



PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario

Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO

N. 35

DATA 27/05/2016

OGGETTO: "PDTA ULCERE DA DECUBITO". APPROVAZIONE.

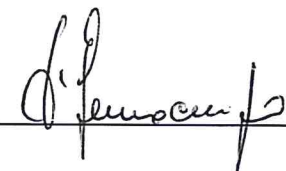
Il Responsabile dell'Istruttoria



Il Direttore del Servizio Programmazione della Rete
Ospedaliera Pubblica e Privata



Il Direttore Generale per la Salute



VISTO: Il Sub Commissario ad Acta





PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario

Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO

N. 35

DATA 27/05/2016

OGGETTO: "PDTA ULCERE DA DECUBITO". APPROVAZIONE.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO che, con delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, il Presidente *pro tempore* della Regione Molise, Arch. Paolo di Laura Frattura, è stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, con l'incarico prioritario di adottare, sulla base delle linee guida predisposte dai Ministeri affiancanti, i programmi operativi per gli anni 2013-2015 (ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n. 135) e di procedere alla loro attuazione;

VISTA la successiva delibera del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015;

ATTESO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario.

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421*" e s.m.i.;

VISTA la **L. 23 dicembre 1996, n. 662** che stabilisce all'art 1, comma 28 che "*allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio delle gestioni, i medici abilitati alle funzioni prescrittive conformano le proprie autonome decisioni tecniche a percorsi diagnostici e terapeutici, cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa*" e che "*i percorsi diagnostico-terapeutici sono costituiti dalle linee-guida di cui all'articolo 1, comma 283, terzo periodo, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, nonché da percorsi definiti ed adeguati periodicamente con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Comitato strategico del Sistema nazionale linee-guida, di cui al decreto del Ministro della salute 30 giugno 2004,*

integrato da un rappresentante della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri”;

VISTA l'Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 4, comma 1, lettera g) che prevede espressamente la necessità di *“promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero, che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione”;*

VISTE le *“Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi”* di cui al Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa PNGLA 2010-2012;

CONSIDERATO che i percorsi diagnostico- terapeutici si qualificano quali strumenti atti a garantire efficacia, efficienza, appropriatezza e tempestività del percorso assistenziale nel *setting* più appropriato, anche nel rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza;

CONSIDERATO che in coerenza con le indicazioni del Tavolo di verifica del Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), si individua, il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione delle ulcere da decubito quale peculiare strumento per la presa in carico e la gestione integrata tra ospedale e territorio dei soggetti affetti;

RILEVATO che la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da pressione rappresentano, un rilevante problema di assistenza sanitaria, che richiede un notevole impegno di risorse umane, materiali e tecnologiche;

RILEVATA altresì la necessità di uniformare comportamenti terapeutici ed assistenziali, finalizzati ad ottimizzare sia l'intervento sanitario che l'investimento delle risorse umane ed economiche impiegate;

RICHIAMATA la Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. 266 del 20.11.2015 con la quale è stato costituito un gruppo di lavoro tecnico-scientifico specialistico, con il necessario coinvolgimento dell'ASREM, per la elaborazione di linee guida con specifico riferimento alle aree di attivazione dei Percorsi diagnostico e terapeutici integrati;

ATTESO che il citato gruppo di lavoro, ha proceduto alla elaborazione ed approvazione del documento recante *“PDTA Ulcere da Decubito” (Allegato 1)*;

CONSIDERATO che il PDTA afferente il *“PDTA Ulcere da Decubito ”* è stato trasmesso alla Direzione Generale per la Salute con nota prot. n. 54399 del 13.05.2016 a firma del Direttore del Servizio Programmazione della Rete Ospedaliera Pubblica e Privata;

PRESO ATTO che il Direttore Generale per la Salute ha validato il documento sopra citato, relativo al *“PDTA Ulcere da Decubito”*, giusta nota prot. n. 55770 del 18.05.2016;

TENUTO CONTO che è emersa la necessità di organizzare corsi di formazione a cura dell'ASREM per presentare le procedure agli operatori al fine di implementare

efficacemente i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziale, come da verbale del 4.04.2016;

RITENUTO necessario approvare il documento recante "*PDTA Ulcere da Decubito*" **Allegato 1**, parte integrante del presente atto;

ATTESO che il PDTA di cui **all'Allegato 1**, dovrà essere oggetto di monitoraggio e di eventuale modifica secondo gli indicatori previsti nello stesso, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Esiti;

in virtù dei poteri conferiti con la deliberazione del consiglio dei Ministri di cui in premessa,

DECRETA

Per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare il documento recante "*PDTA Ulcere da Decubito*" **Allegato 1**;
- di dare mandato al Direttore del Servizio Programmazione della Rete Sanitaria Pubblica e Privata per gli adempimenti consequenziali;
- di impartire direttiva alla Direzione Generale ASReM per l'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento;

Il presente decreto, sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise e notificato ai competenti Dicasteri.

