

Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito

Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito

Il documento è stato elaborato da un gruppo di lavoro regionale coordinato dal CeVEAS e composto da

Alessandra Amadori	Azienda USL di Forlì
Anna Avanzi	Azienda ospedaliera di Parma
Monica Barbieri	Azienda ospedaliera di Modena
Sabina Barison	Azienda USL di Ferrara
Lucia Bertozzi	Azienda USL di Imola
Cristina Breveglieri	Azienda ospedaliera di Ferrara
Mirella Fontana	Azienda ospedaliera S. Orsola-Malpighi di Bologna
Miriam Gallerani	Azienda USL di Ferrara
Maria Gallicani	Azienda USL di Parma
Angela Giogoli	Azienda USL di Modena
Antonietta Luongo	Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
Silvana Massari	Azienda USL di Imola
Silvia Mazzini	Azienda USL di Forlì
Monica Montosi	Istituti ortopedici Rizzoli, Bologna
Giuseppe Mori	Azienda USL di Piacenza
Armida Protti	Azienda ospedaliera di Ferrara
Marilena Tangenti	Azienda USL Città di Bologna

Il coordinamento del gruppo di lavoro è stato curato da

Anna Maria Marata	CeVEAS, Modena
Andrea Cavicchioli	Azienda USL di Modena

Redazione e impaginazione a cura di

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, luglio 2004

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Sistema comunicazione, formazione, documentazione
Viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna
e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/collidoss/index.htm>

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Indice

Sommario	5
Premessa	7
Metodo di lavoro	9
Valutazione metodologica delle linee guida individuate	12
Analisi delle raccomandazioni contenute nelle linee guida esaminate	12
Selezione delle raccomandazioni	13
Quesiti	15
Quesito n. 1 Quali sono i fattori di rischio di lesioni da decubito?	15
Quesito n. 2 Quali sono le modalità di valutazione del rischio sul singolo paziente?	16
Quesito n. 3 Quali sono le indicazioni e le modalità di prevenzione?	17
Quesito n. 10 Quali sono gli indicatori della loro applicazione ed efficacia?	20
Bibliografia	21
Allegati	23
Allegato 1. Sinossi e valutazione metodologica delle linee guida sulle lesioni da decubito	25
Allegato 2. Sinossi delle raccomandazioni delle linee guida sulle lesioni da decubito	33
Allegato 3. Prevenzione delle lesioni da decubito: analisi comparativa delle evidenze	77
Allegato 4. La scala di Braden	87
Allegato 5. La scala di Norton	91
Allegato 6. Proposta di percorso assistenziale	95

Sommario

Le lesioni da decubito sono aree di danno localizzato alla cute e ai tessuti sottostanti, causato da pressione, frizione e taglio. Hanno come determinanti:

- fattori predisponenti legati alle caratteristiche del paziente (ipotrofismo, malnutrizione, diabete, ipoperfusione, pelle esposta costantemente all'umidità, alterata percezione sensoriale, mobilità limitata, età);
- fattori direttamente legati alle modalità assistenziali adottate durante l'ospedalizzazione (effetti collaterali di farmaci, interventi chirurgici, prolungato allettamento) (Grilli, 2002).

Così come il monitoraggio di altri eventi avversi, la sorveglianza della loro incidenza rappresenta un aspetto importante - ma spesso trascurato - del grado di attenzione che un servizio sanitario riesce a esprimere nei confronti dei propri pazienti. Le lesioni da decubito rappresentano infatti un problema rilevante: provocano disagio e dolore, rallentano il processo di guarigione, prolungano la degenza, aumentano la morbilità, la mortalità e i costi. Anche dal punto di vista epidemiologico si tratta di un fenomeno importante: da ricerche condotte a livello nazionale e internazionale emergono frequenze variabili da un minimo del 4% a un massimo del 34% a seconda del disegno di studio (prevalenza o incidenza), delle modalità di rilevazione adottate, della tipologia di pazienti considerati (Grilli, 2002).

I risultati di un'indagine condotta nel 2000 nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna indicano una prevalenza complessiva delle lesioni da decubito nei pazienti ricoverati pari al 7,1% ed evidenziano alcuni elementi problematici. In particolare, la prevalenza di queste lesioni al netto dell'effetto del *case mix* è risultata essere molto variabile tra le Aziende (dal 2,9% al 9,7%), dato che verosimilmente indica una diversa capacità a livello aziendale di adottare adeguate misure di prevenzione (Grilli, 2002).

Infatti, la prevenzione delle lesioni da decubito richiede la disponibilità di strumenti tecnici adeguati, ma anche un contesto di cultura professionale attenta al fenomeno e capace di identificare i pazienti a rischio (adottando per esempio specifici strumenti, come le scale di valutazione Braden e Norton), e un contesto organizzativo in grado di mantenere pratiche di *nursing* - quali il periodico cambio posturale del paziente - in sé semplici ma talvolta onerose, soprattutto per la cronica carenza di personale infermieristico.

La prevenzione delle lesioni da decubito richiede infatti la disponibilità di strumenti tecnici adeguati (*constant low pressure devices*, presidi alimentati), ma anche un contesto di cultura professionale attenta al fenomeno e capace di identificare i pazienti a rischio (adottando per esempio specifici strumenti, come le scale di valutazione disponibili), e un contesto organizzativo in grado di mantenere pratiche di *nursing* - quali il periodico cambio posturale del paziente - in sé semplici ma talvolta onerose, soprattutto per la cronica carenza di personale infermieristico.

Queste raccomandazioni sono state elaborate da un gruppo di lavoro regionale coordinato dal CeVEAS (Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria, Modena) con l'obiettivo primario di rispondere in maniera sintetica ad alcuni dei quesiti clinico-organizzativi sollevati dal rapporto dell'Agenzia sanitaria (Grilli, 2002) relativamente agli aspetti della prevenzione; in particolare sono state affrontate le seguenti criticità:

- fattori di rischio di lesioni da decubito e modalità di valutazione del rischio sul singolo paziente (quesiti nn. 1 e 2);
- indicazioni e modalità di prevenzione (quesito n. 3);
- indicatori dell'applicazione e dell'efficacia delle raccomandazioni formulate (quesito n. 10).

Sono invece rimandate alle fasi successive del progetto le risposte agli altri quesiti:

- criteri di stazione delle lesioni (quesito n. 4);
- modalità per la gestione locale - medica e chirurgica - del decubito, per la gestione complessiva del paziente con decubito, e per la gestione delle complicanze (quesiti nn. 5, 6 e 7);
- ruolo delle terapie non convenzionali (quesito n. 8);
- modalità per l'implementazione delle raccomandazioni formulate (quesito n. 9).

Presso il CeVEAS è stata condotta una ricerca sistematica delle linee guida sulla prevenzione e/o sul trattamento delle lesioni da decubito pubblicate negli ultimi 10 anni, consultando sia siti di agenzie nazionali, di agenzie di *technology assessment* e di organismi indipendenti internazionali, sia le principali banche dati biomediche.

Le otto linee guida selezionate attraverso una comparazione basata su specifici criteri metodologici, sono state poi tradotte ed esaminate, per poter predisporre una sinossi completa delle raccomandazioni in esse contenute indicando - quando presente - anche il livello di evidenza e la forza delle raccomandazioni stesse.

Per ogni quesito sono state riscontrate le raccomandazioni comuni, le eventuali differenze e/o discrepanze, per arrivare a una raccomandazione finale, commentata e arricchita da considerazioni o suggerimenti aggiuntivi. In questo modo è stato identificato un numero ristretto di raccomandazioni, molto condivisibili, di provata efficacia e applicabili nel contesto sanitario dell'Emilia-Romagna.

Viene infine proposto un percorso assistenziale, con la scheda di valutazione continua da utilizzare per i pazienti a rischio.

Premessa

Il lavoro che viene presentato in questo documento rappresenta l'ultima tappa di un percorso iniziato a livello regionale nell'anno 2000, con l'avvio di una iniziativa - coordinata dall'Agenzia sanitaria regionale - di monitoraggio della prevalenza di lesioni da decubito sui pazienti ricoverati presso i presidi ospedalieri della regione Emilia-Romagna in alcune giornate indice.

Quell'esperienza, significativa per aver coinvolto tutte le Aziende territoriali e ospedaliere regionali e per la ricchezza dei dati raccolti, ha rappresentato la base empirica di riferimento per una serie di riflessioni su alcune criticità, quali ad esempio le modalità di prevenzione e trattamento

A partire da queste premesse, dietro specifica indicazione dell'Agenzia sanitaria è stato costituito un gruppo di lavoro con il mandato di:

- individuare le specifiche criticità poste in risalto dai dati ricavati durante l'indagine di prevalenza regionale;
- dedurre quali fossero i quesiti clinico-organizzativi che tali criticità sollevavano;
- esplorare in modo approfondito e sistematico la migliore letteratura esistente per individuare le risposte che potevano essere fornite ai quesiti formulati.

Metodo di lavoro

È stato costituito un gruppo di lavoro, nella fase iniziale composto esclusivamente da infermieri/infermieri coordinatori esperti nella gestione delle lesioni da decubito in rappresentanza della maggior parte delle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna e da un metodologo del CeVEAS.

Il gruppo ha analizzato in modo dettagliato il rapporto dell'Agenzia sanitaria regionale scaturito dall'indagine di prevalenza eseguita nel 2000 a cui hanno aderito tutte le Aziende sanitarie regionali (Grilli, 2002). Dal documento sono emerse una serie di criticità che sono state trasformate nei seguenti quesiti.

-
- Quesito n. 1 Quali sono i fattori di rischio di lesioni da decubito ?
- Quesito n. 2 Quali sono le modalità di valutazione del rischio sul singolo paziente?
Scala utilizzata e modalità di valutazione
Tempi di valutazione/rivalutazione
- Quesito n. 3 Quali sono le indicazioni e le modalità di prevenzione?
Criteri generali di prevenzione
Modalità di prevenzione da applicare sul paziente
Indicazioni e modalità sull'ambiente di degenza
Indicazioni specifiche correlate al livello di rischio
Presidi antidecubito raccomandati
Presidi sconsigliati/di dubbia efficacia
- Quesito n. 4 Quali devono essere i criteri di stadiazione delle lesioni?
- Quesito n. 5 Come deve essere attuata la gestione locale (medica e chirurgica) del decubito?
Raccomandazioni generali
Raccomandazioni specifiche
Materiali da utilizzare (prodotti di medicazione primari e secondari)
Indicazioni alla riparazione chirurgica
- Quesito n. 6 Come deve essere attuata la gestione complessiva del paziente con decubito?
- Quesito n. 7 Come deve essere attuata la gestione delle complicanze?
- Quesito n. 8 Qual è il ruolo delle terapie non convenzionali (terapie strumentali, sostituti cutanei, ecc.) nel favorire il processo di riparazione?
- Quesito n. 9 Con quali modalità possono essere implementate queste raccomandazioni?
- Quesito n. 10 Quali sono gli indicatori della loro applicazione ed efficacia?
-

La prima fase del lavoro è stata dedicata in modo particolare ad approfondire gli aspetti assistenziali inerenti il tema della prevenzione delle lesioni da decubito (LDD). Il trattamento di queste ultime sarà invece oggetto di una successiva fase di lavoro. Per tale motivo, in questo documento sono affrontati i quesiti 1, 2, 3, 10; gli altri sono rimandati alle successive fasi del progetto.

Operativamente, presso il CeVEAS è stata condotta una ricerca sistematica delle linee guida pubblicate negli ultimi 10 anni sulla prevenzione e/o sul trattamento delle lesioni da decubito; tale ricerca è stata eseguita sia sui siti di agenzie nazionali, agenzie di *technology assessment* o di autorevoli organismi indipendenti internazionali, sia sulle principali banche dati biomediche disponibili: Medline ed Embase. È importante sottolineare che la maggior parte delle linee guida prodotte da agenzie nazionali o agenzie di *technology assessment* non sono disponibili su Medline ed Embase, ma è comunque possibile reperirle attraverso internet, solitamente in *full text*.

In particolare, i principali siti di linee guida consultati sono stati:

- AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality [USA] (già AHCPR)
<http://www.ahrq.gov/clinic/cpgsix.htm>
- ANAES - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé [Francia] (già ANDEM)
<http://www.anaes.fr>
- RMO - Les Références Médicales Opposables [Francia]
<http://www.chez.com/mach02/menus/rmo.htm>
- Canadian Medical Association - *Clinical Practice Guidelines* [Canada]
<http://www.cma.ca/cpgs>
- CTFPHC, Canadian Task Force on Preventive Health Care [Canada]
<http://www.ctfphc.org>
- MJA, The Medical Journal of Australia - *Clinical Guidelines* [Australia]
<http://www.mja.com.au/public/guides/guides.html>
- NGC, National Guideline Clearinghouse [USA]
http://www.guideline.gov/resources/guideline_index.aspx
- NHLBI, The National Heart, Lung, and Blood Institute at National Institutes of Health (NIH) [USA]
<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/index.htm>
- NHS R&D Health Technology Assessment Programme [Gran Bretagna]
<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk>
- NICE, National Institute of Clinical Excellence [Gran Bretagna]
<http://www.nice.org.uk>
- NIH, The National Institutes of Health - Consensus Development Program [USA]
<http://consensus.nih.gov/>
- NZGG, New Zealand Guidelines Group [Nuova Zelanda]
<http://www.nzgg.org.nz/LIBRARY.CFM>

- PRODIGY Guidance - NHS Dept of Health [Gran Bretagna]
<http://www.prodigy.nhs.uk/ClinicalGuidance/ReleasedGuidance/GuidanceList.asp>
- SBU, the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care [Svezia]
<http://www.sbu.se/www/index.asp>
- SIGN, Scottish Intercollegiate Guidelines Network [Gran Bretagna]
<http://www.sign.ac.uk>

Sono state inoltre raccolte le linee guida prodotte dalle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna, analizzando anche in questo caso le bibliografie allegate.

Per quanto riguarda le linee guida individuate, sono state escluse quelle antecedenti il 1992, quelle prodotte a titolo individuale, quelle prodotte da società scientifiche mediche di tipo specialistico (come ad es. la Società Americana di Chirurgia Plastica), quelle disponibili sul sito di singole realtà ospedaliere di vari paesi poiché nella maggior parte dei casi si tratta di linee guida di implementazione costruite partendo dal documento di riferimento elaborato dalla propria agenzia nazionale.

Una volta reperite le linee guida attraverso questa metodologia di ricerca, sono state esaminate le bibliografie, alla ricerca di eventuali documenti mancanti.

Al termine di questo processo di selezione, sono state individuate le seguenti linee guida:

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres*, giugno 1998.
- Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Treatment of pressure ulcers. *Clinical Practice Guideline* n. 15, publication n. 95-0652, dicembre 1994.
- Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. *Clinical Practice Guideline* n. 3, publication n. 92-0047, maggio 1992.
- Australian Wound Management Association. *Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers*, agosto 2001.
- Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Pressure sores. Part II Management of pressure related tissue damage. *Best Practice* 1 (2), 1997. ISSN 1329-1874, Collaborative project of Hospitals of Australia, 1997.
- Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Con la partecipazione dell'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 15-16 novembre 2001.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Pressure ulcer risk assessment and prevention*, aprile 2001.
- Royal College of Nursing. *Pressure ulcer risk assessment and prevention*, giugno 2000.

Valutazione metodologica delle linee guida individuate

La valutazione delle linee guida è stata eseguita attraverso una loro comparazione (*Allegato 1*); i criteri metodologici principali utilizzati sono stati:

- la composizione multidisciplinare del gruppo di lavoro che ha prodotto la linea guida, per la maggiore generalizzabilità e trasferibilità nella pratica clinica delle raccomandazioni prodotte rispetto a gruppi monodisciplinari;
- la presenza di uno schema esplicito di graduazione del livello di evidenza e della forza delle raccomandazioni; tale criterio consente sia di graduare o dare priorità alle singole raccomandazioni, sia di evidenziare il tipo di studi a sostegno di ogni singola raccomandazione;
- la presenza di un sistema esplicito di raccolta e valutazione degli studi primari e di consultazione delle banche dati principali; la ricerca delle evidenze scientifiche deve avvenire in maniera sistematica e riproducibile, esplicitando i metodi utilizzati per evitare che ricerche bibliografiche relative allo stesso argomento producano risultati differenti.

Sono state inoltre rilevate altre caratteristiche di particolare rilevanza:

- la presenza di sistemi di monitoraggio e di valutazione di impatto della linea guida (indicatori);
- la definizione o proposta di possibili strategie di implementazione;
- la forma editoriale dei documenti e la presenza di *flow charts*, elementi di tale rilievo da meritare un commento conclusivo a se stante inserito alla fine della *check list* di valutazione clinica;
- la presenza di un'analisi economica;
- la dichiarazione esplicita di possibili conflitti di interesse.

Per la valutazione finale di ogni linea guida sono stati utilizzati i 3 criteri metodologici principali assegnando per ciascuno di essi un segno + e ottenendo così un punteggio finale di tipo analogico, ovvero da un punteggio minimo pari a tre segni meno (---) a un punteggio massimo pari a tre segni più (+++).

Analisi delle raccomandazioni contenute nelle linee guida esaminate

Partendo dai quesiti individuati, le otto linee guida individuate sono state tradotte ed esaminate allo scopo di confrontare le risposte; in tale modo si è potuta costruire una sinossi completa delle raccomandazioni in esse contenute (*Allegato 2*) indicando - quando presente - il livello di evidenza e la forza della raccomandazione stessa; per molte delle linee guida esaminate il tipo di *grading* utilizzato era differente.

