

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA	
tel + 39 0403775551 fax + 39 0403775523	salute@regione.fvg.it salute@certregione.fvg.it I - 34124 Trieste, Riva Nazario Sauro 8

Regione FVG

Sorveglianza lesioni da pressione “Misurare l’incidenza di LdP nelle strutture di degenza”

Programma Regionale “Rischio Clinico” anno 2016

Elaborazione progetto a cura dei componenti del gruppo di lavoro:

<i>Ban Elisa</i>	<i>Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"</i>
<i>Bertola Daniela</i>	<i>Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "Alto Friuli – Collinare - Medio Friuli"</i>
<i>Donato Jennifer</i>	<i>Casa di Cura S. Giorgio (PN)</i>
<i>Fregonese Francesca</i>	<i>Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"</i>
<i>Grassi Michela</i>	<i>Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste</i>
<i>Guidi Valentina</i>	<i>Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste</i>
<i>Lister Caterina</i>	<i>Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"</i>
<i>Medizza Marina</i>	<i>Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste</i>
<i>Noacco Sonia</i>	<i>Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine</i>
<i>Piovesana Leda Lara</i>	<i>Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"</i>
<i>Prezza Marisa</i>	<i>Direzione centrale salute, integrazione sociosanitari, politiche sociali e famiglia - Area servizi assistenza ospedaliera</i>
<i>Spessot Tiziana</i>	<i>Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"</i>
<i>Stefanon Laura</i>	<i>Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"</i>
<i>Trabona Rosolino</i>	<i>Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste</i>
<i>Treleani Manuela</i>	<i>Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"</i>

Con il supporto metodologico della dr.ssa Valent Francesca, Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali e famiglia – Servizio epidemiologia e flussi informativi.

INDICE

1. OBIETTIVI DELLO STUDIO	pag. 3
1.1 Obiettivi specifici	
2. MATERIALI E METODI	pag. 3
2.1 Tipologia di studio	pag. 3
2.2 Aziende Sanitarie coinvolte nel progetto	pag. 3 - 4
2.2.1 <i>Elenco delle Strutture individuate</i>	
2.3 Popolazione oggetto di studio	pag. 5
2.3.1 <i>Criteri di inclusione dello studio</i>	
2.3.2 <i>Criteri di esclusione dello studio</i>	
2.4 <i>Modalità di raccolta dei dati</i>	pagg. 5 - 6
2.4.1 <i>Fonte dei dati</i>	
2.4.2 <i>Set di dati</i>	
2.4.3 <i>Modalità di raccolta dei dati</i>	
2.4.4 <i>Rilevatori</i>	
2.4.5 <i>Formazione e addestramento dei Rilevatori</i>	
2.4.6 <i>Documenti di riferimento</i>	
2.4.7 <i>Tempistica di rilevazione ed elaborazione dei dati</i>	
2.4.8 <i>Calcolo dei dati di incidenza</i>	
2.4.9 <i>Diffusione dei risultati</i>	
3. SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI DATI	pagg. 7 - 8
4. LEGENDA SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI DATI	pagg. 9 - 10
5. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	pag. 11
ALLEGATO 1: Scala di Norton modificata secondo Nancy e Stotts	pag. 12
ALLEGATO 2: Stadiazione delle Lesioni da Pressione	pagg. 13 - 14

1.0 OBIETTIVI DELLO STUDIO

Obiettivo generale del progetto è: misurare l'incidenza del fenomeno lesioni da pressione (LdP) nelle strutture di degenza/residenziali definite per ogni Azienda sanitaria regionale.

1.1 Obiettivi specifici

1. Calcolare il tasso di incidenza degli assistiti che sviluppano una o più LdP per ogni struttura di degenza/residenziale osservata.
2. Calcolare il tasso di LdP sviluppate nelle strutture di degenza/residenziali osservate (LdP per reparto).

2.0 MATERIALI E METODI

2.1 Tipologia di studio

Ai fini dell'obiettivo definito sarà avviato uno studio epidemiologico osservazionale prospettico di incidenza.

