SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Direzione Medica Ospedaliera DAPS	REGIONE LAZIO
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (LdP) Recepimento del DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (LdP) - Determinazione Regione Lazio n. G05584/27.04.2018	Rev. 00 Pag. 1 di 19

Data REDAZIONE gg:mm:aa	Data prevista REVISIONE	Firma Componenti GdL UOSD Risk Management e Qualità UOC Direzione Medica Ospedaliera DAPS	VERIFICA UOSD Risk Management e Qualità	APPROVATO Direttore Sanitario Aziendale
25/09/19	2 anni (o prima per sopraggiunte esigenze di revisione)	UOSD Risk Management e Qualità UOSD Risk Management e Qualità UOC Direzione Medica Ospedaliera DAPS		

INDICE

1.0	Introduzione e razionale dell'attività	2
2.0	Ambiti di applicazione	3
3.0	Definizione	3
4.0	Modello teorico di riferimento	3
	PERCORSO A – GESTIONE DEL PAZIENTE NON A RISCHIO DI LdP	
5.0	FASE 1: Valutazione del paziente	6
	PERCORSO B – GESTIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO DI LdP	
6.0	FASE 1: Valutazione del paziente	7
7.0	FASE 2: Elaborazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI)	8
	PERCORSO C – GESTIONE DEL PAZIENTE CON LdP	
8.0	FASE 1: Valutazione del paziente	10
8.1	*Valutazione del DOLORE*	10
9.0	FASE 2: Elaborazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI)	11
10.0	FASE 3: Gestione della LdP	11
11.0	MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	14
12.0	INDICATORI	15
13.0	Riferimenti bibliografici, normativi e sitografici	17
	Allegati	19

1.0 - INTRODUZIONE E RAZIONALE DELL'ATTIVITA'

Le lesioni da pressione (di seguito LdP) rappresentano un importante problema per le organizzazioni sanitarie da un punto di vista sia epidemiologico che clinico, in quanto influiscono pesantemente sulla qualità della vita dei pazienti che ne sono affetti fino a minacciarne la stessa sopravvivenza. La genesi delle LdP è multifattoriale e, in ragione del fatto che la loro incidenza aumenta nei soggetti affetti da patologie che compromettono la funzionalità neuromotoria e nei soggetti anziani allettati, la prevalenza del fenomeno è destinata a crescere in ragione dei mutamenti demografici della società.

Non secondario il loro impatto economico, sia in ambito domiciliare che in regime di ricovero, a causa del notevole impegno gestionale necessario per un corretto trattamento.

Da un punto di vista di gestione del rischio clinico, inoltre, le LdP rappresentano un importante indicatore della qualità dell'assistenza, in quanto si tratta di una condizione potenzialmente prevedibile e prevenibile.

Questo documento contiene indicazioni proattive e reattive essenziali per il supporto decisionale nella prevenzione e nel trattamento dell'evento avverso LdP in età adulta nelle Strutture Sanitarie della ASL di Rieti anche al fine di delineare un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) specifico sulle LdP.

2.0 - AMBITI DI APPLICAZIONE

A CHI	La Procedura è rivolta a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza di pazienti potenzialmente a rischio di sviluppare o portatori di LdP
DOVE	La Procedura interessa tutte le strutture della ASL di Rieti erogatrici di assistenza a pazienti potenzialmente a rischio di sviluppare o portatori di LdP
PER CHI	La Procedura è a tutela di tutti i pazienti potenzialmente a rischio di sviluppare o portatori di LdP nelle fasi di accettazione, ricovero e dimissione

3.0 - DEFINIZIONE

Lesione da pressione (LdP): la lesione da pressione (LdP) è un'area localizzata di danno della cute e/o dei tessuti cutanei dovuto all'occlusione del flusso ematico capillare causato da forze di pressione, o dalla pressione combinata con altri fattori come trazione, frizione, e umidità, che si forma normalmente in corrispondenza di prominenze ossee La LdP è classificata in stadi rispetto alla sua gravità.

4.0 MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

Per la redazione della Procedura è stato adottato il modello definito ad "acquedotto romano" (FIG. 1), composto da colonne e archi, come di seguito definito (LLGG Regionali 2018):

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

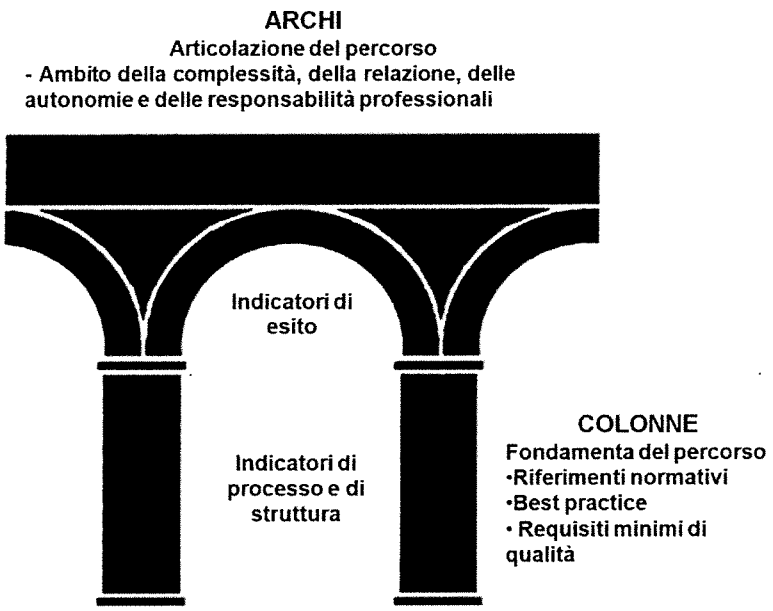


FIG. 1 - MODELLO ACQUEDOTTO ROMANO

Sono state individuate tre categorie di indicatori di monitoraggio di sistema:

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

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

Percorso A: Gestione del paziente **non a rischio** di LdP
Percorso B: Gestione del paziente **a rischio** di LdP
Percorso C: Gestione del paziente **portatore** di LdP

All'interno dei percorsi sono state definite le seguenti fasi (corrispondenti alle colonne del modello):

FASE 1	FASE 2	FASE 3
Valutazione del paziente	Elaborazione del piano di assistenza individuale	Gestione della LdP

E' opportuno sottolineare che le tre fasi rappresentano momenti diversi di un unico processo assistenziale, strettamente collegate fra loro. È evidente che la fase di valutazione del paziente è comune a tutti i percorsi, mentre le fasi successive sono specifiche rispettivamente per il percorso B e C, (FIG. 2).

Per ogni fase del processo la Procedura definisce un set di indicatori che è da considerarsi il livello obbligatorio minimo per dare evidenza documentale del percorso assistenziale relativo alle LdP.

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

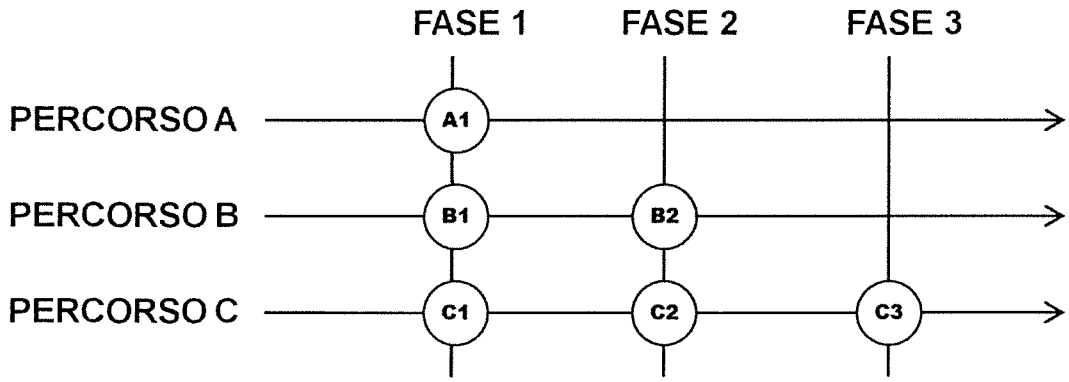


FIG. 2 - Articolazione di percorsi e fasi del processo

PERCORSO A
GESTIONE DEL PAZIENTE NON A RISCHIO LdP

Si intende per **paziente non a rischio di LdP** il soggetto che al momento del ricovero non presenta condizioni generali e/o specifiche che possano causare o contribuire al verificarsi di un danno cutaneo da pressione.

5.0 FASE 1: VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

FASE 1	FASE 2	FASE 3
Valutazione del paziente	Elaborazione del piano di assistenza individuale	Gestione della LdP

La valutazione del paziente è il primo passo per una corretta prevenzione. Pur potendo considerare come **non a rischio** tutti i pazienti autonomi e deambulanti (ad esempio: donne ospedalizzate per il parto, pazienti psichiatrici senza limiti funzionali), al fine di dare opportuna evidenza a questa fase è necessario utilizzare anche in questi casi strumenti validati per valutare il rischio di insorgenza di LdP. Tali strumenti sono complementari e non sostitutivi del giudizio clinico dei professionisti, per cui il loro utilizzo deve essere sempre accompagnato da una completa valutazione della cute e delle condizioni generali del paziente. Nelle strutture della ASL di Rieti è adottata la Scala di Braden (*Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk* – All. 1).

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

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

Il Percorso A) si conclude con:

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

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

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

Indicatori di processo minimi richiesti

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

In caso di dimissione: attestazione dell'assenza di LdP nella lettera di dimissione

PERCORSO B
GESTIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO DI LdP

Si intende per **paziente a rischio di LdP** il soggetto che al ricovero o durante la degenza presenti o sviluppi condizioni cliniche che possano causare o contribuire allo sviluppo di una LdP. Sono inclusi in questo percorso tutti i pazienti non appartenenti al Percorso A o che, pur appartenendo inizialmente al percorso A, hanno modificato il profilo di rischio individuale per LdP.

Sono da intendersi pazienti a rischio di insorgenza di LdP:

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

6.0 FASE 1: VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

FASE 1	FASE 2	FASE 3
Valutazione del paziente	**Elaborazione del piano di assistenza individuale**	**Gestione della LdP**

Gli strumenti e le modalità per valutare il rischio di insorgenza di LdP sono le medesime del Percorso A.