Selezione delle raccomandazioni

Per ogni quesito formulato, il gruppo di lavoro ha selezionato le raccomandazioni con:

- alti livelli di evidenza rispetto al tipo di *grading* utilizzato;
- elevato grado di concordanza fra le linee guida esaminate;
- trasferibilità al contesto assistenziale della regione Emilia-Romagna.

Sono state quindi tabulate le raccomandazioni comuni, le eventuali differenze e/o discrepanze (*Allegato 3*), fino a definire la raccomandazione finale che è stata esplicitata senza indicare il *grading*.

Ogni raccomandazione finale è stata commentata, e in alcuni casi il gruppo di lavoro ha espresso alcune considerazioni o suggerimenti aggiuntivi che sono riconoscibili dal simbolo ☑.

Tale metodologia aveva l'obiettivo di identificare un numero ristretto di raccomandazioni molto condivisibili, di provata efficacia e applicabili nel contesto sanitario della regione.

Quesiti

Quesito n. 1 Quali sono i fattori di rischio di lesioni da decubito?

I fattori di rischio - distinti in intrinseci ed estrinseci - sono i seguenti.

Fattori intrinseci	Fattori estrinseci
ridotta mobilità	pressione
malnutrizione	umidità (conseguenza di incontinenza, macerazione o altro)
malattie croniche	frizioni (atriti)
età	frizioni di taglio
patologie neurologiche	

Alcune linee guida considerano come fattori di rischio intrinseci anche:

- gravi stati terminali,
- disidratazione,
- ipotensione,
- ridotta resistenza cutanea (elasticità),
- bassa ossigenazione tissutale (da cause diverse), ecc.

Due linee guida individuano ulteriori fattori di rischio che definiscono esacerbanti, identificati nelle medicazioni, negli unguenti e nella circolazione extracorporea.

- In considerazione del fatto che l'indagine sulle lesioni da decubito eseguita nella regione Emilia-Romagna nel 2000 ha evidenziato che il 52% dei pazienti portatori di decubiti ha un DRG chirurgico (Grilli, 2002), il *panel* suggerisce di individuare i fattori di rischio in ogni paziente operato.

Quesito n. 2 Quali sono le modalità di valutazione del rischio sul singolo paziente?

La valutazione del rischio deve essere effettuata nei soggetti con una o più delle seguenti caratteristiche:

- allettamento protratto,
- postura seduta protratta,
- incapacità di cambiare posizione,

e comunque non può prescindere dal giudizio clinico.

Scala utilizzata e modalità di valutazione

Tutte le linee guida raccomandano di utilizzare per la valutazione del rischio in alternativa

- la scala di Braden (*Allegato 4*),
- la scala di Norton (*Allegato 5*).

Per entrambe le scale viene definito dagli autori un valore soglia di rischio (riportato nel corrispondente Allegato), che nella pratica non può tuttavia essere utilizzato in modo rigido. L'andamento del punteggio in valutazioni ripetute sullo stesso paziente può definire l'aumento o la diminuzione del rischio stesso.

L'utilizzo delle scale si affianca - ma non sostituisce - il giudizio clinico.

Tempi di valutazione/rivalutazione

La valutazione del paziente per definire il rischio di lesioni da decubito deve essere fatta a intervalli regolari.

La maggior parte delle linee guida suggerisce di fare una prima valutazione all'ingresso nel reparto e di rivalutare il paziente periodicamente in rapporto al cambiamento delle condizioni cliniche.

Quesito n. 3 Quali sono le indicazioni e le modalità di prevenzione?

Criteri generali di prevenzione

Nei pazienti a rischio è indispensabile mantenere una dieta bilanciata valutando periodicamente lo stato nutrizionale.

- Condividendo questa raccomandazione contenuta in alcune delle linee guida esaminate (basata sull'opinione degli esperti), il *panel* invita i singoli gruppi di lavoro a definire un piano documentato di prevenzione e di valutazione continua dei fattori di rischio (sia nei pazienti con decubiti, sia in quelli con cute ancora integra); la sua assenza limita l'esecuzione di indagini epidemiologiche o di valutazione/verifica della propria attività (es. *audit*).
- A tale scopo, il *panel* propone un esempio di piano di assistenza *standard* e di valutazione continua (*Allegato 6*).

Modalità di prevenzione da applicare sul paziente

Ispezionare la cute nelle aree a rischio almeno una volta al giorno. Le aree a rischio sono:

- talloni,
- sacro,
- tuberosità ischiatiche,
- parti ricoperte da vesti o calze antitrombo,
- trocanteri femorali,
- parti sottoposte a frizione,
- parti soggette a trauma per la presenza di elementi esterni come gli abiti,
- aree dove possono essere esercitati traumi da parte di strumentazioni come tubo tracheale, linee venose, cateteri, ecc.,
- gomiti,
- spalle,
- dita dei piedi,
- regione temporale e posteriore del cranio.

Eseguire la pulizia della cute quotidianamente e a ogni necessità.

È fondamentale mantenere una buona idratazione della cute (evitare acqua troppo calda, saponi alcalini, prodotti contenenti alcool; fare attenzione alle forze di frizione applicate), eventualmente utilizzando creme idratanti.

Gestire adeguatamente le condizioni che possono causare una macerazione della cute. Utilizzare per ogni paziente le misure più appropriate per evitare le conseguenze dell'incontinenza (assistenza regolare all'evacuazione, uso di pannoloni, di cateteri vescicali o condom).

Sono da evitare i massaggi sulle prominenze ossee.

Cambio posturale

Nei pazienti costretti all'immobilità (letto, carrozzina), il cambio posturale deve avvenire al massimo ogni 2-3 ore anche in presenza di presidi antidecubito.

Eseguire il cambio posturale evitando i danni da frizione o da stiramento.

Nei pazienti autonomi, la postura seduta va gestita suggerendo di cambiare i punti di appoggio almeno ogni 15 minuti, ed eseguendo un cambio posturale almeno ogni ora.

Alcune linee guida ricordano come la decisione di eseguire un cambio posturale debba considerare le condizioni cliniche generali del paziente e il suo *comfort*.

Se il paziente presenta un decubito evitare la postura sulla zona decubitata.

Indicazioni e modalità sull'ambiente di degenza

Indicazioni specifiche correlate al livello di rischio

Il *panel* non formula raccomandazioni per la carenza di evidenze (*Allegato 3*).

Presidi antidecubito raccomandati

I pazienti a rischio in qualsiasi ambito di cura (degenza ospedaliera, sala operatoria, *home care*, *long term care*) - con cute sana o con lesione in atto - non debbono utilizzare materassi *standard*.

Non è possibile formulare una chiara raccomandazione sul tipo di presidio (materasso o cuscino) statico o dinamico da adottare poiché mancano le evidenze.

Alcune linee guida affermano che materassi e cuscini antidecubito esercitano la loro efficacia quando consentono l'affondamento della superficie corporea a rischio; tale affondamento non deve però determinare l'appoggio diretto della superficie a rischio sulla base d'appoggio del presidio (si tratta del cosiddetto fenomeno del toccare il fondo, in inglese *bottoming out*).

È quindi giustificabile l'indicazione a utilizzare prodotti statici nelle situazioni in cui la prevenzione delle lesioni da decubito risulti più semplice, riservando alle situazioni più complesse l'impiego di prodotti in grado di reagire attivamente al peso e alla postura (prodotti dinamici).

Alcune linee guida suggeriscono di porre particolare attenzione alle sedi ad alto rischio (talloni, trocanteri, regione sacro-ischiatica), eventualmente utilizzando specifici presidi.

- ☑ Il gruppo di lavoro ricorda che interporre strati di tessuti o altro (ad es. cerate, traverse ecc.) può limitare in modo significativo l'efficacia del presidio antidecubito adottato.

Presidi sconsigliati/di dubbia efficacia

È opportuno evitare i dispositivi circolari, i guanti o altro contenitore ripieno d'acqua e il vello di pecora.

- ☑ Nella discordanza fra le raccomandazioni contenute nelle linee guida esaminate, il *panel* ritiene prevalenti i possibili rischi connessi all'adozione del vello di pecora, rispetto ai vantaggi limitati alla sola riduzione della frizione nelle zone a rischio.

Quesito n. 10 Quali sono gli indicatori della loro applicazione ed efficacia?

- N. di accertamenti infermieristici (rispetto al rischio di LDD) all'ammissione in reparto / numero di pazienti ricoverati in regime ordinario.
- N. pazienti con accertamenti infermieristici ripetuti ad intervalli regolari / N. pazienti con accertamento infermieristico all'ingresso.¹
- N. pazienti con piano di assistenza personalizzato compilato / N. pazienti con accertamento infermieristico (vedi *Allegato 6*).
- N. pazienti con indice di Braden >16 con una o più lesioni / N. pazienti con indice di Braden >16 (regime ordinario).
- N. pazienti con indice di Braden <16 con una o più lesioni / N. pazienti con indice di Braden <16 (regime ordinario).
- N. pazienti con indice di Braden <16 su materasso *standard* / N. pazienti con indice di Braden <16 (regime ordinario).
- N. pazienti con indice di Braden <16 con evidenza di intervalli di cambio $\leq 3h$ / N. pazienti con indice di Braden <16 (anche in presenza di presidi antidecubito).

Ogni Unità operativa può rilevare i dati necessari per costruire gli indicatori scelti in giornate indice (con cadenza regolare) o attivare un sistema di sorveglianza continuativo.

¹ Le UO che utilizzano tale indicatore devono specificare la durata dell'intervallo.

Bibliografia

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres*, giugno 1998. <http://www.anaes.fr>
- Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. *Clinical Practice Guideline* n. 3, publication n. 92-0047, maggio 1992. <http://www.ahcpr.gov>
- Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Treatment of pressure ulcers. *Clinical Practice Guideline* n. 15, publication n. 95-0652 dicembre 1994. <http://www.ahcpr.gov>
- Australian Wound Management Association. *Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers*, agosto 2001. <http://www.awma.com.au>
- Bergstrom N., Braden B.J., Laguzza A., Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research*, 36 (4): 205-210, July-August 1987.
- Cavicchioli A., Fortuna D., Melotti R.M., Chiari P., Mongardi M., Santullo A., Grilli R. *DRGs and pressure ulcers: findings in a wider prevalence survey*. Poster presentato al Congresso EPUAP, Budapest, settembre 2002.
- Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Con la partecipazione dell'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 15-16 novembre 2001. <http://www.anaes.fr>
- Grilli R. (a cura di). *Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna*, Collana Dossier 61, Regione Emilia-Romagna - Agenzia sanitaria regionale, 2002.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Pressure ulcer risk assessment and prevention*, aprile 2001. <http://www.nice.org.uk>
- Norton D., Mc Laren R., Exton-Smith A.N. *An Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital*. Re-issue 1975, Churchill Livingstone, Edimburgh, 1962.
- Royal College of Nursing. *Pressure ulcer risk assessment and prevention*, giugno 2000. <http://www.rcn.org.uk>
- Stotts N.A. Nutritional parameters at hospital admission as predictors of pressure ulcers. Development in elective surgery. *J of Parenteral and Entereal Nutrition*, 11 (3): 298-301, 1987.
- The Joanna Briggs Institute. Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Pressure sores. Part II Management of pressure related tissue damage. *Best Practice* 1 (2), 1997. ISSN 1329-1874, Collaborative project of Hospitals of Australia, 1997. <http://www.joannabriggs.edu.au>

Allegati

Allegato 1. Sinossi e valutazione metodologica delle linee guida sulle lesioni da decubito

Titolo	1. Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	2. Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15 AHCPR n. 95. 2 December 1994	3. <i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres.</i> Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, Juin 1998	4. <i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> Royal College of Nursing. June 2000
Organismo/i e anno di produzione	Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Maggio 1992	Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Dicembre 1994	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Giugno 1998	Royal College of Nursing. Giugno 2000
Categoria	Valutazione del rischio e prevenzione.	Trattamento.	Prevenzione.	Valutazione del rischio e prevenzione.
Gruppo multidisciplinare	Sì. Viene fornito un dettagliato elenco dei partecipanti.	Sì. Viene fornito un dettagliato elenco dei partecipanti e un loro breve curriculum.	Non definito come tale. Vengono elencati gli esperti che hanno prodotto il documento.	Sì. Viene fornito un dettagliato elenco dei partecipanti.
Schema di grading	LIVELLI DI EVIDENZA A raccomandazione basata su una evidenza derivata da una buona ricerca B raccomandazione basata su una evidenza derivata da una discreta ricerca C raccomandazione basata sull'opinione di esperti e sul consenso del <i>panel</i>	LIVELLI DI EVIDENZA A raccomandazione basata su una evidenza derivata da una buona ricerca B raccomandazione basata su una evidenza derivata da una discreta ricerca C raccomandazione basata sull'opinione di esperti e sul consenso del <i>panel</i>	No	LIVELLI DI EVIDENZA 1 evidenze derivate da numerosi studi accettabili 2 evidenze derivate da un singolo studio accettabile, o da conclusioni deboli o inconsistenti derivate da numerosi studi accettabili 3 conclusioni derivate da studi che non raggiungono i criteri minimi, oppure assenza di studi di buona qualità, opinioni di esperti

5. Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001	6. Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001	7. Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. Best Practice 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	8. Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
National Institute for Clinical Excellence (NICE), aprile 2001	Australian Wound Management Association, August 2001	Collaborative project of Hospitals of Australia, 1997	Con la partecipazione dell'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, 15-16 novembre 2001
Valutazione del rischio e prevenzione.	Valutazione del rischio e prevenzione.	Gestione e trattamento.	Prevenzione e trattamento.
Sì. Viene fornito un dettagliato elenco dei partecipanti.	Sì. Viene fornita una lista delle competenze presenti.	Sì. Viene fornito un elenco dei partecipanti.	Viene fornito l'elenco dei partecipanti alla Conferenza di consenso: comitato organizzatore, giuria, gruppo di esperti, gruppo di ricerca bibliografica.
LIVELLI DI EVIDENZA	LIVELLI DI EVIDENZA	FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI	FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI
1 evidenze derivate da numerosi studi accettabili	I evidenza ottenuta da una revisione sistematica di tutti gli studi randomizzati controllati (RCT) rilevanti	G raccomandazione basata su una evidenza derivata da una buona ricerca	A raccomandazione basata su prove scientifiche derivate da studi che forniscono un forte livello di prove
2 evidenze derivate da un singolo studio accettabile, o da conclusioni deboli o inconsistenti derivate da numerosi studi accettabili	II Evidenza ottenuta da almeno un RCT ben disegnato	F raccomandazione basata su una evidenza derivata da una discreta ricerca	B raccomandazione basata su prove scientifiche derivate da studi che forniscono un livello intermedio di prove
3 conclusioni derivate da studi che non raggiungono i criteri minimi, oppure assenza di studi di buona qualità, opinioni di esperti	III-1 evidenza ottenuta da pseudo RCT (allocazioni alternate, o altri metodi)	Op raccomandazione basata sull'opinione di esperti e sul consenso del <i>panel</i>	C raccomandazione basata su studi che forniscono un debole livello di prove In assenza di un <i>grading</i> espresso si intende che le raccomandazioni sono espressione del parere dei membri della giuria
	III-2 evidenza ottenuta da studi comparativi senza randomizzazione (studi di coorte), studi caso-controllo, o serie temporali interrotte con un gruppo di controllo		
	III-3 evidenza ottenuta da studi comparativi con controlli storici, studi a due o più braccia senza controlli, o serie temporali interrotte senza un gruppo di controllo		
	IV evidenza ottenuta da serie di casi		

Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito
Allegati

Titolo	1. Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. Clinical Practice Guideline n. 92 - 0047. May 1992	2. Treatment of pressure ulcers. Clinical Practice Guideline n. 15 AHCPR n. 95. 2 December 1994	3. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998	4. Pressure ulcer risk assessment and prevention. Royal College of Nursing. June 2000
Bibliografia	Aggiornata al 1991.	Aggiornata al 1992.	Aggiornata al 1996.	Aggiornata al 1998 + alcune revisioni o articoli fondamentali anche successivi.
Ricerca delle fonti	Banche dati consultate: non dichiarate.	Banche dati consultate: non dichiarate.	Banche dati consultate: non dichiarate.	Banche dati consultate: sono dichiarate in modo molto dettagliato.
Metodi di revisione	È stata eseguita una revisione della letteratura, ma non una revisione sistematica.	È stata eseguita una revisione della letteratura, ma non una revisione sistematica <i>peer review</i> esterna.	Non sono indicati i metodi di revisione della letteratura.	È stata eseguita una revisione sistematica di studi pubblicati e non.
Analisi economica	No	No	No	No. Si dichiara che non è fattibile, si forniscono alcuni dati disponibili.
Conflitto di interessi	Non dichiarato.	Non dichiarato.	Non dichiarato.	Non dichiarato.
È prevista la revisione	Sì, ma solo se necessario senza stabilire i tempi.	No	No	No
Strategia di implementazione	No	Sì	Sì. Vengono forniti in allegato alcuni strumenti per la costruzione di un protocollo operativo.	Sì
Indicatori di monitoraggio e valutazione	No	No	Sì. Vengono forniti, in allegato alcune griglie di valutazione della lesione e della sua evoluzione.	No
Disponibilità del full text online	www.ahcpr.gov	www.ahcpr.gov	www.anaes.fr	www.ren.org.uk
Documenti accompagnatori	Sì (scale di valutazione del rischio di Braden e Norton).	Sì. Sono presenti una serie di schemi precostituiti di valutazione, sono presentati una serie di algoritmi applicativi delle raccomandazioni.	Sì. Contiene un capitolo iniziale in cui si spiega come eseguire un audit clinico; vengono inoltre forniti in allegato alcuni strumenti per la costruzione di un protocollo operativo, e alcune griglie di valutazione della lesione e della sua evoluzione.	No

5. Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001	6. Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001	7. Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. Best Practice 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	8. Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
<p>Riprende in tutto la linea guida del College of Nursing (giugno 2000): aggiornata al 1998 + alcune revisioni o articoli fondamentali anche successivi.</p> <p>Banche dati consultate: sono dichiarate in modo molto dettagliato.</p> <p>È stata eseguita una revisione sistematica di studi pubblicati e non.</p>	<p>Aggiornata dal 1992 al 1999 (anche se tale data non è dichiarata, ma dedotta).</p> <p>Banche dati consultate: sono dichiarate.</p> <p>È stata eseguita una revisione della letteratura, ma non una revisione sistematica.</p>	<p>Non si dichiara una ricerca bibliografica precisa ma si fa riferimento a 3 linee guida precedenti.</p>	<p>Non viene dichiarato nulla.</p> <p>Si fa riferimento in modo generico alla metodologia ANAES.</p> <p>Non è presente una bibliografia.</p>
No	No	No	No
Non dichiarato.	Non dichiarato.	Non dichiarato.	Non dichiarato.
Sì, nel 2005.	No	No	No
Sì	No	No	No
Sì Vengono fornite alcune raccomandazioni generali.	No	No	No
www.nice.org.uk	www.awma.com.au	www.joannabriggs.edu.au	www.anaes.fr
No	Sì. Vengono fornite scale di valutazione del rischio, elenco dei presidi antidecubito reperibili in Australia e loro criteri schematici di utilizzo.	No	Sì. Vengono fornite scale di valutazione del rischio e alcune tabelle riassuntive.