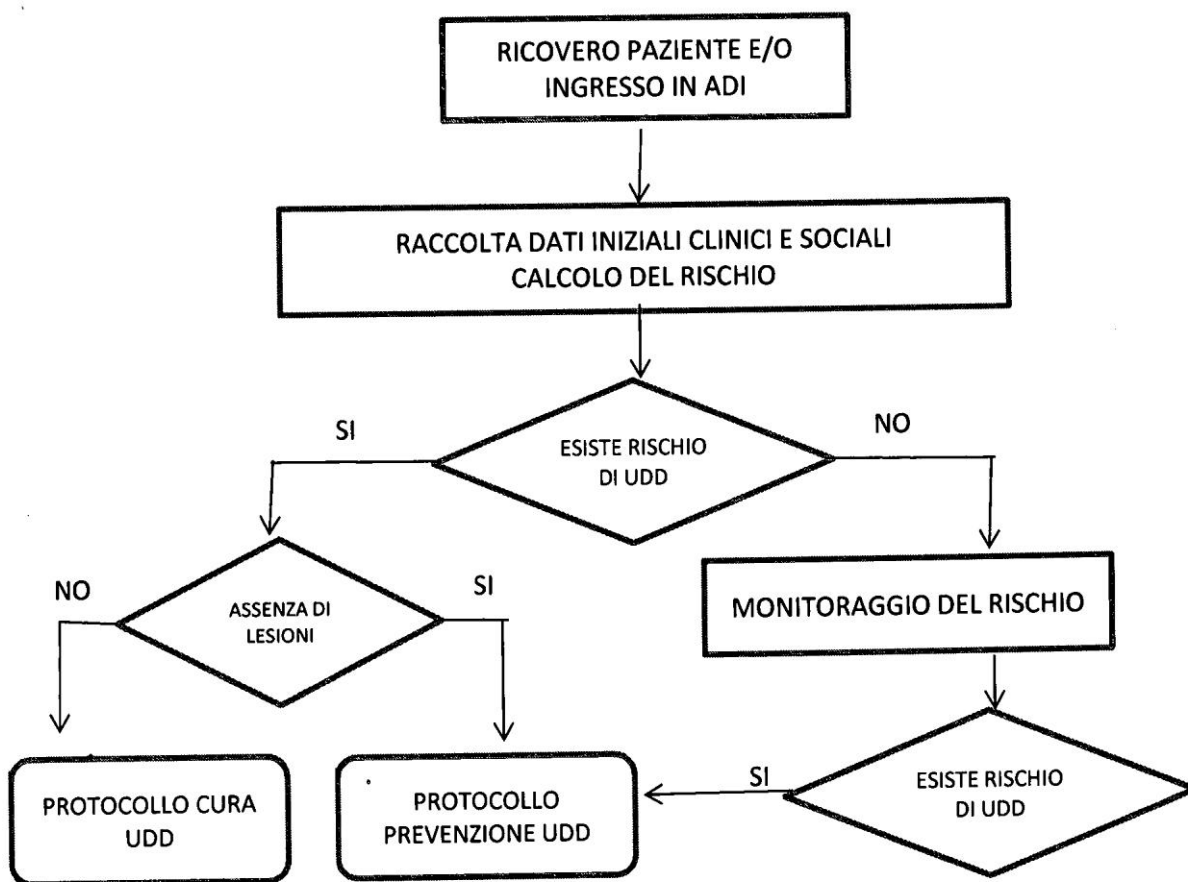
IL COMMISSARIO ad ACTA
Paolo di Laura Frattura



PDTA

ULCERE DA DECUBITO

PERCORSO PREVENZIONE E CURA UDD



PRESENTAZIONE

Le Ulcere da pressione (UdP) rappresentano un problema rilevante in termini di costi e di risorse utilizzate per la complessità del loro trattamento e per la loro prevenzione sia in ambito ospedaliero sia in ambito domiciliare sia all'interno delle strutture residenziali.

Esse sono in costante incremento in virtù dell'invecchiamento della popolazione. Nei pazienti ospedalizzati la prevalenza di lesioni da pressione va dal 18% al 29% (A.I.S.L.E.C. 2010) ma non si hanno dati precisi sulla popolazione assistita a domicilio .

I dati a nostra disposizione (benchè approssimativi) riferiscono di una prevalenza intorno al 15% dei pazienti arruolati in ADI nel territorio della ASREM.

OBIETTIVO DI UN PDTA SULLE UDP

Il PDTA sulla prevenzione e sul trattamento delle ulcere da pressione (UdP) diventa un valido strumento per gli operatori sanitari al fine di aggiornare le proprie conoscenze, di uniformare il trattamento su tutto il territorio e di utilizzare al meglio le risorse a disposizione.

Esiste, infatti, sul mercato un'enorme e variegata quantità di materiale da poter utilizzare per la medicazione delle suddette UdP.

Questo processo inevitabilmente comprende anche l'individuazione dei soggetti a rischio di UdP e l'informazione/educazione dei familiari e/o care-giver.

DESTINATARI

I destinatari finali di questo PDTA sono:

- Gli infermieri operanti nei Reparti Ospedalieri (specie Lungo-Degenze)
- Gli infermieri (dipendenti o appartenenti a Cooperative esterne) operanti nei Servizi di Cure Domiciliari (ADI e ADO)
- OSS (specie quelli operanti nelle RSA,RA e Lungo-degenze)
- Medici (sia Ospedalieri sia Medici di Medicina Generale)

DEFINIZIONE

L'ulcera da pressione (UdP) è una lesione localizzata alla cute e/o agli strati sottocutanei, causata da forze di *pressione, trazione, frizione*, o da una combinazione di questi fattori che si forma generalmente in concomitanza di prominenze ossee.

Essa presenta diversi fattori di rischio:

- *Fattori locali* (pressione, stiramento, taglio, attrito, frizione, aumento della temperatura locale, umidità)
- *Fattori sistemici* (età, riduzione della mobilità, malnutrizione, malattie vascolari e ipertensione, malattie croniche e metaboliche)

CLASSIFICAZIONE

La classificazione più adottata è quella NPUAP- National Pressure Advisory Panel - EPUAP European Pressure Ulcer Advisory Panel 2009 che ha utilizzato la stadiazione o distinzione in gradi implicando una progressione dal I al IV (anche se ciò non sempre avviene).

I termini "stadio" o "grado" o "categoria" si equivalgono, senza affatto differire per ciò che riguarda la compromissione tissutale.