7.0 FASE 2: ELABORAZIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE

FASE 1	**FASE 2**	FASE 3
Valutazione del paziente	**Elaborazione del piano di assistenza individuale**	Gestione della LdP

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

1. Ispezione periodica e frequente della cute per individuare precocemente aree di rossore, in particolare se tale rossore non è reversibile alla digitopressione. Nei soggetti con pelle scura considerare la temperatura cutanea, l'edema e/o variazioni della consistenza della cute rispetto al tessuto circostante.
2. Valutazione dello stato nutrizionale il quale riveste un ruolo determinante nello sviluppo di LdP.
3. Valutare il grado di autonomia nella mobilizzazione in quanto l'immobilità e l'inattività sono fra i principali fattori causali dell'insorgenza di LdP. Nei soggetti costretti al letto è importante avviare, ove possibile, una precoce riabilitazione motoria attiva e/o passiva. La mobilizzazione deve essere definita nei modi e negli orari.
4. Considerare l'utilizzo di dispositivi antidecubito atti a ridurre o scaricare la pressione esercitata sulla cute dalla superficie di contatto. Si richiama l'attenzione sulla necessità di assicurare lo scaricamento delle pressioni sia nella posizione supina che in quella seduta.

Particolare attenzione deve essere posta alla prevenzione delle LdP ai talloni, garantendo il galleggiamento del piede ovvero il completo scarico della pressione.

Del piano di assistenza individuale deve essere prodotta opportuna evidenza nella documentazione clinico-assistenziale del paziente.
In caso di trasferimento (intra- o interospedaliero) o di dimissione occorre che nella documentazione clinica (richiesta o lettera di trasferimento, lettera di dimissione) sia specificato quanto segue:

a. fattori di rischio identificati;
b. condizioni della cute al momento del trasferimento/dimissione;
c. indicazione della necessità di un presidio preventivo per ridurre la pressione sui punti di appoggio e/o della necessità di un eventuale supporto terapeutico e/o nutrizionale.

Il Percorso B) si conclude con:

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

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

1. **Piano di assistenza individuale**
2. **Attestazione del livello di rischio per LdP**

Per i pazienti che rimangono nel percorso B: attestazione dell'assenza di LdP nella documentazione relativa al trasferimento (intra- o interospedaliero) e alla dimissione del paziente.

Indicatori di processo minimi richiesti

- ✓ **Presenza nella documentazione sanitaria della scala di valutazione utilizzata per la valutazione del rischio LdP. La valutazione deve essere ripetuta con cadenza settimanale o al variare delle condizioni clinico-assistenziali del paziente.**
- ✓ **Presenza nella documentazione sanitaria del piano di assistenza individuale.**
- ✓ **In caso di trasferimento inter- o intraospedaliero: presenza nella documentazione sanitaria (richiesta o lettera di trasferimento) di attestazione dell'assenza di LdP specificando le condizioni della cute, eventuali necessità clinico-assistenziali del paziente.**
- ✓ **In caso di dimissione: attestazione nella lettera di dimissione dell'assenza di LdP specificando le condizioni della cute, eventuali necessità clinico-assistenziali del paziente.**

PERCORSO C
GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI LdP

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

8.0 FASE 1: VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

FASE 1
Valutazione del paziente

FASE 2
Elaborazione del piano di assistenza individuale

FASE 3
Gestione della LdP

La fase di valutazione del paziente non differisce da quanto esposto nel Percorso A. È evidente, tuttavia, che nel caso di un paziente che presenti al ricovero una LdP o la sviluppi nel corso della degenza, la valutazione dovrà tener conto non solo delle LdP attive ma anche di tutte le aree cutanee potenzialmente a rischio di progressione verso l'insorgenza di LdP.
In questa fase può essere coinvolto il CASE MANAGER.

Le lesioni da pressione dovrebbero essere sottoposte ad una prima valutazione al momento della loro comparsa o al momento della presa in carico del soggetto. La valutazione deve essere ripetuta con cadenza almeno settimanale o al variare delle condizioni della lesione o di quelle clinico-assistenziali del paziente.

8.1 Valutazione del dolore

Il dolore è un parametro vitale che, nel paziente portatore di LdP, deve essere valutato prendendo in considerazione aspetti sia quantitativi che qualitativi. Tale valutazione deve essere condotta anche nei pazienti non in grado di comunicare il proprio disagio come, ad esempio, nel caso di decadimento delle capacità cognitive.

Sono molti gli strumenti a disposizione ormai ampiamente validati sulla base dei criteri di validità, sensibilità e affidabilità. Per la semplicità di utilizzo, il poco tempo richiesto per la somministrazione e la comprensibilità per i pazienti, è utilizzata la scala modello VAS/NRS (all. 4). Valuta il dolore con una scala analogico/numerica da zero a dieci, in cui lo zero rappresenta l'assenza di dolore e il dieci il massimo dolore possibile.

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

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

9.0 FASE 2: ELABORAZIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE

FASE 1	FASE 2	FASE 3
Valutazione del paziente	**Elaborazione del piano di assistenza individuale**	Gestione della LdP

L'elaborazione del piano di assistenza individuale nei pazienti portatori di LdP, pur non differendo metodologicamente da quanto esposto nel Percorso B, si pone come obiettivo prioritario la prevenzione della evoluzione peggiorativa delle LdP già presenti nonché delle eventuali altre aree cutanee potenzialmente a rischio di progressione verso l'insorgenza di LdP. Particolare attenzione dovrà essere posta nell'**evitare**, ove possibile**, di posizionare il paziente su LdP già presenti**.
Nella elaborazione del PAI valutare la congruità del trattamento sistemico del paziente al fine di prevenire l'insorgenza di nuove LdP e/o il peggioramento di LdP già esistenti per cause metabolico/nutrizionali.

