



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

SORVEGLIANZA REGIONALE LESIONI DA PRESSIONE

Protocollo di studio

Anno 2014

INDICE

<i>Premessa</i>	<i>Pag. 2</i>
<i>1.0 Obiettivi dello studio</i>	<i>pag. 3</i>
<i>1.1 Standard</i>	<i>pag. 3</i>
<i>2.0 Materiali e Metodi</i>	<i>pag. 3</i>
<i>2.1 Tipologia studio epidemiologico</i>	<i>pag. 3</i>
<i>2.2 Strutture regionali coinvolte nello studio</i>	<i>pag. 3</i>
<i>2.3 Popolazione oggetto di studio</i>	<i>pag. 4</i>
<i>2.4 Tempi di rilevazione</i>	<i>pag. 4</i>
<i>2.5 Strumento di rilevazione</i>	<i>pag. 4</i>
<i>2.6 Modalità di raccolta dei dati</i>	<i>pag. 5</i>
<i>2.7 Calcolo dei dati di prevalenza</i>	<i>pag. 5</i>
<i>2.8 Elaborazione ed analisi dei dati</i>	<i>pag. 6</i>
<i>2.9 Flusso informativo</i>	<i>pag. 6</i>
<i>Bibliografia e Sitografia</i>	<i>pag. 7</i>
<i>Appendici</i>	<i>pag. 8</i>
<i>Scheda di raccolta dati</i>	<i>pag. 8</i>
<i>Legenda scheda di rilevazione dati</i>	<i>pag. 9</i>

PREMESSA

Le lesioni da pressione sono un importante problema di salute e un problema sociale di altrettanto rilievo: causano sofferenza ed emarginazione, sottraggono dignità, assorbono risorse sanitarie e sono in buona parte prevenibili con semplici gesti e interventi ad alta fattibilità (1).

La prevenzione delle lesioni da pressione ed il loro trattamento, soprattutto a carico di pazienti anziani allettati, rappresenta oggi uno degli obiettivi più importanti dell'assistenza infermieristica erogata in ospedale, nelle strutture di lungodegenza e nelle cure domiciliari/palliative. In soggetti già compromessi, quali sono gli anziani portatori di pluripatologie e/o laddove l'assistenza sanitaria erogata sia scarsa o insufficiente (in termini qualitativi e quantitativi) tali lesioni possono dar luogo a complicanze sia a livello locale (infezioni della lesione e dei tessuti sottostanti, osteomieliti), sia a livello sistemico (sepsi). Queste complicanze sono associate ad un alto tasso di mortalità e, pertanto, chiamano in causa gli operatori sanitari, in primis gli infermieri, e gli amministratori per due motivi: l'impiego di ingenti risorse erogate per la cura e l'assistenza di pazienti così complessi e la messa in atto di strategie (da implementare a diversi livelli: clinico, organizzativo ed etico) per prevenirne l'insorgenza e, di conseguenza, gli eventi mortali correlati alle infezioni e sepsi (2).

È stato stimato che negli Stati Uniti, ogni anno sono oltre un milione le persone colpite da lesioni da pressione e l'impegno economico per la cura e l'assistenza è pari circa 8,5 miliardi di dollari all'anno. Nel Regno Unito, circa una persona ogni 150 soggetti ogni anno sviluppa un'ulcera da pressione e la spesa annua stimata per la cura delle lesioni rappresenta circa il 4% del bilancio del UK National Health Service. Analogamente, nei Paesi Bassi, circa l'1% della spesa sanitaria è impegnata per il trattamento delle lesioni da pressione (3).

In Italia, una indagine condotta a livello nazionale nel corso del 2010 a cura dell' AISLEC (Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee) in 50 presidi ospedalieri/USL per una somma complessiva di 112 reparti di medicina e 55 reparti di area intensiva ha evidenziato un dato di prevalenza complessivo del 19,53% con una variabilità compresa tra il 28,94% nelle aree intensive e il 17,98% nelle medicine/lungodegenze (4).