ULCERA da PRESSIONE AL 1° STADIO

Cute intatta con eritema che non scompare alla digitopressione; area spesso localizzata in corrispondenza di prominenza ossea che può essere dolente, dura o molle, più calda o più fredda rispetto al tessuto circostante.

Nelle persone di pelle scura è difficile notare le differenze di colore, anzi si può notare uno sbiancamento cutaneo.

ULCERA da PRESSIONE AL 2° STADIO

Perdita parziale di spessore cutaneo che coinvolge l'epidermide e/o il derma. L'ulcera è superficiale e si preannuncia clinicamente come una abrasione, una vescica o cratere comunque di scarsa profondità.

ULCERA da PRESSIONE AL 3° STADIO

Perdita totale dello spessore cutaneo, il tessuto adiposo sottocutaneo può essere visibile ma, l'osso, il tendine, o il muscolo non sono esposti.

È sempre possibile apprezzare la profondità della lesione , può presentare tessuto sotto minato o tunnellizzazioni.

ULCERA da PRESSIONE AL 4° STADIO

Perdita di tessuto a tutto spessore con distruzione estesa ed esposizione di osso, muscolo o tendine. Potrebbero essere presenti slough o escara. La profondità di una UdP varia in base alla localizzazione anatomica . E' possibile l'insorgenza di osteomielite.

Un ulteriore tipo di classificazione (ma poco utilizzata) è quella fatta in base al

COLORE.

- **Rosa:** lesione iniziale o in via di guarigione per presenza di riepitelizzazione
- **Gialla:** presenza di slough (materiale filamentoso e mucillaginoso adeso al fondo come segno di devitalizzazione)
- **Verde*:** presenza di infezione (materiale purulento e maleodorante)
- **Rossa:** lesione granuleggiante (specie nel fondo)
- **Nera:** lesione con necrosi (lesione in genere dolorosa)

* le medicazioni all'argento possono indurre in errore questo tipo di classificazione in virtù della colorazione verdastra che le lesioni assumono al contatto con soluzioni in argento che, pertanto, nulla hanno a che vedere con sovrainfezione.

PREVENZIONE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO

1.fattori di rischio

Per evitare l'insorgenza di lesioni da pressione in ogni soggetto bisogna garantire la riduzione della pressione sui tessuti attraverso la pianificazione dei cambi posturali tenendo conto delle forze di stiramento e di taglio.

Se si esercita su tessuti una pressione tale da superare i valori pressori esistenti nel distretto arterioso-capillare (che è pari a 32 mmHg) si determina ischemia cioè una sofferenza dei tessuti per uno scarso apporto di ossigeno nella zona interessata; ciò potrebbe portare all'instaurarsi di una lesione da pressione. **Questo avviene ovviamente nei punti di maggiore appoggio.**

La variabile tempo è molto importante; infatti una pressione (anche se elevata) ma esercitata per un breve periodo è meno dannosa di una pressione ben più modesta ma esercitata per un tempo maggiore; il limite è di 2 ore , ed è per questo che le evidenze consigliano di mobilizzare il paziente almeno ogni 2 ore.

Inoltre il corpo, stando a letto, tende a scivolare verso il basso con progressivo stiramento degli strati cutanei ancorati alla base di appoggio rispetto ai tessuti sottocutanei e i movimenti attivi o passivi del corpo determinano lo sfregamento della superficie cutanea sulla superficie di appoggio provocando piccole abrasioni e/o iniziali escoriazioni che danno via alla formazione del decubito.

Particolare attenzione va posta all'igiene e alla idratazione della cute.

La prima valutazione per rilevare i fattori di rischio dovrebbe essere effettuata al momento della presa in carico e la frequenza delle rivalutazioni varia in base alle effettive condizioni di rischio del paziente.

Esistono numerose scale di valutazione del rischio, ma quella di **EXTON-SMITH** risulta di facile esecuzione oltre al fatto che essa è presente all'interno della scheda **SVAMA** utilizzata a livello distrettuale **ASREM** per la valutazione multidimensionale dei pazienti arruolati in **ADI**.

Punti	Condizioni cliniche generali	Stato mentale	Attività	Motilità	Incontinenza
4	Buone	Vigile	Cammina	Conservata	Assente
3	Discrete	Apatico	Cammina con aiuto	Poco limitata	Saltuaria
2	Scadute	Confuso	Sta in sedia	Molto limitata	Abituale (urine)
1	Cattive	Coma	Allettato	Assente	Abituale (doppia)

INDICE DI EXTON-SMITH



RISCHIO ELEVATO

< O = 10



RISCHIO NON ELEVATO

> 10

basso rischio: ripetere la valutazione solo se ci sono significativi cambiamenti dello stato generale , ma è comunque opportuno avviare un intervento educativo rivolto al paziente e/o al familiare o al care-giver

alto rischio: utilizzare subito un presidio antidecubito,fornire al familiare e/o al care- giver le raccomandazioni per prevenire le lesioni da pressione, ripetere la valutazione 2 volte la settimana fino a quando il punteggio non si modifichi, poi una volta a settimana per almeno 3 settimane.