10.0 FASE 3: GESTIONE DELLA LdP

FASE 1	FASE 2	FASE 3
Valutazione del paziente	Elaborazione del piano di assistenza individuale	**Gestione della LdP**

Per la corretta gestione di un paziente portatore di LdP è fondamentale procedere alle seguenti attività, di cui va data opportuna evidenza nella documentazione sanitaria:

1. Procedere a una stadiazione della LdP secondo il sistema internazionale NPUAP/EPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel* – Allegato n. 3).

NB: lo strumento di stadiazione non offre indicazioni sul trattamento della lesione e non indica l'evoluzione dei processi riparativi tissutali.

2. Valutare le lesioni determinando le seguenti caratteristiche:
    a. sede
    b. dimensioni (lunghezza, larghezza e profondità)
    c. presenza di tratti sottominati
    d. presenza di fistole
    e. tipo di tessuto presente (di granulazione, necrotico, fibrinoso ecc.)
    f. quantità e tipo di essudato
    g. odore
    h. margini
    i. presenta di aree di riepitelizzazione
    j. presenza e intensità del dolore
3. Valutare la cute perilesionale (almeno fino a 10-12 cm dal margine) per verificare la presenza di:
    a. eritema
    b. macerazione
    c. indurimento
    d. edema.

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

4. Prevenire/trattare eventuali infezioni delle LdP, in caso di Germ Alert il Case Manager e l'Infermiere AICA adotteranno le opportune misure di sorveglianza di cui dare opportuna evidenza sulla documentazione sanitaria.

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

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

Il Percorso C) si conclude con:

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

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

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

Indicatori di processo minimi suggeriti

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

11.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

		ATTIVITA'	Infermiere	medico	coord. Inf.	case manager
PERCORSO A	FASE 1	valutazione - braden	R			
		LETTERA dimissioni / trasferimenti		R		
PERCORSO B	FASE 1	valutazione - braden	R			
		attivazione prevenzione con presidi	R			
		rivalutazione a 7 gg	R			
	FASE 2	redazione PAI	R			
		LETTERA dimissioni / trasferimenti		R		
PERCORSO C	FASE 1	valutazione - braden	R			
		Valutazione clinica LdP	R			
		richiesta intervento CASE MANAGER (1)	R			
		valutazione specialistica (3)				R
		valutazione DOLORE	R			
	FASE 2	redazione PAI (2)	R			
	FASE 3	stadiazione NPUAP LdP (4)	R			
		MEDICAZIONI ordinarie	R			
		MEDICAZIONI complesse				R
		RICHIESTA CONSULENZE SPECIALISTICHE (3)		R		
		LETTERA dimissioni / trasferimenti		R		

(1) la richiesta è prevista per i casi complessi a discrezione dell'infermiere curante

(2) la redazione del PAI, nel caso di situazioni vulnologiche di particolare complessità può essere condiviso con il Case manager

(3) richiesta di eventuali videat chirurgici, nutrizionistici, angiologici

(4) eventuale rivalutazione condivisa con il Case Manager

12.0 INDICATORI

			INDICATORI		
			STRUTTURA	PROCESSO	ESITO
SEZIONE PROATTIVA	PERCORSO A GESTIONE DEL PAZIENTE NON A RISCHIO DI LdP	FASE 1 (*) VALUTAZIONE DEL PAZIENTE	Presenza della scheda di valutazione rischio ldp (scala braden)	Corretta valutazione del rischio di ldp Attestazione assenza/presenza ldp nella documentazione sanitaria e nella lettera di dimissione	% di soggetti con Lesione stratificato per RISCHIO LdP Pazienti con LdP / Pazienti con BRADEN ≥16 % (valore atteso = 0%) Pazienti con LdP / Pazienti con BRADEN <16 valore %
	PERCORSO B GESTIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO DI LdP	FASE 2 (**) ELABORAZIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE (PAI)	Disponibilita' / presenza di presidi antidecubito	Elaborazione PAI con evidenza di valutazione nutrizionale, stato di idratazione, ispezione cutanea periodica e mobilizzazione passiva coerente con il grado di rischio ldp del paziente	
			Presenza scheda mobilizzazione		

(*) Valido per il PERCORSO A e il PERCORSO B
(**) Valido solo per il PERCORSO B

			INDICATORI		
			STRUTTURA	PROCESSO	ESITO
SEZIONE REATTIVA	PERCORSO C GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI LdP	FASE 1 VALUTAZIONE DEL PAZIENTE	Presenza della scheda di valutazione del rischio di ldp (scala braden) Presenza dei presidi antidecubito	Corretta valutazione del rischio di ldp Attestazione assenza/presenza ldp nella lettera di dimissione	% di soggetti con Lesione stratificato per rischio LdP Pazienti con Ld>P / Pazienti con BRADEN ≥16 % (valore atteso = 0%) Pazienti con LdP / Pazienti con BRADEN <16 %
			Presenza della scheda valutazione del dolore	Monitoraggio del dolore; elaborazione PAI con evidenza di valutazione nutrizionale, stato di idratazione, ispezione cutanea periodica e mobilizzazione passiva coerente con il grado di rischio ldp del paziente	
				Eventuale coinvolgimento del case manager	
		FASE 2 ELABORAZIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE (PAI)		Evidenza in documentazione sanitaria di valutazione quotidiana ldp e stato cutaneo limitrofo	
		FASE 3 GESTIONE DELLA LdP	Presenza scheda stadiazione ldp	Valutazione nutrizionale; ispezione periodica e frequente; mobilizzazione	
			Presenza scheda trattamento ldp	Richieste consulenze specialistiche	

