



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**La prevenzione primaria delle
lesioni da decubito nell'ambito
territoriale: revisione della
letteratura.**

Relatore: Chiar.ma
Prof.ssa Francesca Gallone

Francesca Gallone

Tesi di Laurea di:
Maria Giulia Bernabeo

Maria Giulia Bernabeo

A.A. 2020/2021

INDICE

ABSTRACT p. 2

CAPITOLO 1

- 1. Introduzione p. 3
 - 1.1. Il problema p. 3
 - 1.2. Supporto dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) .. p. 4
 - 1.3. Definizione e anatomia p. 9
 - 1.4. Complicanze più comuni p. 35
 - 1.5. Obiettivo p. 36

CAPITOLO 2

- 2. Materiali e metodi p. 37

CAPITOLO 3

- 3. Risultati di ricerca p. 38

CAPITOLO 4

- 4. Conclusioni p. 42

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA p. 45

ABSTRACT

Introduzione e obiettivi: Sensibilizzare, educare e prevenire le lesioni da pressione, nei soggetti a rischio, attraverso il coinvolgimento di familiari/caregiver. L'obiettivo è quello di ricercare le migliori e più aggiornate evidenze scientifiche riguardanti l'assistenza e la prevenzione per il trattamento delle lesioni da pressione.

Disegno dello studio: Revisione bibliografica.

Materiali e metodi: Per la selezione della letteratura si è utilizzato il metodo PICO e quesiti di ricerca riferiti a beneficiari e indicazioni per la prevenzione e l'assistenza generale delle lesioni da pressione soluzione vicine alla pratica con vantaggi e benessere per l'assistito. La ricerca è stata effettuata con il limite temporale 10 anni e sono state individuate 11 pubblicazioni rilevanti per rispondere ai quesiti posti.

Risultati più importanti: L'obiettivo della prevenzione delle lesioni da pressione sul territorio è quello di educare in primis l'assistito e il suo care-giver a saper identificare e prevenire tutte quelle situazioni/casi che potrebbero esitare in uno sviluppo di lesione da pressione. Porsi degli obiettivi è fondamentale sia per la prevenzione che per l'eventuale guarigione, che spesso si compone di assistenza e comfort. Qualunque sia l'obiettivo, gli operatori sanitari hanno l'obbligo di fornire benessere, alleviare sintomi dolorosi, e promuovere la cura. La sfida è di bilanciare le migliori pratiche di prevenzione e gestione delle ferite, promuovendo al contempo la dignità del paziente, l'autostima e la qualità della vita.

Conclusioni: La letteratura selezionata si è dimostrata utile nel rispondere ai quesiti clinici posti, evidenziando come le raccomandazioni e la loro osservanza siano fondamentali per un'ottima pratica clinica e una buona gestione globale di questo tipo di pazienti.

Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono:

- Bedsores	- Secondary prevention	- Support surfaces
- Pressure ulcer	- Dressings and topical agents	- Repositioning
- Seasonings	- Primary prevention	- Nutritional

CAPITOLO 1

1. INTRODUZIONE

1.1. Il problema

Quella delle Lesioni da Pressione è una realtà in costante crescita, essa è strettamente correlata all'invecchiamento e all'allettamento dei soggetti che non si possono mobilitare autonomamente; quindi, la sua incidenza aumenta là dove si ha:

- un'impennata della popolazione anziana,
- un elevato numero di persone affette da malattie cronico-degenerative
- un aumento della sopravvivenza ad eventi acuti che esitano in situazioni cliniche invalidanti.

Le LdP quindi sono una delle sfide quotidiane più impegnative che i professionisti sanitari si ritrovano ad affrontare, sia in ambito domiciliare che in quello ospedaliero; dunque, la prevenzione, l'educazione e il trattamento sono fondamentali in quanto sono i principali mezzi che l'infermiere ha a sua disposizione per contrastare questa condizione.

Come definito dal D.M. n. 739 del 14/09/1994 che individua la figura e il relativo profilo professionale dell'infermiere; secondo l'articolo 2 "L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria."