2.2 Aziende Sanitarie coinvolte

Il progetto prevede la partecipazione di tutti gli Enti Sanitari regionali di cui all'elenco seguente:

1. Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana - Isontina";
2. Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli";
3. Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale";
4. Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste;
5. Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine;
6. Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico "Centro Riferimento Oncologico" Aviano, Pordenone.
7. Casa di Cura "Città di Udine", Udine;
8. Casa di Cura "S. Giorgio", Pordenone;
9. Casa di Cura "Pineta del Carso", Trieste;
10. Casa di Cura "Salus", Trieste;
11. Casa di Cura "Sanatorio Triestino", Trieste.

Le Strutture direttamente coinvolte sono:

- a. **Strutture Ospedaliere;**
- b. **Case di Cura convenzionate (CDCC)**
- c. **Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).**

Nello specifico, per ognuna delle Strutture di cui sopra, oggetto di studio sono:

- almeno 1 Unità Operativa (U.O.) di Medicina generale;
- almeno 1 U.O. di Ortopedia;
- almeno una RSA per le realtà territoriali di ogni Azienda Sanitaria.

2.2.1 Unità Operative/Reparti ed RSA individuate

Al fine di rendere possibile un confronto dei risultati dello studio tra le varie realtà regionali (benchmark tra strutture regionali), per ogni Azienda Sanitaria/Ente sanitario della regione sono state individuate Unità Operative (UU.OO.)/Reparti afferenti alla stessa disciplina; uniche eccezioni sono rappresentate dall' IRCCS CRO e dalla CDC Pineta del Carso che non disponendo al loro interno di UU.OO di Medicina generale e Ortopedia effettueranno comunque lo studio, a titolo di sperimentazione, in UU.OO. diverse.

Di seguito, nelle tabelle le UU.OO./Reparti e le RSA individuate.

▪ Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana – Isontina"

OSPEDALE	U.O. MEDICINA	U.O. ORTOPEDIA	RSA
Gorizia	Medicina	Ortopedia long surgery	RSA Gorizia-Distretto Alto Isontino
Monfalcone	Medicina	Ortopedia long surgery	RSA Cormons-Distretto Alto Isontino
Palmanova	Medicina	Ortopedia	RSA Monfalcone-Distretto Basso Isontino
Latisana	Medicina	Ortopedia	RSA Distretto Est-Palmanova RSA Distretto ovest-Latisana

▪ Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli"

OSPEDALE	U.O. MEDICINA	U.O. ORTOPEDIA	RSA
Tolmezzo	Medicina Interna	Ortopedia e Traumatologia	RSA Tolmezzo
San Daniele	Medicina Interna	Ortopedia e Traumatologia	

▪ Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"

OSPEDALE	U.O. MEDICINA	U. O. ORTOPEDIA	RSA
Pordenone	Medicina 1 Medicina 2	Ortopedia	RSA Pordenone RSA Azzano Decimo
S. Vito al Tagliamento	Medicina	Ortopedia	RSA Sacile
Spilimbergo	Medicina	Ortopedia	RSA S. Vito al Tagliamento RSA Roveredo

Per l'AAS 5 aderiscono allo studio anche le seguenti U.O.: SIP Maniago, Sip Sacile e Hospice

▪ Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

U.O. MEDICINA	U.O. ORTOPEDIA	RSA
Medicina Clinica	Clinica Ortopedia 14° piano	RSA S. Giusto
1 Medica	Clinica Ortopedica 13° piano	

▪ Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

U.O. MEDICINA	U.O. ORTOPEDIA	RSA
Medicina interna 1 sez. A	Area Ortopedia 2 piano	RSA Cividale del Friuli

▪ Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico "Centro Riferimento Oncologico" Aviano, Pordenone

U.O. MEDICINA
Oncologia Chirurgica

▪ Casa di Cura Città di Udine

U.O. MEDICINA	U.O. ORTOPEDIA
Medicina	Ortopedia

▪ Casa di Cura San Giorgio (Pordenone)

U.O. MEDICINA	U.O. ORTOPEDIA
Medicina	Ortopedia

▪ Casa di Cura Pineta del Carso (Trieste)

U.O. MEDICINA
Medicina Riabilitativa

▪ Casa di Cura Salus (Trieste)

U.O. MEDICINA	U.O. ORTOPEDIA
Medicina	Ortopedia

▪ Casa di Cura Sanatorio Triestino (Trieste)

U.O. MEDICINA	U.O. ORTOPEDIA
Medicina	Ortopedia

2.3 Popolazione oggetto di studio

2.3.1 Criteri di inclusione dello studio

Sono inclusi nello studio tutti gli assistiti con età = o > a 18 anni nuovi accolti e degenti nelle UU.OO./Reparti e RSA di cui sopra nel periodo definito.