Dati di prevalenza e di incidenza di lesioni da pressione sono sempre più utilizzati come indicatori della qualità delle cure e dell'efficacia dell'adozione di protocolli di prevenzione e trattamento; in alcuni sistemi sanitari come ad esempio quello americano la presenza di lesioni da pressione è collegata anche al rimborso economico delle strutture sanitarie. (2009)

Uno studio condotto nel 2003 negli ospedali e nelle strutture territoriali (RSA, ADI, e alcune Case di Riposo) del Friuli Venezia Giulia ha evidenziato una prevalenza di lesioni da pressione del 14,7%, (Agenzia Regionale della Sanità, Friuli Venezia Giulia). Nell'ambito del programma regionale del Governo Clinico, dopo la pubblicazione e diffusione del documento di riferimento per la prevenzione e trattamento delle Lesioni da Pressione (5) avvenuta nel 2013, una ulteriore azione che il gruppo di lavoro dei referenti del programma "Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione" ha ritenuto di avviare in modo prioritario per l'anno in corso è stata la riattivazione della rete regionale di sorveglianza del fenomeno.

La rete di sorveglianza regionale, avviata nell'anno 1996 è stata attiva fino all'anno 2003 e successivamente è stata data facoltà ad ogni singola realtà sanitaria di procedere con il monitoraggio del fenomeno con le modalità operative più consone alla propria organizzazione; il risultato è stato la non disponibilità di dati comparabili tra le varie Strutture e quindi l'impossibilità di procedere ad una "lettura regionale" del fenomeno lesioni da pressione. L'avvio della rete di sorveglianza regionale non può prescindere dalla progettazione e diffusione di un protocollo di studio specifico che definisca nel dettaglio obiettivi, tempi e modalità di raccolta dei dati.

Il presente documento rappresenta il riferimento metodologico ed operativo per la conduzione dello studio di prevalenza regionale.

1.0 OBIETTIVI DELLO STUDIO

Gli obiettivi che il gruppo di lavoro si prefigge di raggiungere tramite l'effettuazione dell'indagine di prevalenza regionale sono principalmente due, nell'ordine:

1. Monitorare il fenomeno delle LdP nelle strutture sanitarie della regione garantendo, secondo lo standard regionale definito (5), l'effettuazione di almeno uno studio di prevalenza annuale.
2. Censire le superfici antidecubito utilizzate per l'assistenza dei pazienti a rischio nei vari setting assistenziali per valutarne l'appropriatezza di utilizzo.

1.1 Standard

Rispetto ai due obiettivi definiti gli standard di riferimento sono i seguenti:

Obiettivo 1 – standard 1: nel 100% delle Strutture definite è stata effettuata almeno una indagine di prevalenza annuale.

Obiettivo 2 – standard 2: nel 100% dei setting assistenziali osservati sono state censite le superfici antidecubito in utilizzo.

2.0 MATERIALI E METODI

2.1 Tipologia di studio epidemiologico

Per la raccolta dei dati a livello regionale sarà effettuato uno studio trasversale di prevalenza. Tale studio prevede la rilevazione diretta dei dati tramite l'osservazione dei pazienti, in un preciso momento (es. 1 giorno) o un periodo di tempo (es. una settimana). Uno studio trasversale può essere considerato come "una fotografia istantanea" del gruppo di soggetti esaminati (popolazione o campione), in relazione al fenomeno sanitario che è oggetto dello studio ed alle caratteristiche del gruppo stesso.

2.2 Strutture regionali coinvolte nello studio

La raccolta dei dati per lo studio di prevalenza sarà effettuato in tutte le strutture sanitarie/setting assistenziali delle diverse Aziende ed Enti Sanitari della regione di cui all'elenco di seguito riportato:

- Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina" – RSA e domicilio.
- Azienda "Ospedali Riuniti" Trieste – Presidi Ospedalieri Maggiore e Cattinara.
- Casa di Cura "Salus" – Trieste.
- Casa di Cura "Sanatorio Triestino" – Trieste.
- Casa di Cura "Pineta del Carso" – Trieste.
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 "Isontina" – Presidi Ospedalieri di Gorizia e Monfalcone, RSA e domicilio.
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 3 "Alto Friuli" – Presidi Ospedalieri di Tolmezzo e Gemona, RSA e domicilio.
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli" – Presidio Ospedaliero di S. Daniele e Istituto di Medicina Fisica e di Riabilitazione "Gervasutta", RSA e domicilio.
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 "Bassa Friulana" – Presidi Ospedalieri di Palmanova e Latisana, RSA e domicilio.
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" – Ospedale di prossimità di Maniago, RSA e domicilio.

