle caratteristiche della lesione nella PUSH Tool (C7, Astercloud o documentazione sanitaria cartacea)
Cura della cute sana e posizionamento	Inf Ost	OSS	La cute deve essere mantenuta pulita ed asciutta. Dopo la detersione è utile idratare la cute mediante l'utilizzo di una crema idratante ed emoliente. Evitare di massaggiare con forza le prominenze ossee (ciò non previene la udp, ma, al contrario, ne favorisce l'insorgenza). Durante la pulizia, va messa estrema attenzione nel ridurre al minimo indispensabile la forza e la frizione applicate alla cute. Evitare di sottoporre la cute a frizioni o attriti durante il posizionamento adottando adeguate tecniche di spostamento e di sollevamento e utilizzando i necessari ausili per la movimentazione Ridurre i fattori ambientali che possono causare la secchezza della cute (es. scarsa umidità dell'aria, l'esposizione al freddo, etc). Si ricorda di porre attenzione al posizionamento e mobilizzazione del paziente ogni qual volta sia possibile in condizioni di sicurezza, lavorando sia nei setting ospedalieri che territoriali per	Registrazione della corretta igiene del paziente nella documentazione sanitaria (C7, Astercloud o documentazione sanitaria cartacea)

Fase /Attività	Funzione Responsabile	Funzione coinvolta	Modalità operative della Fase/Attività	Output
			conservare il più a lungo possibile le capacità funzionali residue nella mobilità autonoma o assistita, bilanciando tali decisioni con la valutazione del rischio di caduta. Indicazioni sul posizionamento sono presenti nell'allegato 6	
Gestione dell'incontinenza e controllo della macerazione cutanea	Inf Ost	OSS	Minimizzare l'esposizione della cute all'umidità dovuta a incontinenza, traspirazione cutanea o drenaggio di ferite chirurgiche attraverso l'utilizzo di tecniche e ausili di continenza (per esempio pannoloni, condom) e ricorrere alla cateterizzazione solo se altri metodi risultano inefficaci. La cute va detersa dopo ogni evacuazione e minzione al fine di limitarne il contatto con urine e feci. Le ulcere già formate vanno protette dalla contaminazione urinaria e fecale mediante medicazioni.	Registrazione della corretta igiene del paziente e integrità cute nella documentazione sanitaria (C7, Astercloud o documentazione sanitaria cartacea)
Gestione sala operatoria			VEDI ALLEGATO 8	
Trattamento	Med Inf Ost	OSS	L'infermiere esegue il trattamento (indicazioni operative contenute nell'allegato 9) tenendo conto delle caratteristiche della lesione e delle condizioni generali del paziente. Per una adeguata valutazione dell'appropriatezza dei prodotti da medicazione è necessario documentare tutti i trattamenti effettuati. E' possibile anche riferirsi alle indicazioni sulla preparazione del letto della lesione (vedi allegato 14)	Registrazione tipologia di trattamento nella scheda di monitoraggio UdP (C7, Astercloud o documentazione sanitaria cartacea)
Valutazione del dolore	Inf Ost	OSS	È necessario valutare l'entità del dolore e documentarlo mediante l'impiego di scale validate. Per la frequenza di rilevazione e la tipologia di strumenti da utilizzare in base alle condizioni cliniche del paziente, fare riferimento alle pratiche sicurezza regionali e alle procedure aziendali . <u>PER MATERNO INFANTILE</u> Si rispetta la VNR con le indicazioni di rilevazion e terapia specifiche per il Dipartimento Materno Infantile	Registrazione del dolore con la scala appropriata alla tipologia di utente (C7, Astercloud o documentazione sanitaria cartacea)
Misurazione del dolore	Inf Ost	OSS	Prima della medicazione deve essere misurato il dolore; per la sua misurazione utilizzare una scala del dolore validata; se durante il cambio della medicazione il paziente manifesta o riferisce dolore,	Registrazione del livello di dolore nella

Fase /Attività	Funzione Responsabile	Funzione coinvolta	Modalità operative della Fase/Attività	Output
			attenersi alla procedura aziendale	documentazione sanitaria (C7, Astercloud o documentazione sanitaria cartacea)
Monitoraggio dell'evoluzione della lesione	Inf Ost	OSS	Ad ogni cambio medicazione, occorre verificare: – le dimensioni della ferita – la situazione del letto della ferita – presenza di complicanze Eventuali modifiche devono essere documentate Per problemi assistenziali è possibile attivare l'infermiere wound care .	Registrazione scala PUSH (C7, Astercloud o documentazione sanitaria cartacea)
Gestione delle complicanze	Med	Inf Ost	Nel caso compaiano segni/sintomi quali arrossamento perilesionale, edema, dolore, cattivo odore, febbre o la lesione non mostri segni di guarigione entro 4 settimane di trattamento, o in presenza di positività all'esame colturale è necessario richiedere una consulenza specialistica (infermiere wound care, medico esperto in wound-care , infettivologo , chirurgo vascolare , ecc....)	
Continuità assistenziale	Inf Ost	OSS	La continuità delle cure deve essere sempre garantita nei passaggi tra i setting assistenziali. Al momento della dimissione/trasferimento, l'infermiere di riferimento compila una relazione assistenziale, da allegare alla lettera di dimissione/trasferimento, sulle condizioni dell'assistito relativamente al rischio di sviluppo di UDP e, nel caso in cui le stesse siano presenti, alla valutazione dell'ulcera da pressione, la tipologia della medicazione/trattamento in corso. Nel caso di rientro al proprio domicilio, la documentazione rilasciata sarà integrata con apposito materiale informativo ad uso del paziente e dei caregiver (allegato 7).	Redazione e invio al setting ricevente della relazione assistenziale su rischio / presenza UdP (C7 o documentazione sanitaria cartacea)
Educazione alla prevenzione delle UdP	Inf Ost	Oss	Per i pazienti a rischio di insorgenza di UdP, o i loro familiari/caregiver, devono essere attuati interventi educativi riguardanti i seguenti punti: fattori di rischio; valutazione della cute; uso	

Fase /Attività	Funzione Responsabile	Funzione coinvolta	Modalità operative della Fase/Attività	Output
			di ausili per la distribuzione della pressione e di altri sistemi di supporto; supporto nella cura della cute; supporto nel mantenimento di un adeguato livello nutrizionale; dimostrazione delle tecniche di posizionamento. Il processo educativo deve essere, per quanto possibile, standardizzato, avvalendosi anche di materiale informativo da contestualizzare in base alla tipologia di paziente .	

5. Matrice delle Responsabilità e/o Diagramma di flusso

Operatore/Struttura Fasi/Attività	Infermiere	Oss	Medico	Ostetrica
1. Accettazione, Accertamento infermieristico - valutazione dello stato funzionale	R	C		R
2. Valutazione del rischio di insorgenza di UdP	R	C	I	R
3. Valutazione del rischio nutrizionale	R		R	R
4. Accertamento presenza UdP	R	C		R
5. Documentazione presenza UdP	R			R
6.Cura della cute sana	R	C		R
7. Gestione dell'incontinenza e controllo della macerazione cutanea	R	C		R
8. Posizionamenti	R	C		R
9. Gestione sala operatoria	C		R	
10. Trattamento	R	C	R	R
11. Valutazione del Dolore	R	C		R
12. Misurazione del dolore	R	C		R
13. Monitoraggio dell'evoluzione della lesione	R	C	I	R
14. Gestione delle complicanze	C		R	
15. Continuità assistenziale	R	C		R
16. Educazione alla prevenzione delle UdP.	R	C		R

R: Responsabile; C: Collabora; I: Informato

6. Documenti sostituiti o aggiornati //

7. Documenti di riferimento interni //

Guida C7

8. Documenti di riferimento Esterni

- Organismo Toscano per il Governo Clinico, Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale. Linea Guida n. 3 "*Ulcere da Pressione: prevenzione e trattamento"*. Regione Toscana, secondo aggiornamento, anno 2019.
- Regione Toscana, GRC , "P*SP Prevenzione e Trattamento ulcere da pressione*", anno 2008

9. Distribuzione

Il presente documento viene pubblicato nel Repository Aziendale presente su IGEA - sezione qualità e accreditamento e diffuso periodicamente tramite info aziendale a tutti i dipendenti titolari di email. Localmente i Direttori, il gruppo di lavoro, i FQS e RQS, a pubblicazione avvenuta si assicureranno che i professionisti interessati dall'applicazione ricevano l'informazione, anche mediante mail list, lista di distribuzione, riunioni verbalizzate con firma dei partecipanti.

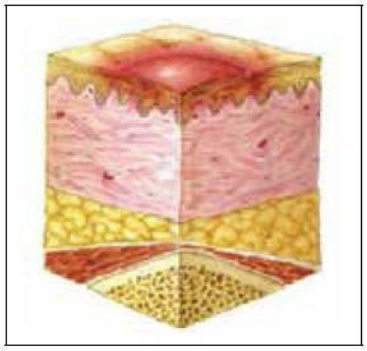
10.Gruppo di redazione/verifica

Referente documento: Moira Borgioli, moira.borgioi@ulsnordovest.toscana.it, tel.335 7391098

Infermieri: Conti Orietta, Datteri Cinzia, Lenzi Silvano, Mazzanti Riccardo, Pistolesi Giovanna, Traballoni Davide, Fantoni Giulia, Caiazzo Andrea, Borgioli Moira

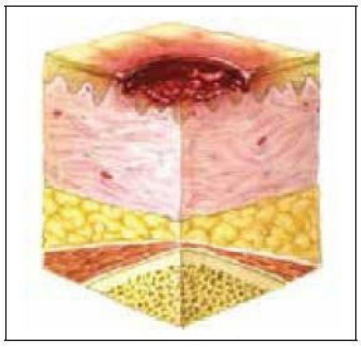
Un'ulcera da pressione è una lesione localizzata alla cute e/o al tessuto sottostante solitamente localizzata su una prominenza ossea, come risultato della pressione o della pressione in combinazione con le forze di taglio. Un certo numero di fattori contribuenti o confondenti sono anche associati alle ulcere da pressione; l'importanza di questi fattori rimane ancora da chiarire.

Categoria/Stadio I: Eritema non sbiancabile



Cute intatta con rossore non sbiancabile di una zona localizzata solitamente su una prominenza ossea. La cute pigmentata di scuro può non avere uno sbiancamento visibile; il suo colore può differire dalla zona circostante.
Fare affidamento sulla valutazione della temperatura della cute, variazioni nella consistenza dei tessuti e dolore, piuttosto che sull'identificazione dell'eritema non sbiancante per la classificazione delle ulcere da pressione di Categoria/Stadio I e per il sospetto danno dei tessuti profondi nei soggetti con cute a pigmentazione scura. La Categoria/Stadio I può essere difficile da rilevare nei soggetti con tonalità di pelle scura. Può indicare persone "a rischio" (un segno foriero di rischio).

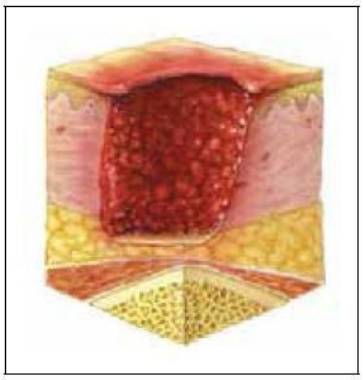
Categoria/Stadio II: Perdita Cutanea a Spessore Parziale



Perdita di spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera aperta superficiale con un letto della ferita rosso rosa, senza tessuto devitalizzato (slough). Può anche presentarsi come una vescica intatta o aperta/rotta piena di siero.

Si presenta come un'ulcera superficiale lucida o secca senza tessuto devitalizzato (slough) o ecchimosi.* Questo Categoria/Stadio non deve essere usata per descrivere lacerazioni cutanee, ustioni, dermatiti perineali, macerazione o escoriazioni.
**L'ecchimosi indica una sospetta lesione dei tessuti profondi.*

Categoria/Stadio III: Perdita Cutanea a Spessore Totale

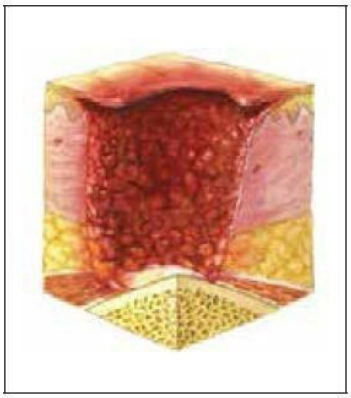


Perdita di tessuto a spessore totale. Il grasso sottocutaneo può essere visibile ma le ossa, i tendini o i muscoli non sono esposti. Il tessuto devitalizzato (slough) può essere presente, ma non oscura la profondità della perdita di tessuto. Può includere sottominature e tunnelizzazioni.

La profondità della Categoria/Stadio III delle ulcere da pressione varia in base alla posizione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e le ulcere di Categoria/Stadio III possono essere poco profonde. In contrasto, nelle aree di significativa adiposità si possono sviluppare ulcere da pressione estremamente profonde di Categoria/Stadio III. Le ossa/tendini non sono visibili o direttamente palpabili.

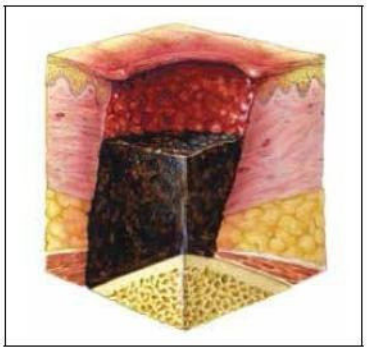
Categoria / Stadio IV: Perdita di Tessuto a Spessore Totale

Perdita di tessuto a spessore totale con esposizione ossea, tendinea o muscolare. Il tessuto devitalizzato (slough) o l'escara possono essere presenti in alcune parti del letto della ferita. Spesso include lo scollamento e la tunnelizzazione dei tessuti.
La profondità delle ulcere da pressione di Categoria/Stadio IV varia dalla posizione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e queste ulcere possono essere poco profonde. Le ulcere di Categoria/Stadio IV possono estendersi nel muscolo e/o nelle strutture di supporto (ad esempio, la fascia, i tendini o la capsula articolare) favorendo l'osteomielite. Le ossa/tendini sono visibili o direttamente palpabili.



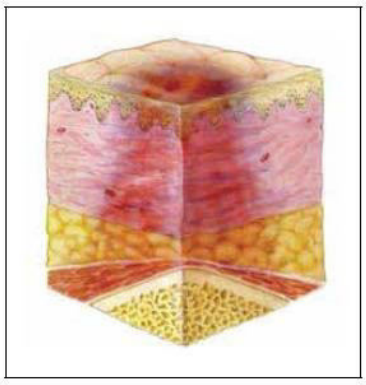
Non stadiabili: Profondità Sconosciuta

Perdita di tessuto a spessore totale in cui la base dell'ulcera è coperta da tessuto devitalizzato (slough) (giallo, marrone chiaro, grigio, verde o marrone) e/o escara (marrone chiaro, marrone o nero) nel letto della ferita.
Fino al momento in cui lo slough e/o l'escara non vengono rimossi per rendere visibile la base dell'ulcera, la vera profondità e pertanto la Categoria/Stadio non può essere determinata. L'escara stabile (asciutta, aderente, intatta senza eritema o fluttuanza) sui talloni serve come "copertura naturale (biologica) del corpo" e non deve essere rimossa.



Sospetto Danno Profondo del Tessuto: Profondità Sconosciuta

Area localizzata di colore viola o marrone di cute intatta scolorita o flittene pieno di sangue, dovuta al danno sottostante dei tessuti molli causato dalla pressione e/o dalle forze di taglio. L'area può essere preceduta dalla presenza di tessuto doloroso, solido, pastoso, melmoso, più caldo o più freddo rispetto al tessuto adiacente.
Le lesioni del tessuto profondo possono essere difficili da rilevare negli individui con tonalità di pelle scura. L'evoluzione di questo stadio può includere una sottile vescica su un letto di ferita scuro. La ferita può evolvere ulteriormente coprendosi con un'escara sottile. L'evoluzione può essere rapida esponendo strati aggiuntivi di tessuto anche in presenza di un trattamento ottimale.



Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana	**PRESSURE ULCER SCALE FOR HEALING (PUSH) 3.0** (SCALA PER LA VALUTAZIONE DELLA GUARIGIONE DELL'ULCERA DA PRESSIONE)	All 2 Rev. 0 Pubblicato il 23/03/2022 Prescrittivo dal 07/04/2022 Pag. 1 di 2

ISTRUZIONI PER L'UTILIZZO

Classificare l'ulcera relativamente ad area di estensione, essudato, e tipo di tessuto presente. Annotare il punteggio parziale per ciascuna delle caratteristiche dell'ulcera. Sommare i punteggi parziali per ottenere il totale. La comparazione dei punteggi totali rilevati nel corso del tempo fornirà un'indicazione del miglioramento o del peggioramento nella guarigione dell'ulcera da pressione.

Lunghezza x larghezza: Misurare la massima lunghezza (direzione dalla testa ai piedi) e la massima larghezza (direzione da fianco a fianco) mediante un righello. Moltiplicare i due valori (lunghezza x larghezza) per ottenere una stima dell'area di estensione in centimetri quadrati (cm^2). AVVERTIMENTO: non approssimare! Utilizzare sempre lo stesso righello e lo stesso metodo ogni volta che la lesione viene misurata.

Quantità di essudato: Stimare la quantità di essudato (drenaggio) presente dopo aver rimosso la medicazione e prima di applicare qualsiasi agente topico sulla lesione. Valutare l'essudato come: assente, scarso, moderato, e abbondante.

Tipo di tessuto: Si riferisce ai tipi di tessuto che sono presenti nel letto della lesione (ulcera). Assegnare un punteggio pari a "4" se è presente un qualsiasi tipo di tessuto necrotico. Assegnare un punteggio pari a "3" se è presente una qualsiasi quantità di slough e se è assente tessuto necrotico. Assegnare un punteggio pari a "2" se la lesione è detersa e contiene tessuto di granulazione. Ad una lesione superficiale che sta riepitelizzando, deve essere assegnato un punteggio pari a "1". Quando la lesione è chiusa, deve essere assegnato un punteggio pari a "0".