2. protezione da fattori estrinseci: pressione, attrito e forze di Taglio

- Per i soggetti che possono alternare solo la posizione a letto con quella seduta devono essere sempre utilizzati ausili in grado di ridistribuire la pressione: ciò permette di ridurre la frequenza dei cambi di posizione.
- Nel posizionare i soggetti allettati o in carrozzina si deve fare attenzione all'allineamento posturale, così da migliorare la stabilità, favorire l'equilibrio e garantire la distribuzione del peso sulla maggiore superficie d'appoggio possibile.
- Il cambio di posizione deve essere effettuato secondo necessità (almeno ogni due ore) tenendo in considerazione le condizioni cliniche generali e il comfort
- Se è impossibile effettuare il cambio di posizione nei tempi raccomandati dovrebbero essere usati dispositivi per la corretta distribuzione della pressione (materassi antidecubito).
- Occorre sollevare il paziente allettato con traverse per evitare di strofinare la cute sul lenzuolo sottostante.
- Nei soggetti allettati e completamente immobili, i talloni devono essere sempre sollevati dal piano del letto mediante un cuscino posizionato sotto la gamba (dalla coscia alla caviglia) evitando di usare un supporto che appoggi esclusivamente sul tendine di Achille.
- Durante il decubito laterale (sul fianco) è consigliata una posizione a 30°, così da evitare pressioni dirette sul trocantere oppure far assumere la posizione prona se l'individuo la può tollerare e se le condizioni generali lo permettono.
- Per gli individui a rischio sarebbe opportuno utilizzare alcuni supporti (cuscini, materiali in gel schiuma) per la protezione delle piccole prominenze ossee (es. ginocchia e caviglie) al fine di evitarne il contatto diretto.
- Durante il decubito supino, mantenere la testata del letto al minimo grado di elevazione se consentito dalle condizioni cliniche del soggetto (posizione semi-Fowler a 30°).
- Evitare le posture che aumentano la pressione, come la posizione laterale con una inclinazione a 90° o la posizione semiseduta.
- Evitare di mantenere la persona assistita nella posizione seduta (su sedia, poltrona, carrozzina, eccetera) senza interruzioni. Il soggetto dovrebbe essere mobilizzato ogni ora circa o 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).
- Materassi e cuscini antidecubito esercitano la loro efficacia quando consentono l'affondamento della superficie corporea a rischio. Tale affondamento però non deve essere eccessivo, per non determinare il "fenomeno del toccare il fondo".

- L' efficacia del materasso antidecubito viene ridotta dal numero di strati (quali lenzuola, traverse, eccetera) frapposti tra il corpo della persona e lo stesso.
- Evitare di posizionare il paziente su dispositivi medici quali tubi di drenaggio, cateteri, ecc.

3. educazione del care-giver

Attraverso l'intervento educativo l'infermiere deve informare sia il paziente (ovviamente se collaborante) sia i familiari sia il care-giver dei danni ai quali può andare incontro il paziente se non vengono messe in atto le manovre di prevenzione.

L'infermiere deve inoltre capire bene il contest e sarebbe opportuno che egli documentasse (per iscritto ed in forma sintetica) la data e il contenuto degli incontri con il paziente e il care-giver

4. I presidi antidecubito (materasso)

- Il materasso antidecubito più idoneo deve essere utilizzato tempestivamente nei soggetti a rischio "medio-alto" di insorgenza di lesioni da pressione
- Il tipo di materasso deve essere valutato e modificato secondo l'evoluzione del pazienti (esistono materassi in schiuma, ad aria statica, ad aria dinamica
 - La superficie ottimale deve ridurre e ridistribuire la pressione di contatto dei punti su cui grava il peso corpo
 - Deve essere costituita da materiali a basso coefficiente d'attrito e di stramento
 - Deve favorire la dispersione di calore e umidità
 - Deve fornire sostegno e garantire il movimento e la postura corretta
 - Deve essere sicuro e maneggevole
 - Deve avere minimo ingombro , scarso peso e dimensioni
 - Deve avere allarmi e sensori per regolazione automatica delle pressioni
 - Deve essere a sgonfiaggio rapido
 - Deve essere silenzioso
 - Deve avere autonomia di alimentazione in caso di mancanza di energia elettrica

5. I presidi antidecubito (cuscini)

- L'efficacia del cuscino dipende molto dalle caratteristiche della sedia su cui viene posto (va ricordato che perdono efficacia se appoggiati su superfici morbide come poltrone o divani)

6. Gestione dell'incontinenza e controllo della macerazione cutanea

- Ispezionare e rilevare, nella zona perineale, eventuali segni di dermatite o lesioni eritemato-desquamative o crostose con presenza di vescicole e/o essudazione accompagnata da sintomatologia urente (diretta conseguenza dell'incontinenza).
- Applicare ausili per incontinenza (condom) o passare alla caterizzazione se altri modi risultano inefficaci.
- La cute va deterisa dopo ogni evacuazione e minzione
- Le ulcere già formate vanno protette dalla contaminazione urinaria e fecale mediante uso di medicazioni impermeabili all'acqua

7. prevenzione nutrizionale

Nei pazienti affetti da patologie croniche debilitanti, soprattutto se anziani, è di fondamentale importanza mantenere un'adeguata nutrizione sia per prevenire l'insorgenza delle ulcere da pressione, sia per favorire la guarigione

Obiettivo principale è quindi quello di valutare lo **stato nutrizionale** degli utenti a rischio o portatori di lesioni da decubito, per garantire un adeguato apporto calorico e l'assunzione di tutti i nutrienti essenziali (in particolare proteine, vitamine e sali minerali).

Fra i vari nutrienti il deficit di alcuni di essi può precludere la possibilità di guarigione :

- **Le proteine:** sono necessarie per mantenere il trofismo dei tessuti e un

buon metabolismo cellulare. Un deficit proteico compromette la capacità di guarigione delle lesioni, inibendo la proliferazione dei fibroblasti, la sintesi del collagene e la risposta immunitaria che contrasta la contaminazione batterica. Il fabbisogno proteico varia dal 30% al 90% mentre la percentuale nella dieta di 1500-2000 calorie di un soggetto sano è del 14%.