13.0 RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

1. Musolino M, Sabatelli G, Guzzo AS, Silvestri A, Veneziano M, Di Lallo D. Documento di Indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP) - Determinazione Regione Lazio n. G05584/27.04.2018 -
2. Australian Wound Management Association. Pan Pacific Clinical Practice Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury. Cambridge Media Osborne Park, WA: 2012
3. Beldon P. Pressure ulcers: prevention and management. Wound Essentials 2006, 1: 68-81
4. Bernabei R, Manes-Gravina E, Mammarella F, Review Epidemiologia delle piaghe da decubito. G Gerontol 2011; 59:237-243
5. Bonadeo P, Marazzi M, Masina M, Ricci E, Romanelli M. Wound Bed Preparation: evoluzione della pratica clinica secondo i principi del TIME. 2004 Aretrè
6. Carnali M, D'Elia MD, Failla G, Ligresti C, Petrella F, Paggi B. TIMECare™: un approccio dinamico e interattivo per affrontare le sfide del wound care. Acta Vuln, 2010; 8(4)
7. Caula C, Apostoli A. Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche. Maggioli Editore 2010; 6:83
8. Clark M, Schols J, et al. Pressure ulcers and nutrition: a new European guideline. Journal of Wound Care 2004 13:7, 267-272
9. Costardi D, Rozzini L, et al. The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2007; 44(2):175-80
10. De Laat E.H.E.W, Schoonhoven L, et al. Epidemiology, risk and prevention of pressure ulcers in critically ill patients: a literature review. Journal of Wound Care 2006 15:6, 269-275
11. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd, 2004
12. Gottrup F, Apelqvist J, Price E. Outcomes in control- led and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. J Wound Care 2010; 19:237- 68
13. Houwing R, Rozendaal M, Wouters-Wesseling W, et al. A randomised, double-blind assessment of the effect of nutritional supplementation on the prevention of pressure ulcers in hip-fracture patients. Clin Nutr 2003; 22: 4, 401- 405
14. Legge 15 marzo 2010 n. 38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010).
15. Ligresti C., Bo F. Oltre il 'Falanga TIME' nella Wound Bed Preparation delle ferite difficili. Wound Care Times, Anno IV, Numero 2– Agosto, 2006
16. Linee Guida Prevenzione e Trattamento delle lesioni da pressione. Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi - Azienda USL di Bologna, 2010
17. M Briggs M, Torra i Bou JE. Guida al contenimento del dolore in sede di cambio della medicazione. Documento di posizionamento EWMA: Il dolore in sede di cambio della medicazione .2002: 12-17

18. Moffatt CJ, Franks PJ, Hollinworth H. Studio sul dolore e i traumi sofferti durante il trattamento delle lesioni cutanee . Documento di posizionamento EWMA: Il dolore in sede di cambio della medicazione 2002: 2-7
19. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014
20. NICE Clinical Guideline 2005, developed by the Royal College of Nursing. The prevention and treatment of pressure ulcers (CG29)
21. NICE Clinical Guideline 2014. Pressure ulcers: prevention and management (CG179)
22. Pieper B, et al. Pressure ulcer pain: a systematic literature review and national pressure ulcer advisory panel white paper. Ostomy Wound Manage 2009; 55: 16-31
23. Polignano R, Scarsella P, Scalise A, Mattaliano V; Mosti G. Il dolore al dressing change: nuove possibilità terapeutiche. Helios 2006; 2 : 4 – 10
24. Registered Nurses' Association of Ontario. Clinical Best Practice Guidelines: Assessment and Management of Pain (3rd ed.). 2013, Toronto
25. Romanelli M et al. The role of wound bed preparation in managing chronic pressure ulcers. J Wound Care 2002; 11: 8 Romanelli M. Pain at wound dressing changes. Position Document EWMA, MEP Ltd, 2002
26. Romanelli M. Wound Bed Preparation: Approccio sistematico al trattamento delle lesioni cutanee. Aretre 2003
27. Salvia A, Scognamiglio U, et al. Cartella clinica nutrizionale: gestione della nutrizione del paziente in ospedale e prevenzione delle infezioni ad essa correlate. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/42)
28. Storti M, Bertozzo E, et al. The measurement of pain in patients with dementia: a review of the most appropriate tools. Revisione. Recenti Progressi in Medicina 2014; 105 (2)
29. Storti M, Dal Santo P, Zanolin ME. Confronto fra due scale di valutazione del dolore in pazienti ospedalizzati affetti da grave demenza e non verbalizzanti. Prof Inferm. 2009; 61(4):210-15
30. Toma E. La valutazione del paziente portatore di lesioni cutanee – Fascicolo Toven Wound Care dedicato. Youcanprint 2017; ISBN: 978-88-92675-88-9 Ulcers Pressure: http://www.wounds-uk.com/quick-search.php?searchtext=Pressure%20Ulcers
31. EPUAP / NPUAP (2009) Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. http://www.epuap.org/guidelines
32. Quick Guide: Times Model of wound bed preparation http://www.wounds-uk.com/quick-guides/quick-guide-times-model-of-wound-bed-preparation
33. How to guide: Pressure ulcer management http://www.wounds-uk.com/how-to-guides/how-to-guide-pressure-ulcer-management
34. SNLG-Regioni – Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento http://www.regione.toscana.it/documents/10180/320308/Ulcere+da+pressione/