Titolo	1. <i>Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. Clinical Practice Guideline n. 92 - 0047. May 1992</i>	2. <i>Treatment of pressure ulcers. Clinical Practice Guideline n. 15 AHCPR n. 95. 2 December 1994</i>	3. <i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998</i>	4. <i>Pressure ulcer risk assessment and prevention. Royal College of Nursing. June 2000</i>
Giudizio CeVEAS Metodologia	++ -	++	---	+++
	Non viene esplicitata la metodologia di ricerca bibliografica, la revisione delle letterature non è sistematica. Non vengono fornite regole per l'implementazione. La linea guida possiede un documento riassuntivo di consultazione (<i>quick reference</i>). È un documento ad uso dei <i>caregiver</i> .	Non viene esplicitata la metodologia di ricerca bibliografica, la revisione delle letterature non è sistematica. Vengono fornite alcune regole per l'implementazione. La linea guida possiede un documento riassuntivo di consultazione (<i>quick reference</i>). È un documento ad uso dei <i>caregiver</i> .	La linea guida non dispone dei requisiti minimi di qualità. Manca totalmente la descrizione del metodo di lavoro seguito. Contiene alcune raccomandazioni per l'implementazione e alcuni indicatori. Contiene una buona presentazione della metodologia dell'audit clinico.	La metodologia è dettagliata. Mancano gli indicatori per la valutazione.
Giudizio CeVEAS Leggibilità	Formato medio. C'è un riassunto delle raccomandazioni. Non ci sono algoritmi. La consultazione del documento esteso non è agevole.	Formato medio. C'è un riassunto delle raccomandazioni. Le raccomandazioni nell'ambito di ogni capitolo sono ben evidenziate. Sono presentati in allegato una serie di algoritmi comportamentali. La consultazione è abbastanza agevole.	Formato voluminoso anche se diviso in due parti. La linea guida è di complessa consultazione e scarsa leggibilità perché costituita quasi esclusivamente da testo. Sono presenti molte tabelle allegate.	Formato molto voluminoso e dispersivo. C'è un riassunto delle raccomandazioni. Non ci sono algoritmi. Sono presenti molte tabelle allegate. La consultazione non è agevole.

5. <i>Pressure ulcer risk assessment and prevention</i> . NHS. April 2001	6. <i>Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers</i> . Australian Wound Management Association. August 2001	7. <i>Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. Best Practice</i> 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	8. <i>Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé</i> . 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
+++	+++	++-	- - -
La linea guida dichiara di utilizzare come base la linea guida del College of Nursing (giugno 2000). Aggiunge alcune regole per l'implementazione e alcuni indicatori generali di valutazione.	La linea guida soddisfa i criteri metodologici principali; non viene specificato come sia stata aggiornata la bibliografia. Manca la strategia di implementazione e gli indicatori.	Mancano tutte le informazioni relative alla metodologia di raccolta della letteratura. Mancano completamente strategia di implementazione e indicatori.	È una conferenza di consenso. Manca la bibliografia da consultare. Le raccomandazioni hanno un grading anche se non è controllabile l'evidenza utilizzata. Non sono specificati indicatori.
Formato breve che la rende molto più consultabile della linea guida cui si è ispirata. Non esiste un riassunto vero e proprio delle raccomandazioni, ma le raccomandazioni stesse sono espresse in forma molto sintetica.	Formato abbastanza voluminoso. Le raccomandazioni sono sparse nel testo; non c'è un riassunto delle raccomandazioni stesse. La consultazione non è agevole.	Formato snello ed essenziale. È presente un riassunto delle raccomandazioni. Non ci sono algoritmi.	Formato non eccessivamente voluminoso. Ci sono alcune tabelle riassuntive.

Allegato 2. Sinossi delle raccomandazioni delle linee guida sulle lesioni da decubito

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres.</i> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> Royal College of Nursing. June 2000
Popolazione target	Adulti a rischio di LDD o affetti da lesioni di I grado.	Adulti affetti da lesioni di II, III e IV grado.	Non definita.	Adulti e bambini Degenti in ospedale, <i>nursing homes</i> o presso la propria abitazione. Non si occupa di pazienti con decubito in atto.
Obiettivo della linea guida	Identificare gli adulti a rischio di LDD e definire gli interventi precoci per la prevenzione delle LDD o trattare lesioni di I grado.	Identificare gli adulti con LDD. Trattare lesioni di II, III e IV grado.	Favorire lo sviluppo della valutazione della pratica clinica. Prevenire l'insorgere delle lesioni da decubito, definendo le differenti azioni da mettere in opera necessarie per prevenire le LDD al fine di misurare la complessità delle strategie di cura, multidisciplinari.	Fornire ai professionisti la migliore metodologia per definire i pazienti a rischio. Fornire ai professionisti le indicazioni sugli interventi più efficaci nella prevenzione delle ulcere. Ridurre i rischi di utilizzare metodologie inefficaci e pericolose di valutazione del rischio e prevenzione delle lesioni.
Quesito n. 1 I fattori di rischio di LDD	Immobilità (paziente immobile nel letto o confinato a una sedia a rotelle con limitate possibilità di movimento). Incontinenza. Inadeguato apporto dietetico. Stato nutrizionale alterato. Alterato livello di coscienza.	Immobilità (paziente immobile nel letto o confinato a una sedia a rotelle con limitate possibilità di movimento). Incontinenza. Inadeguato apporto dietetico. Stato nutrizionale alterato. Alterato livello di coscienza.	Fattori intrinseci (primari) ed estrinseci (secondari): - pressione, - sfregamento, - forze di taglio, - immobilità e diminuzione del movimento, - denutrizione, - incontinenza urinaria e fecale, - eccessiva umidità (macerazione), - stato psicologico, - resistenza cutanea, - età, - problemi vascolari, - patologie neurologiche e perdita di sensibilità.	Fattori intrinseci: - ridotta mobilità o immobilità totale, - deficit sensoriale, - patologia acuta, - livello di incoscienza, - età avanzata, - patologie vascolari, - patologie croniche o stati terminali, - lesioni cutanee precedenti, - malnutrizione e disidratazione (II). Fattori estrinseci: - pressione, - forze di taglio e frizione. Fattori esacerbanti: - medicazioni e livello di idratazione della pelle.

<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001</i>	<i>Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001</i>	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. <i>Best Practice</i> 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
<p>Pazienti a rischio di contrarre lesioni da decubito. Adulti e bambini. Degenti in ospedale, <i>nursing homes</i> o presso la propria abitazione.</p>	<p>Pazienti >14 aa.</p>	<p>Non definita.</p>	<p>Pazienti adulti e anziani.</p>
<p>Non si occupa di pazienti con decubito in atto.</p>			
<p>Ridurre la frequenza di insorgenza delle ulcere da compressione. Formare professionisti della salute. Fornire interventi preventivi identificando le pratiche efficaci/inefficaci/inutili.</p>	<p>Sviluppare linee guida per identificare adulti (>14 aa) a rischio di LDD e sviluppare interventi per la prevenzione.</p>	<p>Fornire ai clinici raccomandazioni basate sull'evidenza.</p>	<p>Diffondere la buona pratica clinica, al fine di migliorare la prevenzione, il trattamento e la prognosi delle lesioni da decubito nell'adulto e nell'anziano.</p>
<p>Fattori intrinseci: - ridotta mobilità o immobilità totale, - deficit sensoriale, - patologia acuta, - livello di incoscienza, - età avanzata, - patologie vascolari, patologie croniche o stati terminali, - lesioni cutanee precedenti, - malnutrizione e disidratazione (II).</p>	<p>Pressione (ridotte mobilità/attività/percezione sensoriale), resistenza tessutale alla pressione.</p>	<p>Non trattato.</p>	<p>Fattori estrinseci o meccanici, e intrinseci o clinici: - pressione, frizione, forze da taglio, macerazione, - immobilità, - età avanzata, - stato nutrizionale, - incontinenza urinaria e fecale, - deficit circolatorio, - neuropatie, - condizioni della cute, - stato psicologico, - pregresse ulcere, - malattie acute, croniche e loro fase terminale.</p>
<p>Fattori estrinseci: - pressione, - forze da taglio e frizione.</p>	<p>Fattori estrinseci: - umidità, - frizione e stiramento.</p>		
<p>Fattori esacerbanti: - medicazioni e livello di idratazione della pelle.</p>	<p>Fattori intrinseci: - età, - nutrizione; - ossigenazione, - aumento di temperatura corporea, - patologie croniche, - deficit di vitamina C, - eccessivo lavaggio della cute, - CEC, - razza bianca, sesso maschile, - diabete, - carcinoma metastatico, - tabagismo, - cute secca.</p>		<p>Solo l'immobilità e la denutrizione sono realmente fattori di rischio predittivi del rischio di LDD.</p>

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres.</i> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998	Pressure ulcer risk assessment and prevention. Royal College of Nursing. June 2000
Quesito n. 2 Modalità di valutazione del rischio sul singolo paziente	Scale consigliate: - Norton, - Braden.	Scale consigliate: - Norton, - Braden.	Indicazioni generali: le scale (prese in considerazione) hanno dei problemi di affidabilità (riproducibilità interdisciplinare), e di validità (specificità e sensibilità); per ridurre la soggettività di valutazione usare glossari per definire i termini utilizzati per descrivere i singoli fattori di rischio. Gli strumenti della valutazione devono essere inoltre semplici, di facile e rapido utilizzo, riproducibili.	Indicazioni generali: la scala di valutazione del rischio va usata solo come aiuto della memoria e non deve sostituire il giudizio clinico (I); se si sceglie di utilizzare una scala, questa deve essere già testata e verificata per quell'ambito clinico (III).
Scala utilizzata e modalità di valutazione	Rivalutazione: periodica a intervalli regolari (A); la frequenza di rivalutazione non è nota.	Rivalutazione: periodica a intervalli regolari senza specifiche indicazioni.	Scale valutate: - Norton, - Braden, - Waterlow: è la più usata in Gran Bretagna, tuttavia non ha ancora rivelato a tutt'oggi una grande affidabilità, - Garches modificata: è stata sviluppata in Francia. Lo strumento propone di agire su ogni fattore di rischio scoperto e di seguirne l'evoluzione; un glossario permette di avere una identificazione obiettiva dei fattori di rischio, tra i quali compare la partecipazione alla cura, la quale tiene conto anche delle difficoltà di adattamento psicologico da parte dei soggetti handicappati.	Scale valutate: - Braden: è l'unica scala la cui validità predittiva è stata testata da parte del personale infermieristico; il suo utilizzo non si è dimostrato superiore al giudizio clinico.
Tempi di valutazione/ rivalutazione	Se un individuo diviene obbligato a letto o alla sedia a rotelle o diviene incapace di modificare la propria posizione deve essere eseguita una valutazione del rischio di LDD.		La frequenza di valutazione non è precisata in letteratura; deve essere fatta all'ingresso, quando il paziente è allettato, se non è autonomo nei movimenti e a ogni modifica delle condizioni generali.	Le scale sono: - Anderson, - Braden, - Knoll, - Norton, - Pressure Sore Prediction Scale, - Waterlow Valutazione e rivalutazione: l'accertamento va calibrato sull'individuo; deve avvenire entro 6 ore dal ricovero/inizio cure; le persone a rischio vanno rivalutate nel momento in cui cambiano le loro condizioni (III). I rilievi fatti vanno documentati.

Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001	Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. Best Practice 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
---	--	--	--

Indicazioni generali:
la scala può essere usata come promemoria di aiuto ma non deve sostituire il giudizio clinico.

Non vengono indicate scale.

Valutazione e rivalutazione: 6 ore dal momento del ricovero; rivalutazione ogni qualvolta avvengono variazioni che incrementano il rischio.

Indicazioni generali:
scale numeriche (nullo, basso, medio, alto rischio).
Ogni *équipe* può scegliere la scala da utilizzare per la definizione del rischio;
la scala scelta deve avere i seguenti requisiti:
- validità,
- applicabilità.

Scale valutate:
- Norton: la più usata perché semplice; negli anziani ospedalizzati non è considerata adeguata;
- Waterlow: prevenzione e trattamento, anche in forma tascabile, è la più completa; critica: è difficoltosa, la meno applicabile;
- Braden: applicabile, la più usata nelle cure prolungate; critica: bassa predittività in studi eseguita da parte di personale infermieristico.

Valutazione e rivalutazione: la valutazione deve essere fatta all'ingresso (in ospedale o in qualsiasi setting di cure), in presenza di un cambiamento delle condizioni, e ad appropriati e regolari intervalli durante il ricovero.

Indicazioni generali:
l'uso di scale riproducibili e validate, insieme a una valutazione clinica permette di sviluppare strategie di prevenzioni adatte al livello di rischio; utilizzare un comune strumento di valutazione del rischio assieme al giudizio clinico, all'ingresso del paziente (C).
L'uso di una scala permette di formare, sensibilizzare, e attivare l'*équipe* dei curanti attorno a un progetto di cura.

Scale valutate:
- Norton;
- Waterlo;
- scale francofone (Poupliers-Gonesse, Angers and Genève) sono utilizzate da centinaia di *équipe*, ma non sono mai state validate;
- Braden è la più utilizzata. Il loro valore predittivo varia notevolmente rispetto a una popolazione o a un'altra, la Braden ha avuto una buona validazione;

La linea guida raccomanda l'uso della Braden (B); inoltre si consiglia di validare scale in lingua francese su alcune specifiche patologie: traumi midollari, cure intensive, geriatria.

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres.</i> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> Royal College of Nursing. June 2000
Quesito n. 3.1 Indicazioni e modalità di prevenzione: criteri generali di prevenzione	I programmi di prevenzione devono essere organizzati e definiti a tutti i livelli; tra operatori sanitari pazienti e le loro famiglie. Ogni piano di programmazione individuale deve essere rivalutato periodicamente.	I programmi di prevenzione devono essere organizzati e definiti a tutti i livelli; tra operatori sanitari pazienti e le loro famiglie. Ogni piano di programmazione individuale deve essere rivalutato periodicamente.	Non trattato.	Identificazione degli individui a rischio (III). La valutazione del rischio deve essere eseguita da personale adeguatamente preparato a ciò (III). Scelta di una scala testata per l'uso nello stesso ambito clinico (III) Identificazione dei fattori di rischio (II).