- Azienda Ospedaliera “Santa Maria degli Angeli” Pordenone – Presidi Ospedalieri di: Pordenone, Sacile, S. Vito, e Spilimbergo.
- Casa di Cura “S. Giorgio” – Pordenone.
- Azienda Ospedaliero Universitaria “Santa Maria della Misericordia” Udine – Presidio Ospedaliero di Udine e sedi di Cividale e Gemona del Friuli.
- Casa di Cura “Città di Udine” – Udine.
- Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico “Centro Riferimento Oncologico” Aviano.

2.3 Popolazione oggetto di studio

Ai fini dello studio dovranno essere osservati tutti i pazienti degenti o in carico alle Strutture ed Enti Sanitari della regione nel giorno e/o nel periodo definito e “selezionati” in base alla rispondenza ai criteri di inclusione ed esclusione di seguito riportati.

Criteri di inclusione: rientrano nello studio tutti i pazienti con età superiore ai 18 anni degenti alle ore 00.00 della data indice presso le Strutture Ospedaliere, le Case di Cura Accreditate, le Residenze Sanitarie Distrettuali e gli Hospice. Per i Servizi Domiciliari Distrettuali rientrano nello studio i pazienti per i quali è previsto un accesso nella settimana indice ed i pazienti “nuovi casi” presi in carico durante la settimana indice.

Criteri di esclusione: non rientrano nello studio i pazienti con età inferiore ai 18 anni, i pazienti ricoverati presso Strutture di Ostetricia e Pediatria. Sono inoltre esclusi dallo studio i pazienti, che pur rientrando nei criteri di inclusione, non sono presenti al momento della rilevazione (es. fuori reparto per l'effettuazione di indagini/prestazioni diagnostiche, e per i Servizi Domiciliari coloro per i quali non è previsto alcun accesso nella settimana indice).

2.4 Tempi di rilevazione

Il periodo di effettuazione dello studio è individuato nel secondo semestre dell'anno, la rilevazione dei dati dovrà essere garantita in una giornata indice per tutte le Strutture Residenziali ed in una settimana (dal lunedì al venerdì) incluso il giorno indice, per i Servizi Domiciliari come di seguito indicato.

- Strutture residenziali – la raccolta dei dati dovrà essere effettuata il **mercoledì 22 ottobre 2014**.
- Servizi domiciliari – la raccolta dei dati dovrà essere effettuata nei giorni della settimana compresa da **lunedì 20 a venerdì 24 ottobre**.

2.5 Strumento di rilevazione

Per la rilevazione dei dati sarà utilizzato, in tutte le Strutture Sanitarie/sedi coinvolte nel progetto di studio, uno strumento unico elaborato ad hoc a livello centrale (in allegato 1).

Oltre ai dati generali identificativi del paziente osservato, lo strumento comprende anche la rilevazione di dati specifici quali il grado di rischio di insorgenza di LdP rilevato con l'utilizzo della Scala di Norton modificata secondo Nancy e Stotts (1985) e la stadiazione internazionale delle LdP rivista ed aggiornata da Epuap/NPUAP¹ e pubblicata nel 2009 (v. pag. 4 allegato 2).

¹ European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel – Comitati consultivi rispettivamente Europeo e Americano per le lesioni da pressione.

2.6 Modalità di raccolta dei dati

Nella giornata individuata per le Strutture Residenziali e nella settimana prevista per i Servizi Domiciliari dovranno essere osservati e valutati tutti i pazienti rispondenti ai criteri di inclusione ed esclusione definiti; per ognuno di essi dovrà essere compilata una scheda. Per i pazienti in assistenza domiciliare la scheda deve essere compilata al primo accesso previsto nella settimana di raccolta dei dati. La rilevazione dei dati avverrà a cura del personale operante nelle varie Strutture/Servizi.

2.7 Calcolo dati di prevalenza

Di seguito sono esplicitati i numeratori ed i denominatori individuati per il calcolo dei dati di prevalenza relativi ai due obiettivi dello studio.

Obiettivo 1 - Indicatore 1: percentuale di pazienti con almeno una LdP degenti/in carico nella giornata/settimana indice di indagine.