2.3.2 Criteri di esclusione dello studio

Sono esclusi dallo studio gli assistiti con età < a 18 anni e quelli già presenti/degenti prima del periodo di osservazione definito.

2.4 Modalità di raccolta dei dati

2.4.1 Fonte dei dati

Al fine di garantirne la completezza i dati saranno raccolti con una duplice modalità (raccolta mista).

- a) Osservazione diretta degli assistiti inclusi nello studio (con ispezione quotidiana della cute).
- b) Analisi della documentazione clinica degli assistiti inclusi nello studio.

2.4.2 Set di dati

Vedi scheda di raccolta dati in allegato 1.

2.4.3 Raccolta dei dati

La valutazione degli assistiti, la raccolta e registrazione dei dati sulla scheda di rilevazione di cui al punto 3.0 del presente documento, devono essere garantite durante tutta la durata della degenza degli stessi; complessivamente sono previsti almeno 3 momenti di registrazione dei dati:

1. **accoglimento dell'assistito in U.O./Reparto** – tutti gli assistiti rispondenti ai criteri di inclusioni di cui al punto 2.4 devono essere valutati e per ognuno di essi deve essere compilata la "sezione 1" della scheda di rilevazione;
2. **durante la degenza in U. O./Reparto** – se durante la degenza l'assistito sviluppa una o più LdP, devono essere raccolti e registrati tempestivamente i relativi dati della "sezione 2 – campo 1^a rilevazione" della scheda. E' possibile registrare fino a 3 lesioni per ogni data di rilevazione (le più gravi).
Per tutta la durata della degenza sono possibili fino a 5 registrazioni successive nella "sezione 2 – campi 2^a, 3^a, 4^a e 5^a rilevazione";
3. **trasferimento/dimissione dell'assistito dall'U.O./Reparto** – al momento del trasferimento/dimissione dell'assistito deve essere compilata la "sezione 3" della scheda di rilevazione.

2.4.4 Rilevatori

I dati saranno raccolti dal personale infermieristico dei reparti definiti opportunamente formati ed addestrati; gli stessi provvederanno anche all'inserimento dei dati a sistema con il supporto dei referenti aziendali. Tutto il personale dell'Unità Operativa/Reparto è coinvolto, informato, formato e partecipa allo studio.

2.4.5 Formazione e addestramento dei Rilevatori

Prima dell'avvio dello studio devono essere attivati interventi di formazione mirata a tutto il personale delle Unità Operative coinvolte su prevenzione, valutazione/classificazione delle LdP e sui contenuti del presente protocollo di studio.

2.4.6 Documenti di riferimento

Per la prevenzione e classificazione delle LdP i documenti di riferimento sono:

- linee guida regionali di prevenzione e trattamento delle LdP (2013);
- linee Guida EPUAP/NPUAP/PPPIA 2014 per la stadiazione e classificazione delle LdP;
- indicazioni operative e/o regolamenti interni presenti nelle varie realtà sanitarie regionali;
- protocollo di studio incidenza (presente testo corredato da legenda).

2.4.7 Tempistica di rilevazione ed elaborazione dei dati

I dati devono essere raccolti ogni giorno per la durata di 30 giorni consecutivi a partire dalle ore **00.00** del **21 novembre 2016** alle ore **24.00** del **20 dicembre 2016**.

L'inserimento dei dati su database elaborato con programma Epiinfo 2000 deve essere completato entro il 20 gennaio 2017

I dati dovranno essere inviati in Direzione Centrale Salute entro il 20 gennaio 2017 (referente dr.ssa M. Prezza)

L'analisi dei dati dovrà essere completata entro il 20 febbraio 2017 a livello aziendale e quindi a livello regionale.

2.4.8 Calcolo dati di incidenza

I dati raccolti e utili al monitoraggio del fenomeno LdP, saranno elaborati per il calcolo di due dati di incidenza con due diverse formule. Le formule utilizzate saranno rispettivamente:

1. Numero totale degli assistiti che hanno sviluppato LdP durante la degenza / giornate totali di degenza degli assistiti che hanno sviluppato LdP fino alla comparsa di LdP.
2. Numero di nuove LdP sviluppate durante la degenza nel mese di studio/ giorni totali di degenze degli assistiti accolti nella struttura nel mese di studio.