<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001</i>	<i>Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001</i>	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. <i>Best Practice</i> 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
<p>Identificazione degli individui a rischio (3).</p> <p>La valutazione del rischio deve essere eseguita da personale adeguatamente preparato a ciò (3).</p> <p>Uso delle scale di valutazione del rischio (3).</p>	<p>La presenza di qualsiasi condizione che riduce la mobilità o che impedisce al paziente di muoversi autonomamente o di cambiare posizione dovrebbe automaticamente rendere l'individuo nella categoria a rischio (III-2).</p>	<p>Ogni paziente con una lesione da pressione dovrebbe avere una anamnesi completa, e una valutazione psico-sociale e fisica.</p>	<p>Identificazione dei fattori di rischio (C) associata all'impiego di scale per la valutazione dei fattori di rischio (B).</p>
<p>Identificazione dei fattori di rischio (2).</p>	<p>I soggetti individuati a rischio dovrebbero avere un piano globale di prevenzione con lo scopo di proteggere l'individuo dalle forze di pressione sfregamento e frizione (II) è necessario registrare il piano individuale di valutazione dello stato di rischio, basso/moderato/alto.</p>		

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998</i>	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention. Royal College of Nursing. June 2000</i>
Quesito n. 3.2 Indicazioni e modalità di prevenzione: modalità di prevenzione da applicare sul paziente	<p>1. Ispezione della cute (almeno 1 volta al giorno). Attenzione alle prominenze ossee. È opportuno che i risultati siano documentati ogni volta (C).</p> <p>2. Detersione della cute effettuata in caso di imbrattamento e a intervalli costanti. La frequenza deve essere in accordo con le necessità o le preferenze del paziente. Evitare l'acqua troppo calda e detergenti troppo forti in modo da ridurre l'irritazione e la secchezza della cute. Occorre porre molta attenzione alla forza di frizione applicata (C). La frequenza della detersione può essere modificata in base alla temperatura e alla traspirazione della cute. Non eccedere nell'uso delle sostanze detergenti in quanto alterano la naturale barriera cutanea.</p> <p>3. Secchezza della cute: ridurre i fattori locali quali la scarsa umidità (<40%) e l'esposizione al freddo. Usare creme idratanti locali (C).</p> <p>4. Massaggi: evitare di massaggiare i punti di prominenza ossea (B).</p>	<p>1. Definire la localizzazione del decubito.</p> <p>2. Definire lo stadio (scala NPUAP) e la dimensione, e descrivere la lesione (C).</p> <p>3. Rivalutare il decubito almeno 1 volta/settimana e ogni volta che si nota un deterioramento (C):</p> <p>4. Un miglioramento della lesione deve evidenziarsi in 2-4 settimane. Se non succede rivalutare il trattamento in atto e la sua compliance modificandolo se necessario (C).</p> <p>Misure di prevenzione di un nuovo decubito: - evitare il posizionamento di soggetti immobili direttamente sui trocanteri e utilizzare dispositivi quali cuscini e cunei di spugna per scaricare la pressione dai talloni o anche semplicemente tenere i talloni in posizione sospesa oltre il materasso (C); - utilizzare dispositivi per posturare come cuscini o schiume per prevenire il contatto diretto fra prominenze ossee (come ginocchia o caviglie) (C); - mantenere la testata del letto al più basso livello possibile di elevazione tenendo conto delle condizioni di salute e delle altre limitazioni. Limitare il tempo in cui la testata del letto viene elevata (C).</p>	<p>- L'esame della cute in generale, e in particolare delle zone a rischio (prominenze ossee) deve essere sistematico ed eseguito almeno 1 volta al giorno e in occasione di ogni intervento assistenziale.</p> <p>- È raccomandata la toilette completa quotidiana. È inoltre indispensabile un ulteriore intervento quando la cute risulta sporca di urine o feci o è presente una traspirazione abbondante o sono presenti secrezioni.</p> <p>- Il cambio della biancheria del letto dovrà essere eseguito sistematicamente 2 volte al dì in presenza di diminuzione della mobilità; inoltre secondo i bisogni del paziente, in presenza di incontinenza a feci o urine o in presenza di condizioni che provocano umidità/macerazione.</p> <p>- L'uso di lozioni idratanti per le pelli secche sembra che migliori il trofismo cutaneo e svolga un'azione protettiva.</p> <p>- Occuparsi della incontinenza urinaria consente di limitare l'esposizione della cute all'umidità. Occorre conoscere l'origine della incontinenza e valutare la sua reversibilità; ciò consente di prendere una decisione: padella a intervalli regolari, uso di pannoloni o catetere vescicale.</p>	<p>Ispezione cutanea [3]: eseguirla con regolarità, con frequenza da decidere in base alle variazioni delle condizioni cliniche del paziente. Eseguirla in base alle aree a rischio (talloni, sacro, tuberosità ischiatiche, parti ricoperte da vesti o calze antitrombo, trocanteri femorali, parti sottoposte a frizione, parti soggette a trauma per la presenza di elementi esterni come gli abiti, aree dove possono essere esercitati traumi da parte di strumentazioni come il tubo tracheale, le linee venose, e cateteri ecc., gomiti, spalle dita dei piedi e regione temporale e posteriore del cranio).</p> <p>I pazienti che sono in grado di farlo, devono essere incoraggiati a ispezionare la propria cute.</p> <p>Le persone costrette in carrozzina devono usare uno specchio, per ispezionare le zone che non riescono a vedere, o farsi aiutare da altri.</p> <p>I professionisti sanitari devono sapere che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eritema persistente -eritema che non scompare alla digitopressione - vesciche - discromia della cute - calore localizzato - edema e indurimento <p>sono segni premonitori di imminente insorgenza di lesioni.</p>
	[...]	[...]	[...]	[...]

Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001	Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. Best Practice 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
---	--	--	--

<p>Ispezione cutanea [3] eseguirla con regolarità, con frequenza da decidere in base alle variazioni delle condizioni cliniche del paziente. Eseguirla in base alle aree di rischio (talloni, sacro, tuberosità ischiatiche, parti ricoperte da vesti o calze antitrombo, trocanteri femorali, parti sottoposte a frizione, parti soggette a trauma per la presenza di elementi esterni come gli abiti, aree dove possono essere esercitati traumi da parte di strumentazioni come il tubo tracheale, le linee venose, e cateteri ecc, gomiti, spalle dita dei piedi e regione temporale e posteriore del cranio). I pazienti che sono in grado di farlo devono essere incoraggiati a ispezionare la propria cute. Le persone costrette in carrozzina devono usare uno specchio per ispezionare le zone che non riescono a vedere, o farsi aiutare da altri. I professionisti sanitari devono sapere che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eritema persistente - eritema che non scompare alla digitopressione - vesciche - discromia della cute - calore localizzato - edema e indurimento <p>sono segni premonitori di imminente insorgenza di lesioni.</p> <p style="text-align: center;">[...]</p>	<p>Gestione della cute</p> <ul style="list-style-type: none"> - i pazienti a rischio devono essere sottoposti ad una ispezione completa della cute almeno 1 volta al giorno; - osservare le zone più a rischio dopo ogni cambio di postura; - osservare con attenzione le aree a maggior rischio (sacro, talloni e grandi trocanteri); in caso di decubiti presenti segnalarli descrivendone la localizzazione e lo stadio e lo stato della cute circostante. <p>Igiene della cute</p> <ul style="list-style-type: none"> - mantenere il pH (4-6,8) normale della cute evitando saponi alcalini e eccessivo lavaggio; - ridurre le sostanze irritanti; - mantenere la cute pulita e asciutta e non secca. <p>Mantenere l'idratazione cutanea è fondamentale per resistere ai traumi; una cute secca e desquamata deve essere trattata con idratanti locali. Unguenti, creme o film proteggono la cute dalle sostanze chimiche irritanti.</p> <p>Mantenere la temperatura cutanea stabile, l'aumento della temperatura cutanea comporta un aumento della traspirazione con conseguente > umidità. Nel post-operatorio evitare l'innalzamento eccessivo della temperatura cutanea rimuovendo le coperte termiche quando la temperatura del paziente si è stabilizzata a 155°F (IV).</p> <p style="text-align: center;">[...]</p>	<p>Descrivere la localizzazione, le dimensioni e lo stadio della lesione (Op). La rivalutazione della lesione dovrebbe avvenire a ogni modificazione clinica e comunque ogni settimana (Op).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Osservare regolarmente lo stato della cute e le aree a rischio, almeno quotidianamente e a ogni cambio di postura o cure igieniche, al fine di rilevare precocemente una alterazione cutanea (C). L'osservazione deve essere associata alla ricerca di aree di indurimento o di calore nei pazienti di pelle scura. - Mantenere l'igiene della cute ed evitare la macerazione mediante toilette quotidiana e rinnovata se necessario. - Diminuire la pressione. Pianificare i cambi di postura ogni 2 o 3 ore (B). Le forze di frizione e di scivolamento del paziente devono essere evitate mediante adeguate tecniche di sollevamento del paziente. - Privilegiare il decubito laterale obliquo a 30° in rapporto al piano del letto per ridurre il rischio delle lesioni trocanteriche (C). <p>Sono da proscrivere i massaggi, le frizioni, le applicazioni di ghiaccio e di aria calda sulle zone a rischio (B).</p>
--	---	--	---

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998</i>	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention. Royal College of Nursing. June 2000</i>
continua Quesito 3.2	<p>5. Esposizione all'umidità È importante ridurre al minimo l'esposizione della pelle all'umidità dovuta a incontinenza, traspirazione ed essudazione di ferite (C). Nel paziente incontinente utilizzare pannoloni/ mutande assorbenti.</p> <p>Nei pazienti costretti al letto: - cambiare postura max ogni 2 ore; - evitare la pressione diretta sui trocanteri; - elevare la testa del letto per tempi più brevi possibili.</p> <p>Nei pazienti costretti alla poltrona: - cambiare posizione almeno ogni ora; - spostare il punto di appoggio ogni 15 minuti se il paziente è autonomo; - utilizzare cuscini a pressione ridotta; - quando si posizionano i pazienti sulle sedie a rotelle considerare le condizioni posturali, la distribuzione del peso, il bilanciamento e la stabilità, lo stato di compressione; - usare un piano di prevenzione scritto.</p>	<p>Misure di prevenzione di un ulteriore decubito in paziente allettato: - evitare che il paziente appoggi sul decubito (C); - valutare il rischio di successivi ulteriori decubiti (C).</p>	<p>- I cambi di posizione nel letto, la mobilizzazione passiva e attiva, i sollevamenti e i cambi di posizione in poltrona sono raccomandate. La frequenza dei cambi di posizione nel letto deve avvenire almeno ogni 2 ore. - Se una zona a rischio è arrossata dopo il tempo di 2 ore, occorre accorciare l'intervallo fra due posture adottando un ritmo più frequente di cambio di postura.</p> <p>È consigliato utilizzare un piano di mobilizzazione del paziente applicando i seguenti principi: - spostare il paziente con le adeguate tecniche di sollevamento evitando la frizione sulla cute; - sostenere i piedi con un cuscino per evitare lo scivolamento del paziente nel letto.</p> <p>Pratiche dubbie I benefici delle tecniche di frizione o massaggio non sono stati dimostrati. I massaggi per sfioramento sui punti di appoggio permettono un esame regolare della cute. La loro efficacia è basata sul miglioramento dell'ossigenazione tissutale. La LG AHCPR e i criteri NPUAP raccomandano questa pratica. I prodotti utilizzati per il massaggio non devono contenere alcol (secca la cute).</p>	<p>Nelle persone di cute scura: - aree di colorito bluastrò/violaceo, - calore localizzato con sostizione di aree più fredde quando il tessuto inizia a essere danneggiato, - edema e/o indurimento localizzati.</p> <p>NB i cambiamenti avvenuti sulla cute devono essere registrati e documentati immediatamente.</p> <p>Posizionamento (3) I pazienti a rischio (anche se su presidi antidecubito) devono essere posturati; la frequenza deve essere determinata in base ai risultati dell'ispezione cutanea, ai bisogni individuali e non, con modalità predefinite. Il posizionamento deve considerare le condizioni cliniche, il comfort, il piano complessivo di cura e la superficie sulla quale giace o siede il paziente. La permanenza prolungata in posizione seduta non deve compromettere i benefici del presidio antidecubito. Nel posturare il paziente occorre: - minimizzare la pressione sulle prominenze ossee, - evitare il contatto tra le aree corrispondenti alle prominenze ossee, - minimizzare il danno da frizione e taglio.</p>
			[...]	[...]

<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001</i>	<i>Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001</i>	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. <i>Best Practice</i> 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
--	---	---	--

Nelle persone di cute scura: - aree di colorito bluastrò/violaceo, - calore localizzato con sostizione di aree più fredde quando il tessuto inizia ad essere danneggiato, - edema e/o indurimento localizzati.	Attivare le misure che promuovono la continenza. L'intervallo di tempo tra una mobilitazione e l'altra deve essere <2 ore. Evitare la prolungata posizione seduta (sedia o carrozzella), il cambio di posizione dovrebbe avvenire con una frequenza variabile da 15 minuti a 1 ora in rapporto alla tolleranza tissutale.
NB i cambiamenti avvenuti sulla cute devono essere registrati e documentati immediatamente.	L'esposizione alla frizione dovrebbe essere ridotta con: - l'utilizzo di corrette manovre di posizionamento o scivolamento; - la protezione della cute costantemente esposta alla frizione con medicazioni protettive o imbottiture o vello di pecora; - elevando i piedi del letto a 20° quando il paziente è seduto per prevenire lo scivolamento; - mantenendo la testata del letto alla minima elevazione tenendo conto delle condizioni del paziente e del confort.
Posizionamento (3) i pazienti a rischio (anche se su presidi antidecubito) devono essere posturati; la frequenza deve essere determinata in base ai risultati dell'ispezione cutanea, ai bisogni individuali, e non con modalità predefinite. Il posizionamento deve considerare le condizioni cliniche, il comfort, il piano complessivo di cura e la superficie sulla quale giace o siede il paziente. La permanenza prolungata in posizione seduta non deve compromettere i benefici del presidio antidecubito.	
Nel posturare il paziente occorre minimizzare la pressione sulle prominenze ossee, evitare il contatto tra le aree corrispondenti alle prominenze ossee, minimizzare il danno da frizione e taglio.	Gli individui allettati o con gli arti inferiori immobili dovrebbero avere uno scarico completo della pressione sui talloni. I pazienti debbono essere incoraggiati al massimo nelle loro attività e mobilitazione compatibilmente con le loro condizioni.

[...]

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres.</i> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> Royal College of Nursing. June 2000
continua Quesito 3.2			<p>L'efficacia di film protettivi o di idrocolloidi protettivi nel ridurre i fenomeni di frizione e di taglio non sono stati studiati.</p> <p>Pratiche da evitare: - uso di saponi che modificano il pH, erosione della cute per sfregamento durante la pulizia e l'asciugatura; - posizionamento della testata del letto a un angolo >30°.</p> <p>Criteri generali: - informazione ed educazione del malato e dei parenti.</p>	<p>Postura seduta: la valutazione dei presidi per tale postura deve essere svolta da persona appositamente formata con specifica conoscenza e competenza (III). Devono essere richiesti consigli a professionisti con specifiche conoscenze e competenze riguardo il corretto posizionamento del paziente seduto (III). Nel paziente che trascorre tempo a sedere, sia in sedia che in carrozzina si deve considerare la distribuzione del peso, l'allineamento posturale, il supporto dei piedi (III). Nessun cuscino ha dimostrato la propria superiorità rispetto a un altro, di conseguenza non può essere fatta nessuna raccomandazione rispetto a quel tipo di presidio (III).</p>
Quesito n. 3.3 Indicazioni e modalità di prevenzione: indicazioni e modalità sull'ambiente di degenza	Ridurre i fattori locali quali la scarsa umidità (<40%) e l'esposizione al freddo (C).	Non trattato.	Non trattato.	Non trattato.
Quesito n. 3.4 Indicazioni e modalità di prevenzione: indicazioni specifiche correlate al livello di rischio	Non trattato.	Non trattato.	Non trattato.	Non trattato.

<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001</i>	<i>Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001</i>	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. <i>Best Practice</i> 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
--	---	---	--

Postura seduta:
la valutazione dei presidi per tale postura deve essere svolta da persona appositamente formata con specifica conoscenza e competenza (III).
Devono essere richiesti consigli a professionisti con specifiche conoscenze e competenze riguardo il corretto posizionamento del paziente seduto (III).
Nel paziente che trascorre tempo a sedere, sia in sedia che in carrozzina si deve considerare la distribuzione del peso, l'allineamento posturale, il supporto dei piedi (III).
Nessun cuscino ha dimostrato la propria superiorità rispetto a un altro, di conseguenza non può essere fatta nessuna raccomandazione rispetto a quel tipo di presidio (III).

Non trattato. Non trattato. Non trattato. Non trattato.

Non trattato. Non trattato. Non trattato. Non trattato.