4. Tessuto Necrotico (Escara): tessuto di colore nero, marrone o marrone chiaro che aderisce saldamente al letto o ai margini dell'ulcera e potrebbe essere di consistenza più dura o più molle della cute perilesionale.

3. Slough: tessuto di colore giallo o biancastro che aderisce al letto della lesione in filamenti o in ammassi ispessiti o che è mucillaginoso.

2. Tessuto di Granulazione: tessuto di colore rosso intenso o rosa, dall'aspetto lucido, umido e a 'bottoncini'.

1. Tessuto Epiteliale: nelle lesioni superficiali, è il neo-tessuto di color rosa o smaltato che si sviluppa dai margini della lesione o sottoforma di isole all'interno della superficie della lesione.

0. Chiusa: una lesione che è completamente coperta di neo-epitelio (nuova pelle).

Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana	**PRESSURE ULCER SCALE FOR HEALING (PUSH) 3.0** (SCALA PER LA VALUTAZIONE DELLA GUARIGIONE DELL'ULCERA DA PRESSIONE)	All 2 Rev. 0 Pubblicato il 23/03/2022 Prescrittivo dal 07/04/2022 Pag. 2 di 2

LUNGHEZZA X LARGHEZZA (cm²)	0 0	1 < 0,3	2 0,3-0,6	3 0,7-1,0	4 1,1-2,0	5 2,1-3,0	Punteggio parziale
		6 3,1-4,0	7 4,1-8,0	8 8,1-12,0	9 12,1-24,0	10 > 24,0	
QUANTITÀ DI ESSUDATO	0 nessuno	1 scarso	2 moderato	3 abbondante			Punteggio parziale
TIPO DI TESSUTO	0 chiuso	1 tessuto epiteliale	2 tessuto di granulazione	3 slough	4 tessuto necrotico		Punteggio parziale
							Punteggio totale

Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana	**SCHEDA REGISTRAZIONE PUNTEGGI SCALA PUSH**	All 3 Rev. 0 Pubblicato il 23/03/2022 Prescrittivo dal 07/04/2022 Pag. 1 di 1

Nome e cognome _____ **data di nascita** _____

Setting _____**Mese** _____**anno**_____

I punteggi delle singole osservazioni devono essere registrati nell'apposita tabella registrando la data di rilevazione e gli score di ciascun parametro

REGISTRAZIONE PUNTEGGI PUSH																
Data																
LUNGH. X LAGH. In cm^2																
QUANTITA' DI ESSUDATO																
TIPO DI ESSUDATO																
PUNTEGGIO TOTALE																

REGISTRAZIONE PUNTEGGI PUSH																
Data																
LUNGH. X LAGH. In cm^2																
QUANTITA' DI ESSUDATO																
TIPO DI ESSUDATO																
PUNTEGGIO TOTALE																

REGISTRAZIONE PUNTEGGI PUSH																
Data																
LUNGH. X LAGH. In cm^2																
QUANTITA' DI ESSUDATO																
TIPO DI ESSUDATO																
PUNTEGGIO TOTALE																

Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana	**SCALA DI BRADEN** SCALA PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI LESIONE DA PRESSIONE (Braden BJ, Bergstrom N, 1986)	All. n. 4 Rev. 0 Pubblicato il 23/03/2022 Prescrittivo dal 07/04/2022 Pag. 1 di 2

La Braden Scale è costituita da 6 indicatori: Percezione sensoriale, Umidità cutanea, Attività, Mobilità, Stato nutrizionale, Frizione e scivolamento. Ogni indicatore ha variabili con punteggio decrescente. Per ogni variabile il punteggio va da 4 a 1 (da 3 a 1 per Frizione e scivolamento) e indica una condizione che va da ottimale a scadente. Il punteggio globale della scala può andare da un minimo di 6 ad un massimo di 23. Il valore soglia per cui un individuo è considerato a rischio è inferiore o uguale a 16.

INDICATORI	**VARIABILI e PUNTEGGIO**			
	4	**3**	**2**	**1**
PERCEZIONE SENSORIALE	**Non limitata**	**Leggermente limitata**	**Molto limitata**	**Completamente limitata**
Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione.	Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio.	Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. **Oppure** Ha impedimento al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità.	Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. **Oppure** Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore o disagio almeno per la metà del corpo.	Non vi è risposta (non geme, non si contrae o afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza o alla sedazione. **Oppure** Ha limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo.
UMIDITA'	**Raramente bagnato**	**Occasionalmente bagnato**	**Spesso bagnato**	**Costantemente bagnato**
Grado di esposizione della pelle all'umidità	La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine.	La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno.	Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno.	La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato.
ATTIVITA'	**Cammina frequentemente**	**Cammina occasionalmente**	**In poltrona**	**Completamente allettato**
Grado di attività fisica.	Cammina al di fuori della camera almeno due volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni due ore (al di fuori delle ore del riposo).	Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia o sulla sedia a rotelle.	Costretto a letto.
MOBILITA'	**Limitazioni assenti**	**Parzialmente limitata**	**Molto limitata**	**Completamente immobile**
Capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo.	Si sposta frequentemente e senza assistenza.	Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo.	Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto.	Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza.

Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana	**SCALA DI BRADEN** SCALA PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI LESIONE DA PRESSIONE (Braden BJ, Bergstrom N, 1986)	All. n. 4 Rev. 0 Pubblicato il 23/03/2022 Prescrittivo dal 07/04/2022 Pag. 2 di 2

INDICATORI	**VARIABILI e PUNTEGGIO**			
	4	**3**	**2**	**1**
NUTRIZIONE	**Eccellente**	**Adeguata**	**Probabilmente inadeguata**	**Molto povera**
Assunzione usuale di cibo.	Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. **Oppure** Si alimenta artificialmente con TPN, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari. **Oppure** Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con sondino).	Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. 2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. **Oppure** È a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni.
FRIZIONE e SCIVOLAMENTO		**Senza problema apparente**	**Problema potenziale**	**Problema presente**
		Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti.	Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare.	Richiede da una moderata ad una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costante attrito contro il piano del letto o della poltrona.
PUNTEGGIO (≤ 16 = paziente a rischio; > 16 = paziente NON a rischio):				

L'indice Braden stratifica il rischio in 5 livelli che possono indirizzare tipologia e intensità degli interventi preventivi:

Punteggio ≤ 9: Rischio severo

Punteggio 10-12: rischio elevato

Punteggio 13-14: rischio moderato

Punteggio 15-16: rischio lieve

Punteggio

SST Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana	**SCHEDA REGISTRAZIONE PUNTEGGI SCALA DI BRADEN**	All. n. 5 Rev. 0 Pubblicato il 23/03/2022 Prescrittivo dal 07/04/2022 Pag. 1 di 3

SCALA DI BRADEN

INDICATORI	1	2	3	4	PUNTEGGIO			
					1	2	3	4
Percezione sensoriale Capacità di rispondere in maniera consapevole ai disturbi connessi all'aumento della pressione.	**Completamente limitata** Assenza di risposta (non geme, non si contrae o afferra) agli stimoli dolorosi dovuta alla riduzione dello stato di coscienza o a sedazione **OPPURE** Limitata capacità di avvertire gli stimoli dolorosi su gran parte della superficie corporea.	**Molto limitata** Risponde solamente agli stimoli dolorosi. Non è in grado di comunicare il suo disagio se non gemendo e agitandosi **OPPURE** Ho un danno sensoriale che limita la capacità di percepire il dolore e il disagio sul 50% della superficie corporea.	**Leggermente limitata** Risponde ai comandi verbali, ma non riesce a comunicare sempre il suo disagio necessità di essere ruotato **OPPURE** Ha qualche limitazione sensoriale che limita la capacità di percepire il dolore o il disagio in una o due estremità.	**Nessuna limitazione** Risponde ai comandi verbali. Non ha deficit sensoriali che limitano la capacità di percepire riferire il dolore o il disagio.				
Macerazione Grado di esposizione della cute la macerazione.	**Costantemente umida** La cute è sempre umida per sudorazione, urine ecc. L'umidità è riscontrata ogni volta che il soggetto viene mosso o ruotato.	**Molto umida** La cute è spesso, ma non sempre, umida. Il pannolone o la biancheria vengono cambiati almeno una volta per turno.	**Occasionalmente umida** La cute è occasionalmente umida; è richiesto un cambio della biancheria circa una volta al giorno.	**Raramente umida** La cute è normalmente asciutta,; la bianche ria viene cambiata secondo gli intervalli abituali in uso.				
Attività Grado dell'attività fisica	**Allettato** Confinato a letto	**In poltrona** Capacità di camminare molto limitata o assente. Non riesce a spostare il suo peso e/o deve essere assistito in poltrona o in carrozzella	Cammina occasionalmente Cammina occasionalmente nella giornata, per distanze molto brevi con o senza aiuto. Per la maggior parte sta a letto o in poltrona.	Cammina di frequente Cammina al di fuori della sua stanza almeno due volte al giorno e nella stanza almeno ogni due ore durante le ore diurne				
Mobilità Capacità di variare e controllare la posizione corporea	**Completamente immobile** Non riesce a produrre neppure piccoli movimenti del corpo e delle estremità senza assistenza	**Molto limitata** Riesce occasionalmente a fare piccoli movimenti corporei o delle estremità ma non riesce a realizzare frequenti e significativi movimenti in modo indipendente	Parzialmente limitata Cambio frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo.	Limitazioni assenti Si sposta frequentemente e senza assistenza				
Nutrizione Assunzione abituale di cibo	**Molto povera** Non mangia mai un pasto completo;raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto,2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore **OPPURE** È a digiuno o sostenuto solamente con fleboclisi o a dieta esclusivamente idrica per più di 5 giorni	**Probabilmente inadeguata** Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al dì,occasionalmente integratori alimentari **OPPURE** Riceve una quantità scarsa rispetto a quanto previsto come dieta liquida enterale.(SNG o PEG)	Adeguata Mangia più della metà dei pasti, 4 o più porzioni di proteine al giorno. Assume normalmente integratori. **OPPURE** Si alimenta artificialmente (SNG o PEG), assumendo il quantitativo nutrizionale necessario	Eccellente Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non ha necessità di integratori.				
Frizione e scivolamento	**Problema** Richiede da moderata a completa assistenza nei movimenti. Scivola spesso nel letto e nella poltrona richiedendo riposizionamenti con assistenza. Sono presenti spasticità,contrattura,agitazione,che causano costante attrito contro il piano del letto e della poltrona	**Problema potenziale** Si muove poco e necessita di una minima assistenza. Durante lo spostamento, la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona,occasionalmente può slittare.	Senza problemi apparenti Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo e ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti					
PUNTEGGIO TOTALE								

NOME PAZIENTE _____ **DATA COMPILAZIONE** _____

Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana	**SCHEDA REGISTRAZIONE PUNTEGGI SCALA DI BRADEN**	All. n. 5 Rev. 0 Pubblicato il 23/03/2022 Prescrittivo dal 07/04/2022 Pag. 2 di 3

SCALA DI BRADEN

INDICATORI	1	2	3	4	PUNTEGGIO			
					1	2	3	4
Percezione sensoriale Capacità di rispondere in maniera consapevole ai disturbi connessi all'aumento della pressione.	**Completamente limitata** Assenza di risposta (non geme, non si contrae o afferra) agli stimoli dolorosi dovuta alla riduzione dello stato di coscienza o a sedazione **OPPURE** Limitata capacità di avvertire gli stimoli dolorosi su gran parte della superficie corporea.	**Molto limitata** Risponde solamente agli stimoli dolorosi. Non è in grado di comunicare il suo disagio se non gemendo e agitandosi **OPPURE** Ho un danno sensoriale che limita la capacità di percepire il dolore e il disagio sul 50% della superficie corporea.	**Leggermente limitata** Risponde ai comandi verbali, ma non riesce a comunicare sempre il suo disagio necessità di essere ruotato **OPPURE** Ha qualche limitazione sensoriale che limita la capacità di percepire il dolore o il disagio in una o due estremità.	**Nessuna limitazione** Risponde ai comandi verbali. Non ha deficit sensoriali che limitano la capacità di percepire riferire il dolore o il disagio.				
Macerazione Grado di esposizione della cute la macerazione.	**Costantemente umida** La cute è sempre umida per sudorazione, urine ecc. L'umidità è riscontrata ogni volta che il soggetto viene mosso o ruotato.	**Molto umida** La cute è spesso, ma non sempre, umida. Il pannolone o la biancheria vengono cambiati almeno una volta per turno.	**Occasionalmente umida** La cute è occasionalmente umida; è richiesto un cambio della biancheria circa una volta al giorno.	**Raramente umida** La cute è normalmente asciutta,; la bianche ria viene cambiata secondo gli intervalli abituali in uso.				
Attività Grado dell'attività fisica	**Allettato** Confinato a letto	**In poltrona** Capacità di camminare molto limitata o assente. Non riesce a spostare il suo peso e/o deve essere assistito in poltrona o in carrozzella	Cammina occasionalmente Cammina occasionalmente nella giornata, per distanze molto brevi con o senza aiuto. Per la maggior parte sta a letto o in poltrona.	Cammina di frequente Cammina al di fuori della sua stanza almeno due volte al giorno e nella stanza almeno ogni due ore durante le ore diurne				
Mobilità Capacità di variare e controllare la posizione corporea	**Completamente immobile** Non riesce a produrre neppure piccoli movimenti del corpo e delle estremità senza assistenza	**Molto limitata** Riesce occasionalmente a fare piccoli movimenti corporei o delle estremità ma non riesce a realizzare frequenti e significativi movimenti in modo indipendente	Parzialmente limitata Cambio frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo.	Limitazioni assenti Si sposta frequentemente e senza assistenza				
Nutrizione Assunzione abituale di cibo	**Molto povera** Non mangia mai un pasto completo;raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto,2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore **OPPURE** È a digiuno o sostenuto solamente con fleboclisi o a dieta esclusivamente idrica per più di 5 giorni	**Probabilmente inadeguata** Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al dì,occasionalmente integratori alimentari **OPPURE** Riceve una quantità scarsa rispetto a quanto previsto come dieta liquida enterale.(SNG o PEG)	Adeguata Mangia più della metà dei pasti, 4 o più porzioni di proteine al giorno. Assume normalmente integratori. **OPPURE** Si alimenta artificialmente (SNG o PEG), assumendo il quantitativo nutrizionale necessario	Eccellente Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non ha necessità di integratori.				
Frizione e scivolamento	**Problema** Richiede da moderata a completa assistenza nei movimenti. Scivola spesso nel letto e nella poltrona richiedendo riposizionamenti con assistenza. Sono presenti spasticità,contrattura,agitazione,che causano costante attrito contro il piano del letto e della poltrona	**Problema potenziale** Si muove poco e necessita di una minima assistenza. Durante lo spostamento, la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona,occasionalmente può slittare.	Senza problemi apparenti Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo e ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti					
PUNTEGGIO TOTALE								

NOME PAZIENTE _____ **DATA COMPILAZIONE** _____

SST Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana	**SCHEDA REGISTRAZIONE PUNTEGGI SCALA DI BRADEN**	All. n. 5 Rev. 0 Pubblicato il 23/03/2022 Prescrittivo dal 07/04/2022 Pag. 3 di 3

SCALA DI BRADEN

INDICATORI	1	2	3	4	PUNTEGGIO			
					1	2	3	4
Percezione sensoriale Capacità di rispondere in maniera consapevole ai disturbi connessi all'aumento della pressione.	**Completamente limitata** Assenza di risposta (non geme, non si contrae o afferra) agli stimoli dolorosi dovuta alla riduzione dello stato di coscienza o a sedazione **OPPURE** Limitata capacità di avvertire gli stimoli dolorosi su gran parte della superficie corporea.	**Molto limitata** Risponde solamente agli stimoli dolorosi. Non è in grado di comunicare il suo disagio se non gemendo e agitandosi **OPPURE** Ho un danno sensoriale che limita la capacità di percepire il dolore e il disagio sul 50% della superficie corporea.	**Leggermente limitata** Risponde ai comandi verbali, ma non riesce a comunicare sempre il suo disagio necessità di essere ruotato **OPPURE** Ha qualche limitazione sensoriale che limita la capacità di percepire il dolore o il disagio in una o due estremità.	**Nessuna limitazione** Risponde ai comandi verbali. Non ha deficit sensoriali che limitano la capacità di percepire riferire il dolore o il disagio.				
Macerazione Grado di esposizione della cute la macerazione.	**Costantemente umida** La cute è sempre umida per sudorazione, urine ecc. L'umidità è riscontrata ogni volta che il soggetto viene mosso o ruotato.	**Molto umida** La cute è spesso, ma non sempre, umida. Il pannolone o la biancheria vengono cambiati almeno una volta per turno.	**Occasionalmente umida** La cute è occasionalmente umida; è richiesto un cambio della biancheria circa una volta al giorno.	**Raramente umida** La cute è normalmente asciutta,; la bianche ria viene cambiata secondo gli intervalli abituali in uso.				
Attività Grado dell'attività fisica	**Allettato** Confinato a letto	**In poltrona** Capacità di camminare molto limitata o assente. Non riesce a spostare il suo peso e/o deve essere assistito in poltrona o in carrozzella	Cammina occasionalmente Cammina occasionalmente nella giornata, per distanze molto brevi con o senza aiuto. Per la maggior parte sta a letto o in poltrona.	Cammina di frequente Cammina al di fuori della sua stanza almeno due volte al giorno e nella stanza almeno ogni due ore durante le ore diurne				
Mobilità Capacità di variare e controllare la posizione corporea	**Completamente immobile** Non riesce a produrre neppure piccoli movimenti del corpo e delle estremità senza assistenza	**Molto limitata** Riesce occasionalmente a fare piccoli movimenti corporei o delle estremità ma non riesce a realizzare frequenti e significativi movimenti in modo indipendente	Parzialmente limitata Cambio frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo.	Limitazioni assenti Si sposta frequentemente e senza assistenza				
Nutrizione Assunzione abituale di cibo	**Molto povera** Non mangia mai un pasto completo;raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto,2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore **OPPURE** È a digiuno o sostenuto solamente con fleboclisi o a dieta esclusivamente idrica per più di 5 giorni	**Probabilmente inadeguata** Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al dì,occasionalmente integratori alimentari **OPPURE** Riceve una quantità scarsa rispetto a quanto previsto come dieta liquida enterale.(SNG o PEG)	Adeguata Mangia più della metà dei pasti, 4 o più porzioni di proteine al giorno. Assume normalmente integratori. **OPPURE** Si alimenta artificialmente (SNG o PEG), assumendo il quantitativo nutrizionale necessario	Eccellente Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non ha necessità di integratori.				
Frizione e scivolamento	**Problema** Richiede da moderata a completa assistenza nei movimenti. Scivola spesso nel letto e nella poltrona richiedendo riposizionamenti con assistenza. Sono presenti spasticità,contrattura,agitazione,che causano costante attrito contro il piano del letto e della poltrona	**Problema potenziale** Si muove poco e necessita di una minima assistenza. Durante lo spostamento, la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona,occasionalmente può slittare.	Senza problemi apparenti Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo e ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti					
PUNTEGGIO TOTALE								

Ad ogni soggetto a rischio di sviluppare ulcere da pressione, deve essere garantita la **riduzione della pressione** sui tessuti attraverso la pianificazione di **cambi posturali.**
Se clinicamente possibile, in tutti i soggetti, la mobilizzazione deve essere precoce, ed il riposizionamento deve essere effettuato in maniera programmata e documentata in cartella infermieristica.
La frequenza del riposizionamento deve essere valutata in funzione dei seguenti fattori:

- Tolleranza dei tessuti;
- Livello di attività e mobilità;
- Condizione clinica generale;
- Obiettivi complessivi del trattamento;
- Condizione della cute;
- Comfort della persona assistita.