2.4.9 Diffusione dei risultati

I risultati della sperimentazione della modalità di sorveglianza e dei dati di incidenza saranno diffusi, a cura della Direzione Centrale salute nel corso dell'anno 2017, ai referenti del progetto regionale LdP, ai Risk manager ed alle Aziende Sanitarie regionali.

3.0 Scheda di rilevazione dei dati

SEZIONE 1: compilare SEMPRE al momento del ricovero in Unità Operativa/Reparto	
Record (inserimento informatico)	Azienda Sanitaria: _____
Struttura Sanitaria: _____	
U.O./Reparto: _____	Assistito: (iniziali cognome e nome) _____
Genere: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita: ____/____/____ N. cartella clinica: _____
Data di accoglimento in U.O./Reparto ____/____/____	
Punt. Rischio al momento dell'accoglimento in U.O./Reparto: /____/	
Presenza di LdP all'accoglimento in U.O./Reparto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	N. di lesioni presenti: /____/
SEZIONE 2: compilare SOLO se durante la degenza insorgono LdP	
▪ 1^ rilevazione/registrazione	
Data insorgenza LdP: ____/____/____	N. di lesioni insorte: /____/
Punt. Rischio al momento della rilevazione della/e LdP: /____/	
lesione 1 Stadio: /____/	lesione 1 Sede: /____/ altra sede _____
lesione 2 Stadio: /____/	lesione 2 Sede: /____/ altra sede _____
lesione 3 Stadio: /____/	lesione 3 Sede: /____/ altra sede _____
Superfici antidecubito in uso: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Intervento chirurgico di durata superiore alle 4 ore avvenuto nelle ultime 72 ore dall'insorgenza della lesione: : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
▪ 2^ rilevazione/registrazione	
Data insorgenza LdP: ____/____/____	N. di lesioni insorte: /____/
Punt. Rischio al momento della rilevazione della/e LdP: /____/	
lesione 1 Stadio: /____/	lesione 1 Sede: /____/ altra sede _____
lesione 2 Stadio: /____/	lesione 2 Sede: /____/ altra sede _____
lesione 3 Stadio: /____/	lesione 3 Sede: /____/ altra sede _____
Superfici antidecubito in uso: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Intervento chirurgico di durata superiore alle 4 ore avvenuto nelle ultime 72 ore dall'insorgenza della lesione: : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
▪ 3^ rilevazione/registrazione	
Data insorgenza LdP: ____/____/____	N. di lesioni insorte: /____/
Punt. Rischio al momento della rilevazione della/e LdP: /____/	
lesione 1 Stadio: /____/	lesione 1 Sede: /____/ altra sede _____
lesione 2 Stadio: /____/	lesione 2 Sede: /____/ altra sede _____
lesione 3 Stadio: /____/	lesione 3 Sede: /____/ altra sede _____
Superfici antidecubito in uso: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Intervento chirurgico di durata superiore alle 4 ore avvenuto nelle ultime 72 ore dall'insorgenza della lesione: : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
▪ 4^ rilevazione/registrazione	
Data insorgenza LdP: ____/____/____	N. di lesioni insorte: /____/
Punt. Rischio al momento della rilevazione della/e LdP: /____/	
lesione 1 Stadio: /____/	lesione 1 Sede: /____/ altra sede _____
lesione 2 Stadio: /____/	lesione 2 Sede: /____/ altra sede _____
lesione 3 Stadio: /____/	lesione 3 Sede: /____/ altra sede _____
Superfici antidecubito in uso: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Intervento chirurgico di durata superiore alle 4 ore avvenuto nelle ultime 72 ore dall'insorgenza della lesione: : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