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998</i>	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention. Royal College of Nursing. June 2000</i>
Quesito n. 3.5 Indicazioni e modalità di prevenzione: presidi antidecubito raccomandati	<p>Nei pazienti costretti al letto: - utilizzare cuscini o spessori per le parti ossee sporgenti; - utilizzare <i>device</i> che evitino la pressione sui calcagni; - usare sistemi di sollevamento per muovere le persone durante i trasferimenti o cambiamenti di posizione invece di trascinarli; - utilizzare, per i pazienti a rischio, materassi a pressione ridotta.</p> <p>Nei pazienti costretti alla poltrona: - utilizzare cuscini a pressione ridotta.</p>	<p>Nei pazienti costretti al letto: - utilizzare cuscini o spessori per le parti ossee sporgenti; - utilizzare <i>device</i> che evitino la pressione sui calcagni; - usare sistemi di sollevamento per muovere le persone durante i trasferimenti o cambiamenti di posizione invece di trascinarli; - utilizzare, per i pazienti a rischio, materassi a pressione ridotta.</p> <p>Nei pazienti costretti alla poltrona: - utilizzare cuscini a pressione ridotta.</p>	<p>L'impiego di presidi antidecubito è indicato quando il cambio di postura è impedito da ragioni cliniche. Uno studio randomizzato ha mostrato che l'utilizzo di materassi a pressione alternata o ad acqua diminuiscono le lesioni da decubito rispetto ai materassi standard. I criteri di scelta dei presidi possono essere i seguenti: il dispositivo che ripartisce al meglio possibile la pressione su tutta la superficie del corpo e riduce al minimo la pressione a livello delle aree di appoggio. Utilizzare per coprire, fodere ed effetti lettereci di cotone. Non esistono prove dimostrate di efficacia sul materiale (compresi i materassi) di supporto da utilizzare. Si suggerisce di costruire un algoritmo decisionale per la scelta del presidio</p>	<p>I pazienti a rischio. non debbono utilizzare materassi standard [I]. Utilizzare materassi a pressione alternata o altro sistema di redistribuzione della pressione, per pazienti a rischio molto elevato [II]. Materassi a pressione alternata dovrebbero essere utilizzati sul tavolo operatorio e nel post-operatorio, per pazienti ad alto rischio [I-III].</p>

<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001</i>	<i>Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001</i>	<i>Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. Best Practice 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874</i>	<i>Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé</i>
<p>Non trattato (sarà eseguita una valutazione sul costo-efficacia nella scelta del presidio antidecubito utilizzando la metodologia dell'NHS).</p>	<p>Usò consigliato di superfici in accordo con il livello di rischio. I pazienti considerati ad alto rischio di sviluppare decubiti non debbono utilizzare materassi standard (I). Le superfici antidecubito più sofisticate come un materasso a pressione alternata dovrebbero essere scelte per i soggetti incapaci di modificare spontaneamente la postura oppure quando un cambio posturale efficace (24 h su 24) non può essere garantito. Le superfici antidecubito dovrebbero essere utilizzate assieme a un programma di prevenzione complessivo basato sulla osservazione frequente del soggetto, un programma individuale di cambio posturale e delle misure per aumentare la resistenza tissutale alla pressione. Cuscini e cunei di schiuma possono essere utilizzati per evitare il contatto diretto fra prominenze ossee. Per ridurre gli effetti della frizione e di taglio possono essere utilizzati imbottiture o vello di pecora.</p>	<p>Nei pazienti che hanno una lesione da decubito: - se è possibile che il paziente mantenga una postura che non pesi sulla lesione e che il corpo del paziente non tocchi il fondo della superficie su cui è posizionato (ponendo una mano al di sotto della superficie si verifichi che la compressione sulla stessa non sia inferiore a 2 cm) dovrebbero essere utilizzate superfici di supporto statico (F); - se le possibilità di posizionamento sono limitate o se il paziente affonda sulla superficie statica si dovrebbero utilizzare superfici di supporto dinamiche come materassi a pressione alternata, letti o materassi a bassa cessione di aria o letti fluidizzati (F); - per i pazienti con lesioni di 3° o 4° grado ampie si dovrebbero considerare superfici di supporto dinamico (Op).</p>	<p>L'efficacia di un supporto per la diminuzione della pressione è stata dimostrata in comparazione con i materassi standard (A). Il supporto diminuisce il tempo per ottenere la guarigione della lesione e diminuisce i fenomeni dolorosi (C). Gli studi che dimostrano l'efficacia di un supporto in rapporto a un altro sono pochi e poco convincenti (C). Nei pazienti senza ulcere, a basso rischio e nei pazienti che si possono muovere nel letto e passare <12 ore al dì nel letto sono indicati sovrामaterassi statici. Nei pazienti senza ulcere, a medio rischio e nei pazienti che si possono muovere nel letto e passare <15 ore al dì nel letto sono indicati materassi statici (si tratta di supporti statici in materiale che si conforma al paziente). Nei pazienti con ulcere, o una zona di disepitelizzazione o elevato rischio di ulcere e che passano >15 ore al dì nel letto sono indicati sovrामaterassi dinamici (a pressione alternata). Nei pazienti con ulcere >2° stadio e che non possono muoversi da soli nel letto e che all'ispezione non avevano cambiato la loro posizione nel letto, o in cui tale posizione viene mantenuta >20 ore al dì, oppure nei pazienti in condizioni cliniche ingravescenti sono indicati materassi dinamici (a pressione continua o discontinua).</p>

Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito
Allegati

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres.</i> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> Royal College of Nursing. June 2000
Raccomandazione sulla gestione dei presidi (modi e tempi)	Non trattato.	Non trattato.	Criteri importanti per la scelta di un presidio sono: <ul style="list-style-type: none"> - la facilità d'uso (messa in opera, stoccaggio, peso del presidio); mantenimento di temperatura adeguata per i materassi ad acqua); - la facilità di manutenzione (pulizia e disinfezione); - il confort del malato (sensazione di instabilità su materassi e cuscini); - il costo. 	Criteri utilizzati per la selezione dei presidi per prevenire e trattare le lesioni da decubito la presenza di studi clinici randomizzati e controllati (RCT) che valutino tali presidi.

<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001</i>	<i>Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001</i>	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. <i>Best Practice</i> 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
Non trattato.	<p>Criteria da considerare nella selezione di un dispositivo di scarico o di riduzione della pressione sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - durata; - confort del paziente; - capacità di conformarsi alle prominenze ossee senza offrire resistenza; - capacità di consentire l'affondamento del paziente senza toccare il fondo; - copertura della superficie impermeabile a fluidi o ai batteri, ma con proprietà che riducano frizioni, frizioni di taglio, umidità e temperatura; - proprietà ignifughe; - controllo della temperatura nella zona di contatto; - portata massima della superficie; - facilità di accesso al paziente e facilità di cambio posturale; - facilità di trasferimento dal letto alla poltrona o dal letto alla barella; - facilità di trasporto; - capacità di stabilizzare la superficie per eseguire pratiche rianimatorie o altre procedure; - necessità di utilizzo di presidi terapeutici (es. pompe, alimentazione elettrica, tubi); - pulizia e manutenzione; - appropriatezza per l'ambiente a cui è destinato; - peso e ingombro del prodotto; - disponibilità; - costo di noleggio o acquisto. 	Non trattato.	<p>Criteria da considerare nella destinazione di un dispositivo di scarico o di riduzione della pressione sono:</p> <p>fattori di rischio legati alle caratteristiche del paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - patologia acuta, cronica, età, gravità; - grado di mobilità e motricità; - grado di sensibilità e presenza del dolore; - presenza di macerazione; - temperatura cutanea; - morfologia del paziente; - livello di dipendenza: auto-mobilizzazione, auto-sollevamento; - presenza di una o più lesioni da decubito (loro descrizione); - localizzazione e loro eventuale trattamento chirurgico; - stato di coscienza, stato psicologico. <p>altri fattori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - norme igieniche di vita; - scolarità; - possibilità economiche; - lavoro svolto; - grado socio-culturale; - ambiente familiare; - caratteristiche dell'abitazione in cui vive; - caratteristiche dei curanti.

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres.</i> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> Royal College of Nursing. June 2000
Quesito n. 3.6 Indicazioni e modalità di prevenzione: presidi sconsigliati	Dispositivi circolari.	Dispositivi circolari (C).	Non trattato.	Guanti pieni di acqua, velli di pecora sintetici e naturali, dispositivi circolari (III).
Quesito n 3.6.1 Indicazioni e modalità di prevenzione: presidi di dubbia efficacia	Non citati.	Non citati.	Non citati.	Non citati.

<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001</i>	<i>Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001</i>	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. <i>Best Practice</i> 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
Guanti pieni di acqua, velli di pecora sintetici e naturali, presidi a forma di ciambella (3).	Evitare, quando possibile l'uso di telerie o presidi di materiale impermeabile perché possono mantenere umida la cute.	Non trattato.	I cuscini in gel non sono raccomandati perché la loro fodera induce un effetto amaca nocivo. I cuscini ad aria sono difficili da regolare; bisogna tenere conto del loro spessore per evitare lo schiacciamento del cuscino.
Non citati.	Non citati.	Non citati.	Non citati.

<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001</i>	<i>Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001</i>	<i>Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. Best Practice 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874</i>	<i>Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé</i>
Non trovato.	<p>Stadio 1 - Sulla cute chiara l'ulcera appare come un'area definita di persistente arrossamento, mentre su una cute scura l'ulcera può apparire come una zona blu porpora. Le alterazioni di una cute intatta conseguenti alla pressione che possono essere considerate premonitrici di una futura lesione sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la temperatura cutanea (più calda o più fredda); - la consistenza del tessuto (indurimento o rammollimento); -e/o la modificazione della sensibilità (dolore, prurito). <p>Stadio 2 - Parziale perdita dello spessore della cute che interessa l'epidermide o/e il derma. L'ulcera è superficiale si presenta come un'abrasione, una flittena o un piccolo cratere.</p> <p>Stadio 3 - Totale perdita di spessore della cute coinvolta, danno o necrosi sottocutaneo che può estendersi fino a, ma non interessare, la fascia sottocutanea, l'ulcera si presenta come un cratere profondo con o senza sottominature.</p> <p>Stadio 4 - Totale perdita di spessore della cute con distruzione estensiva, tessuto necrotico fino al muscolo, osso o strutture di sostegno (tendini o capsule articolari) le sottominature o i tragitti fistolosi possono associarsi al 4° stadio.</p>	<p>Grado 1 - Modificazione del colore di cute intatta che può essere un eritema che non scompare alla digitoppressione, una colorazione blu/porpore/nera.</p> <p>Grado 2 - Perdita parziale di spessore della cute o danno che comprende epidermide e/o il derma.</p> <p>Grado 3 - Perdita completa dello spessore della cute comprendente danno o necrosi dei tessuti sottocutanei senza che vi sia estensione alla fascia e alle strutture sottostanti.</p> <p>Grado 4 - Perdita completa di spessore della cute con distruzione estensiva e necrosi tissutale estesa all'osso sottostante, tendini o capsula articolare.</p>	<p>Stadio 1 - Eritema cutaneo interessante la cute apparentemente intatta che non scompare alla digitoppressione, cute molto pigmentata: modificazione del colore, edema, indurimento.</p> <p>Stadio 2 - Perdita di sostanza che interessa l'epidermide e in parte (non a tutto spessore) del derma, si presenta come una flittena, abrasione o ulcera superficiale.</p> <p>Stadio 3 - Perdita di sostanza che interessa il tessuto sottocutaneo con o senza scollamento periferico.</p> <p>Stadio 4 - Perdita di sostanza che comprende e supera la fascia e può interessare articolazioni muscoli o tendini.</p>
[...]			

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres.</i> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> Royal College of Nursing. June 2000
continua Quesito n. 4	Valutare la lesione inizialmente secondo i seguenti parametri: - localizzazione, - stadio (NPUAP 1989), - dimensioni, - tratti fistolosi, - sottominature, - essudato, - tessuto necrotico, - presenza o assenza di tessuto di granulazione o di riepitelizzazione (C).	Stadio 4 - Perdita dello spessore totale della cute, necrosi dei tessuti, danni ai muscoli, alle ossa, tendini, capsule articolari. Presenza di un cratere profondo, possono essere presenti: - tessuto necrotico, - sottominature, - tratti fistolosi, - essudato o infezione; il fondo della lesione non è di solito doloroso.	Stadio 5 - Comprende ulcere che sono ricoperte da tessuto necrotico nero (escara). Le lesione sottostante l'escara sono più frequentemente di stadio 2 o 3 e in alcuni casi di stadio 4.	Comunque la valutazione del grado di un'ulcera da decubito, particolarmente negli stadi precoci, può essere molto soggettivo.

<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001</i>	<i>Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001</i>	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. <i>Best Practice</i> 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
--	---	---	--

Ci sono limiti a tutti i sistemi di stadiazione perciò nella stadiazione di una ulcera considerare che:

- l'iperemia reattiva può essere confusa con una lesione di stadio 1.

L'iperemia reattiva è un meccanismo di compenso normale che segue a un episodio di ridotta perfusione;

Quando viene rilevata una lesione di stadio 1 si dovrebbe cambiare postura al soggetto e rivalutarlo dopo 30 minuti;

- l'identificazione di uno stadio I può essere difficoltoso nei pazienti di pelle scura;
- quando è presente tessuto necrotico (escara o *slough*) la vera estensione del danno tissutale viene mascherata. Una stadiazione accurata non è possibile fino alla rimozione del tessuto necrotico o al *debriding* della ferita. I metodi di stadiazione delle ulcere dovrebbero essere utilizzati per individuare la struttura anatomica più profonda coinvolta dopo che il tessuto necrotico è stato rimosso;
- la stadiazione di un'ulcera in fase di guarigione (stadiazione inversa) rimane controversa (poiché ad esempio una lesione di stadio 4° in fase di guarigione non è equivalente ad una di stadio 2° che non sta guarendo), ma occorrerebbe individuare un metodo da utilizzare nei protocolli di gestione;

[...]

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres.</i> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> Royal College of Nursing. June 2000
---------------	--	---	--	--

continua
Quesito n. 4

<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001</i>	<i>Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001</i>	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. <i>Best Practice</i> 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
--	---	---	--

- l'NPUAP raccomanda che il processo di guarigione di una lesione sia documentato da parametri oggettivi come: dimensioni, profondità, quantità di tessuto necrotico, quantità di essudato e presenza di tessuto di granulazione o epiteliale;

- il sistema di stadiazione di una lesione dipende solamente dall'osservazione visiva dei tessuti coinvolti. Gli operatori coinvolti nei processi di assistenza dovrebbero anche registrare i seguenti elementi: localizzazione, dimensioni o area della lesione, natura/descrizione del letto della ferita, dei margini e della cute circostante, la quantità di essudati, la presenza e quantità del dolore e altri fattori che potrebbero ostacolare la guarigione.

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres.</i> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998	Pressure ulcer risk assessment and prevention. Royal College of Nursing. June 2000
Quesito n. 5 Gestione locale (medica e chirurgica) del decubito	Non trattato.	<p>Gestione del decubito</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rimuovere il tessuto devitalizzato quando appropriato per le condizioni del paziente e in linea con gli obiettivi che ci si pone (C). - Scegliere il metodo di <i>debridement</i> più appropriato per le condizioni del paziente e per l'obiettivo sul paziente stesso. Le tecniche di <i>debridement</i> (meccanica*, chirurgica**, enzimatica e/o autolitica) debbono essere usate quando non è urgente la rimozione del tessuto devitalizzato. Se il <i>debridement</i> è urgente come in caso di cellulite avanzata o sepsi, la pulizia della lesione deve essere chirurgica (C). <p>* Il <i>debridement</i> meccanico include l'uso di medicazioni <i>wet to dry</i> (la medicazione va applicata sul tessuto necrotico e asportata previa analgesia, quando asciutta; assieme alla medicazione verrà rimosso in modo non selettivo il tessuto) a intervalli prescritti, idroterapia, irrigazione della ferita e destromero (uso di microsfero per piaghe secernenti). Questi trattamenti possono essere usati come unico trattamento o come preparazione alla chirurgia.</p> <p>** La pulizia chirurgica della lesione deve essere eseguita per rimuovere aree di ispessimento, escare aderenti o tessuto devitalizzato su ulcere estese.</p> <p>[...]</p>	Non trattato.	Non trattato.

Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001	Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. Best Practice 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
Non trattato.	Non trattato.	<p>Il tessuto necrotico o devitalizzato dovrebbe essere rimosso utilizzando uno dei seguenti metodi; meccanico e/o autolitico, chirurgico Op.</p> <p>La scelta del metodo di <i>debridement</i> dipende dalle condizioni del paziente e dall'obiettivo che ci si propone.</p> <p>Il <i>debridement</i> meccanico: include l'uso di medicazioni <i>wet to dry</i> (la medicazione va applicata sul tessuto necrotico e asportata, previa analgesia, quando asciutta, assieme alla medicazione verrà rimosso in modo non selettivo il tessuto) a intervalli prescritti idroterapia, irrigazione della ferita e destromero (uso di microsferi per piaghe secernenti).</p> <p>Questi trattamenti possono essere usati come unico trattamento o come preparazione alla chirurgia.</p> <p>Il <i>debridement</i> chirurgico dovrebbe essere considerato particolarmente in casi urgenti come in presenza di infezioni (Op).</p> <p>Il <i>debridement</i> autolitico non dovrebbe essere utilizzato se la ferita è infetta (Op).</p> <p>Inizialmente le ulcere dovrebbero essere pulite a ogni cambio di medicazione (Op).</p> <p>Quando si puliscono le lesioni con garze o tamponi di spugna si dovrebbero utilizzare poca forza meccanica e materiale non ruvido (Op).</p> <p>Nella pulizia si dovrebbe evitare l'uso di antisettici e detergenti cutanei (F).</p>	<p>Le modalità di gestione delle lesioni da decubito (pulizia, detersione, scelta della medicazione) debbono essere definite adottando protocolli di cura.</p> <p>I principi dell'igiene della medicazione e della prevenzione della trasmissione crociata debbono essere applicati.</p> <p>Il trattamento dell'arrossamento: diminuire la pressione cambiando posizione ogni 2-3 ore, utilizzare al bisogno (in presenza di urine o macerazione) una pellicola semipermeabile o idrocolloide trasparente. Sono vietati massaggi, frizioni, cubetti di ghiaccio e aria calda.</p> <p>Principi di pulizia della lesione e dei suoi margini: Utilizzare soluzione fisiologica, non è indicato l'uso di antisettici, mantenere la lesione umida.</p> <p>Il trattamento delle flittene: evacuare il contenuto e mantenere il tetto della flittene intatto, ricoprire con una medicazione idrocolloide o grassa.</p> <p>Il trattamento della lesione: - la detersione è necessaria per le lesioni necrotiche e/o fibrinose. Può essere effettuata meccanicamente (evitando sanguinamento e dolore) o attraverso l'uso di medicazioni a base di alginato o idrogel (B);</p>
		[...]	[...]