Nella persona assistita con punteggio Braden **≤ 16 deve essere garantita un cambio posturale almeno ogni 2 ore , ovvero ogni 4 ore se viene utilizzata una superficie antidecubito.**

Posizione a letto
Per gli individui allettati e a rischio UdP si devono utilizzare alcuni supporti (cuscini, materiali in gel , schiuma, ecc....) per la protezione delle piccole prominenze ossee al fine di evitarne l'appoggio diretto, avendo cura di accertarsi che questi supporti non interferiscano con l'azione di qualsiasi altra superficie di appoggio già utilizzata per minimizzare la pressione. Nel posizionamento verificare che il soggetto non poggi direttamente sui dispositivi medici come tubi e sistemi di drenaggio. Nei soggetti allettati e completamente immobili, i talloni devono essere sempre sollevati dal piano del letto mediante un cuscino (o altri presidi idonei) posizionato sotto la gamba (dalla coscia alla caviglia con leggera flessione del ginocchio) evitando cosi la compressione della vena poplitea ed evitando che il supporto appoggi esclusivamente sul tendine di Achille; nessun materasso antidecubito riesce a ridurre efficacemente la pressione sui talloni.
Per ridurre ulteriori pressioni sui piedi è consigliabile il posizionamento di un archetto.

Durante il **decubito laterale** è consigliata una posizione a 30° e sconsigliata la posizione sul fianco a 90° , così da evitare pressioni dirette sul trocantere (**figura 1**); se consentito dalle condizioni cliniche del soggetto e da eventuali necessita nutrizionali mantenere la testata del letto al minimo grado di elevazione

Figura 1. Decubito laterale a 30°.

Durante il **decubito supino** è preferibile utilizzare una posizione semi-Fowler a 30° (**figura 2**). Limitare al minimo il tempo durante il quale la testiera del letto viene elevata oltre i 30°. Evitare la posizione semiseduta.

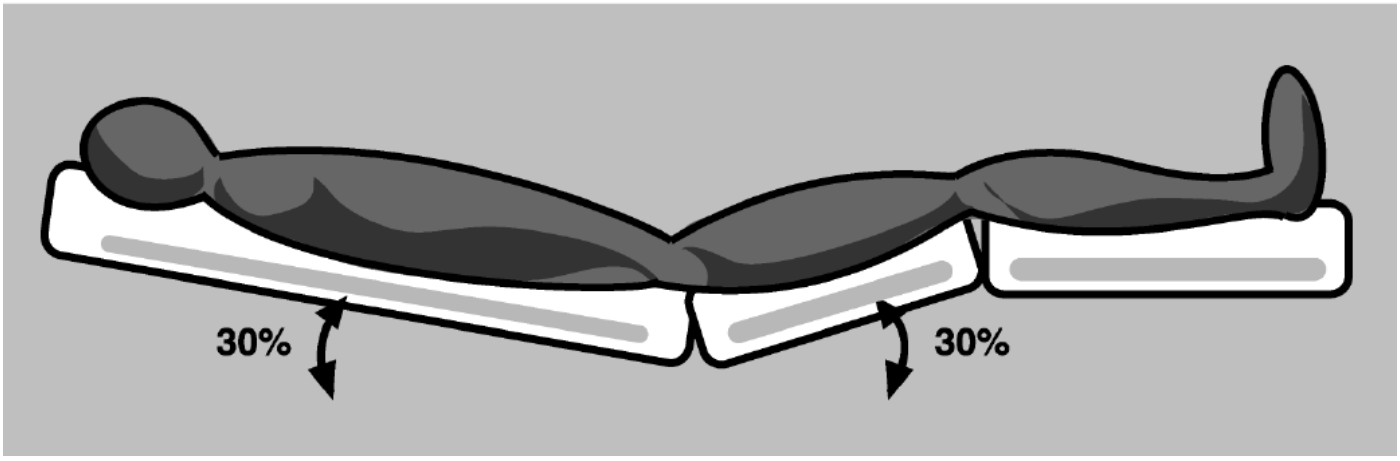


Figura 2. Semi-Fowler 30°-30°.

Il **decubito prono** può essere una posizione alternativa (**figura 3**). Per posizionare il soggetto è necessario un cuscino o cuneo sotto la gamba: in questo modo si evita che la caviglia si stiri in plantaflessione. Porre attenzione che la rotula del ginocchio non sia sottoposta ad attrito.

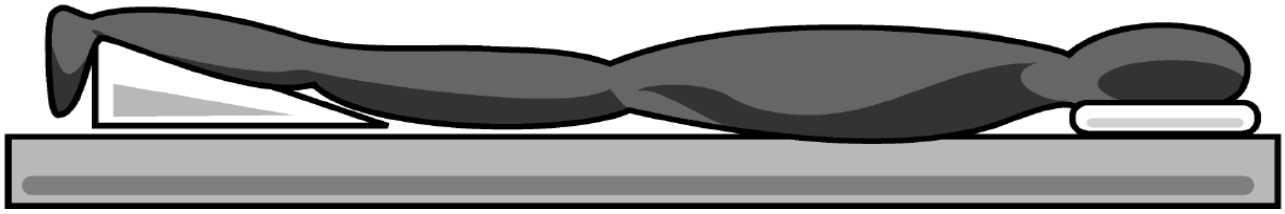


Figura 3. Decubito prono.

Posizione seduta

Il rischio di sviluppare ulcere da pressione è più alto in posizione seduta che in posizione supina, perché l'area su cui viene distribuito il carico è estremamente limitata (tuberosità ischiatiche). La posizione seduta (su sedia, poltrona o carrozzina) non deve essere mantenuta a lungo senza interruzioni: **il soggetto ipomobile con ulcere deve cambiare posizione ogni ora circa** o eventualmente essere trasferito a letto.

Ai soggetti che ne sono capaci si deve insegnare a ridistribuire il peso ogni 15 minuti (tramite inclinazioni del tronco in avanti, laterali o comunque facendo variare l'appoggio sulle cosce).

Devono essere usate sedie o carrozzine delle misure appropriate al paziente e dotate possibilmente di cuscino antidecubito . Accessori come poggiapiedi o braccioli o altri, che permettono una migliore distribuzione della pressione, devono essere abbattibili o smontabili facilmente per non interferire con le manovre di trasferimento.

È importante mantenere l'allineamento posturale (correggendo le deviazioni laterali del rachide o del bacino), mediante l'utilizzo di ausili. La lunghezza (profondità) della seduta deve permettere un buon alloggiamento della coscia (meglio se misura quanto la parte posteriore della coscia, lasciando 3-4 cm liberi prima del cavo popliteo); questo migliora la stabilità e distribuisce il peso su una maggiore superficie.

È consigliabile una posizione in poltrona che preveda almeno 20° di inclinazione posteriore: basculato indietro, l'angolo della coxo-femorale (declinazione) deve essere compreso tra 90° e 120°. Le gambe andranno posizionate in scarico su un supporto e i talloni liberi da appoggio (**figura 4**).

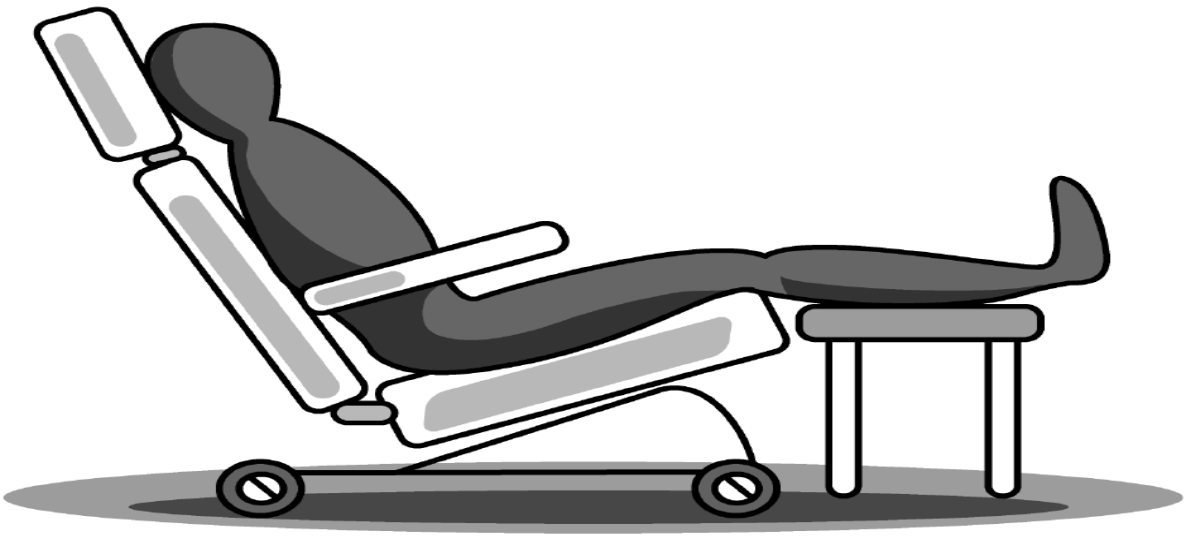


Figura 4. Posizione seduta.

Sistemi di supporto

Materassi e cuscini antidecubito esercitano la loro funzione con efficacia quando consentono l'affondamento della superficie corporea. Questo affondamento non deve, però, essere tale da determinare l'appoggio diretto della superficie a rischio sulla base d'appoggio del presidio (toccare il fondo).

I materassi e i sovra-materassi a pressione alternata con altezza non inferiore a 10 cm hanno un'efficacia simile in termini di prevenzione delle ulcere da pressione: vanno evitati i materassi o sovra-materassi a piccole celle (diametro della cella <10 cm).

Inserendo una mano tra il materasso e il piano del letto, si può verificare che il corpo della persona tocca il fondo o rimane sollevato. Il numero di strati (lenzuola, traverse, etc.) presenti tra la persona e il materasso o il cuscino a riduzione di pressione ne riduce l'efficacia (effetto amaca).

Cuscini a riduzione di pressione

Vanno usate superfici antidecubito quando si posiziona il soggetto ipomobile in posizione seduta, perché il rischio di ulcere è maggiore in questa posizione. I cuscini a camere d'aria comunicanti (o a bolle d'aria a micro interscambio statici) sono i più efficaci nel quadro della prevenzione delle ulcere da pressione. In soggetti a medio rischio, i cuscini anatomici in schiuma viscoelastica (foam) permettono una riduzione delle pressioni e una posizione seduta stabile ; sono consigliati anche i cuscini in gel o fluidi automodellanti, associati a basi anatomiche in schiuma , mentre non possono essere raccomandati i cuscini costituiti da gel non automodellante e quelli a fibra cava.

Non è ancora dimostrata la migliore efficacia dei cuscini di nuova produzione dinamici con dispositivi elettrocomandati, che utilizzano il principio della pressione alternata o della cessione d'aria, rispetto ai presidi ad aria statici.

Il vello di pecora sintetico, i dispositivi circolari (cuscini, supporti per talloni, ciambelle, etc), i sostegni o contenitori (cuscini, guanti, etc.) ripieni d'acqua non sono raccomandati.

Guida per prevenire le lesioni/ulcere da pressione (da decubito)

Indicazioni per chi si prende cura delle persone ferme a letto o sedute per lungo tempo

Perché è importante mantenere la pelle sana e integra?
La pelle è una barriera naturale che protegge il corpo da fattori esterni potenzialmente dannosi (per esempio germi, sostanze chimiche, urine, punture di insetto e traumi).
La pelle inoltre contribuisce al mantenimento della temperatura corporea, elimina una grande quantità di tossine attraverso il sudore e "percepisce" le diverse sensazioni come il caldo, freddo, dolore, bruciore.
Per questo è importante mantenere la pelle sana, integra e libera da lesioni!

La lesione da pressione: che cos'è e come si forma?
La lesione da pressione, che una volta era conosciuta come ulcera o piaga da decubito, è una ferita della pelle più o meno profonda.
Le cause principali possono essere

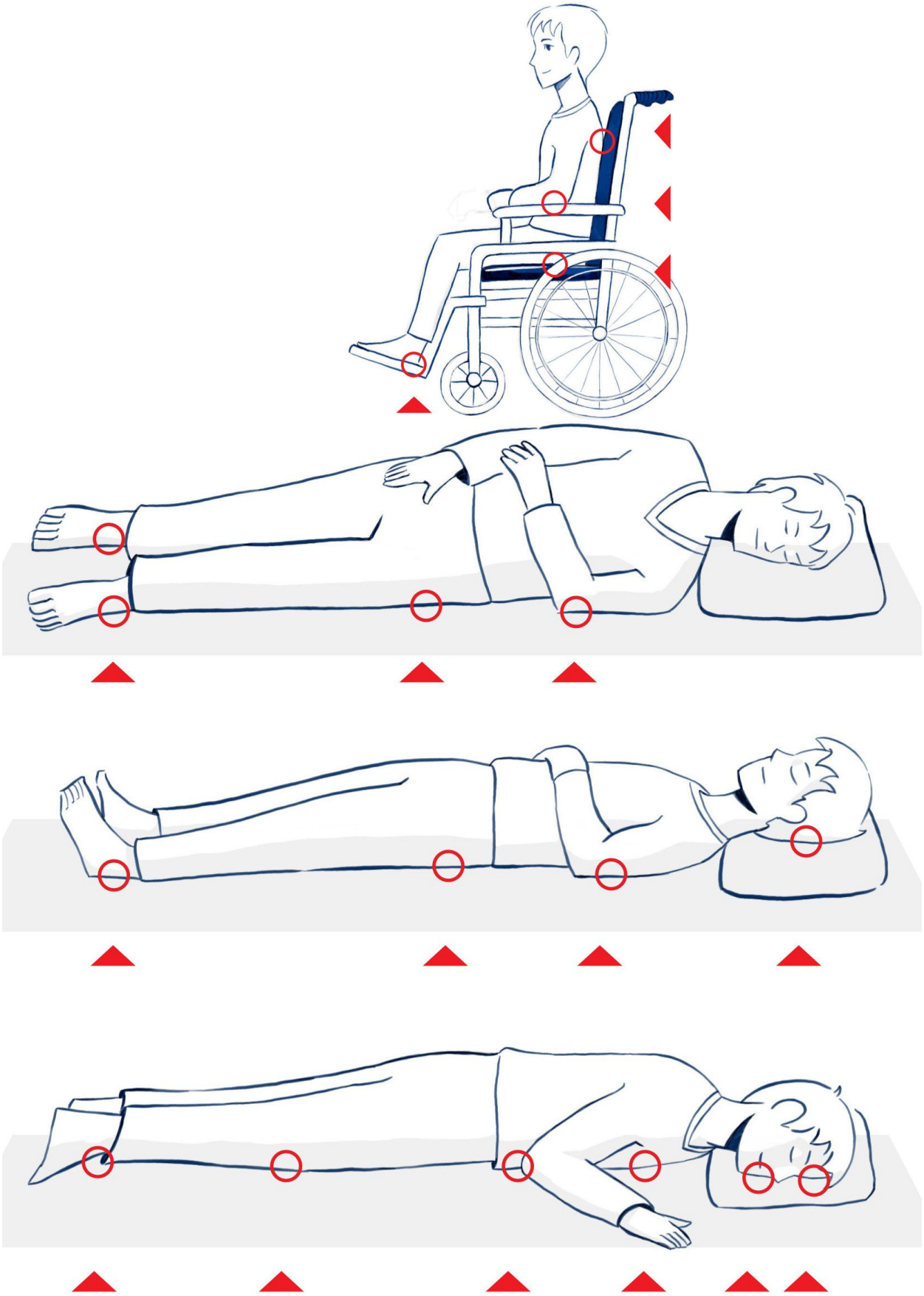
- rimanere fermi nella stessa posizione, distesi o su una sedia, per molto tempo (più di 2 ore);
- lasciare la pelle a contatto prolungato con sudore, urine e feci;
- stare seduti su sedie troppo rigide o senza cuscino,
- stare stesi su materassi rigidi e poco morbidi.