■ 5^ rilevazione/registrazione	
Data insorgenza LdP: ____/____/____	N. di lesioni insorte: /____/
Punt. Rischio al momento della rilevazione della/e LdP: /____/	
lesione 1 Stadio: /____/	lesione 1 Sede: /____/ altra sede _____
lesione 2 Stadio: /____/	lesione 2 Sede: /____/ altra sede _____
lesione 3 Stadio: /____/	lesione 3 Sede: /____/ altra sede _____
Superfici antidecubito in uso: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Intervento chirurgico di durata superiore alle 4 ore avvenuto nelle ultime 72 ore dall'insorgenza della lesione: : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SEZIONE 3: compilare SEMPRE, alla dimissione/trasferimento del paziente in altra sede	
Data di dimissione/trasferimento del paziente: ____/____/____	

4.0 LEGENDA SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI DATI

SEZIONE 1	Da compilare per tutti gli assistiti inclusi nello studio al momento dell'accoglimento in U. O./Reparto e RSA
Record (inserimento informatico)	Compilare solo al momento dell'inserimento dei dati su supporto informatico.
Azienda Sanitaria	Riportare la denominazione o la sigla identificativa dell'Azienda Sanitaria o della Struttura sanitaria di riferimento (es. Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 o AAS 5"; Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste o ASUITS, Casa di cura Pineta del Carso, ...)
Struttura Sanitaria	Per specifica struttura indicare la denominazione (v. esempi): - se struttura ospedaliera o CDC riportare denominazione - es. H di Gorizia, H di Tolmezzo, CDC Città di Udine, ... - se trattasi di RSA riportare denominazione - es: RSA Latisana, RSA Tolmezzo,...
U.O./Reparto	Riportare la denominazione della U. O./Reparto in cui si effettua la rilevazione dei dati - es: Medicina 1, Ortopedia, ...
Assistito	Riportare le iniziali dell'assistito (è possibile apporre etichetta) o, in alternativa, un numero identificativo dello stesso se ritenuto utile per motivi interni.
Genere	Barrare la casella corrispondente al genere dell'assistito osservato: M o F
Data di nascita	Riportare la data con i riferimenti numerici di giorno/mese/anno di nascita dell'assistito
N° cartella clinica	Riportare il codice identificativo della cartella clinica con anno e numero progressivo - es.: 2016/123456
Data di accoglimento in UO/Reparto	Riportare la data con i riferimenti numerici di giorno/mese/anno di accoglimento presso la U. O./Reparto, RSA in cui si effettua lo studio
Punteggio Rischio al momento dell'accoglimento in Unità Operativa/Reparto	Riportare il punteggio totale rilevato con la Scala di Norton modificata secondo Nancy e Stotts e valutato al momento del ricovero. (Punteggio possibile compreso tra 5 e 20)
Presenza di LdP al momento dell'accoglimento in Unità Operativa/Reparto?	Segnalare con un Si o con un NO la presenza o l'assenza di LdP al momento dell'accoglimento dell'assistito
N. di lesioni presenti	Documentare la presenza o l'assenza di LdP al momento dell'accoglimento barrando la casella corrispondente (SI o NO)
SEZIONE 2	Compilare solo se durante la degenza insorgono LdP. Sono possibili fino a 5 rilevazioni in momenti diversi durante tutta la degenza dell'assistito. Per ogni rilevazione è possibile inserire informazioni fino ad un massimo di 3 lesioni rilevate nello stesso momento. Ad ogni rilevazione le informazioni da inserire sono sempre le stesse (v. sotto).
1-2-3-4-5 rilevazioni/registrazioni	Campi ripetuti da compilare solo se insorgono LdP
Data insorgenza LdP	Riportare la data con i riferimenti numerici di giorno/mese/anno dell'insorgenza di una o più LdP durante la degenza
N. di lesioni insorte	Indicare il numero complessivo delle LdP insorte
Punteggio Rischio al momento della rilevazione della/e LdP	Riportare il punteggio totale rilevato con la Scala di Norton modificata secondo Nancy e Stotts e valutato al momento della rilevazione della/e LdP (Punteggio possibile compreso tra 5 e 20)
lesione 1 Stadio	Indicare la codifica relativa allo stadio della LdP rilevata come da indicazioni riportate di seguito. 1. cat./stadio 1 2. cat./stadio 2 3. cat./stadio 3