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres.</i> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> Royal College of Nursing. June 2000
continua Quesito n. 5	<p>Tale intervento può essere eseguito al letto del paziente o in caso di lesioni estese o di grado IV direttamente in sala operatoria.</p> <p>La scelta di eseguire un <i>debridement</i> chirurgico è basata sull'opinione di esperti.</p> <p>Criteri per la selezione dei pazienti da sottoporre a riparazione chirurgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - presenza di ulcere in stadio III e IV o di ulcere che non hanno risposto a una gestione ottimale. <p>Come suggerito dalla LG, pazienti candidati debbono essere in condizioni cliniche stabili, debbono tollerare eventuali perdite ematiche e una immobilità post-operatoria.</p> <p>Condizioni aggiuntive sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la qualità di vita, - la preferenza del paziente, - i programmi di riabilitazione (C). <p>Utilizzare i metodi più efficaci e meno traumatici. Le lesioni possono essere chiuse utilizzando i seguenti metodi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - chiusura diretta, - innesto cutaneo, - lembi cutanei, - lembi muscolo-cutanei, - lembi liberi. <p>Per minimizzare le recidive la scelta della tecnica chirurgica deve basarsi sulle necessità del singolo paziente e sugli obiettivi generali per quel paziente.</p>			
[...]				

<p>Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001</p>	<p>Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001</p>	<p>Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. Best Practice 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874</p>	<p>Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et D'EVALUATION en Santé</p>
		<p>Per la pulizia utilizzare soluzione fisiologica a temperatura ambiente (Op). È cruciale mantenere la lesione umida e la cute circostante asciutta e intatta. La copertura (medicazione) della lesione scelta dovrebbe consentire la gestione dell'essudato e mantenere il fondo della lesione umido (F). La medicazione dovrebbe evitare la macerazione della cute circostante (Op). Una medicazione può essere <i>cost-effective</i> se è in grado di mantenere ottimale l'ambiente della lesione richiedendo poco tempo del <i>caregiver</i>. Lo spazio morto si elimina riempiendo le cavità con materiale che favorisca la cicatrizzazione che sia morbido e inserito senza creare compressione.</p> <p>Riparazione chirurgica: il piano pre-operatorio deve considerare i fattori che possono impedire la guarigione o causare una recidiva (Op). La gestione post-operatoria deve assicurare lo scarico delle pressioni nella zona dell'intervento per almeno 2 settimane (Op). La sede dell'intervento deve essere gradualmente abituata alla pressione e controllata spesso (Op). La prevenzione delle recidive è basata sull'educazione e adesione all'ispezione cutanea giornaliera, e alle tecniche che consentono lo scarico della lesione (G).</p>	<p>- la copertura della lesione con una medicazione permette di mantenere l'ambiente adeguato alla cicatrizzazione. Non ci sono elementi dalla letteratura che permettano di raccomandare una medicazione piuttosto che un'altra. La scelta della medicazione si basa in particolare sull'aspetto della lesione: secca, trasudante, emorragica, maleodorante e al suo colore.</p> <p>La chirurgia è necessaria in caso di necrosi del tessuto "importante", di esposizione degli assi vasculo-nervosi, dei tendini o delle capsule articolari, dell'osso e in caso di infezione.</p> <p>La chirurgia è controindicata nel soggetto portatore di piaghe multifattoriali così come quando nel post operatorio non sarà possibile seguire le misure di prevenzione delle recidive.</p> <p>L'atto chirurgico deve essere accompagnato da una preparazione medica e da cure post-operatorie particolarmente rigorose. Queste cure debbono prevedere la sorveglianza dello stato cutaneo locale, dell'aspetto della lesione e delle suture, l'utilizzo di una superficie di supporto, un equilibrio nutrizionale ed elettrolitico.</p>

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres.</i> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> Royal College of Nursing. June 2000
continua Quesito n. 5		<p>Favorire il successo del trattamento chirurgico correggendo i fattori che possono ostacolare la guarigione come il fumo, rigidità, livello di colonizzazione batterica, incontinenza urinaria (C). Minimizzare la colonizzazione delle ulcere da pressione (Stadio 2, 3, 4 sono considerati colonizzati) e intensificare la guarigione della ferita attraverso la pulizia e il <i>debridement</i> (A). Se sono presenti secrezioni purulente o odore pulire più frequentemente e se possibile eseguire il <i>debridement</i> (C). (Molti studi basati sulla carica batterica rilevano una correlazione diretta fra alti livelli di batteri e l'insuccesso della guarigione. Alti livelli di batteri sono stati trovati nelle ferite contenenti tessuto necrotico. Il cattivo odore spesso è associato alla presenza di anaerobi. La pulizia della ferita e il <i>debridement</i> rimuovono i detriti che favoriscono la crescita batterica e il ritardo della guarigione). Medicare la lesione in modo da mantenere il letto dell'ulcera umido e la cute circostante asciutta. Un'ulcera pulita dovrebbe migliorare in 2-4 settimane. Se tale miglioramento non si verifica rivalutare il trattamento e la sua applicazione e modificarlo se necessario (C).</p>		

<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> NHS. April 2001	<i>Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers.</i> Australian Wound Management Association. August 2001	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. <i>Best Practice</i> 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
--	---	---	--

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres.</i> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> Royal College of Nursing. June 2000
Quesito n. 6 Gestione generale del paziente con LDD	Valutare l'apporto nutrizionale (in particolare proteine e calorie). Fare un programma dietetico adeguato.	Raccogliere un'anamnesi completa (anche dal punto di vista psico-sociale) (C). Fare un esame obiettivo. Cercare le possibili complicanze (C). Fornisce un algoritmo sulla nutrizione.	Una sorveglianza dell'apporto alimentare e idrico, così come un bilancio nutrizionale, dovrebbero essere ripetuti per verificare se l'apporto dietetico è adeguato al grado di denutrizione e ai bisogni del malato.	Non trattato.

Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001	Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. Best Practice 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
---	--	--	--

<p>Problemi legati alla sensibilità al dolore e disagio: alcune condizioni come per esempio diabete, ictus e alcuni trattamenti (terapia antalgica epidurale) riducono la sensibilità al dolore e al disagio. In questo modo il soggetto può non avvertire la necessità di muoversi.</p>	<p>Nei pazienti a rischio mantenere una dieta bilanciata. Tali pazienti dovrebbero essere valutati regolarmente e affidati a esperti della nutrizione se la dieta è inadeguata.</p>	<p>La valutazione nutrizionale dovrebbe essere effettuata all'ammissione e almeno 3 volte al mese per pazienti a rischio di malnutrizione (Op). Monitorare l'apporto nutrizionale ed eventualmente integrarlo se insufficiente (F). Controllare il dolore con analgesici ed eliminarne la causa (ad esempio una inappropriata gestione della ferita, permanenza prolungata nella stessa posizione) (Op). Valutare la capacità e la motivazione del paziente di aderire a un programma di trattamento. Valutare le risorse e i supporti necessari per pianificare il trattamento, valutare lo stile di vita di pazienti e <i>caregiver</i> nello stabilire l'obiettivo del trattamento.</p>	<p>Assicurare un equilibrio nutrizionale valutando quantitativamente le assunzioni di alimenti (C). Il trattamento del dolore della lesione da decubito: è raccomandata la valutazione regolare del dolore per la presa in carico del paziente. L'analisi del dolore comprende la valutazione di: - cause (mobilizzazione, cambiamento di posizione); - intensità: per una autovalutazione proporre al paziente una scala di valutazione del dolore (scala numerica e verbale semplice) completata da una osservazione clinica (postura, facies, limitazione del movimento, risposta ai farmaci antalgici). Per il paziente incapace di comunicare, l'osservazione clinica descritta su di una scala quale la Doloplus o ECPA è raccomandato il successo riguardo al comportamento quotidiano e la condizione psicologica del paziente. È raccomandato l'utilizzo degli analgesici con la strategia dei 3 gradini raccomandato dall'OMS. Il passaggio al secondo gradino è da effettuarsi quando il primo gradino si è dimostrato insufficiente. Tuttavia il dolore intenso dell'escara può giustificare subito il ricorso ad un palliativo di 3° grado ad esempio oppiacei forti. In tutti i casi non continuare più di 24-48 ore un trattamento che si dimostra inefficace.</p>
--	---	--	---

[...]

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998</i>	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention. Royal College of Nursing. June 2000</i>
---------------	--	---	--	--

continua
Quesito n. 6

Quesito n. 7 Gestione delle complicanze	Non trattato.	I clinici dovrebbero fare attenzione alle potenziali complicanze associate alle ulcere da pressione (C). Le seguenti complicanze possono essere associate alle ulcere da pressione: - amiloidosi; - endocardite; - formazione eterotopica ossea; - infestazione da larve; - meningite; - fistola uretroperineale; - pseudoaneurisma; - artrite settica; - ascesso; - carcinoma cellulare squamoso dell'ulcera; - complicanze sistemiche dovute al trattamento topico (tossicità allo iodio, perdita dell'udito dopo trattamento topico con neomicina o trattamento generale con gentamicina); - osteomielite; - batteriemia; - cellulite. Non eseguire tamponi colturali per fare diagnosi di infezione della lesione perché tutte le ulcere sono colonizzate (C).	Non trattato.	Non trattato.
--	---------------	--	---------------	---------------

[...]

Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. April 2001	Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. Australian Wound Management Association. August 2001	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. Best Practice 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
Non trattato.	Non trattato.	<p>I clinici dovrebbero fare attenzione alle eventuali complicanze (Op).</p> <p>Complicanze locali: ascesso, fistola, infestazione da larva; complicanze generali: setticemia, artrite settica, meningite; complicanze da trattamento topico (riduzione dell'udito dopo terapia topica con neomicina e sistemica con gentamicina e tossicità allo iodio).</p> <p>Spesso le ulcere da pressione sono colonizzate da batteri. Comunque una adeguata pulizia e <i>debridement</i> prevengono i segni clinici di infezione. Il pus e il cattivo odore sono segni di infezione. L'infezione deve essere sospettata in ferite che appaiono pulite ma non rispondono alla cura nel giro di 2-4 settimane. I tamponi colturali, nonostante il loro ampio uso, possono non riflettere fedelmente il microrganismo causa di infezione.</p>	<p>Può rendersi necessaria una terapia analgesica continua. Una valutazione regolare degli effetti del trattamento antalgico e degli effetti secondari deve essere effettuato anche quando il trattamento antalgico è efficace. L'utilizzo di supporti dedicati alla prevenzione e trattamento dell'escara riducono la comparsa di dolore (C).</p>
Non trattato.	Non trattato.	<p>Gestione dell'ulcera infetta L'infezione deve essere distinta dalla colonizzazione batterica, la colonizzazione batterica è costante nelle ulcere croniche. È utile per la cicatrizzazione la pulizia e la detersione. L'infezione dell'ulcera è caratterizzata da: - almeno due dei seguenti sintomi: rossore, ipersensibilità, edema dei bordi dell'ulcera; - almeno uno dei seguenti dati: isolamento di germi dalla coltura del liquido aspirato o da biopsia del bordo dell'ulcera o da emocoltura. L'infezione sospettata con i segni locali è confermata se la carica batterica presente nel liquido o nella biopsia è >105 organismi per gr di tessuto e /o è presente una emocoltura positiva. L'opportunità di utilizzare antibiotici o antisettici locali in assenza di una diagnosi di infezione non è stata dimostrata.</p>	

[...]

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres.</i> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> Royal College of Nursing. June 2000
---------------	--	---	--	--

continua
Quesito n. 7

Tamponi di *routine* effettuati sulla superficie contaminata non permettono l'isolamento dei microrganismi causa dell'infezione tessutale. Come raccomandato dai CDC ciò può essere effettuato tramite la coltura di liquido ottenuto da aspirazione con ago o biopsia del tessuto ulceroso.

Considerare l'opportunità di iniziare una terapia di 2 settimane con antibiotici topici per ulcere in cui il *debridement* è stato completato, ma che non guariscono o che continuano a produrre essudato dopo 2-4 settimane di gestione ottimale del paziente.

L'antibiotico scelto deve essere efficace contro, gram+ e gram- e anaerobi (es. e sulfadiazina d'argento, triplici associazioni di antibiotici) (A). Dati derivanti da 2 trial clinici riportano l'efficacia degli antibiotici topici nella riduzione della carica batterica fino a 10⁵ organismi per gr di tessuto o inferiore. Questa riduzione nella conta dei batteri è stata accompagnata da decisivi miglioramenti dell'aspetto clinico della ferita e consistenti progressi nella guarigione.

[...]

<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> NHS. April 2001	<i>Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers.</i> Australian Wound Management Association. August 2001	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. <i>Best Practice</i> 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
--	---	---	--

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres.</i> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> Royal College of Nursing. June 2000
--------	---	--	---	---

continua
Quesito n. 7

Il fatto che siano stati riportati casi di sensibilizzazione agli antibiotici suggerisce la necessità di monitoraggio costante e attento durante questo trattamento.

Eseguire una coltura di tipo quantitativo sui tessuti molli e valutare il paziente per osteomielite, quando l'ulcera non risponde alla terapia antibiotica topica (C). Molti studi hanno documentato che quando il contenuto batterico in un'ulcera supera i 10⁵ organismi per gr di tessuto la guarigione è pregiudicata. Altri studi suggeriscono che:
- nel 25% delle lesioni non guarite è presente una sottostante osteomielite;
- il *gold standard* per la diagnosi di osteomielite è la biopsia dell'osso. Comunque la maggior parte degli esperti è riluttante ad eseguire una biopsia dell'osso a meno che una estensiva azione di *debridement* non sia da eseguire in ogni caso.

Non usare antisettici locali (tipo povidone iodato, iodofori, ipoclorito di sodio, acqua ossigenata, acido acetico) per ridurre la contaminazione batterica (B).

[...]

<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> NHS. April 2001	<i>Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers.</i> Australian Wound Management Association. August 2001	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. <i>Best Practice</i> 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
--	---	---	--

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres.</i> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> Royal College of Nursing. June 2000
continua Quesito n. 7	<p>Nessuno studio controllato ha documentato che la ripetuta applicazione di antisettici topici sulla superficie delle ferite croniche decrementi in maniera significativa i livelli di batteri nel tessuto. Numerosi studi tuttavia documentano l'effetto tossico dell'esposizione delle cellule della ferita.</p> <p>Non utilizzare antisettici per ridurre carica batterica (B). Fare terapia antibiotica per via sistemica (A). No terapia antibiotica se solo segni di infezione locale (C).</p> <p>Deve essere istituita appropriata terapia antibiotica per via sistemica per pazienti con sepsi, batteriemie, cellulite avanzata, e osteomielite (A). L'uso di antibiotici per via sistemica non è indicato per ulcere da pressione che presentano solo segni clinici di infezione locale (C). Batteriemie, sepsi, cellulite avanzata, osteomielite non possono essere trattate con successo con la sola pulizia superficiale o <i>debridement</i>, ma necessitano di terapia antibiotica sistemica. Batteriemia e sepsi associate a ulcera sono causate prevalentemente da <i>S. Aureus</i> o <i>Bacteroides fragilis</i>.</p>			
[...]				

<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> NHS. April 2001	<i>Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers.</i> Australian Wound Management Association. August 2001	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. <i>Best Practice</i> 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
--	---	---	--

Titolo	Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 92 - 0047. May 1992	Treatment of pressure ulcers. <i>Clinical Practice Guideline</i> n. 15. AHCPR n. 95. 2 December 1994	<i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres.</i> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Juin 1998	<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> Royal College of Nursing. June 2000
continua Quesito n. 7	Se i pazienti con ulcera sviluppano segni clinici di sepsi (febbre non altrimenti spiegata, tachicardia, ipotensione, deterioramento dello stato mentale) necessitano di urgente attenzione medica. È appropriato controllare possibili altre cause della sintomatologia, fare emocoltura e trattamento antibiotico specifico. La mortalità: secondo uno studio è più alta se i pazienti non sono trattati con antibiotici appropriati. Conseguentemente i pazienti portatori di ulcera con segni clinici di sepsi devono essere trattati con antibiotici che coprono i microrganismi citati sopra. Per mezzo dell'emocoltura è possibile mirare il trattamento e semplificarlo.			
Quesito n. 8 Terapie non convenzionali	Non trattato.	Non trattato.	Non trattato.	Non trattato.

<i>Pressure ulcer risk assessment and prevention.</i> NHS. April 2001	<i>Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers.</i> Australian Wound Management Association. August 2001	Pressure sores-Part II Management of pressure related tissue damage. <i>Best Practice</i> 1 (2) 1997, ISSN 1329-1874	Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15-16 novembre 2001 Avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
--	---	---	--

Non trattato.

Non trattato.

Non trattato.

Non trattato.

Allegato 3. Prevenzione delle lesioni da decubito: analisi comparativa delle evidenze

Premesse

Il documento finale dovrebbe contenere una serie di raccomandazioni, molto limitate per numero e assertive nel contenuto, in modo da renderle:

- facilmente comprensibili;
- verificabili nella loro applicazione attraverso un *set* di indicatori che dovrebbero trovare una loro prima proposta nel documento stesso.