Quando la persona rimane immobile per lungo tempo nella stessa posizione appoggiata su superfici rigide la pelle non riceve abbastanza ossigeno e può crearsi un arrossamento che non scompare.
Di seguito può formarsi una bolla simile a quella che si crea dopo una scottatura. Se la bolla si rompe può svilupparsi una lesione, cioè una ferita che può aggravarsi fino ad arrivare al muscolo e all'osso e diventare di grandi dimensioni.
La lesione può svilupparsi anche quando si usano per un lungo periodo materiali sanitari che rimangono a contatto continuo con la pelle (ad es. sondino per nutrizione e catetere vescicale).
È quindi importante prevenire la comparsa della lesione, perché è molto dolorosa ed è difficile da guarire.

Dove si sviluppano le lesioni da pressione?
I principali punti a rischio di sviluppare una lesione da pressione sono:

- l'osso sacro e la zona attorno ad esso,
- i talloni,
- le caviglie / i malleoli,
- le anche e le ossa del bacino,

come evidenziato dai disegni oppure altre zone dove si appoggiano in modo continuo dei materiali sanitari (per esempio il sondino naso-gastrico sulla narice).



Chi sono le persone a rischio di sviluppare una lesione da pressione?

Spesso le persone a rischio sono quelle che rimangono ferme per lungo tempo a letto o sedute nella stessa posizione.
Il rischio aumenta se la persona:

- fa fatica a mangiare e a bere;
- ha la pelle umida o rovinata a causa del contatto prolungato con urine, feci o sudore;
- ha la pelle insensibile al caldo o al freddo e non sente il bisogno di cambiare posizione;
- ha la febbre, il diabete, ha malattie neurologiche, polmonari o cardiache;
- è in sovrappeso o è troppo magra;
- ha già una lesione da pressione o l'ha avuta in passato.

In che modo puoi aiutare il tuo familiare/assistito a prevenire le lesioni da pressione?
Per prevenire le lesioni da pressione è importante seguire questi accorgimenti:

MOVIMENTO a letto

- stimola il tuo familiare/assistito a fare piccoli movimenti;
- aiutalo a cambiare spesso (almeno ogni 2 ore) la posizione ricordandoti di non trascinarlo per evitare che la pelle si rovini sulle lenzuola;
- fai attenzione a non farti male alla schiena e se fai fatica a sollevarlo, fatti aiutare;
- lascialo seduto sul letto solo per poco tempo;
- preferisci la posizione semi-seduta (con la testata del letto alzata di 30°): in questo caso fai attenzione che non scivoli sul letto;
- mettigli un cuscino sotto le gambe per tenere sollevati i talloni.

MOVIMENTO da seduti

- è importante fargli fare piccoli movimenti/ spostamenti ogni 15/20 minuti. Per esempio, suggeriscigli di sollevarsi di poco, appoggiandosi sui braccioli e alzando il sedere dalla sedia. Questi piccoli movimenti aiutano a diminuire la pressione continua;
- agli appoggiare bene i piedi sul pavimento, sul poggiapiedi della carrozzina o su uno sgabello.

Materassi e cuscini ANTIDECUBITO

- Utilizza materassi e cuscini speciali che aiutano a prevenire le lesioni da pressione.
- Puoi fare richiesta per l'utilizzo di questi materassi, e cuscini speciali rivolgendoti al medico di medicina generale e poi al servizio infermieristico del tuo Distretto Sanitario.
- Ricordati di non utilizzare, sotto il sedere, le ciambelle ad aria o il vello di montone/pecora naturale, perché creano arrossamenti e lesioni.

Esistono materassi che funzionano con la corrente elettrica e si gonfiano e sgonfiano in modo leggero; quindi, è necessario ricordarsi di verificare che il motorino funzioni, che il materasso sia gonfio e che non sia troppo gonfio o bucato perché potrebbe favorire la comparsa di una lesione. Esistono vari modelli di cuscini speciali adatti alle sedie.

IGIENE PERSONALE

- controlla ogni giorno la pelle del tuo familiare/ assistito nelle zone maggiormente a rischio di sviluppare le lesioni e che non ci siano arrossamenti (vedi immagini);
- mantieni la sua pelle sempre pulita: per lavarlo usa acqua tiepida e sapone pH fisiologico (4,5-5,75);
- utilizza un panno delicato per asciugargli la pelle, cerca di non strofinarla e fai attenzione alle zone tra le pieghe (inguine, glutei, addome);
- non usare il talco perché secca la pelle e la irrita. Preferisci l'uso di creme idratanti;
- evita che la sua pelle rimanga a contatto con urine e feci quindi esegui l'igiene e cambiagli il pannolone;
- puoi utilizzare creme o spray barriera (pasta o spray all'ossido di zinco) per proteggere dall'azione irritante di feci e urine.

RICORDA: La pelle secca e con poca igiene facilita la formazione di ferite e lesioni!

ALIMENTAZIONE

- È importante che il tuo familiare/assistito mangi tutti i tipi di nutrienti: proteine (uova, carne, pesce, legumi, formaggi), vitamine (frutta e verdure), carboidrati (pasta, pane e riso) e grassi (per esempio olio extravergine di oliva);
- cerca di comporre i pasti in modo che siano presenti tutti i tipi di nutrienti;
- se fa fatica a mangiare tutto variato chiedi consiglio al medico curante;
- se non ha appetito, proponigli pasti piccoli e frequenti durante il giorno;
- fai bere almeno 6-8 bicchieri al giorno (acqua, tè, succhi di frutta), soprattutto se ha febbre, sudorazione, diarrea;
- consulta il medico in caso di vomito, stipsi o diarrea persistenti, perdita di peso, aumento di peso e in ogni caso se hai dei dubbi.

Cosa fare quando si presenta una lesione da pressione?

Se noti qualche arrossamento nella pelle del tuo familiare/assistito o hai il dubbio che si stia formando una lesione da pressione, non aspettare perché potrebbe peggiorare in pochissimo tempo quindi rivolgiti al tuo medico, al servizio infermieristico distrettuale.

Bibliografia

- National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer. Advisory Panel. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Washington, DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2014.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Pressure ulcers: prevention and management; 2014
- AISLeC (Associazione Infermieristica per lo studio delle lesioni cutanee)

Queste informazioni intendono favorire la comunicazione tra medico e paziente e non sostituiscono quanto il medico può indicare alla singola persona.

Gruppo redazione:

Borgioli Moira
Conti Orietta
Datteri Cinzia
Guerrieri Karin
Lenzi Silvano
Mazzanti Riccardo
Pistolesi Giovanna
Traballoni Davide

SST Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana	**PREVENZIONE DELLE UDP IN SALA OPERATORIA**	All 8 Rev. 0 Pubblicato il 23/03/2022 Prescrittivo dal 07/04/2022 Pag. 1 di 2

ASPETTI GENERALI

Durante l'intervento chirurgico, i gli utenti sono immobili, posizionati su una superficie rigida, non sono in grado di provare il dolore causato dalla pressione e dalle forze di stiramento e non sono in grado di cambiare la propria posizione così da poter aumentare lo stato di comfort.
I principali fattori di rischio associati a trattamenti chirurgici includono: la durata dell'intervento, la posizione durante l'intervento, l'utilizzo di una superficie antidecubito, dispositivi di posizionamento, dispositivi di riscaldamenti, anestetici, sedazione, farmaci vasoattivi, personale di sala operatoria, natura dell'intervento.
Più specificatamente nei **rischi intraoperatori** possono essere comprese le frizioni di taglio e attrito durante il posizionamento, materiale oppositivo (materiale applicato tra il paziente e la superficie riducente la pressione), l'ipotensione intraoperatoria, le alterazioni dell'emodinamica e dello stato circolatorio legate alla posizione e alle perdite ematiche, le fuoriuscite di liquidi/fluidi corporei e/o di lavaggio che non possono essere prontamente rimossi e che causano umidità/macerazione. Tale rischio può essere ulteriormente aumentato dalle condizioni cliniche del soggetto. I soggetti già valutati a rischio alto e altissimo di sviluppare Lesioni da Pressione sono da considerare a rischio anche in sala operatoria. L'EBN, inoltre, raccomanda che per tutti i soggetti giudicati a rischio dovrebbe essere preso in considerazione l'uso intraoperatorio di superfici riducenti la pressione.
In decorso postoperatorio valgono le raccomandazioni generali di prevenzione previste in base al grado di rischio.
Gli aspetti da considerare per garantire il corretto posizionamento del paziente sul tavolo operatorio sono: creare una buona esposizione del sito chirurgico; garantire un'adeguata ventilazione controllando la pervietà delle vie aeree e evitando pressioni o costrizioni sul torace; evitare aree di ipoperfusione causate dal sollevamento delle estremità.
Dato il rischio elevato di ulcere al tallone si raccomanda di tenerlo sollevato, quando possibile, dalla superficie del tavolo operatorio. La pressione sul tallone deve essere scaricata utilizzando supporti per la sospensione tali da ridistribuire il peso a livello della gamba del paziente, il sollevamento del tallone deve essere il minimo indispensabile. Posizionare le ginocchia in leggera flessione .
La posizione assunta dal paziente deve essere registrata nella documentazione infermieristica intraoperatoria ed inclusa nella documentazione sanitaria del paziente .

PREVENZIONE

Per la prevenzione delle ulcere da pressione in sala operatoria occorre considerare, oltre ai fattori di rischio specifici del paziente, un rischio addizionale dovuto alla durata del tempo di immobilizzazione prima e durante l'intervento chirurgico, all'aumento degli episodi ipotensivi intraoperatori, ipotermia, ridotta mobilità del paziente, perdite ematiche, uso di dispositivi medici.
Come attuarla :

- Il posizionamento intraoperatorio viene concordato tramite una valutazione multidisciplinare tra il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere, prima dell'intervento, per conciliare le esigenze di esposizione del sito chirurgico, la corretta ventilazione e perfusione, le necessità di prevenire ulcere da pressione o altri danni da posizionamento;
- L'infermiere di sala operatoria deve definire un programma di prevenzione preoperatoria del danno da pressione tramite un'attenta valutazione dei fattori correlati alla procedura chirurgica, che includono: il tipo di procedura, la durata della procedura, la capacita del paziente a tollerare le posture previste, la possibilità di accedere al paziente per l'anestesia, eventuali cambiamenti di posizione e i relativi device utilizzati (ad es. catetere vescicale, drenaggi, etc.) .
- Nel posizionamento delle piastre di scarico a terra dell'elettrobisturi , l'infermiere valuta la sede più idonea dove applicarle, al fine di prevenire danni cutanei (LdP, ustioni, etc.)
- Il paziente deve essere posizionato su una superficie senza la presenza di strati di lenzuola, coperte e quant'altro, mentre possono essere utilizzati cuscini e altri presidi antidecubito per il mantenimento della posizione .

- Per limitare i danni cutanei è raccomandato l'utilizzo di una superficie di supporto, se possibile in schiuma poliuretanica viscoelastica, che riduca la pressione delle zone anatomiche a rischio e ridistribuisca la pressione sul tavolo operatorio, in particolare per tutti gli individui sottoposti a intervento chirurgico con durata superiore ai 90 minuti.
- Nel posizionare la testa bisogna attuare, se possibile, tutte quelle azioni mirate a ridurre la pressione sulla cute durante la procedura .
- Verificare che il corpo del paziente abbia un allineamento fisiologico quando è posizionato, evitare il contatto del corpo con le superfici metalliche del letto, prevenire che le estremità del corpo cadano o pendano in basso rispetto al tavolo operatorio .
- Il monitoraggio del paziente (ad es. manicotto per la pressione arteriosa, pulsossimetro, etc.) deve essere effettuato in modo da garantire la sicurezza e permettere che i device utilizzati funzionino correttamente senza causare compressioni a carico di cute, nervi, tessuti e altre strutture anatomiche.
- La posizione del paziente va controllata dal medico anestesista, chirurgo ed in infermiere) dopo il posizionamento e durante l'intervento in modo da poter implementare azioni correttive in caso di necessità.
- Far assumere alla persona nel pre e post operatorio una postura diversa da quella mantenuta durante l'intervento chirurgico (compatibilmente con le condizioni chirurgiche del paziente e della procedura chirurgica). Al termine dell'intervento chirurgico, alla rimozione delle piastre di scarico a terra e altri device, valutare e documentare lo stato cutaneo.
- Dopo l'intervento chirurgico, al rientro del paziente in reparto/setting di degenza, l'infermiere effettua ispezione cutanea (per valutare l'eventuale insorgenza di LdP) ed una rivalutazione del rischio tramite la scala di Braden.
- EBN raccomanda, ove possibile, il posizionamento di materasso antidecubido prima e dopo l'intervento chirurgico.
- Medicazioni a scopo profilattiche possono essere applicate sulle prominenze ossee (ad es. sacro, talloni) o altre aree sottoposte a pressione, frizione e forze di taglio.
- Gli occhi vanno lubrificati e chiusi durante interventi in anestesia generale.
- Mantenere la normotermia con adeguati presidi.

1. INDICAZIONI PER IL TRATTAMENTO DELLE ULCERE CUTANEE

Il presente documento fornisce indicazioni sulle modalità di trattamento delle ulcere cutanee basandosi sulla categoria/stadio (**allegato 1**), sul codice colore del fondo della lesione, e sulla sede di quest'ultima, con l'obiettivo di favorire la guarigione tessutale e prevenire e gestire il dolore procedurale. I tempi di sostituzione delle medicazioni sono indicativi e possono sensibilmente variare in relazione alle condizioni della persona assistita o alle caratteristiche delle medicazioni stesse.

Con particolare riferimento alle indicazioni di trattamento le ulcere da pressione possono essere classificate attraverso una scala colore, oltre che con il criterio della categoria/stadio, così come risulta dalle seguenti tabelle.

Classificazione in base al colore

Lesione Verde		Indica la presenza di infezione. Le lesioni possono complicarsi con infezioni che possono diffondersi ai tessuti profondi causando celluliti, fasciti necrotizzanti, osteomieliti, batteriemie associate a rischio di mortalità. Le manifestazioni cliniche delle infezioni delle lesioni da pressione possono essere estremamente variabili e vanno dal ritardo nella cicatrizzazione alla presenza di intenso eritema, calore, tensione locale con crepitio dei tessuti sottostanti, secrezione purulenta, cattivo odore, ai segni sistemici della sepsi e dello shock settico.
Lesione Nera		Indica la necrosi secca. Quando un'area di tessuto è deprivata di un adeguato apporto di ossigeno o nutrienti diviene non vitale. Il tessuto devitalizzato ha la tendenza a disidratarsi, e via via che perde umidità forma uno strato ispessito, per lo più duro, coriaceo, di color marrone o nero, che aderisce saldamente al letto della lesione o ai margini dell'ulcera. Il tessuto disidratandosi si contrae, mettendo in tensione i tessuti circostanti e causando dolore.
Lesione Gialla		Indica la presenza di slough. Il tessuto devitalizzato può presentarsi sotto forma di slough, un materiale che aderisce al letto della lesione in filamenti o in ammassi ispessiti o che è mucillaginoso. Nella lesione gialla il letto dell'ulcera appare di color giallo, beige o biancastro a seconda della variabilità della combinazione dei componenti dello slough, un mix di tessuti devitalizzati, materiale cellulare di sfaldamento, essudato, leucociti, e batteri. Se è presente una gran quantità di globuli bianchi, lo slough tende ad assumere un aspetto cremoso, di colore giallo.
Lesione Rossa		Indica il tessuto di granulazione. Il letto della lesione appare di colore rosso grazie alla presenza di tessuto di granulazione. Il tessuto di granulazione "sano" ha un aspetto umido, a bottoncini; essendo molto vascolarizzato assume un colore rosso vivo o rosa profondo, stante ad indicare che la cicatrizzazione sta progredendo normalmente.
Lesione Rosa		Indica la riepitelizzazione. In questa fase, è possibile osservare aree di riepitelizzazione di color rosa traslucido al di sopra del tessuto di granulazione, costituite da cellule epiteliali migranti dai bordi dell'ulcera che avanzano in modo concentrico fino a unirsi. Il neo epitelio, nelle lesioni a spessore parziale, si sviluppa anche sotto forma di isole all'interno della superficie della lesione.

SCHEMI PER IL TRATTAMENTO DELLE ULCERE CUTANEE

Seguono gli schemi per il trattamento delle diverse tipologie di ulcere cutanee classificate in base ai criteri sopra descritti.