ALLEGATI

ALLEGATO 1: Scala Braden
ALLEGATO 2: Scheda di Valutazione dello Stato cutaneo
ALLEGATO 3: Sistema internazionale di classificazione delle ulcere da pressione secondo NUPUAP/EPUAP
ALLEGATO 4: Modulo valutazione e trattamento del dolore
ALLEGATO 5: Scheda di mobilizzazione
ALLEGATO 6: Locandina

Scala di Braden

Allegato 1

Cognome Nome			N. cartella	
Data di nascita			Unità Operativa	
valutazione n°	Data compilazione			punteggio
Percezione sensoriale Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione	**Non limitata** (Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio)			4
	Leggermente limitata (Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione)			3
	Molto limitata (Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi)			2
	Completamente limitata (Non vi è risposta -non geme, non si contrae, non afferra- allo stimolo doloroso a causa del diminuito livello di coscienza o alla sedazione)			1
Umidità Grado di esposizione della pelle all'umidità	**Raramente bagnato** La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine			4
	Occasionalmente bagnato La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra una volta al giorno			3
	Spesso bagnato Pelle sovente, ma non sempre, umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno una volta per turno			2
	Costantemente bagnato La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione dell'urina, ecc.			1
Attività	**Cammina frequentemente** Cammina al di fuori della camera almeno due volte al giorno e dentro la camera una volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo)			4
	Cammina occasionalmente Cammina occasionalmente durante il giorno ma per breve distanza con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia			3
	In poltrona Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia o sulla sedia a ruote			2
	Completamente allettato Costretto a letto			1
Mobilità	**Limitazioni assenti** si sposta frequentemente senza assistenza			4
	Parzialmente limitata Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo			3
	Molto limitata Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto			2
	Completamente immobile non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza			1
Nutrizione	**Eccellente** mangia la maggior parte del cibo. Non necessita di integratori			4
	Adeguata Mangia più della metà dei pasti, quattro porzioni o più di proteine al giorno. Si alimenta artificialmente con nutrizione parenterale assumendo il quantitativo nutrizionale necessario			3
	Probabilmente inadeguata Raramente mangia un pasto completo. Riceve una quantità non ottimale di dieta liquida o enterale (con sondino naso-gastrico)			2
	Molto povera Non mangia mai un pasto completo. Assume pochi liquidi e nessun integratore. Oppure è a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di cinque giorni a settimana			1
Frizione e scivolamento	**Senza problemi apparenti** Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti			3
	Problema potenziale Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola			2
	Problema Richiede assistenza da moderata a massima nei movimenti. Scivola frequentemente nel letto o nella poltrona			1
			TOTALE	
PUNTEGGIO	**15 - 23**	**13 - 14**	**10 - 12**	**6 - 9**
CLASSE DI RISCHIO	**BASSO**	**MEDIO**	**ALTO**	**MOLTO ALTO**
	☐	☐	☐	☐
	Firma infermiere			

Allegato 2

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLO STATO CUTANEO

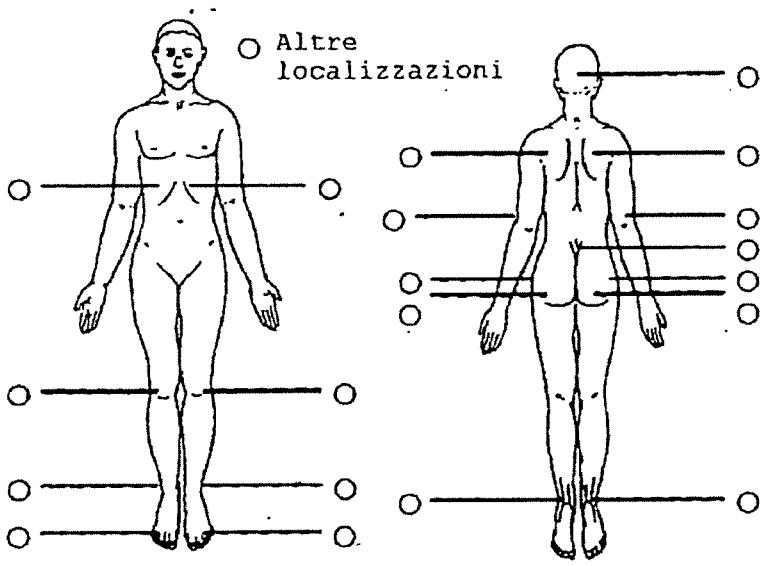
U. O. _____

Cognome nome_____ data di nascita _____

Osservazione della cute all'ingresso del paziente

☐ INTEGRA ☐ NON INTEGRA

Annotare tutte le Lesioni da Pressione



Sistema internazionale di classificazione delle ulcere da pressione secondo NPUAP/EPUAP:

☐ STADIO I eritema non sbiancabile
☐ STADIO II perdita cutanea a spessore parziale
☐ STADIO III perdita cutanea a spessore totale
☐ STADIO IV perdita di tessuto a spessore totale
☐ NON STADIABILI profondità sconosciuta
☐ SOSPETTO DANNO PROFONDO DEL TESSUTO profondità sconosciuta

N.B.: la stadiazione secondo NPUAP/EPUAP, non deve essere ripetuta nel tempo in quanto non è strumento di monitoraggio dei processi riparativi tissutali.