-Le vitamine : La vitamina **C** (che interviene nella sintesi del collagene) e la vitamina **A** (che interviene nei processi di proliferazione cellulare) assumono un grande rilievo nei processi di guarigione, tanto da renderne indispensabile l'integrazione qualora l'alimentazione non ne consenta una adeguata introduzione.

- I sali minerali: il deficit di uno di essi (in particolare lo **Zinco**) può causare alterazione dei leucociti, aumentare la suscettibilità alle infezioni e ritardare i processi di guarigione.

8. la valutazione dello stato nutrizionale

La valutazione dello stato nutrizionale va fatta in ogni contesto sanitario utilizzando uno strumento valido, affidabile e pratico per esaminare lo stato nutrizionale , semplice da compilare e accettato dai pazienti o familiari e dagli operatori .

Tale valutazione nutrizionale prevede elementi di anamnesi nutrizionale, parametri antropometrici, parametri clinici e parametri ematologici.

La rilevazione va fatta alla presa in carico del paziente con apposita scheda e va ripetuta ogni tre mesi , salvo peggioramento delle condizioni generali.

Per i pazienti che presentano un rischio nutrizionale occorre chiedere la consulenza del nutrizionista, fornire un supporto nutrizionale ai pazienti a rischio, valutando l'esito ad intervalli regolari almeno fino a quando l'individuo è a rischio.

I pazienti vanno incoraggiati ad una adeguata introduzione di alimenti attraverso la dieta orale e solo in caso di necessità è opportuno aggiungere degli integratori

Se l'alimentazione orale non fosse possibile (per patologie acute o croniche o per interventi chirurgici subiti) , sarà necessario instaurare una **nutrizione artificiale domiciliare (N.A.D.)** individuando quella più idonea rispetto alle condizioni del paziente (**SNG-PEG**)

9. idratazione

Il nostro organismo è formato principalmente da acqua che svolge un ruolo fondamentale nei processi di digestione, assorbimento, trasporto e utilizzo di nutrienti, oltre che per l'eliminazione delle scorie metaboliche. Nell'anziano si ha una riduzione della quantità di acqua nel corpo e una ridotta sensazione di sete e (avendo l'idratazione grande importanza nell'aspetto nutrizionale) è opportuno mantenere costante il bilancio idrico invitandolo a bere con più frequenza. Spesso diventa necessario integrare l'apporto di liquidi durante la giornata. Ricordiamo che il **fabbisogno idrico giornaliero** è di **30 ml/kg** per cui occorre **bere ogni giorno circa 1,500 litri di liquidi** (preferibilmente acqua) e la restante parte viene assunta con gli alimenti.

La disidratazione può manifestarsi con sintomi diversi che l'operatore dovrà individuare per poter informare il caregiver ed il paziente sollecitandolo (in accordo con il medico e in base alle comorbidità) ad assumere più liquidi.

I principali sintomi della **disidratazione** sono i seguenti: secchezza della pelle e delle mucose, comparsa di segni di affaticamento, mal di testa, crampi muscolari, perdita di appetito, apatia.

TRATTAMENTO DELL'ULCERA DA PRESSIONE

Non è possibile individuare un'unica procedura per il trattamento della ulcere da pressione in quanto essa deve essere sempre personalizzata in base alla situazione generale del paziente e alle condizioni della stessa lesione .

L'Obiettivo generale è: facilitare il processo di guarigione a qualsiasi stadio della lesione quantomeno impedendone il peggioramento .

Qualunque schema di trattamento non potrà prescindere il contemporaneo trattamento delle comorbidità presenti.

La valutazione della lesione dovrebbe essere eseguita almeno al momento della presa in carico se già presente o comunque al momento della comparsa.

La valutazione (**preferibilmente corredata da report fotografico**) va documentata nell'apposita scheda di valutazione e monitoraggio e deve essere ripetuta nel tempo con la seguente frequenza:

- A ogni cambio di medicazione in presenza di lesioni complicate o in fase di peggioramento
- Settimanalmente in presenza di lesioni non complicate
- Ogni 10/15gg in presenza di lesioni in via di guarigione.

1.debridement

La rimozione di tessuti morti, danneggiati o infetti, è una tappa essenziale per promuovere la riparazione tissutale .

L' escara necrotica rappresenta uno stimolo pro-infiammatorio che inibisce la guarigione e **lo slough** agisce come terreno di coltura che favorisce la proliferazione batterica.

Il Debridement può essere **chirurgico** (effettuato da personale abilitato visto il rischio di sanguinamento e di dolore), **autolitico** o **enzimatico** (effettuato anche da altre figure in quanto prevede l'applicazione di sostanze quali idrogel o idrocolloidi che aiutano e facilitano l'ammorbidimento e il distacco dell'escara o dello slough).

2.detersione

Ha l'obiettivo di rimuovere ed allontanare i detriti superficiali prima di procedere alla medicazione vera e propria.

La pulizia della lesione e della cute circostante è necessaria ad ogni cambio di medicazione e va eseguita con soluzioni o altro detergente non citotossico.

Si procede ad irrigare la lesione con abbondante soluzione utilizzando una siringa con ago 19G e indirizzando il getto in modo trasversale.

Si tampona quindi con garze sterili, effettuando il tutto con delicatezza per non danneggiare il tessuto di granulazione neoformato.

Le soluzioni utilizzate per la detersione sono le seguenti:

- **Ringer lattato** (contiene sali di potassio che mantengono il trofismo cutaneo)
- Soluzione **fisiologica isotonica** (ma a temperatura corporea per non interrompere la riparazione cellulare)
- Soluzione con **clorexidina** (in caso di infezioni e solo per il periodo di infezione)

3. disinfezione

Tutte le ulcere sono abitate da batteri ; difficilmente troviamo delle infezioni nelle lesioni di I e II grado, mentre è più probabile rinvenirle in quelle di III e IV grado. L'utilizzo di antisettici per uso topico in forma diluita e per breve tempo come la **Clorexidina** (soluzione disinfettante ad azione antisettica ad ampio spettro per Gram positivi, Gram negativi e miceti) ideale per la detersione e disinfezione delle ulcere, produce un netto miglioramento della detersione del letto della lesione e la riduzione dei tempi di formazione di tessuto granuleggiante.