1.1. UdP di categoria/stadio 1 cod. colore "rosa"

OBIETTIVI	INTERVENTI	MANOVRE ERRATE
Prevenire l'insorgenza di soluzioni di continuo della cute (lesioni-abrasioni) Salvaguardare l'integrità della cute	**Rischio di frizione e scivolamento**: • **FILM IN POLIURETANO O IDROCOLLOIDE SOTTILE** in corrispondenza delle prominenze ossee. Possono stare in sede fino a **7 giorni** circa. **Rischio di macerazione (umidità, incontinenza):** • **SPRAY PROTETTIVO, OSSIDO DI ZINCO, CREMA BARRIERA** sulle zone individuate. **Secchezza cutanea:** • **PRODOTTI EMOLLIENTI/IDRATANTI** (creme all'acqua), olii nutrienti per mantenere una buona elasticità. **NB.:** Il tallone deve essere sollevato dal piano del letto, posizionando un cuscino sotto l'arto o attivando la specifica funzione "zero pressione ai talloni" se presente una superficie ad alta tecnologia che ne è provvista (nessuna superficie antidecubito garantisce un efficace scarico pressorio in questa zona).	**NON UTILIZZARE**: prodotti a base di antisettici, antibiotici e antimicotici topici; prodotti coloranti (es: eosina, fuxina…) creme a base di cortisone o acido ialuronico NON MASSAGGIARE vigorosamente la cute durante l'applicazione dei prodotti emollienti e idratanti o barriera, soprattutto in corrispondenza delle prominenze ossee

1.2. UdP di categoria/stadio 2: Abrasione/Ulcera cod. colore "rosso" o Flittene

OBIETTIVI	INTERVENTI	MANOVRE ERRATE
Promuovere un buon trofismo cutaneo Assicurare un'adeguata umidità sul fondo della ulcera Evitare la degenerazione della ulcera Evitare la rottura non controllata della flittene	Dopo accurata detersione dell' ulcera: **Per Abrasione /Ulcera** Se essudato LIEVE e MODERATO • **IDROCOLLOIDI**, da sostituire ogni 2/3 giorni o fino a saturazione della medicazione • **SCHIUME DI POLIURETANO SOTTILI**, da sostituire ogni 3/4 giorni o fino a saturazione della medicazione **Per Flittene** Applicare: • **SCHIUMA DI POLIURETANO SOTTILE**, da lasciare in sede 6/7 giorni circa oppure • **IDROCOLLOIDE,** da lasciare in sede 6/7 giorni circa oppure • **GARZA A BASSA ADERENZA**, coperta con garza in cotone e fissata con cerotto, da lasciare in sede 2/3 giorni circa	NON UTILIZZARE: prodotti a antisettici; antibiotici e antimicotici topici; prodotti coloranti (es: eosina, fuxina… creme a base di cortisone o acido ialuronico NON ASPORTARE IL TETTO DELLA FLITTENE E NON FORARE a meno che: • il diametro non sia superiore a 10 cm oppure • il liquido non sia torbido, purulento o ematico

1.3. UdP di categoria/stadio 3 e 4

OBIETTIVI	INTERVENTI	MANOVRE ERRATE
Favorire e/o mantenere la detersione Gestire l'essudato mantenendo un ambiente umido per favorire la guarigione ed evitare la macerazione o secchezza Prevenire le infezioni	Gestire l' ulcera considerando: il tipo e la quantità di essudato, l'eventuale presenza di tratti fistolosi o sottominati. Considerare la prossimità con zone altamente contaminanti. Accertarsi di rimuovere tutte le medicazioni applicate con accurata detersione. **Ulcera colore "rosso"** **Se ulcera con SCARSO essudato**: • Medicazione primaria: **IDROCOLLOIDI**, da sostituire ogni 2-3 giorni, o **SCHIUME DI POLIURETANO SOTTILI**, da sostituire ogni 4 giorni circa **Se ulcera con MODERATO essudato**: • Medicazione primaria: **IDROCOLLOIDI o SCHIUME DI POLIURETANO**, da sostituire ogni 1-3 giorni circa **Se ulcera con ABBONDANTE essudato**: • Medicazione primaria: **ALGINATO DI CALCIO**, da sostituire ogni 2-3 giorni., o **IDROFIBRA**, da sostituire ogni 3-4 giorni. Utilizzare come medicazione secondaria **SCHIUMA DI POLIURETANO o MEDICAZIONE SUPERASSORBENTE** Proteggere la cute perilesionale con crema o film barriera. **Ulcera colore "giallo"** **Se ulcera con fibrina con SCARSO essudato**: • Medicazione primaria: **IDROGEL** + medicazione secondaria: **IDROCOLLOIDE** (se ulcera molto secca), da sostituire ogni 1-2 giorni circa **Se ulcera con fibrina e con MODERATO essudato**: • Medicazione primaria: **IDROGEL** + medicazione secondaria **SCHIUME DI POLIURETANO**, da sostituire ogni 1-3 giorni circa **Se ulcera con fibrina e con ABBONDANTE essudato**: • Medicazione primaria: **ALGINATO DI CALCIO,** da sostituire ogni 2-3 giorni., o **IDROFIBRA**, da sostituire ogni 3-4 giorni. Utilizzare come medicazione secondaria **SCHIUMA DI POLIURETANO o MEDICAZIONE SUPERASSORBENTE** Proteggere la cute perilesionale con crema o film barriera.	NON LASCIARE spazi vuoti. Tutte le cavità devono essere riempite SENZA COMPRIMERE bordo e fondo dell' ulcera poiché si danneggiano i tessuti **NON UTILIZZARE MEDICAZIONI AVANZATE qualora sia necessario eseguire il cambio della stessa una o più volte al giorno. Prendere in considerazione l'utilizzo di medicazioni tradizionali proteggendo il fondo della ferita con garze non aderenti**

1.4. UdP con fistole/tratti sottominati

OBIETTIVI	INTERVENTI	MANOVRE ERRATE
Favorire e/o mantenere la detersione. Gestire l'essudato mantenendo un ambiente umido per favorire la guarigione ed evitare la macerazione. Prevenire le infezioni.	**Zaffare le fistole o sottominature**: • **ALGINATO O IDROFIBRA O IDROCOLLOIDE IN PASTA** da sostituire sulla base della saturazione della medicazione Riempire il resto della cavità come indicato in " ulcere di categoria/stadio 3 e 4" in base alla quantità di essudato presente.	NON LASCIARE spazi vuoti. Tutte le cavità devono essere riempite SENZA COMPRIMERE bordo e fondo dell'ulcera poiché si danneggiano i tessuti

1.5. UdP con necrosi

OBIETTIVI	INTERVENTI	MANOVRE ERRATE
Rimozione del tessuto non vitale Ripristino del tessuto vitale Prevenzione delle infezioni Prevenzione delle complicanze (fistole, sottominature) Evitare danni in caso di scarsa/mancata perfusione della ulcera	**NECROSI GIALLA / SLOUGH cod. colore "giallo"** **Se essudato MODERATO:** • Utilizzare prodotti sbriglianti (**IDROGEL** o prodotti contenenti **COLLAGENASI**) applicandoli in uno strato di circa 2-3 mm di spessore sulle aree di tessuto non vitale al centro dell' ulcera; coprire con **GARZE A BASSA ADERENZA** e quindi ricoprire con **GARZE** e **FISSARE CON CEROTTO**. Da sostituire ogni 1/2 giorni circa. **Se essudato ABBONDANTE:** • Medicazione primaria: utilizzare **ALGINATO DI CALCIO** o **MEDICAZIONI A CONTENUTO SALINO**, da sostituire ogni 2-3 giorni circa. • Medicazione secondaria: **SCHIUMA DI POLIURETANO** o **MEDICAZIONE SUPERASSORBENTE** o **GARZA FISSATA CON CEROTTO**. Proteggere la cute perilesionale con crema o film barriera **NECROSI NERA / ESCARA SECCA cod. colore**	NON UTILIZZARE idrogeli per sbrigliare ulcere iperessudanti NON PROCEDERE allo sbrigliamento di necrosi o all'utilizzo di medicazioni umide in zone necrotiche degli arti inferiori in assenza di valutazione vascolare (abpi, ossimetria transcutanea, ecocolordoppler) NON PROCEDERE allo sbrigliamento di necrosi in pazienti in fase terminale o nei quali l'obiettivo guarigione non e' raggiungibile

OBIETTIVI	INTERVENTI	MANOVRE ERRATE
	"nero" □ • Utilizzare **IDROGEL**, applicando uno strato di almeno 5 mm di spessore al centro della necrosi . Coprire con **FILM DI POLIURETANO O IDROCOLLOIDE SOTTILE**. Da sostituire ogni 2/3 giorni circa. Continuare il trattamento dei diversi tipi di tessuto necrotico fino alla loro completa rimozione. In caso di **urgenza clinica** (es: estese aree necrotiche, cellulite in fase di avanzamento, crepitio, fluttuazione dei tessuti e/o sepsi secondaria all'infezione associata all'ulcera) effettuare una valutazione multidisciplinare e prendere in considerazione il debridement chirurgico (effettuato da **personale medico**). In presenza di parti colliquate, scollate e non adese, **chiaramente devitalizzate**, lo sbrigliamento conservativo con taglienti può essere effettuato dall'infermiere esperto.	

1.6. UdP con necrosi occipitale, al tallone, alle dita dei piedi o agli arti inferiori in presenza di insufficiente vascolarizzazione cod colore "nero" □

OBIETTIVI	INTERVENTI	MANOVRE ERRATE
Mantenere stabile l'escara e favorire il suo distacco naturale Ripristino del tessuto vitale Prevenzione delle infezioni Prevenzione delle complicanze (fistole, sottominature) Evitare danni in caso di scarsa e/o mancata perfusione della ulcera	Per facilitare il distacco naturale della necrosi, applicare impacchi con soluzione a base di iodopovidone al 10%, coprire con garza pulita, fissare con cerotto. Sostituire la medicazione ogni 24 ore, controllando che non ci siano modificazioni significative che necessitino di rivalutazione. **L'ESCARA SECCA** dovuta all'uso di dispositivi medici, quella localizzata all'occipite, al tallone, alle dita dei piedi o agli arti inferiori, quando non è presente una vascolarizzazione sufficiente, e quando la cute perilesionale non presenta segni di flogosi, **NON DEVE ESSERE RIMOSSA** se non in caso di eritema, edema, dolore della cute perilesionale, fluttuazione, fissurazione, crepitio, secrezioni purulente. Se presenti, questi segni/sintomi indicano infezione: valutare la necessità di **debridement chirurgico urgente,** vedi indicazioni riportate in "ulcere con necrosi"	NON UTILIZZARE prodotti sbriglianti NON UTILIZZARE terapia compressiva

1.7. UdP post-escarectomia chirurgica e/o sanguinante

OBIETTIVI	INTERVENTI	MANOVRE ERRATE
Prevenzione e/o gestione di emorragie Prevenzione di contaminazione e/o infezioni Favorire i processi riparativi	Nelle prime ore post intervento effettuare un attento monitoraggio al fine di individuare precocemente eventuali sanguinamenti. In tal caso far rivalutare e seguire le prescrizioni indicate dal chirurgo. In caso di sanguinamento lieve può essere utile l'applicazione di medicazioni a base di **ALGINATI DI CALCIO**. In assenza di sanguinamento stadiare la lesione e trattarla come da indicazioni precedenti.	NON RIMUOVERE in modo traumatico la medicazione.

1.8. UdP con colonizzazione critica cod. colore "verde"

OBIETTIVI	CRITERI PER IL RICONOSCIMENTO E INTERVENTI	MANOVRE ERRATE
Promuovere detersione e sbrigliamento Controllare e ridurre l'infezione e/o la colonizzazione critica Prevenire l'ulteriore progressione dell'infezione	**CRITERI PER IL RICONOSCIMENTO** **Segni locali:** - assenza di segni di guarigione per due settimane - tessuto di granulazione friabile - cattivo odore - aumento di dolore dell'ulcera - aumento di calore del tessuto attorno all'ulcera - aumento dell'essudato dalla ferita - cambiamento sospetto della natura/caratteristiche dell'essudato della ferita (per es.: insorgenza di essudato ematico, essudato purulento) - aumento di tessuto non vitale nel letto della ferita (aumento delle dimensioni dell'ulcera) e/o formazione di tasche o tunnel o tramiti nel letto di ferita **Considerare una diagnosi di infezione acuta diffusa** se l'ulcera da presenta oltre ai segni localizzati anche segni sistemici di infezione acuta come: - eritema che si estende oltre il perilesionale - esordio o aumento di dolore o calore - drenaggio purulento - aumento di dimensioni - crepitio, fluttuanza, o discromia della cute perilesionale - febbre, malessere, e ingrossamento dei linfonodi - confusione/delirio e anoressia (particolarmente negli anziani) **INTERVENTI**	NON UTILIZZARE acqua ossigenata, prodotti colorati (ad es.: mercurocromo, eosina, fucsina, violetto di genziana, tintura rubra di castellani). NON UTILIZZARE iodopovidone nelle ulcere di grandi dimensioni e per periodi prolungati per il rischio di assorbimento sistemico dello iodio EVITARE la miscelazione e l'utilizzo in contemporanea di diversi antisettici NON EFFETTUARE tamponi colturali di routine o tamponi qualitativi, in quanto non sono indicativi per infezione. Le indagini colturali indicate per l'identificazione dei patogeni sono:

OBIETTIVI	CRITERI PER IL RICONOSCIMENTO E INTERVENTI	MANOVRE ERRATE
	1. Effettuare una **ABBONDANTE E ACCURATA DETERSIONE** della lesione 2. Effettuare **ANTISEPSI** **solo** in presenza di almeno 2 dei segni/sintomi elencati in "Criteri per il riconoscimento". Gli antisettici indicati sono su base acquosa, e comprendono: Iodiopovidone 10%, Clorexidina 0.05%, Clorossidante elettrolitico 0.05%. Lasciare agire per il tempo indicato dalla scheda tecnica di ogni prodotto 3. **RISCIACQUARE ACCURATAMENTE** Scegliere la MEDICAZIONE adeguata. (Se fosse presente tessuto necrotico, rimuoverlo con il debridement vedi "ulcere con necrosi") La scelta della medicazione deve tener conto delle caratteristiche della lesione e dell'assistito. **Se necessario un cambio della medicazione quotidiano**: Come medicazione primaria **ALGINATI DI CALCIO** *oppure* **MEDICAZIONI A CAPTAZIONE BATTERICA**. Come medicazione secondaria **MEDICAZIONE SUPERASSORBENTE** o **GARZA FISSATA CON CEROTTO**. **Se possibile cambio della medicazione ogni 48-72 ore o più**: Come medicazione primaria **MEDICAZIONI A BASE DI ANTISETTICO** *oppure* se ulcera maleodorante, si può considerare l'utilizzo di **MEDICAZIONE A BASE DI CARBONE** come medicazione secondaria. Come medicazione secondaria **MEDICAZIONE SUPERASSORBENTE** o **GARZA FISSATA CON CEROTTO** o **SCHIUME DI POLIURETANO PRIVE DI BORDI ADESIVI FISSATA CON CEROTTO** (in caso di macerazione perilesionale). È fondamentale l'utilizzo di prodotti barriera/protettivi per preservare i bordi perilesionali. Nel caso lo scopo primario sia la riduzione della carica batterica e non la guarigione della ferita, è possibile utilizzare come medicazione primaria **GARZE IMPREGNATE DI ANTISETTICO** e come medicazione secondaria **MEDICAZIONE SUPERASSORBENTE** o **GARZA FISSATA CON CEROTTO**. In questo caso la medicazione deve essere cambiata almeno ogni 24 ore.	- Tampone quantitativo in alginato, effettuato secondo la tecnica di Levine - Biopsia di tessuto profondo - Se si sospetta infezione da anaerobi eseguire un aspirato NON UTILIZZARE medicazioni occlusive e semiocclusive (es., film, idrogel, idrocolloidi, schiume di poliuretano dotate di bordatura adesiva) nelle ulcere infette NON UTILIZZARE antibiotici topici, in quanto il gold standard è l'antibiotico-terapia sistemica NON UTILIZZARE garza iodoformica NON UTILIZZARE medicazioni antisettiche per più di 2 settimane senza rivalutazione da parte del team multidisciplinare

REPERTORIO REGIONALE MEDICAZIONI AVANZATE

Organismo Toscano per il Governo Clinico, Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale. Linea Guida n. 3 "*Ulcere da Pressione: prevenzione e Trattamento*".
Regione Toscana, secondo aggiornamento, anno 2019.

.

CND	Descrizione prodotto con dimensioni	Ditta	Nome commerciale prodotto	REF	Medicazioni da sottoporre a percorso autorizzativo	Indicazioni d' uso	Alert	Colore Ulcera				
M040102	Film in poliuretano adesivo trasparente semipermeabile 10x12 cm	Mölnlycke Health Care Srl	MEPORE FILM	271500		Indicata come medicazione secondaria in associazione a Idrogel o come medicazione primaria per la prevenzione delle ulcere da pressione (previene i fattori frizione, trazione, macerazione). Indicata come fissaggio di medicazioni in caso di cute perilesionale fragile.			NERA	GIALLA	ROSSA	ROSA
M040102	Film in poliuretano adesivo trasparente semipermiabile con taglio a "V" per fissaggio cateteri 5,5x5 cm	Mölnlycke Health Care Srl	MEPORE IV	274000		Indicata nel fissaggio cutaneo dei cateteri venosi centrali e periferici						
M040102	Film in poliuretano adesivo trasparente semipermeabile con taglio a "V" per fissaggio cateteri 10x11 cm	Mölnlycke Health Care Srl	MEPORE IV	274400		Indicata nel fissaggio cutaneo dei cateteri venosi centrali e periferici						
M04010202	Medicazione di fissaggio cannule e cateteri 6x8cm	BSN MEDICAL srl	LEUKOMED IV FILM - MEDICAZIONI STERILI TRASPARENTI IN PELLICOLA PER IL FISSAGGIO DI CANNULE E CATETERI	72390-00		Indicata nel fissaggio cutaneo dei cateteri venosi periferici						
M04010202	Medicazione di fissaggio cannule e cateteri 8,5x11,5 cm	BSN MEDICAL srl	LEUKOMED IV FILM - MEDICAZIONI STERILI TRASPARENTI IN PELLICOLA PER IL FISSAGGIO DI CANNULE E CATETERI	72390-03		Indicata nel fissaggio cutaneo dei cateteri venosi centrali						