5.0 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Preventing Pressure Ulcers in Hospitals A Toolkit for Improving Quality of Care, 2011.
- D. Thomas, Compton, MD, G. (Eds.) 2014 - Pressure Ulcers in the Aging Population A guide for Clinicians. Chapter 2 "Incidence and Prevalence of Pressure Ulcers" D. Berlowitz , M.D., M.P.H.
- D.L. Johnson, M. Valvo, D. Yuricic, Guide to the Monthly Pressure Ulcer Tracking Form. Material developed and prepared by IPRO, the Medicare Quality Improvement Organization for New York State, under contract with the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), an agency of the U.S. Department of Health and Human Services. The contents presented do not necessarily reflect CMS policy. ID number: 10SOW-NY-AIM7.2-11-09 (Version 5– May 2014).
- G. Carino et al, The HAPU Bundle: A Tool to Reduce the Incidence of Hospital-Acquired Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit, International Journal of Nursing Science 2012, 2(4): 34-37 DOI: 10.5923/j.nursing.20120204.02.
- Medical Education Londra: MEP Ltd, 2009. Partnership. Linee guida internazionali. Prevenzione delle ulcere da pressione: prevalenza ed incidenza in contesto. Documento di consenso.
- M. Collier, Pressure Ulcer Incidence: The Development and Benefits of 10 Year's-experience with an Electronic Monitoring Tool (PUNT) in a UK Hospital Trust. EWMA JOURNAL 2015 VOL 15 NO 2.
- 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. "Prevenzione e Trattamento delle Ulcere da Pressione: Guida Rapida di Riferimento".
- The Indiana Pressure Ulcer Quality Improvement Initiative is developed by the Indiana State Department of Health and the University of Indianapolis Center for Aging & Community. 2008. Pressure Ulcer Data Collection Tool Instructions.

www.ahrq.gov

www.epuap.org

www.npuap.org

www.regione.fvg.it

ALLEGATO 1

SCALA DI NORTON MODIFICATA SECONDO NANCY E STOTTS¹

Condizioni generali Livelli di assistenza richiesti per ADL, relativi a: igiene, nutrizione, medicazioni, movimenti.	4 – Buone Abile ad eseguire le proprie ADL.	3 – Discrete Necessita di assistenza per eseguire le ADL.	2 – Scadenti Richiede assistenza per più ADL.	1 – Pessime Totalmente dipendente su tutte la ADL.
Stato mentale Risponde alle domande relative a tempo, spazio e persone in modo soddisfacente e veloce.	4 – Lucido Orientato nel tempo e nello spazio e persone. Risposta rapida.	3 – Apatico Orientato nel tempo e nello spazio e persone, con una ripetizione della domanda.	2 – Confuso Parzialmente orientato nel tempo, spazio, persone. La risposta può essere rapida.	1 – Stuporoso Totalmente disorientato. La risposta può essere lenta o rapida. Il paziente potrebbe essere in coma.
Deambulazione Distanza e indipendenza nella deambulazione.	4 – Normale Deambula fino a quando è affaticato. Cammina da solo o con l'assistenza di presidi (es. bastone).	3 – Cammina con aiuto Deambula finché è affaticato. Richiede l'assistenza di una persona per la deambulazione. Può usare un presidio.	2 – Costretto su sedia Cammina o si muove solo su sedia.	1 – Costretto a letto Confinato a letto per tutte le 24 ore
Mobilità Quantità e controllo del movimento di una parte del corpo.	4 – Piena Può muovere e controllare le estremità come vuole. Può o non può usare un presidio.	3 – Moderatamente limitata Può usare e controllare le estremità con la minima assistenza di un'altra persona. Può o non può usare un presidio.	2 – Molto limitata Limitata indipendenza ai movimento e al controllo delle estremità. Richiede maggior assistenza di un'altra persona. Può usare un presidio.	1 – Immobile Non ha indipendenza nel movimento o controllo delle estremità. Richiede assistenza per il movimento di ogni estremità.
Incontinenza Valutazione dell'insufficienza del controllo di urine e feci.	4 – Assente Non incontinente di urine e/o feci. Può avere un catetere.	3 – Occasionale Incontinenza di urine 1-2 volte/die e/o feci 1 volta die.	2 – Abituale (urine) Incontinenza di urine e/o feci 2-3 volte/die, ma non sempre.	1 – Doppia Totale incontinenza di urine e feci.