Oltre alla Clorexidina si utilizzano altri disinfettanti quali:

- **Iodopovidone** (ampio spettro antimicrobico ma può avere effetto citotossico su fibroblasti, globuli rossi e bianchi se non diluito in soluzione acquosa al 5-10 % e poi rimosso)
- **Ipoclorito** (soluzioni già pronte che controllano bene l'odore e lo stafilococco e streptococco ma ad alte dosi risultano citotossiche e possono erodere la cute perilesionale)
- **Acqua ossigenata (Perossido di Idrogeno al 4%)** con blanda azione antisettica ma utilizzata soprattutto per lesioni purulente e inquinate da detriti; è tossico per i fibroblasti.
- **Antimicrobici topici all'argento**:con grossa copertura antimicrobica e reperibile sotto forma di varie preparazioni (garze, creme, spray, medicazioni).In questo caso per la detersione è consigliabile utilizzare l'acqua distillata perchè l'argento viene disattivato dai sali della fisiologica.

Sulle lesioni non utilizzare mai agenti coloranti come mercurio cromo, eosina, fucsina, violetto di genziana.

4. trattamento topico (la medicazione)

Si tratta di materiale posto a diretto contatto della lesione (**medicazione primaria**), che può aver bisogno di un fissaggio e/o di copertura (**medicazione secondaria**).

La medicazione ideale è quella in grado di creare l'ambiente favorevole al fisiologico processo di guarigione della lesione.

La medicazione ideale deve rispondere alle seguenti prerogative:

- Mantenere un adeguato livello di umidità
- Permettere lo scambio gassoso di O₂, CO₂ e vapore acqueo
- Proteggere dalla contaminazione batterica
- Garantire l'isolamento termico ed essere impermeabile ai microrganismi,
 - Permettere e favorire la rimozione di essudato e tessuti necrotici
 - Essere mono-uso e sterile
 - Deve essere confortevole e ben tollerata e proteggere da traumi fisici
 - Deve avere potere assorbente
 - Permettere cambi sufficientemente lunghi
 - Avere un costo contenuto (non ultimo per importanza).

Esistono varie tipologie di prodotti (e la ricerca non fornisce prove di efficacia esclusive per alcuni piuttosto che per altri); la raccomandazione è quella di creare un ambiente ottimale per la granulazione.

I vari tipi di medicazione comprendono:

- **alginati**: fibre in tessuto-non tessuto derivate da alghe marine. Prima dell'uso appaiono soffici e lanose, ma a contatto con l'essudato, si trasformano in gel. Producono un ambiente umido e sono utili su lesioni piane e cavitare. Non è una medicazione occlusiva. Le fibre di alginato hanno proprietà emostatiche. Esiste la preparazione con argento ad effetto battericida per il controllo della carica batterica.

Necessita una medicazione secondaria di fissaggio

- **idrocolloidi**: medicazioni avanzate che realizzano un ambiente umido e assorbono medie quantità di essudato. Disponibili in placche e paste, promuovono la crescita del tessuto di granulazione. In presenza di essudato assorbono il liquido producendo un gel. Sono medicazioni occlusive, per l'utilizzo necessitano attenzione. Efficaci in lesioni superficiali.

- **idrofibre:** medicazioni avanzate a base di carbossimetilcellulosa che promuovono un ambiente umido e non determinano traumatismo sulla sede di lesione durante la loro rimozione. Assorbono consistenti quantità di essudato gelificandosi in modo selettivo. Medicazione non occlusiva. Esiste la preparazione con argento ad effetto battericida per il controllo della carica batterica. Necessita una medicazione secondaria di fissaggio.
- **idrogeli:** Medicazioni avanzate idrofiliche sotto forma di gel, promuovono l'ambiente umido. Contengono alte percentuali di acqua (fino all' 80%) e possono idratare lesioni necrotiche stimolando il debridement autolitico per effetto della macerazione provocata dall'acqua. Necessita una medicazione secondaria di fissaggio.
- **medicazioni ipertoniche:** Sono garze impregnate con cristalli di sale al 20%. Il potere osmotico del sale è in grado di sbrigliare la necrosi e la fibrina. Svolgono efficace azione battericida ma necessitano di sorveglianza particolare perché potrebbero ledere i tessuti vitali.
- **poliuretano in schiuma:** Sostanza presente in numerose medicazioni avanzate. Usata sempre più in alternativa agli idrocolloidi, gestisce in modo selettivo l'essudato (assorbimento verticale). Esiste la preparazione con argento ad effetto battericida per il controllo della carica batterica.
- **poliuretano in film (pellicola):** Medicazione semi-occlusiva, usata da anni per proteggere punti d'inserzione di cateteri intravenosi. Utili come fissaggio secondario, usati anche per proteggere la cute perilesionale o la messa in sito di medicazioni a "pozzetto".
Protegge la cute dalle forze di trazione e frizione. Attenzione particolare al momento della rimozione essendo dotate di adesivo. Il film in poliuretano, essendo impermeabile, offre un ottimo isolamento alle ferite durante il bagno o la doccia.
- **medicazioni a base totale di acido ialuronico:** L'acido ialuronico è un polisaccaride naturale presente normalmente nella matrice extracellulare, nell'umor vitreo, nel liquido sinoviale e nella pelle. Costituisce (a contatto con essudati) una matrice idrofila che idrata, organizza la struttura della matrice extracellulare, accelera la velocità di riparazione dei tessuti tramite formazione di un buon tessuto di granulazione anche in presenza di aree difficoltose quali porzioni tendinee, ossee.
- **pomate fibrinolitiche:** contengono enzimi proteolitici quali collagenasi, fibrinolisi e desossiribonucleasi. Hanno la proprietà di digerire il materiale proteico nel contesto necrotico. Sono particolarmente deostruenti e irritanti per il tessuto sano.