CND	Descrizione prodotto con dimensioni	Ditta	Nome commerciale prodotto	REF	Medicazioni da sottoporre a percorso autorizzativo	Indicazioni d' uso	Alert	Colore Ulcera				
M04010299	Film in poliuretano adesivo trasparente semipermeabile con taglio a "V" e tampone in gel con clorexidina 8,5x11,5 cm	3M ITALIA SRL	3M TEGADERM CHG - MEDICAZIONE DI FISSAGGIO I.V. CON CLOREXIDINA GLUCONATA	1657R	x	Indicata nel fissaggio e medicazione dei cvc (anche PICC, MIDLINE,...) quando è necessaria un'antisepsi continua dell'exit site.	Controindicata in soggetti con ipersensibilità accertata alla clorexidina e nella popolazione pediatrica/neonatale					
M040203	Medicazioni schiuma poliuretano 9,5x8,5 cm	B. BRAUN MILANO S.p.A.	ASKINA TRACHEA 9.5 X 8.5 CM	7248510F		Trattamento di cannule tracheali e altri drenaggi						
M04040101	Medicazione impregnata di soluzione salina ipertonica 10x10cm	Molnlycke	MESALT® - MEDICAZIONE SALINA 10X10 CM	286080		Indicata per lesioni con essudato medio-elevato o infette anche per il riempimento di cavità. Indicata per lo sbrigliamento di necrosi molle e slough. Indicazioni di cambio ogni 1-3 giorni.	Non indicata per lesioni asciutte o molto dolenti e/o sanguinanti			GIALLA		
M04040101	Medicazione impregnata di soluzione salina ipertonica 2x100cm	Molnlycke	MESALT® - MEDICAZIONE SALINA 2X100 CM	285280		Indicata per lesioni con essudato medio-elevato o infette anche per il riempimento di cavità. Indicata per lo sbrigliamento di necrosi molle e slough nel riempimento di tragitti fistolosi. Indicazioni di cambio ogni 1-3 giorni.	Non indicata per lesioni asciutte o molto dolenti e/o sanguinanti			GIALLA		
M040402	Medicazioni alginato in nastro 3x44cm	Coloplast Spa	BIATAIN ALGINATE NASTRO	3740		Medicazione assorbente, indicata per il trattamento di lesioni con elevato grado di essudato anche infette e/o sanguinanti, pure in presenza di fibrina o necrosi molle, nel riempimento di tragitti fistolosi. Indicazioni di cambio ogni 2-3 giorni.	Non indicata in lesioni asciutte.	VERDE		GIALLA	ROSSA	
M040402	Medicazioni alginato in piastra 10x10cm	Coloplast Spa	BIATAIN ALGINATE PIASTRA	3710		Medicazione assorbente, indicata per il trattamento di lesioni con elevato grado di essudato anche infette e/o sanguinanti, pure in presenza di fibrina o necrosi molle. Indicazioni di cambio ogni 2-3 giorni.	Non indicata in lesioni asciutte.	VERDE		GIALLA	ROSSA	

CND	Descrizione prodotto con dimensioni	Ditta	Nome commerciale prodotto	REF	Medicazioni da sottoporre a percorso autorizzativo	Indicazioni d' uso	Alert	Colore Ulcera				
M040403	Medicazioni idrocolloidi sagomato 9 x 11 cm	Coloplast Spa	COMFEEL CONTOUR IDROCOLLIDE SAGOMATO	33283		Mantiene un microclima umido favorevole alla granulazione e alla riepitelizzazione. Indicata in lesioni di II-III categoria; in lesioni deterse o con ridotta percentuale di necrosi molle o slough con assente o essudato scarso. Indicazioni di cambio ogni 2-5 giorni. Sagomato per sacro.	Non indicata in lesioni infette e molto essudanti.			GIALLA	ROSSA	ROSA
M040403	Medicazioni idrocolloidi sagomato 6 x 8 cm	Coloplast Spa	COMFEEL CONTOUR IDROCOLLIDE SAGOMATO	33280		Mantiene un microclima umido favorevole alla granulazione e alla riepitelizzazione. Indicato: in lesioni II-III categoria; in lesioni deterse o con ridotta percentuale di necrosi molle o slough con assente o essudato scarso. Indicazioni di cambio ogni 2/5 giorni. Sagomato per tallone.	Non indicata in lesioni infette e molto essudanti.			GIALLA	ROSSA	ROSA
M040403	Medicazioni in idrocolloidi 10x10cm	Coloplast Spa	COMFEEL PLUS IDROCOLLOIDE	33110		Mantiene un microclima umido favorevole alla granulazione e alla riepitelizzazione. Indicato: in lesioni di II-III categoria; in lesioni deterse o con ridotta percentuale di necrosi molle o slough con essudato assente o scarso. Indicazioni di cambio ogni 2-5 giorni.	Non indicata in lesioni infette e molto essudanti.			GIALLA	ROSSA	ROSA
M040403	Medicazioni in idrocolloidi 15x15cm	Coloplast Spa	COMFEEL PLUS IDROCOLLOIDE	33115		Mantiene un microclima umido favorevole alla granulazione e alla riepitelizzazione. Indicato: in lesioni di II-III categoria; in lesioni deterse o con ridotta percentuale di necrosi molle o slough con essudato assente o scarso. Indicazioni di cambio ogni 2-5 giorni.	Non indicata in lesioni infette e molto essudanti.			GIALLA	ROSSA	ROSA
M04040301	Medicazioni idrocolloidi puri sottile 10x10cm	Coloplast Spa	COMFEEL PLUS TRASPARENTE IDROCOLLOIDE SOTTILE	33533		Mantiene un microclima umido favorevole alla granulazione e alla riepitelizzazione. Indicato per lesioni in via di riepitelizzazione o superficiali in presenza di essudato scarso o per ulcere da pressione di I-II categoria o skin tears. Utilizzata anche come medicazione secondaria per debridement in associazione con idrogel, oppure per la protezione di cute perilesionale particolarmente fragile. Indicazioni di cambio ogni 3-7 giorni	Non deve essere utilizzata su ulcere profonde, sottominate. Non indicata nelle ulcere infette.			GIALLA	ROSSA	ROSA

CND	Descrizione prodotto con dimensioni	Ditta	Nome commerciale prodotto	REF	Medicazioni da sottoporre a percorso autorizzativo	Indicazioni d' uso	Alert	Colore Ulcera				
M04040301	Medicazioni idrocolloidi puri sottile 15x15cm	Coloplast Spa	COMFEEL PLUS TRASPARENTE IDROCOLLOIDE SOTTILE	33539		Mantiene un microclima umido favorevole alla granulazione e alla riepitelizzazione Indicato per lesioni in via di riepitelizzazione o superficiali in presenza di essudato scarso o per ulcere da pressione di I-II categoria o skin tears. Utilizzata anche come medicazione secondaria per debridement in associazione con idrogel, oppure per la protezione di cute perilesionale particolarmente fragile. Indicazioni di cambio ogni 3-7 giorni.	Non deve essere utilizzata su ulcere profonde, sottominate.Non indicata nelle ulcere infette.			GIALLA	ROSSA	ROSA
M04040302	Medicazioni in idrocolloidi pasta 30gr	Convatec	DUODERM PASTA 30 GR. - PASTA IDROCOLLOIDALE	9184		In ferite cavitarie con essudato scarso-medio Indicazioni di cambio ogni 2-3 giorni. Può essere utilizzata in associazione con placca idrocolloide.	Non usare in lesioni cavitarie infette e molto essudanti			GIALLA	ROSSA	
M040404 - M040413	Medicazioni in carbossimetilcellulosa sodica 10x10 cm	Convatec	AQUACEL EXTRA 10X10 CM - MEDICAZIONE IN HYDROFIBER CON FIBRA RINFORZANTE	420672		Medicazione assorbente a ritenzione di essudato indicata per lesioni deterse con elevato essudato. Indicazioni di cambio ogni 5-7 giorni. Si utilizza anche per il trattamento di ustioni a spessore parziale e siti di prelievo cutaneo; in tal caso l'indicazione di cambio è quella di lasciare in sito la medicazione fino al suo naturale distacco controllando attentamente l'insorgenza di eventuali segni di infezione che richiedono invece la rimozione della medicazione	non indicata in lesioni asciutte o con essudato scarso	VERDE		GIALLA	ROSSA	
M040405	Medicazione di captazione batterica impregnata di idrogel pronta 7,5x7,5 cm	BSN MEDICAL Srl	CUTIMED SORBACT GEL	72611-00	x	Indicata nelle ferite infette dove sia necessaria un'azione sbrigliante. Indicazioni di cambio ogni 3-4 giorni. Da utilizzare come medicazione primaria	Da non utilizzare su ulcere altamente essudanti. Da non associare con prodotti lipofili, polveri, creme, unguenti,etc.	VERDE		GIALLA		
M04040502	Medicazione di captazione batterica impregnata di idrogel pronta 7,5x15 cm	BSN MEDICAL srl	CUTIMED SORBACT GEL	72611-01	x	Indicata nelle ferite infette dove sia necessaria un'azione sbrigliante. Indicazioni di cambio ogni 3-4 giorni. Da utilizzare come medicazione primaria.	Da non utilizzare su ulcere altamente essudanti. Da non associare con prodotti lipofili, polveri, creme, unguenti.	VERDE		GIALLA		

CND	Descrizione prodotto con dimensioni	Ditta	Nome commerciale prodotto	REF	Medicazioni da sottoporre a percorso autorizzativo	Indicazioni d' uso	Alert	Colore Ulcera				
M04040502	Medicazione in gel idrofilo 25g	KCI	NU-GEL® FLUIDO - MEDICAZIONE STERILE A BASE DI IDROGEL - DOSATORE DA 25 G	MNG425		Indicata nello sbrigliamento di necrosi ed escare. Necessitano sempre di essere associati a film di poliuretano o garza grassa (indicazioni di cambio ogni 1-2 giorni) o idrocolloide (quest'ultima associazione permette un cambio delle medicazioni più distanziato ,ogni 2-3 gg).	Controindicata in lesioni con abbondante essudato. E' non indicata l'associazione con idrocolloide in lesioni infette.		NERA	GIALLA	ROSSA	
M040406	Medicazione in film trasparente di poliuretano in rotolo 10 cm x 10 m	BSN MEDICAL Srl	FIXOMULL TRANSPARENT	72216-00001-01		Stesse indicazioni del film di poliuretano quando non sia indispensabile sterilità del prodotto.			NERA	GIALLA	ROSSA	ROSA
M04040601	Schiuma poliuretano adesiva 7,5x7,5 cm	Coloplast Spa	BIATAIN: SCHIUMA DI POLIURETANO ADESIVA	3462		Indicata per ferite con medio- elevato essudato, anche dolenti, o con cute perilesionale fragile essendo prodotto autoadesivo atraumatico. Indicata per lesioni in zone anatomiche che richiedono elevata conformabilità per garantire la tenuta della medicazione in sito. Indicazioni di cambio ogni 3-4 giorni.	Lesioni asciutte o con scarso essudato.		NERA	GIALLA	ROSSA	ROSA
M04040601	Schiuma poliuretano adesiva 12,5x12,5 cm	Coloplast Spa	BIATAIN: SCHIUMA DI POLIURETANO ADESIVA	3420		Indicata per ferite con medio- elevato essudato, anche dolenti, o con cute perilesionale fragile essendo prodotto autoadesivo atraumatico. Indicata per lesioni in zone anatomiche che richiedono elevata conformabilità per garantire la tenuta della medicazione in sito. Indicazioni di cambio ogni 3-4 giorni.	Lesioni asciutte o con scarso essudato.		NERA	GIALLA	ROSSA	ROSA
M04040601	Schiuma poliuretano adesiva 18x18cm	Coloplast Spa	BIATAIN: SCHIUMA DI POLIURETANO ADESIVA	3423		Indicata per ferite con medio- elevato essudato, anche dolenti, o con cute perilesionale fragile essendo prodotto autoadesivo atraumatico. Indicata per lesioni in zone anatomiche che richiedono elevata conformabilità per garantire la tenuta della medicazione in sito. Indicazioni di cambio ogni 3-4 giorni.	Lesioni asciutte o con scarso essudato.		NERA	GIALLA	ROSSA	ROSA

REPERTORIO REGIONALE MEDICAZIONI AVANZATE

Organismo Toscano per il Governo Clinico, Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale. Linea Guida n. 3 "*Ulcere da Pressione: prevenzione e Trattamento*".
Regione Toscana, secondo aggiornamento, anno 2019.

CND	Descrizione prodotto con dimensioni	Ditta	Nome commerciale prodotto	REF	Medicazioni da sottoporre a percorso autorizzativo	Indicazioni d' uso	Alert	Colore Ulcera				
M04040601	Schiuma poliuretano adesiva 23 x 23 cm sacro	Coloplast Spa	BIATAIN: SCHIUMA DI POLIURETANO ADESIVA	3485		Indicata per ferite con medio- elevato essudato, anche dolenti, o con cute perilesionale fragile essendo prodotto autoadesivo atraumatico. Indicata per lesioni in zone anatomiche che richiedono elevata conformabilità per garantire la tenuta della medicazione in sito. Indicata per lesioni sacrali. Indicazioni di cambio ogni 3-4 giorni.	Lesioni asciutte o con scarso essudato.		NERA	GIALLA	ROSSA	ROSA
M04040601	Schiuma poliuretano adesiva 19 x 20 cm tallone	Coloplast Spa	BIATAIN: SCHIUMA DI POLIURETANO ADESIVA	3488		Indicata per ferite con medio- elevato essudato, anche dolenti, o con cute perilesionale fragile essendo prodotto autoadesivo atraumatico. Indicata per lesioni in zone anatomiche che richiedono elevata conformabilità per garantire la tenuta della medicazione in sito. . Indicata per lesioni gomito/tallone. Indicazioni di cambio ogni 3-4 giorni (MISURA GRANDE)	Lesioni asciutte o con scarso essudato.		NERA	GIALLA	ROSSA	ROSA
M04040601	Schiuma poliuretano adesiva diam. 17 cm	Coloplast Spa	BIATAIN: SCHIUMA DI POLIURETANO ADESIVA	3486		Indicata per ferite con medio- elevato essudato, anche dolenti, o con cute perilesionale fragile essendo prodotto autoadesivo atraumatico. Indicata per lesioni in zone anatomiche che richiedono elevata conformabilità per garantire la tenuta della medicazione in sito. Indicata per lesioni gomito/tallone. Indicazioni di cambio ogni 3-4 giorni.			NERA	GIALLA	ROSSA	ROSA
M04040601	Schiuma poliuretano non adesiva 10x10 cm	Coloplast Spa	BIATAIN:SCHIUMA DI POLIURETANO NON ADESIVA	3410		Indicata per ferite con essudato medio-elevato , anche dolenti, in particolare in lesioni in cui sia necessario sagomare la medicazione. Indicazioni di cambio ogni 2-5 giorni.	Lesioni asciutte o con scarso essudato.		NERA	GIALLA	ROSSA	ROSA
M04040601	Schiuma poliuretano non adesiva 20x20 cm	Coloplast Spa	BIATAIN:SCHIUMA DI POLIURETANO NON ADESIVA	3416		Indicata per ferite con essudato medio-elevato , anche dolenti, in particolare in lesioni in cui sia necessario sagomare la medicazione. Indicazioni di cambio ogni 2-5 giorni.	Lesioni asciutte o con scarso essudato.		NERA	GIALLA	ROSSA	ROSA

CND	Descrizione prodotto con dimensioni	Ditta	Nome commerciale prodotto	REF	Medicazioni da sottoporre a percorso autorizzativo	Indicazioni d' uso	Alert	Colore Ulcera
M04040601	Pellicola medicazione poliuretano 8x10 cm	BSN MEDICAL srl	LEUKOMED T - MEDICAZIONI STERILI ADESIVE IMPERMEABILI IN PELLICOLA TRASPARENTE	72381-01		Indicata come medicazione secondaria in associazione a Idrogel o come medicazione primaria per la prevenzione delle ulcere da pressione (previene i fattori frizione, trazione, macerazione). Indicata come fissaggio di medicazioni in caso di cute perilesionale fragile.		NERA GIALLA ROSSA ROSA
M04040601	Pellicola medicazione poliuretano 10x12,5 cm	BSN MEDICAL srl	LEUKOMED T - MEDICAZIONI STERILI ADESIVE IMPERMEABILI IN PELLICOLA TRASPARENTE	72381-08		Indicata come medicazione secondaria in associazione a Idrogel o come medicazione primaria per la prevenzione delle ulcere da pressione (previene i fattori frizione, trazione, macerazione). Indicata come fissaggio di medicazioni in caso di cute perilesionale fragile.		NERA GIALLA ROSSA ROSA
M04040602	Medicazione di contatto in silicone conformabile 10x18 cm	BSN MEDICAL srl	CUTICELL CONTACT - MEDICAZIONE STERILE DI CONTATTO CON LA FERITA, IN SILICONE CONFORMABILE	72680-02	x	Medicazione antiaderente e atraumatica indicata per lesioni di II categoria molto dolenti o con cute perilesionale fragile con scarso o medio essudato . Indicazioni di cambio ogni 3-7 giorni.		ROSSA ROSA
M040408	Medicazione schiuma poliuretano con argento 10x10 cm	Coloplast Spa	BIATAIN AG SCHIUMA DI POLIURETANO NON ADESIVA CON ARGENTO	9622	x	Indicate per il trattamento di ferite con essudato medio - elevato infette. Indicazioni di cambio ogni 2-4 giorni.	Lesioni asciutte o con scarso essudato, lesioni non infette.	VERDE
M040408	Medicazione schiuma poliuretano con argento 15x15 cm	Coloplast Spa	BIATAIN AG SCHIUMA DI POLIURETANO NON ADESIVA CON ARGENTO	9625	x	Indicate per il trattamento di ferite con essudato medio - elevato infette. Indicazioni di cambio ogni2-4 giorni.	Lesioni asciutte o con scarso essudato, lesioni non infette.	VERDE

REPERTORIO REGIONALE MEDICAZIONI AVANZATE

Organismo Toscano per il Governo Clinico, Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale. Linea Guida n. 3 "*Ulcere da Pressione: prevenzione e Trattamento*". Regione Toscana, secondo aggiornamento, anno 2019.