Data _____ Firma dell'Operatore _____

Allegato 3

Sistema internazionale di classificazione delle ulcere da pressione secondo NPUAP/EPUAP

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. L'area può essere dolorosa, solida, morbida, più calda o più fredda rispetto al tessuto adiacente. Lo Stadio I può essere difficile da rilevare nei soggetti con tonalità di pelle scura. Può indicare persone "a rischio" (un segno foriero di rischio).
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 (l'ecchimosi indica una sospetta lesione dei tessuti profondi). Questo stadio non deve essere usato per descrivere lacerazioni cutanee, ustioni, dermatiti perineali, macerazioni o escoriazioni.
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 tunnellizzazioni. La profondità dello Stadio III varia in base alla posizione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e le ulcere di Stadio III possono essere poco profonde. In contrasto, nelle aree di significativa adiposità si possono sviluppare ulcere da pressione di Stadio III estremamente profonde. Le ossa/tendini non sono visibili o direttamente palpabili.
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 tunnellizzazione dei tessuti. La profondità delle ulcere da pressione di Stadio IV varia in relazione alla posizione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e le ulcere di Stadio III possono essere poco profonde. Le ulcere di Stadio IV possono estendersi nel muscolo e/o nelle strutture di supporto (ad esempio: la fascia, i tendini o la capsula articolare) favorendo l'osteomielite. Le ossa/tendini sono visibili o direttamente palpabili.
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* o l'escara non vengono rimossi per rendere visibile la base dell'ulcera, la vera profondità e pertanto lo stadio, non può essere determinato. L'escara stabile (asciutta, aderente, intatta, senza eritema o fluttuanza) sui talloni serve come copertura naturale (biologica) del corpo e non deve essere rimossa.
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.

Allegato 4

Rieti ____/____/____

Unità Operativa	Cartella n.
Cognome Nome	
Sede Lesione	

SCALA NRS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Come usare la scala NRS: chiedere al paziente entità del dolore da 1 a 10

VALUTAZIONE del DOLORE - Abbeyn Pain Scale (Dementia Care Australia Pty Ltd)

Come usare la scala APS: mentre si osserva il soggetto, dare un punteggio alle domande sa 1 a 6

- **Q1. Vocalizzazione** (es. gemiti lamento o pianto)
  - *Assente 0, Lieve 1, Moderato 2, Severo 3* _____
- **Q2. Espressioni facciali** (es. aspetto teso, aggrottamento ciglia, smorfie, aspetto spaventato)
  - *Assente 0, Lieve 1, Moderato 2, Severo 3* _____
- **Q3. Cambiamenti nel linguaggio del corpo** (es. agitazione, posizioni di difesa, atteggiamenti di allontanamento)
  - *Assente 0, Lieve 1, Moderato 2, Severo 3* _____
- **Q4. Cambiamenti comportamentali** (es. stato confusionale, rifiuto del cibo, alterazioni degli schemi abituali)
  - *Assente 0, Lieve 1, Moderato 2, Severo 3* _____
- **Q5. Alterazioni fisiologiche** (es. temperature corporee, alterazioni di PA e FC, sudorazione, rossore)
  - *Assente 0, Lieve 1, Moderato 2, Severo 3* _____
- **Q6. Alterazioni corporee** (es. lacerazioni della cute, LdP, artrite, contratture, pregresse lesioni)
  - *Assente 0, Lieve 1, Moderato 2, Severo 3* _____

Somma dei punteggi Q1- Q6; **PUNTEGGIO TOTALE del DOLORE** _____

Segnare il box in base al dato del punteggio totale del dolore

0 – 2 NO DOLORE	3 – 7 LIEVE	8 – 13 MODERATO	14 + SEVERO

Segnare il box che definisce il tipo di dolore

CRONICO	LIEVE	SUBACUTO

Monitoraggio dolore LdP secondo scala Numerical Rating Scale (NRS)																											
DATA																											
ORA																											
NRS Value																											

Monitoraggio dolore secondo scala Abbeyn Pain Scale (APS)																											
DATA																											
ORA																											
APS Value																											

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

ALLEGATO 5

REGIONE LAZIO

SCHEDA DI MOBILIZZAZIONE

COGNOME E NOME _____ data di nascita _____

PUNTEGGIO SCALA DI BRADEN _____

	ORA	00.00	02.00	04.00	06.00	08.00	10.00	12.00	14.00	16.00	18.00	20.00	22.00	NOTE
DATA ____	SUPINO													
	DEC LATERALE DX													
	DEC LATERALE SX													
	SEDUTO A LETTO													
	SEDUTO IN POLTRONA													
	POSIZIONE OBBLIGATA													
	FKT													
DATA ____	SUPINO													
	DEC LATERALE DX													
	DEC LATERALE SX													
	SEDUTO A LETTO													
	SEDUTO IN POLTRONA													
	POSIZIONE OBBLIGATA													
	FKT													
DATA ____	SUPINO													
	DEC LATERALE DX													
	DEC LATERALE SX													
	SEDUTO A LETTO													
	SEDUTO IN POLTRONA													
	POSIZIONE OBBLIGATA													
	FKT													
DATA ____	SUPINO													
	DEC LATERALE DX													
	DEC LATERALE SX													
	SEDUTO A LETTO													
	SEDUTO IN POLTRONA													
	POSIZIONE OBBLIGATA													
	FKT													

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

UOSD Risk Management e Qualità
Dipartimento Aziendale Professioni Sanitarie
Direzione Medica Ospedale

REGIONE LAZIO

Allegato 6

PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (LdP).