Saranno calcolati due dati di prevalenza di pazienti con LdP: il primo rapportato al totale dei pazienti osservati, il secondo rapportato al numero totale dei pazienti a rischio osservati. Vedi box 1 e 2 seguenti.

Box 1

Numeratore: Numero di pazienti che presentano almeno una LdP x100
Denominatore: Numero totale di pazienti osservati

Box 2

Numeratore: Numero di pazienti che presentano almeno una LdP x100
Denominatore: Numero totale di pazienti osservati **a rischio di LdP**

Obiettivo 2 - Indicatore 2: percentuale di pazienti a rischio di LdP che dispongono di una superficie antidecubito.

Numeratore: Numero di pazienti a rischio di LdP che dispongono di un presidio antidecubito x 100
Denominatore: Numero totale i pazienti a rischio di LdP

2.8 Elaborazione ed analisi dei dati

L'inserimento dei dati su software specifico - Epi Info 7² e l'elaborazione degli stessi avverrà a cura dei vari referenti aziendali. Entro il 28/11/2014 i dati dovranno essere inviati alla Direzione Centrale Salute per l'aggregazione degli stessi in dati regionali. Ai fini del rispetto della normativa sulla privacy i dati trasmessi alla DCS non dovranno contenere dati sensibili.

2.9 Flusso informativo

Il ritorno delle informazioni nelle singole realtà assistenziali avverrà a cura dei referenti aziendali. I report specifici relativi ai dati aggregati a livello regionale saranno inviati, a cura della Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia, alle varie Aziende Sanitarie entro il primo trimestre del 2015.

² **Epi Info:** software pubblico creato dal CDC di Atlanta e diffuso dall'OMS fin dal 1988 per realizzare indagini epidemiologiche con il computer. Epi Info attualmente funziona in ambiente Windows (98, NT, ME, 2000 e XP) e presenta una interfaccia semplice e intuitiva. In pochi minuti è possibile creare una semplice maschera per registrare e controllare i dati raccolti con un questionario, creare un database e analizzare i dati immessi attraverso la produzione immediata di distribuzioni di frequenza, tabelle di contingenza, grafici, test statistici, rapporti di rischio e odds.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Osservatorio Qualità, Agenzia Regionale Sanitaria Toscana, *“Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione - Metodi di sorveglianza e ipotesi di lavoro - Prevalenza 2005 e 2006 uso appropriato di medicazioni anti-decubito Formazione”*, Collana documenti ARS n. 42 dicembre 2008.
2. P. Gobbi, *“Le sepsi conseguenti a lesioni da decubito infette negli anziani: epidemiologia e prevenzione del rischio di morte. L’esperienza dell’ospedale di Garbagnate Milanese”*. IO Infermiere - N.1 /2005 p. 28-35, IPASVI Milano Lodi Monza e Brianza.
3. Baharestani MM, Black JM, Carville K, Clark M, Cuddigan JE, Dealey C, Defloor T, Harding KG, Lahmann NA, Lubbers MJ, Lyder CH, Ohura T, Orsted HL, Reger SI, Romanelli M, Sanada H., *“Dilemmas in measuring and using pressure ulcer prevalence and incidence: an international consensus”*, Int Wound J 2009; p. 6:97–104.
4. Peghetti, *“AISLeC continua la ricerca: il fenomeno LdP e la prevalenza nazionale”*, Il Wound Care basato su prove di efficacia - Italian Journal of WOCN Volume 1 Numero 1 - Maggio 2011; p. 75.
5. Regione autonoma FVG, *“Guida pratica alla prevenzione e trattamento delle “lesioni da pressione” (LDP) Linee guida operative FVG”*, Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia, dicembre 2013; p. 6.

www.npuap.org

www.epuap.org

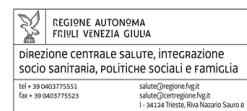
www.regione.fvg.it

www.mepltd.co.uk

(international guidelines *“Pressure Ulcer Prevention prevalence and incidence in context”*, a consensus document, 2009).