CND	Descrizione prodotto con dimensioni	Ditta	Nome commerciale prodotto	REF	Medicazioni da sottoporre a percorso autorizzativo	Indicazioni d' uso	Alert	Colore Ulcera				
M040408	Medicazione schiuma poliuretano con argento 10x10 cm con strato di contatto in silicone	Coloplast Spa	BIATAIN AG SCHIUMA DI POLIURETANO NON ADESIVA CON ARGENTO	39637	x	Indicate per il trattamento di ferite con essudato medio - elevato infette in presenza di cute perilesionale particolarmente fragile. Indicazioni di cambio ogni 2-4 giorni.	Lesioni asciutte o con scarso essudato, lesioni non infette.	VERDE				
M040408	Medicazione schiuma poliuretano con argento 15x15 cm con strato di contatto in silicone	Coloplast Spa	BIATAIN AG SCHIUMA DI POLIURETANO NON ADESIVA CON ARGENTO	39639	x	Indicate per il trattamento di ferite con essudato medio - elevato infette in presenza di cute perilesionale particolarmente fragile. Indicazioni di cambio 2-4 giorni.	Lesioni asciutte o con scarso essudato, lesioni non infette.	VERDE				
M040408	Schiuma poliuretano non adesiva con argento 10x20 cm	Coloplast Spa	BIATAIN AG SCHIUMA DI POLIURETANO NON ADESIVA CON ARGENTO	9623	x	Indicate per il trattamento di ferite con essudato medio - elevato infette. Indicazioni di cambio 2-4 giorni.	Lesioni asciutte o con scarso essudato, lesioni non infette.	VERDE				
M040408	Medicazione alginato con argento 3x44cm	Coloplast Spa	BIATAIN ALGINATE AG (NASTRO): ALGINATO CON ARGENTO	3780	x	Indicate per il trattamento di ferite con essudato medio - elevato, sanguinanti, infette o ad alto rischio di reinfezione. Indicazioni di cambio 2-3 giorni. Utilizzato per il riempimento di tragitti fistolosi.	Lesioni asciutte o con scarso essudato, lesioni non infette o in fase di granulazione	VERDE				
M040408	Medicazione alginato con argento 10x10cm	Coloplast Spa	BIATAIN ALGINATE AG (PIASTRA): ALGINATO CON ARGENTO	3760	x	Indicate per il trattamento di ferite con essudato medio - elevato, infette o ad alto rischio di reinfezione, o sanguinanti. Indicazioni di cambio ogni 2-3 giorni.	Lesioni asciutte o con scarso essudato, lesioni non infette o in fase di granulazione	VERDE				
M04040802	Medicazioni in carbossimetilcellulosa sodica + argento 10x10 cm	Convatec	AQUACEL AG + EXTRA 10X10 CM - MEDICAZIONE IN HYDROFIBER E TECNOLOGIA AG +	413567	x	Medicazione assorbente a ritenzione di essudato indicata per lesioni deterse con elevato essudato. Indicata su lesioni infette e per lesioni cavitarie. Indicazioni di cambio fino a 5 giorni.	Lesioni non infette	VERDE				
M04040802	Medicazioni in carbossimetilcellulosa sodica + argento 15x15 cm	Convatec	AQUACEL AG + EXTRA 15X15 CM - MEDICAZIONE IN HYDROFIBER E TECNOLOGIA AG +	413568	x	Medicazione assorbente a ritenzione di essudato indicata per lesioni deterse con elevato essudato. Indicata su lesioni infette e per lesioni cavitarie.Indicazioni di cambio fino a 5 giorni.	Lesioni non infette	VERDE				

M04040802	Medicazioni in carbossimetilcellulosa sodica + argento 2x45 cm	Convatec	AQUACEL AG + EXTRA 2X45 CM - MEDICAZIONE IN HYDROFIBER E TECNOLOGIA AG +	413571	x	Medicazione assorbente a ritenzione di essudato indicata per lesioni deterse con elevato essudato. Indicata su lesioni infette e per lesioni cavitarie. Indicazioni di cambio fino a 5 giorni. Utilizzato per il riempimento di tragitti fistolosi.	Lesioni non infette	VERDE				
CND	**Descrizione prodotto con dimensioni**	**Ditta**	**Nome commerciale prodotto**	**REF**	**Medicazioni da sottoporre a percorso autorizzativo**	**Indicazioni d' uso**	**Alert**	**Colore Ulcera**				
M04040802	Medicazione in argento associato ad altre sostanze spray 125 ml	Fidia Farmaceutici SpA	HYALOSILVER SPRAY 125 ML - MEDICAZIONE IN POLVERE SPRAY	195.910		Trattamento topico e temporaneo di lesioni cutanee in fase infiammatoria. Indicazioni di cambio in base alla medicazione secondaria utilizzata.	Da non usare nella prevenzione delle UdP.			GIALLA		
M04040901	Medicazione in carbone attivo puro 10x10 cm	LOHMANN & RAUSCHER SRL	VLIWAKTIV - MEDICAZIONE STERILE IN TNT AL CARBONE ATTIVO, STERILE, CM.10X10	20254		Medicazione sterile con carbone attivo su supporto assorbente e antiaderente. Indicata per lesioni maleodoranti. Indicazioni di cambio ogni 2-3 giorni.	La medicazione non deve essere tagliata.	VERDE	NERA			
M040413	Medicazione assorbente bio-interattiva con acido ialuronico esterificato 10x10 cm	Fidia Farmaceutici Spa	HYALOFILL F	275410	x	Medicazione indicata per accelerare il processo di guarigione in caso di ferite deterse e ferme nel processo di guarigione o come supporto per gel piastrinico	Lesione infetta				ROSSA	
M040499	Unguento a base di acido ialuronico sale sodico e collagenasi batterica	FIDIA FARMACEUTICI	BIONECT START UNGUENTO 30G	938650025		Indicata per sbrigliare lo slough e fibrina adesa nelle lesioni che necessitano una detersione più veloce rispetto al debridement autolitico effettuato con idrogel.	Da non usare con antisettici ed antibiotici ad uso topico.		NERA	GIALLA		
M040499	Medicazione a captazione batterica 7x9 cm	BSN MEDICAL srl	CUTIMED SORBACT - MEDICAZIONE DI CAPTAZIONE BATTERICA CHE LEGA E RIMUOVE MICRORGANISMI DA FERITE CONTAMINATE E INFETTE	72165-00	x	Indicata per lesioni infette in soggetti intolleranti e/o con sviluppata resistenza agli antisettici (argento, iodio, ecc) o quando sono necessari trattamenti antisettici prolungati nel tempo (es. ulcere del piede diabetico). Da utilizzare come medicazione primaria. Indicazioni di cambio ogni 3 giorni.	Da non associare con prodotti lipofili, polveri, creme, unguenti.	VERDE				

CND	Descrizione prodotto con dimensioni	Ditta	Nome commerciale prodotto	REF	Medicazioni da sottoporre a percorso autorizzativo	Indicazioni d' uso	Alert	Colore Ulcera				
M040499	Medicazione a captazione batterica 2x50 cm	BSN MEDICAL srl	CUTIMED SORBACT - MEDICAZIONE DI CAPTAZIONE BATTERICA CHE LEGA E RIMUOVE MICRORGANISMI DA FERITE CONTAMINATE E INFETTE	72166-00	x	Indicata per lesioni infette in soggetti intolleranti e/o con sviluppata resistenza agli antisettici (argento, iodio, ecc) o quando sono necessari trattamenti antisettici prolungati nel tempo (es. ulcere del piede diabetico). Da utilizzare come medicazione primaria. Indicazioni di cambio ogni 3 giorni. Utilizzato per il riempimento di tragitti fistolosi.	Da non associare con prodotti lipofili, polveri, creme, unguenti.	VERDE				
M040499	Medicazione a captazione batterica 10x10 cm	BSN MEDICAL srl	CUTIMED SORBACT - MEDICAZIONE DI CAPTAZIONE BATTERICA CHE LEGA E RIMUOVE MICRORGANISMI DA FERITE CONTAMINATE E INFETTE	72162-00	x	Indicata per lesioni infette in soggetti intolleranti e/o con sviluppata resistenza agli antisettici (argento, iodio, ecc) o quando sono necessari trattamenti antisettici prolungati nel tempo (es. ulcere del piede diabetico). Da utilizzare come medicazione primaria. Indicazioni di cambio 3 giorni; trattasi di medicazione assorbente per presenza di cuscinetto in ovatta e tnt.	Da non associare con prodotti lipofili, polveri, creme, unguenti. La riduzione delle dimensioni non è possibile.	VERDE				
M040499	Medicazione a captazione batterica 14x14 cm	BSN MEDICAL srl	CUTIMED SORBACT HYDROACTIVE - MEDICAZIONE DI CAPTAZIONE BATTERICA CHE LEGA E RIMUOVE MICRORGANISMI DA FERITE CONTAMINATE E INFETTE	72646-04	x	Indicata per lo sbrigliamento di lesioni infette o criticamente colonizzate in soggetti intolleranti e/o con sviluppata resistenza agli antisettici (argento, iodio, ecc) o quando sono necessari trattamenti antisettici prolungati nel tempo (es. ulcere del piede diabetico). Da utilizzare come medicazione primaria. Indicazioni di cambio 3 giorni.	Da non associare con prodotti lipofili, polveri, creme, unguenti. La riduzione delle dimensioni non è possibile.	VERDE		GIALLA		

M040499	Medicazione in sottile schiuma di poliuretano idrofilo, con strato di contatto in silicone morbido 15 X 20 cm spessore 2 mm	Molnlycke	MEPILEX® TRANSFER - MEDICAZIONE DRENANTE 15X20 CM	294800	x	Indicata per lesioni con elevato essudato quando sia indispensabile il massimo della atraumaticità, in associazione ad una medicazione secondaria (garze). Indicazioni di cambio ogni 7 giorni.	Lesioni asciutte o con scarso essudato.	VERDE		GIALLA	ROSSA	
CND	**Descrizione prodotto con dimensioni**	**Ditta**	**Nome commerciale prodotto**	**REF**	**Medicazioni da sottoporre a percorso autorizzativo**	**Indicazioni d' uso**	**Alert**	**Colore Ulcera**				
M040499	Medicazione non aderente con vasellina e cmc 10x10 cm	Coloplast Spa	PHYSIOTULLE	3910		Garze non aderenti indicate per le lesioni di II categoria in via di riepitelizzazione e con scarso essudato. Da usare sia come medicazione secondaria che come medicazione primaria. Indicazioni di cambio ogni 2-3 giorni. Medicazione a base idrocolloidale.					ROSSA	ROSA
M040499	Soluzione per la detersione e l'idratazione di lesioni croniche 350 ml	B. BRAUN MILANO S.p.A.	PRONTOSAN SOLUZIONE BOT.RON."WEST" 350ML	400403	x	Indicata per la rimozione del biofilm presente sulle lesioni croniche. **Deve essere mantenuta in sede con impacco per almeno 15 minuti.**		VERDE	NERA	GIALLA		
M0499	Medicazione idrocapillare adesiva 12,5x12,5 cm	Coloplast Spa	BIATAIN SUPER MEDICAZIONE IDROCAPILLARE ADESIVA	4612		Indicata come prima scelta in lesioni altamente essudanti in cui non ci sono problematiche di cute fragile, arrossata, macerata. Indicazione di cambio ogni 2-3 giorni.	Lesioni asciutte.	VERDE		GIALLA		
M0499	Medicazione idrocapillare adesiva 20x20 cm	Coloplast Spa	BIATAIN SUPER MEDICAZIONE IDROCAPILLARE ADESIVA	4620		Indicata come prima scelta in lesioni altamente essudanti in cui non ci sono problematiche di cute fragile, arrossata, macerata. Indicazione di cambio ogni 2-3 giorni.	Lesioni asciutte.	VERDE		GIALLA		
M9002	Film barriera di protezione cutanea in spray 28 ml	BSN MEDICAL srl	CUTIMED PROTECT FILM - BARRIERA PROTETTIVA CUTANEA	72653-01		Medicazione indicata per la cute perilesionale fragile, in particolare quando è necessario favorire l'adesività della medicazione primaria. E' indicata nella prevenzione delle lesioni/irritazioni da incontinenza urinaria e/o fecale, da stomie. Indicato per la protezione della cute perilesionale nel trattamento a pressione negativa. Indicazioni di cambio in base alla medicazione utilizzata.		VERDE	NERA	GIALLA	ROSSA	ROSA

M9002	Spray protettivo a base di acidi grassi essenziali e polinsaturi	B. BRAUN MILANO S.p.A.	LINOVERA 30 ML SPRAY	467933		Indicata per il nutrimento e la protezione della cute perilesionale fragile, aumenta il trofismo cellulare. E' indicata nella prevenzione delle lesioni/irritazioni da attrito. Indicazioni di cambio in base alla medicazione utilizzata.	Impedisce l'adesività delle medicazioni.	VERDE	NERA NERA	GIALLA	ROSSA	ROSA
CND	**Descrizione prodotto con dimensioni**	**Ditta**	**Nome commerciale prodotto**	**REF**	**Medicazioni da sottoporre a percorso autorizzativo**	**Indicazioni d' uso**	**Alert**	**Colore Ulcera**				
M9099	Soluzione salina sterile spray per detersione 240ml	Convatec	IRRICLENS 240 ML - RINGER LATTATO 240 ML	9119		Indicata per la detersione di tutti i tipi di ferite. Riservato a quelle situazioni in cui non è disponibile soluzione fisiologica o acqua potabile in condizioni igienico sanitarie minime garantite.		VERDE		GIALLA	ROSSA	ROSA

Il mezzo più efficace per ridurre la prevalenza e l'incidenza delle UdP è l'identificazione dei soggetti a rischio di sviluppare UdP ed iniziare quindi tempestivamente interventi preventivi.
Tra gli interventi preventivi rientra quello di garantire la riduzione della pressione sui tessuti sia attraverso la pianificazione di cambi posturali sia attraverso l'utilizzo di superfici antidecubito.
La sola scala di Braden "non può considerarsi uno strumento definitivo" per individuare i pazienti a rischio, senza un'accurata valutazione clinico/assistenziale.
Sostanzialmente i principi per ridurre l'insorgenza di UdP sono due: alternare la pressione di contatto ciclicamente oppure scaricare la pressione di appoggio su una superficie più ampia, in modo da alleviare il contatto sulle prominenze ossee.

1. Tipologia di Presidi antidecubito

La fornitura delle superfici presidi antidecubito è divisa in lotti ed a ciascuno di essi corrisponde uno specifico prodotto, fornito dalla ditta che si è aggiudicata il lotto nella gara di appalto.

1.1 Lotti in gara di appalto

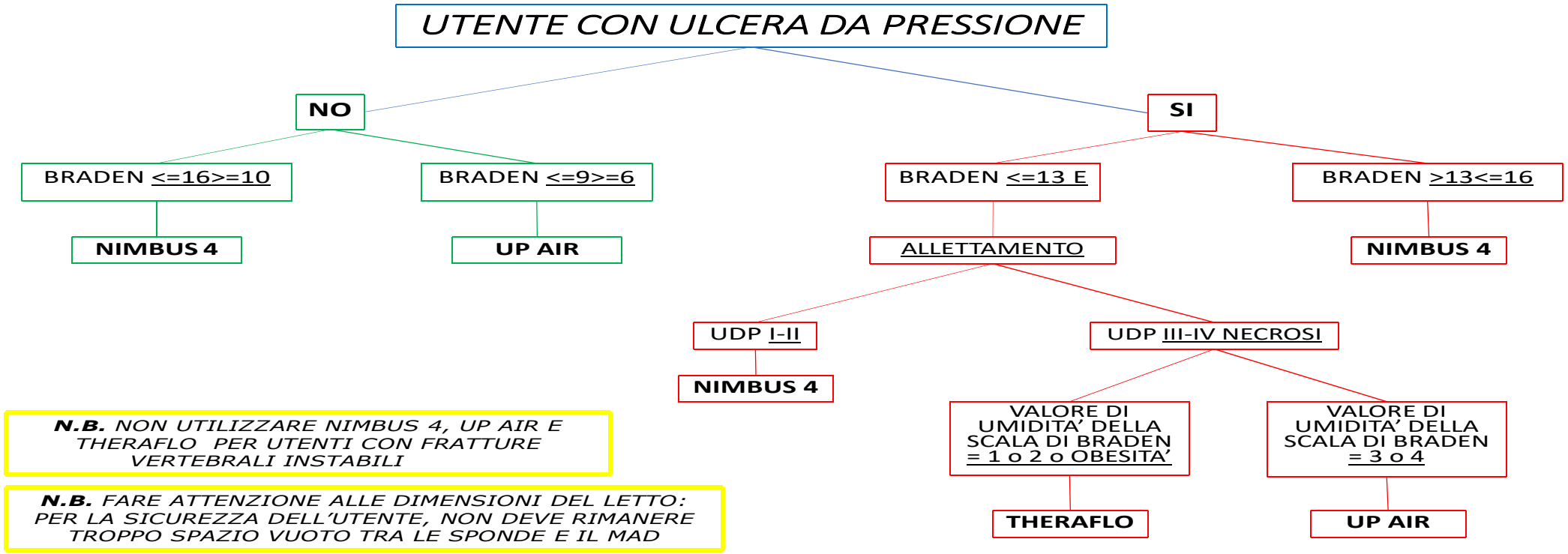
- lotto 1: Dispositivi a Pressione alternata
  - 1 a alto rischio
  - 1 b medio rischio
  - 1 c cuscino
- lotto 2 : Dispositivi a cessione d'aria

1.2 Nome dei presidi antidecubito in relazione ai 2 lotti

- lotto 1 a → Up Air
- lotto 1 b → Nimbus4
- lotto 1 c → Atmos Air
- lotto 2 → Theraflo

2. Scelta del materasso antidecubito (MAD) più idoneo

Dopo aver effettuato la valutazione del rischio di insorgenza Udp con la scala di Braden, si procede alla scelta del materasso antidecubito (MAD) più idoneo, avvalendosi del seguente algoritmo:



3. Modalità operative

L'attivazione, disattivazione e la richiesta di eventuali altri servizi (sanificazione, sostituzione, riparazione, ecc..) avvengono attraverso la piattaforma della ditta. Ogni infermiere dei setting ospedalieri e territoriali deve conoscere ed avere appreso la modalità di gestione del portale relativo ai MAD.