Recepimento del documento di indirizzo Determinazione della Regione Lazio n. G05584727.04.2018

Il percorso A si limita alla produzione di evidenza del l'assenza di rischio per LdP, all'attestazione di cute integra all'ingresso in ospedale e alla dimissione del paziente.

La Scala di Braden è una scala di valutazione del rischio di insorgenza di LdP che tiene conto di sei fattori: la percezione sensoriale, l'umidità della cute, l'attività motoria, la mobilità, la nutrizione e la frizione cutanea da scivolamento.

Il percorso B evidenzia il rischio per LdP e pianifica un'assistenza individualizzata (PAI) di natura preventiva al paziente a rischio. Attesta la cute integra all'ingresso e alla dimissione del paziente.

Il PAI consiste nella formale pianificazione di un programma periodico di ispezione cutanea, di valutazione dello stato nutrizionale, di corretta idratazione, di mobilizzazione e adozione di dispositivi protettivi per i tessuti.

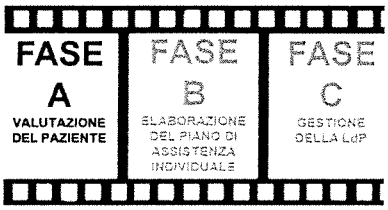
Il percorso C è finalizzato alla gestione di LdP già presenti al momento del ricovero o insorte durante la degenza. Il trattamento si basa sulla gestione dell'essudato, dei margini del letto lesionale e della carica batterica presente.

Stadiazione NPUAP/EPUAP
I - Eritema non sbiancabile
II - Perdita cutanea a spessore parziale
III - Perdita cutanea a spessore totale
IV - Perdita di tessuto a spessore totale
Non stadiabili - Profondità sconosciuta

Percorso A

Gestione del paziente NON a rischio di LdP

A) Pur potendo considerare come non a rischio tutti i pazienti autonomi e deambulanti, è necessario darne opportuna evidenza mediante la Scala di Braden *(Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk)*



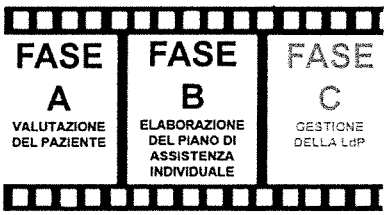
Indicatori di processo FASE A

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

Percorso B

Gestione del paziente a rischio di LdP

A) Si intende per paziente a rischio di LdP il soggetto che al ricovero o durante la degenza presenti o sviluppi condizioni cliniche che possano causare o contribuire allo sviluppo di una LdP. Per ogni paziente è necessario dare opportuna evidenza della classe di rischio mediante la Scala di Braden *(Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk)*



B) Piano di assistenza individuale:
- Ispezione periodica e frequente della cute
- Valutazione dello stato nutrizionale
- Mobilizzazione
- Utilizzo di dispositivi antidecubito

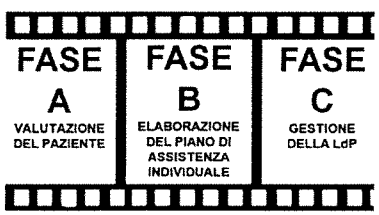
Indicatori di processo FASE B

- presenza nella documentazione sanitaria della scala di valutazione del rischio LdP. La valutazione deve essere ripetuta con cadenza almeno settimanale o al variare delle condizioni clinico-assistenziali del paziente.
- presenza nella documentazione sanitaria del piano di assistenza individuale.
- in caso di trasferimento inter- o intraospedaliero o di dimissione, presenza nella documentazione sanitaria (lettera di trasferimento/dimissione) di attestazione dell'assenza di LdP specificando le condizioni della cute, eventuali necessità clinico-assistenziali del paziente.

Percorso C

Gestione del paziente portatore di LdP

A) Si intende per paziente portatore di LdP il paziente che al momento del ricovero, o nel corso della degenza, presenti danni cutanei da pressione, indipendentemente dalla localizzazione e dallo stadio lesionale. Per ogni paziente è necessario dare opportuna evidenza della classe di rischio mediante la Scala di Braden *(Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk)*



C) Stadiare la lesione secondo il sistema internazionale NPUAP/EPUAP

Valutare clinicamente la lesione

Valutare la cute perilesionale (fino a 10-12 cm dal margine)

Prevenire/trattare eventuali infezioni delle LdP.

B) L'elaborazione del piano di assistenza individuale nei pazienti portatori di LdP, pur non differendo metodologicamente da quanto esposto nel Percorso B, si pone come obiettivo prioritario la prevenzione della evoluzione peggiorativa delle LdP già presenti nonché delle eventuali altre aree cutanee potenzialmente a rischio di progressione verso l'insorgenza di LdP.

Indicatori di processo FASE C

Dare evidenza nella documentazione sanitaria di:

- piano di assistenza individuale
- valutazione quotidiana del dolore
- valutazione clinica della lesione
- stadiazione NPUAP/EPUAP
- trattamento effettuato sulla base della valutazione dello stato della lesione
- codifica SDO della LdP