Indagine di Prevalenza Regionale Lesioni da Pressione

- SCHEDA DI RACCOLTA DATI -



n. scheda _____

Data di rilevazione ____/____/____

1. Azienda/Ente _____

2. Setting Ospedale/Casa di Cura _____ Reparto _____

Territorio, *specificare* _____ Domicilio _____

RSA, *specificare* _____

Hospice, *specificare* _____

Casa di Riposo, *specificare* _____

3. Paziente: _____ 4. Genere: M F

5. Età (anni compiuti) /_____/ 6. Data di ricovero/presa in carico: ____/____/____

7. Provenienza Altro reparto ospedaliero (se stessa struttura), *specificare* _____

Domicilio RSA Residenza protetta/polifunzionale (CDR)

Hospice Altro Ospedale/Casa di Cura, *specificare* _____

Altro, *specificare* _____

8. Grado di rischio di insorgenza di LdP (punteggio scala di Norton alla data di rilevazione): /_____/

9. Utilizzo superfici antidecubito Sì No Non applicabili

10. Tipologia superfici antidecubito in uso Sovramaterasso Materasso Letto

11. Tipologia di materiale Poliuretano modellante Aria (nome commerciale) _____

Altro (nome commerciale o codice ISO) _____

12. Cambio posturale Sì, effettuato Non effettuato Non applicabile

13. Presenza di lesione/i da pressione Sì, indicare il n. di lesioni presenti /_____/ No

14. Lesione/i presente/i alla presa in carico del paziente Sì No Non rilevato


(il dato deve essere presente nella documentazione clinica)

15. Stadio e sede della lesione più grave (compilare lo schema sottostante)

Mediana	<u>Sacro</u>					<u>Occipite</u>					<u>Altro</u> _____														
	1	2	3	4	NS	1	2	3	4	NS	1	2	3	4	NS										
DX	<u>Trocantere</u>					<u>Ischio</u>					<u>Malleolo</u>					<u>Tallone</u>					<u>Altro</u> _____				
	1	2	3	4	NS	1	2	3	4	NS	1	2	3	4	NS	1	2	3	4	NS	1	2	3	4	NS
SX	<u>Trocantere</u>					<u>Ischio</u>					<u>Malleolo</u>					<u>Tallone</u>					<u>Altro</u> _____				
	1	2	3	4	NS	1	2	3	4	NS	1	2	3	4	NS	1	2	3	4	NS	1	2	3	4	NS

Indagine di Prevalenza Regionale Lesioni da Pressione

- LEGENDA SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI -

 REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA	
DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA	
tel + 39 0403775511 fax + 39 0403775523	salute@regione.fvg.it salute@centregione.fvg.it I - 34124 Trieste, Via Nazario Sauro 9

N. scheda

n. progressivo della scheda.

Data di rilevazione

Inserire riferimenti numerici a due cifre relativi a giorno, mese ed anno in cui si effettua la rilevazione dei dati (es. 14/11/14).

1. Azienda/Ente

Riportare la denominazione dell'Azienda Sanitaria (es. Azienda Ospedaliera Pordenone, Azienda Socio-Sanitaria n. 4 "Medio Friuli", etc.) o dell'Ente Sanitario (es. Casa di cura Città di Udine, Casa di Cura Sanatorio Triestino, etc.) di riferimento.

2. Setting

Barrare la casella corrispondente alla sede in cui si effettua la rilevazione (Ospedale/Casa di Cura o Territorio) quindi, per Ospedali e Case di Cura indicare, nello specifico spazio la denominazione della sede (es. Ospedale di Jalmicco, Ospedale di Monfalcone, Ospedale di S. Daniele, etc.) e la denominazione del reparto di degenza (es. Medica 1B, Ortopedia, Chirurgia Generale, etc.).

Se la rilevazione è effettuata a livello territoriale barrare la casella corrispondente alla tipologia di Struttura/luogo in cui si effettua la rilevazione (es. RSA, Hospice, ecc.) e nello spazio previsto inserire la denominazione della Struttura/luogo (es. RSA Casa Verde TS, RSA Azzano Decimo, ecc.).

3. Paziente

Riportare nome e cognome del paziente (apporre etichetta) o, in alternativa, un numero identificativo del paziente stesso se ritenuto utile per motivi interni. Per motivi legati al consenso al trattamento dei dati questo campo non deve essere compilato nel file inviato alla Direzione Centrale Salute.

4. Genere

Barrare la casella corrispondente.