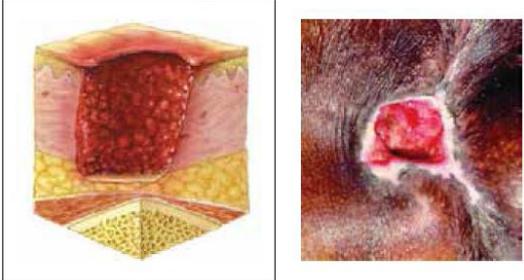
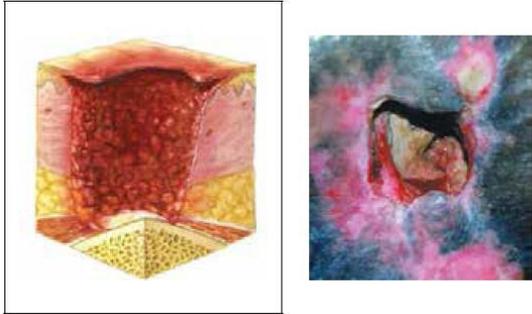
Definizione di Soggetto a rischio

È classificato soggetto a rischio colui che, sottoposto a valutazione oggettiva con la Scala di Norton modificata, secondo Nancy e Stotts totalizza un punteggio **uguale o inferiore a 14** (rischio: punteggio compreso tra 5 e 14).

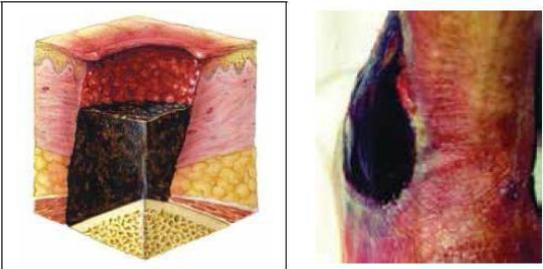
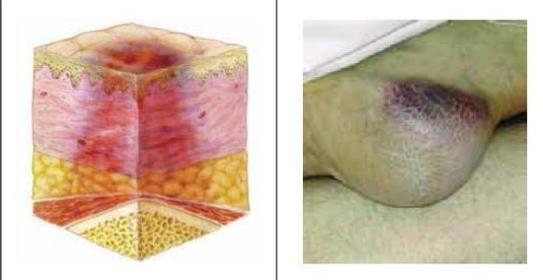
¹ Linee guida integrali dell'AHRQ per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito – III edizione della versione italiana a cura di A. Calosso, E. Zanetti – AISLeC, novembre 2003.

ALLEGATO 2

STADIAZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE²

<p>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. L'area può essere dolorosa, solida, morbida, più calda o più fredda rispetto al tessuto adiacente. 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).</p>	 <p>Il diagramma a sinistra mostra una sezione trasversale della pelle con un'area di eritema non sbiancabile sulla superficie. La fotografia a destra mostra un'area di eritema non sbiancabile su una parte del corpo.</p>
<p>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. <i>*L'ecchimosi indica una sospetta lesione dei tessuti profondi.</i></p>	 <p>Il diagramma a sinistra mostra una sezione trasversale della pelle con una perdita cutanea a spessore parziale. La fotografia a destra mostra una perdita cutanea a spessore parziale su una parte del corpo.</p>
<p>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.</p>	 <p>Il diagramma a sinistra mostra una sezione trasversale della pelle con una perdita cutanea a spessore totale. La fotografia a destra mostra una perdita cutanea a spessore totale su una parte del corpo.</p>
<p>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.</p>	 <p>Il diagramma a sinistra mostra una sezione trasversale della pelle con una perdita di tessuto a spessore totale. La fotografia a destra mostra una perdita di tessuto a spessore totale su una parte del corpo.</p>

² 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.

<p>Non Stadiabili Profondità Sconosciuta</p> <p>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.</p>	 <p>The diagram on the left shows a cross-section of a deep ulcer with a large, dark, necrotic core (eschar) and surrounding slough. The clinical photograph on the right shows a similar ulcer on a heel, with a dark, necrotic center and surrounding slough.</p>
<p>Sospetto Danno Profondo del Tessuto Profondità Sconosciuta</p> <p>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.</p>	 <p>The diagram on the left shows a cross-section of a suspected deep tissue injury with a purple, swollen area under the skin. The clinical photograph on the right shows a purple, swollen area on a heel, characteristic of a suspected deep tissue injury.</p>