SCHEMA DI GESTIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO

Trattamento lesioni **1° stadio** (l'obiettivo è prevenire l'estensione della lesione)

Cosa fare	Cosa non fare	Quando	Chi *
Cambiare postura	Decubitare sulla lesione	Ogni 2 ore	OSS caregiver
Valutare ogni cambiamento della cute	Usare ciambelle e/o cerate	Durante l'igiene	OSS caregiver
Cambiare pannolone	Non massaggiare mai in corrispondenza delle prominenze ossee	Frequentemente	OSS caregiver
Idratare la cute con crema e/o olio emolliente e nutriente		Al bisogno o almeno quotidianamente	OSS caregiver
Lavare e detergere la zona con acqua tiepida o a ph neutro		Al bisogno	OSS caregiver
Asciugare la zona con spugna e/o cotone morbidi e puliti		Al bisogno	OSS caregiver
Argento catadinico spray (catoxyn) se la cute è esposta all'umidità	Fare attenzione ai prodotti spray che depositandosi sul pavimento lo rendono scivoloso	Al bisogno	OSS caregiver
Medicazione con poliuretano per prevenire l'attrito e la macerazione e/o idrocolloidi		Medicazione mantenuta in sede fino a 7 giorni per le pellicole in poliuretano	OSS caregiver
Materasso antidecubito in caso di rischio elevato			OSS caregiver

* la figura dell'infermiere resta necessaria per la fase di addestramento del care-giver

Trattamento lesioni 2° stadio (l'obiettivo è promuovere la riparazione dello strato tissutale coinvolto)

Cosa fare	Cosa non fare	Quando	Chi
Cambiare postura		ogni 2 ore	OSS Care-giver
Usare materasso antidecubito	Decubitare sulla lesione Usare ciambelle e/o cerate Non massaggiare mai sulle prominenze ossee	Ininterrottamente	OSS Care-giver
Valutare ogni minimo cambiamento della cute		Durante l'igiene	OSS Care-giver
Cambiare pannolone		frequentemente	OSS Care-giver
Detergere la lesione con soluzione fisiologica o Ringer lattato a temperatura ambiente (meglio se lievemente tiepida)	Utilizzare acqua ossigenata Iodio povidone (betadine) Antisettici coloranti (eosina, mercurio cromo) Nitrato d'argento	Ogni 3-5 giorni per medicazioni con idrogel e schiume di poliuretano	OSS Infermiere
Asciugare la cute lesionata delicatamente con garze sterili su lesione e anche non sterili su cute integra		Ogni 3-5 giorni per medicazioni con idrogel e schiume di poliuretano	OSS Infermiere
Applicare uno strato di Idrogel più schiuma in poliuretano e coprire con pellicola trasparente		Ogni 3-5 giorni per medicazioni con idrogel e schiume di poliuretano	OSS Infermiere

Trattamento lesioni 3° stadio (l'obiettivo è ripristinare la continuità tissutale tenendo sotto controllo anche il processo infettivo presente e salvaguardando il tessuto peri-lesionale)

Cosa fare	Cosa non fare	Quando	Chi
Materasso antidecubito	Decubitare sulla lesione Usare ciambelle e/o cerate Non massaggiare mai sulle prominenze ossee	Ininterrottamente	OSS Care-giver
Rimuovere eventuale fibrina		Quando presente	Infermiere
Detergere la lesione con fisiologica o Ringer-lattato (preferibile) a temperatura ambiente meglio se riscaldate	Utilizzare acqua ossigenata Iodio povidone (betadine) Antisettici coloranti (eosina, mercurio cromo Nitrato d'argento	Ad ogni medicazione	OSS solo in collaborazione con infermiere
Asciugare la cute lesionata con garze sterili			OSS solo in collaborazione con infermiere
FASE SIEROSA: applicare medicazione di carbossimetilcellulosa totale con medicazione secondaria. Oppure con schiume di poliuretano o idrogel con medicazione secondaria.		Ogni 2/3 giorni	Infermiere
EVIDENTE ESSUDATO E/O SANGUINAMENTO: applicare alginato di calcio più medicazione secondaria		Ogni 2/3giorni	Infermiere
SCARSO ESSUDATO (FASE DI GRANULAZIONE): applicare idrocolloide o acido ialuronico con medicazione secondaria e/o collagene in caso di arresto di granulazione		Ogni 4/5 giorni	Infermiere
FASE DI RIEPITELIZZAZIONE: Applicare medicazione con acido ialuronico totale		Ogni 4/5 giorni	infermiere

Trattamento lesioni 4° stadio (l'obiettivo è prevedere il controllo e la gestione di eventuali complicanze, rimozione della necrosi e/o fibrina, riparazione parziale o totale della lesione a tutto spessore)