3.1 Modalità di attivazione del MAD

Dopo accertamento infermieristico, valutazione del rischio con scala di BRADEN e giudizio clinico, se utente a rischio si procede con l'attivazione/posizionamento del MAD e scheda di mobilizzazione (vedi allegato 6 Gestione cambi posturali).

Nella cartella dell'utente deve essere documentata l'attivazione e posizionamento del materasso e successiva dismissione.

Il materasso viene tolto dal proprio confezionamento di avvenuta sterilizzazione, posizionato sul letto, connesso alla presa di corrente alla testata del letto, attivato il dispositivo di funzionamento controllando la connessione, la velocità di riempimento di aria, le pressioni del materasso sul display di lettura del motore; si conservano sotto il materasso i sacchi da utilizzare al momento della rimozione..

Per posizionare il MAD utilizzare gli ausili per la movimentazione carichi in presenza di utente allettato.

Sopra la cover del MAD deve essere posizionato solo il lenzuolo di cotone. Non devono essere posizionati (se non temporaneamente o necessità) traverse o altro materiale che compromette la funzione di prevenzione del materasso.

Dopo aver posizionato il MAD questo deve essere attivato dall'infermiere che ha posizionato il materasso attraverso il sito web del fornitore, con nome e cognome o le iniziali dell'utente, il numero nosologico relativo al suo ricovero, il valore della scala di braden; importante segnalare nell'attivazione se il materasso viene attivato per un paziente covid positivo.
Si ricorda che i Mad non possono essere attivati telefonicamente, ad esclusione di guasti della rete informatica.

3.2 Modalità di disattivazione dei MAD

Alla dimissione del paziente o decesso, il MAD viene riposto nel sacco contenitore di colore giallo per la sicurezza igienica, che si trova sotto il materasso, e il motore viene inserito nel proprio involucro; entrambi saranno allocati nel locale "MAD usati", in attesa del ritiro da parte della ditta.

Contestualmente deve essere effettuata la dismissione nel portale della ditta, che genera in automatico la richiesta del ritiro del MAD utilizzato.
I Mad utilizzati per i pazienti Covid vengono confezionati per il ritiro con doppio sacco giallo fornito dalla ditta; il doppio sacco deve essere richiesto direttamente al tecnico che effettua consegne/ritiri o alla ditta a mezzo email.

3.3 Andamento e controllo dell'uso dei Presidi antidecubito
L'infermiere coordinatore in base all'andamento ed alle indicazioni di budget sui MAD controlla le dotazioni, l'utilizzo e l'appropriatezza dei presidi antidecubito, anche con controlli a campione (es.: MAD utilizzati e utenti a rischio).

3.4 Modalità conservazione
I setting assistenziali con MAD nella formula di Stand by devono individuare uno spazio/locale dove custodire i materassi puliti. In tale spazio/locale avviene il rifornimento, secondo quanto concordato nei vari presidi ospedalieri o territoriali.

3.5 Modalità di trasferimento dei pazienti e dei MAD
In caso di trasferimento di utente in altro reparto, si può procedere in due modi:
1. trasferire il paziente e il MAD che sta già utilizzando e registrare il trasferimento sulla piattaforma della ditta, indicando il nuovo setting;
2. effettuare la dismissione nella piattaforma della ditta e confezionare il MAD per il ritiro; nel nuovo setting, previa rivalutazione, se necessario si potrà procedere all'attivazione di un nuovo MAD.

3.6 MAD domiciliare
a prescrizione del MAD domiciliare è indicata dal fisiatra, l'individuazione della tipologia come da algoritmo.
Per l'attivazione del MAD domiciliare nella piattaforma è necessario specificare se l'utente ha diritto ad agevolazioni (IVA agevolata del 4% per le gravi disabilità, attraverso la verifica del possesso della certificazione di invalidità per handicap grave permanente > 97%).
Per ogni utente domiciliare è possibile richiedere nella piattaforma una sospensione del noleggio per una volta per massimo 10 giorni, nel caso in cui l'utente si assenti dal proprio domicilio per ricovero; qualora il noleggio non sia riattivato entro 10 giorni, lo stesso è riattivato in automatico dalla piattaforma.
Al fine di un corretto monitoraggio dei MAD domiciliari, l'infermiere delle cure domiciliari deve seguire regolarmente nel tempo gli utenti a cui è stato attivato il MAD e trasmettere ogni variazione al proprio infermiere coordinatore territoriale, che deve aggiornare i dati nella piattaforma.
Il parente / care giver / operatore sanitario devono collaborare con i tecnici della ditta appaltatrice in occasione della manutenzione e sanificazione dei MAD che deve avvenire come da capitolato con cadenza almeno semestrale.

Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana	**Ulcere da pressione correlate all'utilizzo di dispositivi medici**	All 12 Rev. 0 Pubblicato il 23/03/2022 Prescrittivo dal 07/04/2022 Pag. 1 di 1

Per quanto riguarda il rischio di Ulcere da Pressione correlate all'utilizzo di dispositivi medici (device), come ad esempio catetere vescicale, Catetere venoso, Sondino naso gastrico, CPAP, ecc… è necessario considerare sia gli individui adulti che pediatrici portatori di tali dispositivi, a rischio di ulcera da pressione. Si raccomanda di accertarsi che le dimensioni del dispositivo medico siano idonee e si adattino in modo appropriato per evitare un'eccessiva pressione.
E' necessario applicare tutti i dispositivi medici seguendo le specifiche indicazioni del produttore ed accertarsi che siano fissati in modo sufficiente per evitarne la dislocazione senza creare ulteriore pressione.
In situazioni particolari in cui il semplice riposizionamento non allevia la pressione, è importante non crearne ulteriormente collocando un numero eccessivo di medicazioni sotto i dispositivi che sono molto aderenti.
Le ulcere correlate a dispositivi medici devono essere classificate utilizzando il Sistema di Classificazione Internazionale delle ulcere da pressione NPUAP, fatta eccezione per le ulcere da pressione localizzate sulle mucose.
E' fondamentale educare l'utente portatore di un dispositivo medico in ambito territoriale/domiciliare e i suoi caregivers a effettuare ispezioni periodiche della cute.
Si raccomanda di rimuovere i dispositivi medici che sono potenziali fonti di pressione, appena ciò sia clinicamente possibile.
E' importante mantenere la cute al di sotto dei dispositivi medici pulita ed asciutta, poiché l'umidità trattenuta al di sotto crea un ambiente in cui la cute è più vulnerabile alle alterazioni della sua integrità, comprese dermatiti irritative e ulcerazioni.
E' necessario riposizionare il soggetto e/o il dispositivo medico per ridistribuire la pressione e diminuire le forze di taglio. Non posizionare il soggetto direttamente su un dispositivo medico a meno che non sia possibile evitarlo (documentare). Quando possibile ruotare o riposizionare il dispositivo medico e valutare l'utilizzo di una medicazione profilattica per prevenire le ulcere da pressione correlate ai dispositivi medici. Nella scelta della medicazione preventiva, considerare: la capacità della medicazione di gestire l'umidità e il microclima, soprattutto se essa viene utilizzata con un dispositivo medico che potrebbe essere in contatto con i fluidi corporei/drenaggio (ad esempio PEG); facilità di applicazione e rimozione; capacità di consentire la valutazione periodica della condizione della cute; spessore della medicazione sotto dispositivi molto aderenti; posizione anatomica del dispositivo medico; tipo/finalità del dispositivo medico.
E' fondamentale selezionare una medicazione che sia appropriata sia per il soggetto che per l'uso clinici che se ne fa.

SST Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana	**ASPETTI RELATIVI ALLA GESTIONE DEI PAZIENTI CHE NON HANNO ASPETTATIVE DI GUARIGIONE**	All 13 Rev. 0 Pubblicato il 23/03/2022 Prescrittivo dal 07/04/2022 Pag. 1 di 1

Per alcune persone (ad esempio quelle molto anziane, coloro con quadri clinici complessi, i pazienti in fase avanzata o terminale di malattia, ecc…), la guarigione di un'ulcera da pressione potrebbe non essere un obiettivo raggiungibile realistico. Ai familiari e al diretto interessato occorre prospettare scenari realistici. La guarigione di un'ulcera da pressione di 2 categoria/stadio richiede solo poche settimane, mentre per la riparazione di un'ulcera da pressione a tutto spessore non complicate generalmente occorrono diverse settimane se non mesi, con una corretta alimentazione, ridistribuzione della pressione e cura locale, ma questa tipologia di pazienti potrebbe non avere un'aspettativa di vita sufficiente per portare a termine la guarigione.

Si deve considerare con molta attenzione quali interventi sono appropriati, perché la maggior parte di essi sono probabilmente dolorosi, fonte di angoscia, o dispendiosi in termine di tempo e di soldi. Il trattamento deve essere realistico e accettato dal paziente e dai caregiver. Se il trattamento non promuove la qualità della vita e un senso di benessere, dovrebbe essere modificato. Pochi trattamenti sono assoluti.

Deve essere considerato il wound care palliativo, che si definisce come un approccio olistico e integrato che comprende e coniuga la gestione dei sintomi correlati all'ulcera e il miglioramento del benessere psicosociale, mediante l'adozione di un approccio multidisciplinare, al fine di indirizzare obiettivi incentrati sul paziente/familiari.

Tra gli obiettivi del wound care palliativo sono inclusi: controllo del dolore, mantenimento della qulaità di vita, controllo dell'odore, preferenze del paziente e prevenzione di complicanze quali infezione, sanguinamento e peggioramento della categoria/stadio dell'ulcera da pressione.

Applicare le indicazioni riportate dal protocollo per almeno 4 settimane: se l'ulcera da pressione non mostra segni di progressione verso la guarigione, deve essere considerato l'utilizzo di medicazioni che permettano, mantenendo i criteri di appropriatezza, un buon rapporto costo-beneficio (ad esempio garza a bassa aderenza).

La medicazione è ritenuta una componente centrale nella cura delle ulcere da pressione, tuttavia – come illustrato il suo utilizzo deve essere contestualizzato all'interno di un approccio che consideri il paziente nella sua interezza e globalità.
Se infatti l'applicazione di una medicazione appropriata contribuisce a ottimizzare il microambiente di guarigione della ferita, supportando localmente il processo di riparazione tessutale, è innegabile che anche il prodotto più avanzato e sofisticato non potrà portare una lesione cutanea alla chiusura se in contemporanea non si agisce anche sul fronte del trattamento delle cause che sono alla base del danno tessutale, così come della gestione degli aspetti relativi allo stato di salute generale del paziente, in linea con le indicazioni proposte dal paradigma della Preparazione del Letto della Ferita – Wound Bed Preparation (WBP).

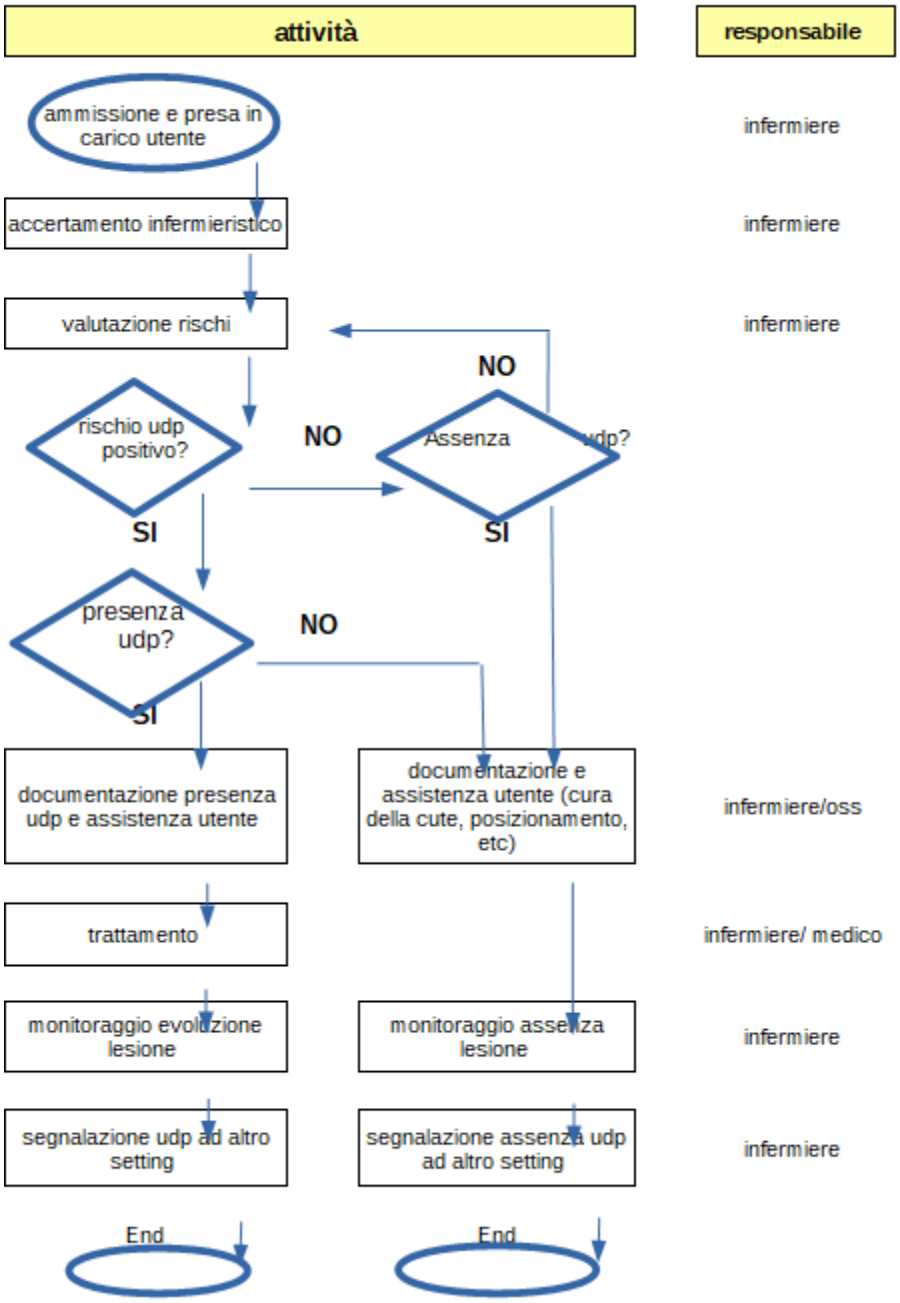
La preparazione del letto della ferita o Wound Bed Preparation (WBP), ha assunto un ruolo determinante nella cura delle lesioni cutanee.
Per poter applicare nella pratica clinica il concetto di preparazione del letto della ferita, l'International Wound Bed Preparation Advisory Board, ha introdotto l'acronimo TIME, per definire quali sono i componenti fondamentali da considerare. Il TIME è una struttura dinamica atta ad individuare 4 aree cliniche che devono essere prese in considerazione nella preparazione del letto della ferita e che corrispondono ad anomalie fisiopatologiche la cui correzione facilita il processo fisiologico di guarigione. L'acronimo TIME, ovvero Tissue, Infection or Inflammation, Moisture imbalance, Epidermal margin, è una guida pratica e dinamica che ha lo scopo di focalizzare l'attenzione sui principi della Wound Bed Preparation (WBP).
L'utilizzo del TIME consente all'operatore di seguire uno schema che permette di: osservare il letto della lesione, individuare gli elementi da correggere attraverso la valutazione di segni clinici, definire gli interventi più appropriati che portino a rimuovere le barriere che ostacolano la guarigione, scegliere e valutare l'efficacia di eventuali misure terapeutiche.

Osservazioni cliniche	Presunta patofisiologia	WBP - Interventi clinici	WBP - Effetti degli interventi clinici	Risultati clinici
Tessuto necrotico o devitalizzato	Difetto della matrice e residui cellulari sono di ostacolo alla guarigione	Debridement (occasionale o di mantenimento) • chirurgico, enzimatico, autolitico, meccanico o biologico	Fondo della lesione deterso e ripristinata funzionalità delle proteine della matrice extracellulare	Fondo della lesione vitale
Infezione o infiammazione	*Elevata carica batterica o infiammazione prolungata* ↑ citochine proinfiammatorie ↑ attività proteasica ↓ attività dei fattori di crescita	*Rimozione dei foci infetti: terapia locale/sistemica* • antimicrobici • antinfiammatori • inibitori della proteasi	*Riduzione della carica batterica o controllo dell'infiammazione* ↓ citochine proinfiammatorie ↓ attività proteasica ↑ attività dei fattori di crescita	Controllo dell'infezione e dell'infiammazione
Macerazione o secchezza - squilibrio dei fluidi	Secchezza: lenta migrazione delle cellule epiteliali Essudato in eccesso: macerazione dei margini della ferita	Applicazione di medicazioni avanzate per favorire il giusto grado di umidità Bendaggio compressivo, pressione negativa o altri metodi per rimuovere l'eccesso di essudato	Ripristinata migrazione delle cellule epiteliali; secchezza evitata Riduzione dell'edema, controllo dell'eccesso di essudato; macerazione evitata	Bilancio dei fluidi (essudato)
Epidermide - margini non proliferativi o sottominati	Cheratinociti non migranti Cellule non responsive e anormalità nell'attività delle proteasi	Riaccertare le cause o considerare terapie correttive • debridement • innesti cutanei • terapie di supporto	Migrazione dei cheratinociti e presenza di cellule responsive Ripristino di un appropriato profilo delle proteasi	Margini epiteliali in attiva proliferazione

Occorre dare risalto al fatto che, nel caso in cui una UdP non mostri progressi verso la guarigione entro 4 settimane (o come previsto, viste le condizioni generali del soggetto e l'attitudine alla guarigione), non c'è l'indicazione a cambiare tipo di medicazione ma la raccomandazione di rivalutare in team l'individuo, l'UdP e il piano di cura.

Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana	**Flow chart** **Prevenzione e trattamento UdP**	All. 15 Rev. 0 Pubblicato il 23/03/2022 Prescrittivo dal 07/04/2022 Pag. 1 di 1

FLOW CHART – PREVENZIONE E TRATTAMENTO UdP



.