Criteri per la definizione delle raccomandazioni

Le raccomandazioni dovranno essere elaborate attraverso la seguente procedura:

- A partire dai quesiti formulati, valutare:
 - il grado di concordanza esistente nelle linee guida esaminate;
 - le eventuali differenze e/o discrepanze, incertezze.
- Analisi, per le aree di certezza, delle evidenze disponibili e dei problemi di trasferibilità delle raccomandazioni al contesto italiano.
- In presenza di chiare divergenze fra le linee guida, preparare una sintesi delle diverse opzioni proposte un commento sulla loro interpretazione.

Grading dei documenti esaminati

In generale il *grading* più utilizzato prevede tre livelli, identificati in vari modi:

- con le lettere A - B - C (Agency for Health Care Policy and Research , 1992, 1994; Conférence de consensus prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé, 2001);
- con i numeri romani I - II - III (National Institute for Clinical Excellence, 2001; Royal College of Nursing, 2000);
- con le lettere G, F e Op (Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers, 1997).

In tutti questi documenti, il grado A o I o G è quello con maggiore evidenza di letteratura; il grado C o III o Op segnala la presenza di scarse evidenze o del solo consenso degli esperti che compongono il *panel*. L'Australian Wound Management Association (2001) prevede una maggiore articolazione del *grading*; in particolare vengono previsti quattro gradi di forza delle raccomandazioni e il grado terzo è a sua volta articolato in tre sottogruppi. Nel testo viene poi riportato un quinto grado di forza delle raccomandazioni, quello del consenso all'interno del *panel* degli esperti.

Viste le differenti modalità di presentazione della forza delle raccomandazioni, il gruppo di lavoro ha deciso di non attribuire una indicazione della loro forza alle raccomandazioni individuate; ha altresì deciso di limitare la scelta alle raccomandazioni che per il *grading* utilizzato corrispondono a livelli elevati di evidenza.

Quesito	Sintesi delle raccomandazioni contenute	Grado di concordanza	Raccomandazioni identificate e commenti (<i>raccomandazioni in corsivo;</i> commenti in carattere normale)	Indicatori proposti
1. I fattori di rischio di LDD	<p>I fattori di rischio per le lesioni da decubito vengono generalmente suddivisi in estrinseci e intrinseci.</p> <p>I fattori intrinseci segnalati sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ridotta mobilità - malnutrizione - età - malattie croniche - patologie neurologiche, perdita di sensibilità e indebolimento sensoriale, alterato livello di coscienza - malattie vascolari - lesioni cutanee precedenti - patologie acute - gravi stati terminali - stato psicologico - disidratazione - ipotensione - ridotta resistenza cutanea (elasticità) - bassa ossigenazione tissutale (da cause diverse) - piressia <p>I fattori estrinseci più segnalati sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pressione - umidità - frizioni (attriti) - frizioni di taglio 	<p>Vi è un'ottima concordanza sui seguenti fattori intrinseci:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ridotta mobilità - malnutrizione - malattie croniche - età - patologie neurologiche <p>Vedi raccomandazioni ai punti 3 e 4.</p> <p>Vi è una buona concordanza sui seguenti fattori estrinseci:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pressione - umidità (conseguenza di incontinenza, macerazione o altro) - frizioni (attriti) - frizioni di taglio 	<p>In considerazione del fatto che l'indagine sulle lesioni da decubito eseguita in Emilia-Romagna nel 2000 evidenzia che il 52% dei pazienti decubitati ha un DRG chirurgico, il <i>panel</i> suggerisce di individuare per ogni paziente operato i fattori di rischio.</p>	

continua
Quesito 1

Vengono inoltre definiti (2 linee guida) dei fattori esacerbanti:

- medicazioni e unguenti
- circolazione extracorporea
- razza bianca
- sesso maschile
- linfedema
- *deficit* vitamina C
- lesioni spinali

Il *grading* nei documenti esaminati è spesso assente o, se presente, è concorde nel segnalare che esistono poche evidenze di letteratura.

Le linee guida australiane attribuiscono un *grading* più significativo (III-2) a incontinenza (fecale e urinaria) piuttosto che a frizione e pressione.

Umidità, incontinenza e macerazione sono spesso termini che vengono utilizzati per definire lo stesso problema.

Quesito	Sintesi delle raccomandazioni contenute	Grado di concordanza	Raccomandazioni identificate e commenti (<i>raccomandazioni in corsivo; commenti in carattere normale</i>)	Indicatori proposti
<p>2. Modalità di valutazione del rischio sul singolo paziente</p> <p>Scala utilizzata e modalità di valutazione</p> <p>Tempi di valutazione/ rivalutazione</p>	<p>Viene raccomandato l'uso di scale per la valutazione del rischio. Le più menzionate sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Braden - Norton - Waterlow <p>Le linee guida esaminate concordano nell'affermare che una scala di valutazione del rischio va utilizzata solo dopo che siano stati individuati i soggetti con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - allettamento protratto - postura seduta protratta - incapacità di cambiare posizione 	<p>Un documento specifica che è necessario valutare il rischio di un paziente all'ingresso e ripetutamente in caso di pazienti allettati o con difficoltà motorie e a ogni modifica dello stato di salute.</p> <p>Solo un documento precisa l'intervallo di tempo entro il quale effettuare la prima valutazione (6 ore). Gli altri documenti parlano genericamente di rivalutazioni periodiche.</p> <p>Su questa affermazione tre documenti pongono un <i>grading</i> I (cioè il massimo).</p>	<p><i>La valutazione del rischio deve essere effettuata nei soggetti con una o più delle seguenti caratteristiche:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>allettamento protratto</i> - <i>postura seduta protratta</i> - <i>incapacità di cambiare posizione e comunque non può prescindere dal giudizio clinico.</i> <p><i>Le scale per la valutazione del rischio consigliate da tutte le linee guida sono:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Braden</i> - <i>Norton</i> <p>Per entrambe le scale viene definito un valore soglia di rischio che nella pratica non può essere utilizzato in modo rigido. L'andamento del punteggio in valutazioni ripetute sullo stesso paziente può definire l'aumento o la diminuzione del rischio stesso.</p> <p><i>Valutare il paziente a intervalli regolari.</i> La maggior parte delle linee guida suggerisce di fare una prima valutazione all'ingresso nel reparto e di rivalutare il paziente periodicamente in rapporto al cambiamento delle condizioni cliniche.</p> <p><i>L'utilizzo delle scale si affianca, ma non sostituisce il giudizio clinico.</i></p>	<p>N. accertamenti infermieristici (rispetto al rischio di LDD) all'ammissione in reparto / N. pazienti ricoverati in regime ordinario.</p> <p>N. pazienti con accertamenti infermieristici ripetuti a intervalli regolari / N. pazienti con accertamento infermieristico all'ingresso (specificare la durata dell'intervallo).</p>

Quesito	Sintesi delle raccomandazioni contenute	Grado di concordanza	Raccomandazioni identificate e commenti (<i>raccomandazioni in corsivo; commenti in carattere normale</i>)	Indicatori proposti
3.1 Indicazioni e modalità di prevenzione: criteri generali di prevenzione	<p>Viene raccomandato di identificare i soggetti a rischio e i singoli fattori di rischio. Questo dovrebbe avvenire all'inizio di ogni ricovero o presa in carico.</p> <p>Viene segnalata l'utilità di definire dei piani individuali di prevenzione e di rivalutarli periodicamente. Ciò deve essere eseguito anche nei portatori di decubito.</p> <p>Viene consigliato di formulare per iscritto i piani di prevenzione.</p> <p>Nel caso sia presente una condizione di malnutrizione, è necessario operare una valutazione periodica del supporto nutrizionale. Può essere opportuna la registrazione dell'apporto nutrizionale.</p>	<p>Le evidenze disponibili sono scarse; nella maggior parte dei casi le linee guida riportano l'opinione di esperti o del <i>panel</i> che le ha elaborate.</p> <p>Sei documenti (evidenze C e B).</p>	<p>Il gruppo di lavoro regionale, condividendo la raccomandazione contenuta in alcune linee guida esaminate (frutto principalmente del parere di esperti), invita i singoli gruppi di lavoro a definire un piano documentato di prevenzione e di valutazione continua dei fattori di rischio (sia nei pazienti già decubitati sia nei pazienti con cute ancora integra); l'assenza di tale piano limita l'esecuzione di indagini epidemiologiche o di valutazione/ verifica della propria attività (<i>es. audit</i>).</p> <p>A tale scopo il <i>panel</i> propone un esempio di piano di assistenza standard e valutazione continua (<i>Allegato 6</i>).</p> <p><i>Nei pazienti a rischio, mantenere una dieta bilanciata valutando periodicamente lo stato nutrizionale.</i></p>	<p>N. pazienti con piano di assistenza personalizzato compilato / N. pazienti con accertamento infermieristico (<i>Allegato 6</i>).</p> <p>N. pazienti con indice di Braden >16 con una o più lesioni / N. pazienti con indice di Braden >16 (regime ordinario).</p> <p>N. pazienti con indice di Braden <16 con una o più lesioni / N. pazienti con indice di Braden <16 (regime ordinario).</p>

Quesito	Sintesi delle raccomandazioni contenute	Grado di concordanza	Raccomandazioni identificate e commenti (<i>raccomandazioni in corsivo; commenti in carattere normale</i>)	Indicatori proposti
3.2 Indicazioni e modalità di prevenzione: modalità di prevenzione da applicare sul paziente	Ispezione della cute.	<i>Grading C o III.</i>	<i>Ispezionare la cute nelle aree a rischio* almeno 1 volta al giorno.</i>	
	Igiene della cute. È bene idratare la cute utilizzando creme idratanti. La pelle si può anche proteggere con lubrificanti, unguenti e film di protezione.	<i>Grading C.</i>	<i>Eeguire la pulizia della cute quotidianamente e a ogni necessità.</i> È fondamentale mantenere una buona idratazione della cute (evitare l'acqua troppo calda, i saponi alcalini, i prodotti contenenti alcool; fare attenzione alle forze di frizione applicate) eventualmente utilizzando creme idratanti.	
	Umidità. È necessario ridurla o controllarla soprattutto in relazione a sudorazione, incontinenza e essudazione delle lesioni. Il controllo dell'umidità può essere facilitato dal mantenimento di una temperatura cutanea stabile.	Quattro documenti (con evidenza C).	<i>Gestire adeguatamente le condizioni che possono causare una macerazione della cute.</i> Utilizzare per ogni paziente le misure più appropriate per evitare le conseguenze dell'incontinenza (assistenza regolare all'evacuazione; uso di pannoloni, cateteri vescicali o condom).	

continua
Quesito 3.2

Massaggi.
Sono sconsigliati, a scopo preventivo, sopra le prominenze ossee.

Tre documenti (con evidenza B).
Un documento sconsiglia anche il ghiaccio e l'aria calda.

Sono da proscrivere i massaggi sulle prominenze ossee.

Il cambio posturale dovrà essere realizzato al massimo ogni 2-3 ore.

Sei documenti (con evidenza fra C e B).

Cambio posturale.
Nei pazienti costretti all'immobilità (letto, carrozzina) il cambio posturale deve avvenire al massimo ogni 2-3 ore anche in presenza di presidi antidecubito.
Eeguire il cambio posturale evitando i danni da frizione o da stiramento.

Utilizzare sistemi di sollevamento per i cambi posturali al fine di ridurre i danni da frizione di taglio (quattro documenti).

Quattro documenti (con evidenza C o III).

La posizione seduta (in un paziente allettato) può risultare critica soprattutto se mantenuta per tempi prolungati.

Quattro documenti.
La linea guida dell'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (1998) addirittura giudica una pratica da evitare il posizionamento della testata del letto a un angolo >30. Sulla scorta della valutazione dei rischi globali del paziente (ad esempio rischio di polmonite nosocomiale e sua prevenzione), il *panel* ritiene di non accogliere tale raccomandazione.

N. pazienti con indice di Braden <16 con evidenza di intervalli di cambio ≤3h /
N. pazienti con indice di Braden <16 (anche in presenza di presidi antidecubito).

Nel paziente autonomo la postura seduta va gestita suggerendo di cambiare i punti di appoggio almeno ogni 15 minuti ed eseguendo un cambio posturale almeno ogni ora.

Quattro documenti (evidenza C).

Nei pazienti autonomi la postura seduta va gestita suggerendo di cambiare i punti di appoggio almeno ogni 15 minuti ed eseguendo un cambio posturale almeno ogni ora.
Alcune linee guida ricordano come la decisione di eseguire un cambio posturale deve considerare le condizioni cliniche generali del paziente e il suo *confort*.
Se il paziente presenta un decubito

evitare la postura sulla zona decubitata.

Quesito	Sintesi delle raccomandazioni contenute	Grado di concordanza	Raccomandazioni identificate e commenti (<i>raccomandazioni in corsivo</i> ; commenti in carattere normale)	Indicatori proposti
3.3 Indicazioni e modalità di prevenzione: indicazioni e modalità sull'ambiente di degenza	Controllare l'umidità ambientale.	Un solo documento (<i>grading C</i>) fa riferimento alla necessità di controllare l'umidità ambientale.		
3.4 Indicazioni e modalità di prevenzione: indicazioni specifiche correlate al livello di rischio	Le linee guida esaminate non hanno fornito raccomandazioni sul quesito.			

Quesito	Sintesi delle raccomandazioni contenute	Grado di concordanza	Raccomandazioni identificate e commenti (<i>raccomandazioni in corsivo; commenti in carattere normale</i>)	Indicatori proposti
3.5 Indicazioni e modalità di prevenzione: presidi antidecubito raccomandati	<p>È raccomandato l'impiego di materassi che riducono la pressione in soggetti a rischio allettati.</p> <p>La scelta va fatta sulla base di una valutazione clinica e dell'uso di scale.</p> <p>In generale vengono raccomandati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prodotti statici (per esempio ad acqua, in schiume poliuretaniche) per i casi più semplici; - prodotti dinamici, cioè provvisti di un dispositivo di controllo (manuale o automatico) della pressione di gonfiaggio dei cuscini in ragione del peso della persona, per i casi più complessi. 	<p>Tre documenti (<i>grading</i> I a II).</p> <p>Quattro documenti.</p> <p>Quattro documenti (<i>grading</i> 2 e F; due documenti senza <i>grading</i>).</p>	<p><i>I pazienti a rischio in qualsiasi ambito di cura (degenza ospedaliera, sala operatoria, home care, long term care), sia con cute sana, sia con decubito in atto, non debbono utilizzare materassi standard.</i></p> <p><i>Non è possibile formulare una chiara raccomandazione sul tipo di presidio (materasso o cuscino) statico o dinamico da adottare poiché mancano le evidenze.</i></p> <p>Alcune linee guida affermano che materassi e cuscini antidecubito esercitano la loro efficacia quando consentono l'affondamento della superficie corporea a rischio. Questo affondamento non deve però essere tale da determinare l'appoggio diretto della superficie a rischio sulla base d'appoggio del presidio (il cosiddetto fenomeno del toccare il fondo - <i>bottoming out</i>). Per tale motivo è giustificabile l'indicazione a utilizzare prodotti statici nelle situazioni in cui la prevenzione delle lesioni da decubito risulti più semplice, riservando l'impiego di prodotti in grado di reagire attivamente al peso e alla postura del paziente (prodotti dinamici) alle situazioni più complesse.</p>	<p>N. pazienti con indice di Braden <16 su materasso standard / N. pazienti con indice di Braden <16 (regime ordinario).</p>
	<p>Si raccomanda di graduare l'impiego dei materassi antidecubito in ragione della capacità o meno del paziente a rischio di muoversi autonomamente nel letto, o quando un cambio posturale efficace non può essere garantito.</p>	<p>Quattro documenti (<i>grading</i> 2 e F; due documenti senza <i>grading</i>).</p> <p>Un documento (senza <i>grading</i>).</p>		
	<p>Viene raccomandato di utilizzare spessori, cunei, imbottiture, cuscini per proteggere le prominenze ossee ed evitarne il contatto diretto reciproco.</p>	<p>Due documenti senza <i>grading</i>.</p>		
	<p>Viene raccomandato l'uso dei cuscini nei pazienti costretti alla poltrona.</p>	<p>Un documento senza <i>grading</i>.</p>		

continua
Quesito 3.5

Per quanto riguarda i talloni, sollevarli e/o utilizzare presidi di riduzione della pressione.

Due documenti.

Una linea guida segnala l'opportunità di utilizzare presidi antidecubito per il tavolo operatorio (*grading* I, III) in pazienti ad alto rischio.

Alcune linee guida suggeriscono di porre particolare attenzione alle sedi ad alto rischio (talloni, trocanteri, regione sacro-ischiatica), eventualmente utilizzando specifici presidi.

Il gruppo di lavoro ricorda che interporre strati di tessuto o altro (es. cerate, traverse, ecc.), può limitare in modo significativo l'efficacia del presidio antidecubito adottato.

3.6 Indicazioni e modalità di prevenzione: presidi sconsigliati/ di dubbia efficacia

I dispositivi circolari sono sconsigliati.

Sono sconsigliati anche i guanti ripieni d'acqua e i velli di pecora.

Tre documenti (*grading* C e III).

Due documenti (*grading* C e III); un terzo documento consiglia l'uso del vello allo scopo di ridurre la frizione nelle zone a rischio.