Cosa fare	Cosa non fare	Quando	Chi
Materasso antidecubito	Decubitare sulla lesione Usare ciambelle e/o cerate Non massaggiare mai sulle prominenze ossee	Ininterrottamente	OSS Care-giver
Rimuovere la necrosi e/o fibrina anche con toilette chirurgica o sbrigliamento . Toilette anche non chirurgica: autolitica, enzimatica, chimica. L' autolitica si raggiunge con idrogeli di facile impiego che tra l'altro ammorbidiscono e idratano necrosi e fibrina stimolando l'autolisi del tessuto. La chimica è a base di soluzioni di ipoclorito, di iodio e acqua ossigenata (meno consigliata per il possibile danno al tessuto sano neoformato). La enzimatica si basa su composti in grado di attaccare la fibrina e la necrosi (rischio però per la cute perilesionale) Se presente infezione trattarla con terapia antibiotica mirata.		Quando presenti Dopo la rimozione chirurgica le medicazioni saranno quotidiane per circa 5/6 giorni e senza utilizzare alcuna medicazione secondaria. Successivamente le medicazioni proseguiranno come da protocollo seguente.	Medico Infermiere
Detergere la lesione con soluzione fisiologica o ringer lattato preriscaldati	Utilizzare acqua ossigenata Iodio povidone (betadine) Antisettici coloranti (eosina, mercurio cromo) Nitrato d'argento	Ad ogni medicazione	OSS Infermiere

Asciugare la cute lesionata delicatamente con garze pulite sterili		Ad ogni medicazione	OSS Infermiere
Fase sierosa e/o infetta: Applicare idrogel + schiume di poliuretano cavitare e/o carbossimetilcellulosa e/o idrocolloide più medicazione secondaria. In caso di sovrainfezione utilizzare prodotti con argento.		Ogni 2 giorni	Infermiere
Fase di granulazione: : Applicare schiume di poliuretano cavitario e/o carbossimetilcellulosa totale e/o idrocolloide e/o acido ialuronico e/o collagene più medicazione secondaria.		Ogni 2/3 giorni	Infermiere
Fase di riepitelizzazione: idrocolloide e/o schiuma di poliuretano adesiva e/o acido ialuronico .		Ogni 4/5 giorni	Infermiere

Scheda valutazione paziente con UDD trattato a domicilio e/o in RSA e/o in RA

Paziente:

Dati anagrafici:

Data attivazione percorso	Materiale utilizzato e frequenza delle medicazioni	Ipotesi di costi	Stato delle lesioni Con report fotografico alla 1° valutazione e ad ogni cambiamento significativo e a guarigione
1° valutazione (30 giorni)	Materiale utilizzato (ivi compresi eventuali farmaci tipo antibiotici) e frequenza delle medicazioni	Ipotesi di costi (compresi eventuali visite specialistiche e/o esami di laboratorio tipo tamponi)	Stato delle lesioni
2° valutazione (60 giorni)	Materiale utilizzato (ivi compresi eventuali farmaci tipo antibiotici) e frequenza delle medicazioni	Ipotesi di costi (compresi eventuali visite specialistiche e/o esami di laboratorio tipo tamponi)	Stato delle lesioni

Annotazioni : Es ricovero, interventi o trattamenti rifiutati, ecc....

3° valutazione (90 giorni)	Materiale utilizzato (ivi compresi eventuali farmaci tipo antibiotici) e frequenza delle medicazioni	Ipotesi di costi (compresi eventuali visite specialistiche e/o esami di laboratorio tipo tamponi)	Stato delle lesioni
4° valutazione (120 giorni)	Materiale utilizzato (ivi compresi eventuali farmaci tipo antibiotici) e frequenza delle medicazioni)	Ipotesi di costi (compresi eventuali visite specialistiche e/o esami di laboratorio tipo tamponi)	Stato delle lesioni

Annotazioni :Es ricovero, interventi o trattamenti rifiutati, ecc....

Scheda valutazione paziente con UDD trattato in regime di ricovero reparti per acuti e/o riabilitazione e/o lungodegenze

Paziente:

Dati anagrafici:

U.O.O.:

Data attivazione percorso (ricovero)	Materiale utilizzato e frequenza delle medicazioni	Ipotesi di costi	Stato delle lesioni
1° valutazione (10 giorni)	Materiale utilizzato (ivi compresi eventuali farmaci tipo antibiotici) e frequenza delle medicazioni	Ipotesi di costi (compresi eventuali visite specialistiche e/o esami di laboratorio tipo tamponi)	Stato delle lesioni
2° valutazione (30 giorni)	Materiale utilizzato (ivi compresi eventuali farmaci tipo antibiotici) e frequenza delle medicazioni	Ipotesi di costi (compresi eventuali visite specialistiche e/o esami di laboratorio tipo tamponi)	Stato delle lesioni

Annotazioni :Es ricovero, interventi o trattamenti rifiutati, ecc....

3° valutazione (90 giorni)	Materiale utilizzato (ivi compresi eventuali farmaci tipo antibiotici) e frequenza delle medicazioni	Ipotesi di costi (compresi eventuali visite specialistiche e/o esami di laboratorio tipo tamponi)	Stato delle lesioni
4° valutazione (alla dimissione)	Materiale utilizzato (ivi compresi eventuali farmaci tipo antibiotici) e frequenza delle medicazioni	Ipotesi di costi (compresi eventuali visite specialistiche e/o esami di laboratorio tipo tamponi)	Stato delle lesioni

Annotazioni :Es ricovero, interventi o trattamenti rifiutati, ecc....

Indicatori per valutazione di PDTA sulle LDD

Nr segnalazioni di LDD all'interno di Dimissioni Protette nr segnalazioni/totale dimissioni : nr/tot: pari a x%	all'inizio del PDTA	a 1 anno
Nr casi trattati con incidenza percentuale sulla popolazione ultra-65 aa : nr casi/ totale : pari a x%	all'inizio del PDTA	a 1 anno
Nr casi trattati con adesione completa al PDTA : nr casi trattati : paria x%	all'inizio del PDTA	a 1 anno