5. Età

Inserire il dato relativo agli anni compiuti del paziente oggetto di rilevazione dei dati.

6. Data di ricovero/presa in carico

Segnalare la data di accoglimento/presa in carico del paziente nella struttura in cui si effettua la rilevazione dei dati.

7. Provenienza

Barrare la casella corrispondente **al luogo in cui si trovava il paziente prima del ricovero/presa in carico** nella struttura in cui si effettua la rilevazione dei dati e scrivere, nello spazio previsto, la denominazione della stessa; la casella "reparto ospedaliero" deve essere barrata in caso di trasferimento del paziente tra due strutture dello stesso ospedale/Casa di cura, inoltre, nello spazio apposito, deve essere riportata la denominazione dello stesso (es. Medicina 2, Ortopedia, Terapia Intensiva 1, ecc.).

8. Grado di rischio di insorgenza di LdP

Riportare il punteggio di rischio rilevato con l'applicazione della Scala di Norton modificata secondo Nancy e Stotts e valutato nel momento della raccolta dei dati. (v. scala pag. 1).

9. Utilizzo superfici antidecubito

Indicare se al momento della rilevazione il paziente ha in uso una superficie antidecubito barrando la casella corrispondente (SI o NO). L'opzione non applicabili può essere barrata in caso di controindicazione, documentata in cartella

clinica, all'utilizzo della superficie rispetto alle condizioni cliniche del paziente e/o rifiuto, documentato in cartella clinica, del paziente stesso.

10. Tipologia superfici antidecubito in uso

Barrare la casella corrispondente al tipo di superficie antidecubito in utilizzo, al letto del paziente, al momento della rilevazione dei dati.

- **Sovramaterasso:** superficie antidecubito in poliuretano, ad aria o in altro materiale, con un'altezza minima di 10 cm, che deve essere posizionata sul materasso standard o può sostituire lo stesso se associata ad un materassino di supporto (es. come da confezionamento/fornitura dei sistemi Autoxcell e Alphaxcell definito nell'ultima gara di aggiudicazione regionale);
- **Materasso:** unica unità che sostituisce il materasso standard la cui altezza complessiva è di almeno 14 cm.;
- **Letto:** unità antidecubito che sostituisce integralmente il letto standard (es. letto fluidizzato).

11. Tipologia di materiale

Barrare la casella corrispondente alla tipologia di materiale di cui è costituita la superficie antidecubito in uso.

Per "Poliuretano modellante" si intende una superficie/materasso in grado di modellarsi in base alla posizione assunta dal paziente ed è distinguibile dal materasso standard in quanto contenuta in una "cover/fodera" in materiale traspirante ed impermeabile (es. dartex, goretex).

Se presenti superfici antidecubito ad aria o in altro materiale indicare sempre il nome commerciale del presidio presente (es. Autoxcell, Alphaxcell, Nimbus, etc.), per i presidi da nomenclatore (territorio) indicare il codice ISO.

12. Cambio posturale

Barrare la casella corrispondente alla situazione osservata raccogliendo le informazioni registrate e presenti nella documentazione clinica del paziente. L'opzione "non applicabile" deve essere compilata solo in presenza di impossibilità di mobilitazione del paziente per la presenza di controindicazioni cliniche documentate (es. paziente politraumatizzato, intervento cardiocirurgico recente, etc.).

13. Presenza di lesione/i da pressione

Documentare la presenza o l'assenza di lesioni da pressione (SI o NO) al momento della rilevazione, barrando la casella corrispondente. In caso di risposta affermativa, nell'apposita casella "n. lesioni presenti" indicare il numero complessivo di lesioni che presenta il paziente.

14. Lesione/i presente/i alla presa in carico del paziente

Indicare la presenza o l'assenza della/e lesione/i al momento dell'accoglimento/presa in carico del paziente nella struttura in cui si effettua la rilevazione dei dati (opzioni possibili: SI, NO, NON RILEVATO). **L'informazione raccolta deve trovare corrispondenza nella documentazione clinica del paziente.**

15. Stadio e Sede della lesione più grave

Indicare lo stadio e la sede della lesione più grave tracciando una croce sulla casella corrispondente nello schema specifico suddiviso per le tre aree del corpo (mediana, destra e sinistra), (v. stadiazione pag. 12).