Evitare i dispositivi circolari, i guanti o altro contenitore ripieno d'acqua e il vello di pecora (nella discordanza fra le raccomandazioni contenute nelle linee guida il gruppo di lavoro ritiene prevalenti i possibili rischi connessi all'adozione del vello di pecora, rispetto ai vantaggi limitati alla sola riduzione della frizione nelle zone a rischio).

Allegato 4. La scala di Braden (Bergstom *et al.*, 1997)²

INDICATORI	VARIABILI			
<p>Percezione sensoriale Capacità di rispondere in maniera consapevole ai disturbi connessi all'aumento della pressione</p>	<p>1. Completamente limitata Assenza di risposta (non geme, non si contrae o afferra) agli stimoli dolorosi dovuta alla riduzione dello stato di coscienza o a sedazione OPPURE limitata capacità di avvertire gli stimoli dolorosi su gran parte della superficie corporea.</p>	<p>2. Molto limitata Il paziente risponde solamente agli stimoli dolorosi. Non è in grado di comunicare il suo disagio se non gemendo e agitandosi OPPURE ha un danno sensoriale che limita la capacità di percepire il dolore e il disagio sul 50% della superficie corporea.</p>	<p>3. Leggermente limitata Risponde ai comandi verbali ma non riesce a comunicare sempre il suo disagio oppure necessita di essere ruotato OPPURE ha qualche limitazione sensoriale che limita la capacità di percepire il dolore o il disagio in una o due estremità.</p>	<p>4. Nessuna limitazione Risponde ai comandi verbali. Non ha <i>deficit</i> sensoriali che limitano la capacità di percepire e riferire il dolore o il disagio.</p>
<p>Macerazione Grado di esposizione della cute alla macerazione</p>	<p>1. Costantemente umida La cute è costantemente umida a causa della sudorazione, delle urine, ecc. Il paziente è bagnato ogni volta che viene mosso o ruotato.</p>	<p>2. Molto umida La cute è spesso, ma non sempre umida. Il pannolone o la biancheria viene cambiato almeno una volta per turno.</p>	<p>3. Occasionalmente umida La cute è occasionalmente umida, è richiesto un cambio della biancheria circa una volta al giorno.</p>	<p>4. Raramente umida La cute è normalmente asciutta, la biancheria viene cambiata secondo gli intervalli abituali in uso.</p>
<p>Attività Grado dell'attività fisica</p>	<p>1. Allettato Confinato a letto.</p>	<p>2. In poltrona Capacità di camminare molto limitata o assente. Il paziente non riesce a sostenere il suo peso e/o deve essere assistito in poltrona o sulla carrozzella.</p>	<p>3. Cammina occasionalmente Cammina occasionalmente durante la giornata, ma per distanze molto brevi, con o senza aiuto. Passa la maggior parte del tempo a letto o in poltrona.</p>	<p>4. Cammina di frequente Cammina al di fuori della sua stanza almeno due volte al giorno e nella stanza almeno ogni due ore durante le ore diurne.</p>

² Traduzione dall'originale a cura di Andrea Cavicchioli.

(continua)

INDICATORI	VARIABILI			
Mobilità Capacità di variare e controllare la posizione corporea	1. Completamente immobile Il paziente non riesce a produrre neppure piccoli movimenti del corpo e delle estremità senza assistenza.	2. Molto limitata Riesce occasionalmente a fare piccoli movimenti corporei o delle estremità, ma non riesce a realizzare frequenti o significativi movimenti in modo autonomo.	3. Parzialmente limitata Effettua di frequente piccoli cambiamenti di posizione del corpo o delle estremità in modo autonomo.	4. Nessuna limitazione Effettua i maggiori e più frequenti cambiamenti di posizione senza aiuto.
Nutrizione Modalità abituale di assunzione di cibo	1. Molto scarsa Il paziente non mangia mai un pasto completo. Assaggia solamente il cibo che gli viene offerto. Assume 2 quote giornaliere di proteine (carne o latticini). Assume pochi liquidi. Non assume integratori OPPURE è a digiuno o è mantenuto a dieta liquida o fleboclisi da più di 5 giorni.	2. Probabilmente scarsa Mangia raramente un pasto completo e generalmente il 50% del cibo offerto. L'assunzione di proteine comprende tre quote di carne o latticini al giorno. Assume saltuariamente integratori alimentari se gli vengono offerti OPPURE riceve una dieta non ottimale, sia essa liquida o per sonda.	3. Adeguata Mangia più del 50% dei pasti principali. Mangia più di 4 quote di proteine giornaliere (carne o latticini). Qualche volta rifiuta il cibo ma assume abitualmente integratori alimentari se gli vengono proposti OPPURE è alimentato per sonda o con TPN (Nutrizione Parenterale Totale) con un regime che probabilmente soddisfa la gran parte delle sue necessità nutritive.	4. Eccellente Mangia la gran parte dei cibi. Non rifiuta mai il cibo. Abitualmente assume 4 o più razioni di carne o latticini al giorno. Qualche volta mangia fra i pasti. Non richiede integratori.
Frizione e scivolamento	1. Problematico Il paziente richiede un'assistenza da moderata a massima nel movimento. Sollevarlo senza sfregare contro le lenzuola è impossibile. Scivola verso il basso di frequente nella sedia o nel letto e richiede di essere riposizionato con il massimo di aiuto. Spasticità e contratture o uno stato di agitazione determinano una costante frizione.	2. Problema potenziale Si muove con debolezza oppure richiede una minima assistenza. Durante le pratiche di mobilizzazione, probabilmente sfrega con alcune estremità contro le lenzuola, la sedia, le sponde o qualche altro dispositivo. Mantiene una posizione relativamente corretta in sedia o a letto per gran parte del tempo ma occasionalmente scivola in basso.	3. Senza problemi apparenti Si muove nel letto e in poltrona liberamente e ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante il movimento. Mantiene una posizione adeguata durante tutto il periodo in cui è a letto o in poltrona.	

Modalità di utilizzo della scala di Braden

Per ogni paziente si analizzano gli indicatori elencati e si sommano i punteggi ottenuti per ognuno di essi.

Se il punteggio totale è minore o uguale a 16 si può ritenere che il paziente abbia un rischio di sviluppare un decubito superiore alla popolazione di riferimento. Se tale punteggio diminuisce nelle valutazioni successive si può ritenere che la probabilità di sviluppare un decubito aumenti (un punteggio minore o uguale a 12 identifica un soggetto ad alto rischio).

Aspetti positivi	Aspetti negativi
<ul style="list-style-type: none">• La sua capacità di predire il rischio è stata testata anche dal punto di vista infermieristico.• Ha avuto una buona validazione in Francia.• Le degenze prolungate sono il campo elettivo della sua applicazione.• La sua struttura consente una compilazione guidata e quindi più riproducibile.	<ul style="list-style-type: none">• La predittività dal punto di vista del giudizio infermieristico non è risultata superiore al giudizio clinico.• Richiede più tempo della scala di Norton modificata per la sua compilazione.

Allegato 5. La scala di Norton (modificata) (Norton *et al.*, 1962; Stotts N.A., 1987)

INDICATORI	VARIABILI			
	4 punti	3 punti	2 punti	1 punto
Condizioni generali Livelli di assistenza richiesti per ADL, cioè relativi a cure igieniche, alimentazione, movimenti	Buone Abile ad eseguire le proprie ADL.	Discrete Necessita assistenza per alcune ADL.	Scadenti Richiede assistenza per più ADL.	Pessime Totalmente dipendente su tutti gli ADL.
Stato mentale Risponde alle domande verbali relative al tempo, spazio e persone in modo soddisfacente e veloce	Lucido Orientato nel tempo, spazio e persone. Risposta rapida.	Apatico Orientato nel tempo, nello spazio e nelle persone, con una ripetizione della domanda.	Confuso Parzialmente orientato nel tempo, spazio e persone. La risposta può essere rapida.	Stuporoso Totalmente disorientato. La risposta può essere lenta o rapida. Il paziente potrebbe essere in stato comatoso.
Deambulazione Distanza e indipendenza nella deambulazione	Normale Deambula fino a quando è affaticato. Cammina da solo o con l'assistenza di presidi (es. bastone).	Cammina con aiuto Deambula fino a quando è affaticato. Richiede l'assistenza di una persona per la deambulazione. Può usare anche un presidio.	Costretto su sedia Cammina o si muove soltanto su sedia.	Costretto a letto Confinato a letto per tutte le 24 ore.

(continua)

INDICATORI	VARIABILI			
	4 punti	3 punti	2 punti	1 punto
Mobilità Quantità e controllo del movimento di una parte del corpo	Piena Può muovere e controllare le estremità come vuole. Può o non può usare un presidio.	Moderatamente limitata Può usare e controllare le estremità con la minima assistenza di un'altra persona. Può o non può usare un presidio.	Molto limitata Limitata indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede una maggiore assistenza da parte di un'altra persona. Può o non può usare un presidio.	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	Assente Non incontinente di urine e feci. Può avere un catetere.	Occasionale Incontinenza di urine 1-2 volte <i>die</i> e/o feci 1 volta <i>die</i> .	Abituale Incontinenza di urine più di 2 volte al giorno, ma non sempre, e/o feci 2-3 volte <i>die</i> ma non sempre.	Doppia Totale incontinenza di urine e feci.

Modalità di utilizzo della scala di Norton

Per ogni paziente si analizzano gli indicatori elencati e si sommano i punteggi ottenuti per ognuno di essi.

Se il punteggio totale è minore o uguale a 14 si può ritenere che il paziente abbia un rischio di sviluppare un decubito superiore alla popolazione di riferimento. Se tale punteggio diminuisce nelle valutazioni successive si può ritenere che la probabilità di sviluppare un decubito.

Aspetti positivi	Aspetti negativi
<ul style="list-style-type: none">• Molto semplice e di facile e rapida compilazione.	<ul style="list-style-type: none">• Non tiene specificamente in considerazione il parametro nutrizione.• Può essere inadeguata se utilizzata negli anziani ospedalizzati.• La predittività dal punto di vista del giudizio infermieristico non è risultata superiore al giudizio clinico.• Non consente una compilazione riproducibile, anche se la modifica operata da Nancy A. Stotts sulla scala originale ha parzialmente ovviato al problema.

Allegato 6. Proposta di percorso assistenziale

1° ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO (entro 24 ore dal ricovero)

Valutazione del rischio di LDD:

giudizio clinico

punteggio scala di Norton punteggio scala di Braden

Lesione da decubito già presente

Data _____

Rischio di LDD:

sì

no

SUCCESSIVO ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

Valutazione del rischio di LDD:

giudizio clinico

punteggio scala di Norton punteggio scala di Braden

Lesione da decubito già presente

Data _____

Rischio di LDD:

sì

no

SUCCESSIVO ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

Valutazione del rischio di LDD:

giudizio clinico

punteggio scala di Norton punteggio scala di Braden

Lesione da decubito già presente

Data _____

Rischio di LDD:

sì

no

SUCCESSIVO ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

Valutazione del rischio di LDD:

giudizio clinico

punteggio scala di Norton punteggio scala di Braden

Lesione da decubito già presente

Data _____

Rischio di LDD:

sì

no

SUCCESSIVO ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

Valutazione del rischio di LDD:

giudizio clinico

punteggio scala di Norton punteggio scala di Braden

Lesione da decubito già presente

Data _____

Rischio di LDD:

sì

no

SUCCESSIVO ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

Valutazione del rischio di LDD:

giudizio clinico

punteggio scala di Norton punteggio scala di Braden

Lesione da decubito già presente

Data _____

Rischio di LDD:

sì

no

Note per la compilazione

L'accertamento infermieristico del rischio di LDD può essere fatto usando una scala di rischio (Norton o Braden), il solo giudizio clinico o entrambi: barrare e compilare i parametri utilizzati.

Piano di assistenza standard

Data	Problemi	Obiettivi	Interventi	Valutazione finale
	<input type="checkbox"/> Paziente a rischio di LDD per: <input type="checkbox"/> ridotta mobilità <input type="checkbox"/> malnutrizione/ disidratazione <input type="checkbox"/> umidità * <input type="checkbox"/> altro _____ * qualsiasi condizione che possa causare umidità, ad esempio: incontinenza urinaria e/o fecale, sudorazione profusa, ecc. <input type="checkbox"/> Paziente con LDD	Riduzione dei fattori di rischio di LDD sul singolo paziente.	Ispezionare la cute nelle aree a rischio almeno 1 volta al giorno. Valutare periodicamente (ogni ... giorni) il rischio di LDD e comunque ogni volta che cambiano le condizioni del paziente. In caso di ridotta mobilità, mettere in atto misure utili per prevenire danni da pressione: <ul style="list-style-type: none"> • utilizzare presidi antidecubito adeguati (NB i presidi circolari, i guanti o altro contenitore ripieno di acqua e il vello di pecora sono da evitare); • per le aree a rischio (talloni, trocanteri, regione sacro-ischiatica, ecc.) eventualmente utilizzare presidi specifici; • non interporre strati (es. cerate, traverse, ecc.) fra presidio e paziente; • cambiare la postura ogni 2-3 ore anche in presenza di materasso antidecubito; • se il paziente presenta un decubito evitare la postura sulla zona decubitata; • spostare i pazienti senza farli strisciare sul letto; in caso di allettamento mantenere la posizione seduta per il minor tempo possibile compatibilmente con le condizioni cliniche del paziente; • nei pazienti autonomi costretti in carrozzina, suggerire di cambiare i punti di appoggio ogni 15 minuti. In caso di malnutrizione o disidratazione: <ul style="list-style-type: none"> • predisporre una dieta bilanciata come apporto calorico e idrico. In caso di incontinenza urinaria e/o fecale, sudorazione profusa ecc., evitare i danni da umidità: <ul style="list-style-type: none"> • mantenere la cute pulita e asciutta; • evitare l'utilizzo di saponi alcalini, acqua troppo calda, prodotti contenenti alcool; • asciugare con cura dopo la pulizia, eventualmente applicare creme idratanti (i massaggi sulle prominente ossee sono sconsigliati); • decidere se utilizzare il pannolone, raccomandando di cambiarlo ogni qualvolta lo si giudica necessario; • valutare se posizionare catetere vescicale o un condom; • cambiare tempestivamente la biancheria bagnata. 	Per tutta la degenza non si sono verificate LDD

PIANO DI EDUCAZIONE

Data pianificazione	Firma	Tipo di educazione da effettuare	Data esecuzione	Firma
		Istruire i familiari su		

PIANO DI DIMISSIONE

Data pianificazione	Firma	Tipo di intervento da effettuare	Data attivazione	Firma

Note per la compilazione

Dopo un adeguato accertamento infermieristico, il piano di assistenza standard per la prevenzione delle lesioni da decubito può essere personalizzato con un evidenziatore, segnalando le cause del rischio e i relativi interventi.

Ad esempio se il rischio di LDD è dovuto solo a ridotta mobilità, nella colonna dei problemi si evidenzierà la ridotta mobilità, e in quella degli interventi si indicheranno le azioni per correggere questo rischio; analogamente, nella scheda di valutazione continua, si farà un monitoraggio relativo agli indicatori del movimento.

La scheda di valutazione continua, costruita per un paziente a rischio di LDD, permette di valutare quotidianamente i problemi. Lo strumento proposto:

- sostituisce l'abituale sistema di comunicazione,
- permette di avere una visione globale e completa dei bisogni alterati,
- è di rapida compilazione.

Note per la compilazione

- rispondere solo alle voci che riguardano i bisogni alterati;
- per ogni voce rispondere con un sì o un no, o con una croce o una linea (a seconda del tipo di domanda);
- utilizzare gli spazi vuoti per aggiungere altre voci (si deve avere l'avvertenza di aggiungere voci che permettano una risposta telegrafica: sì, no ...);
- alla fine di ogni turno, apporre la firma per documentare l'avvenuta valutazione.

Legenda

Sicurezza: (ad ogni cambio turno, segnalare la comparsa di eritema, rispondendo con un sì o un no e indicando la sede)

- Eliminazione/macerazione: se dall'accertamento infermieristico il paziente ha problemi di eliminazione, segnalare:
 - continenza alle urine (sì o no)
 - portatore di catetere vescicale (sì o no)
 - continenza alle feci (sì o no)

Negli spazi vuoti si possono aggiungere altre voci (ad esempio l'uso di urocontrol, stomia, ecc.).

- Comunicazione: se il paziente ha problemi di orientamento, segnalare se è cosciente o orientato con una semplice x; aggiungere se necessario altre voci (ad es. paziente agitato, ...).
- Mobilizzazione: rispondere alle varie voci con un sì o un no; aggiungere negli spazi vuoti altri indicatori o presidi utilizzati (ad es. talloniera, ...).
- Igiene: se il paziente ha problemi nel provvedere autonomamente all'igiene, segnalare il grado di dipendenza con un sì o un no o semplicemente con una riga continua (negli spazi vuoti si possono aggiungere altre voci, purché si possa rispondere con un sì o un no o con una croce/riga).
- Alimentazione: per ogni voce rispondere con un sì o un no; per la voce porzione, rispondere 1 se il paziente ha consumato per intero la porzione, ½ se l'ha consumata per metà, ecc.; gli spazi vuoti servono per aggiungere altre voci inerenti l'alimentazione.

COLLANA DOSSIER a cura della Regione Emilia-Romagna

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2^a ed. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Sono anche scaricabili dal sito <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.htm>

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sottterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)

40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000. (*)
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003. (*)
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)