Scala di Norton modificata secondo Nancy e Stotts (1985)

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).

Stadiazione LdP (NPUAP/EPUAP 2009)

CATEGORIA/STADIO 1 Eritema della cute integra non reversibile alla digito compressione.

Cute intatta con eritema non sbiancante di un'area localizzata generalmente in corrispondenza di una prominenza ossea. Nella cute di pelle scura lo sbiancamento potrebbe non essere osservabile; il suo colore può differire dall'area circostante. L'area può essere dolente, dura, molle, più calda o più fredda in confronto al tessuto adiacente. È possibile che nelle persone di pelle scura la Categoria I sia difficile da individuare. Può segnalare una persona "a rischio".

CATEGORIA/STADIO 2 Ferita a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma; la lesione è superficiale e clinicamente si presenta come una abrasione, vescicola o cratere poco profondo.

Perdita di spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera aperta superficiale con un letto di ferita rosa, senza slough³. Può anche presentarsi come vescicola intatta o aperta/rotta ripiena di siero o di siero e sangue. Si presenta come un'ulcera lucida o asciutta, priva di slough o ematoma*. Questa categoria non dovrebbe essere usata per descrivere skin tears (lacerazioni cutanee da strappamento), ustioni da cerotto, dermatiti associate all'incontinenza, macerazione o escoriazione.

* L'ematoma indica danno tissutale profondo.

CATEGORIA/STADIO 3 Ferita a tutto spessore che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo che può estendersi fino alla fascia muscolare senza attraversarla; la lesione si presenta clinicamente come una profonda cavità che può presentare dei tratti sottominati.

Perdita di cute a tutto spessore. Il tessuto adiposo sottocutaneo può essere visibile, ma l'osso, il tendine o il muscolo non sono esposti. Può essere presente slough, ma senza nascondere la profondità della perdita tissutale. Può includere tratti sottominati e tunnelizzazione. La profondità di un'ulcera da pressione di Categoria/Stadio III varia a seconda della posizione anatomica. Le narici del naso, l'orecchio, l'occipite e il malleolo non sono dotati di tessuto sottocutaneo (adipe) e le ulcere di Categoria/Stadio III possono essere superficiali. Al contrario, aree con significativa adiposità possono sviluppare ulcere da pressione di Categoria/Stadio III molto profonde. Osso/tendine non sono visibili o direttamente palpabili.

CATEGORIA/STADIO 4 Ferita a tutto spessore con estesa distruzione dei tessuti, necrosi o danno ai muscoli, ossa o strutture di supporto (es. tendini, capsule articolari, piani ossei, ecc.).

Perdita di tessuto a tutto spessore con esposizione di osso, tendine o muscolo. Potrebbero essere presenti slough o escara. Spesso include sottominatura e tunnelizzazione. La profondità di un'ulcera da pressione di Categoria/Stadio IV varia a seconda della regione anatomica. Le narici del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto (adiposo) sottocutaneo, e queste ulcere possono essere superficiali. Le ulcere da pressione di Categoria/Stadio IV possono estendersi a muscoli e/o strutture di supporto (es., fascia, tendine o capsula articolare) rendendo probabile l'osteomielite o l'osteite. Ossa/tendini sono esposti, visibili o direttamente palpabili.

NON CLASSIFICABILE/NON STADIABILE

Perdita di tessuto a tutto spessore in cui l'effettiva profondità dell'ulcera è completamente nascosta da slough (di color giallo, beige, grigiastro, verde o marrone) e/o escara (di color beige, marrone o nero) presenti sul letto della lesione. Fino a quando lo slough e/o l'escara non vengono rimossi in modo tale da esporre la base dell'ulcera, non è possibile determinare la reale profondità; ciò nondimeno l'ulcera sarà di Categoria/Stadio III oppure IV. Un'escara stabile (secca, adesa, integra, senza eritema o fluttuazione) localizzata sui talloni ha la funzione di "naturale (biologica) copertura del corpo" e non dovrebbe essere rimossa.

³ **Slough:** frequentemente inteso come tessuto necrotico molle misto a residui cellulari e di essudato. E' il prodotto dell'infiammazione cronica, si presenta come uno strato a volte compatto, altre volte filamentoso, di diversa consistenza, di colore che va dal giallo al crema al grigio o verdognolo.