Da questo articolo si evince che l'educazione e la prevenzione delle lesioni da pressione è responsabilità dell'infermiere e che quest'ultimo quindi, oltre che a identificare i soggetti a rischio LdP, è colui che dovrà educare l'assistito e/o eventuali caregiver/familiari, all'identificazione e alla prevenzione di quest'ultime.

1.2. Supporto dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN)

Un ulteriore supporto a livello territoriale viene garantito dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) attraverso i LEA, ovvero i Livelli Essenziali di Assistenza, che consistono nelle prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse). Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli essenziali di assistenza, sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, con cui i LEA erano stati definiti per la prima volta.

Il provvedimento, che rappresenta il risultato di un lavoro condiviso tra Stato, Regioni, Province autonome e Società scientifiche, è stato predisposto in attuazione della Legge di stabilità 2016, che ha vincolato 800 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA. Il DPCM 12 gennaio 2017 e gli allegati che ne sono parte integrante:

- definisce le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale;
- descrive con maggiore dettaglio e precisione prestazioni e attività oggi già incluse nei livelli essenziali di assistenza;
- ridefinisce e aggiorna gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal ticket;
- innova i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete (fino all'entrata in vigore dei nuovi nomenclatori, per la specialistica ambulatoriale resta valido l'elenco di prestazioni allegato al DM 22 luglio 1996 e per la protesica quello allegato al DM n. 332/1999).

I Tre grandi Livelli individuati dal DPCM sono:

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli; in particolare:
 - sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;

- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- salute animale e igiene urbana veterinaria;
- sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche.
- Assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, così articolati:
 - assistenza sanitaria di base;
 - emergenza sanitaria territoriale;
 - assistenza farmaceutica;
 - assistenza integrativa;
 - assistenza specialistica ambulatoriale;
 - assistenza protesica;
 - assistenza termale;
 - assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
 - assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.
- Assistenza ospedaliera, articolata nelle seguenti attività:
 - pronto soccorso;
 - ricovero ordinario per acuti;
 - day surgery;
 - day hospital;
 - riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
 - attività trasfusionali;
 - attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
 - centri antiveneni (CAV).

Le Regioni, come hanno fatto fino ad oggi, potranno garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA, utilizzando risorse proprie. Per il monitoraggio per garantire l'aggiornamento continuo, sistematico, su regole chiare e

criteri scientificamente validi dei LEA, è stata istituita la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale.

Inoltre, con decreto del ministro della Salute del 21 novembre 2005 è stato istituito, presso il Ministero, il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Comitato LEA), cui è affidato il compito di verificare l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.

Nell' articolo 22 troviamo le specifiche per quanto riguarda la gestione delle cure domiciliari e vorrei soffermarmi su due punti in particolare:

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

Prima di trattare il comma 3 bisogna però chiarire cos'è il CIA, ovvero è il coefficiente intensità assistenziale = GEA/GdC ;

- GEA: giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare;
- GdC: giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma.

3. In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

a) cure domiciliari di livello base:

costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» CIA inferiore a 0,14;

b) cure domiciliari integrate (ADI) di I^o livello:

costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

c) cure domiciliari integrate (ADI) di II^o livello:

costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli

articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

d) cure domiciliari integrate (ADI) di III[^] livello:

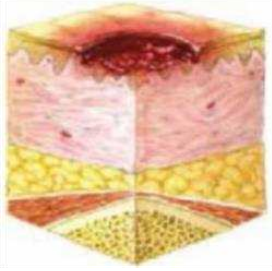

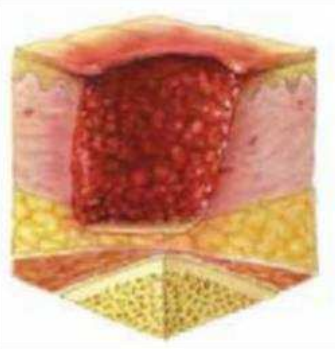

costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

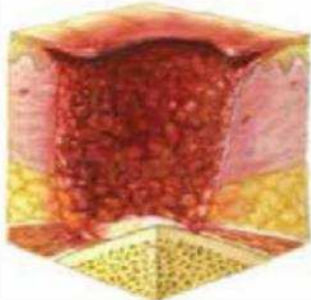

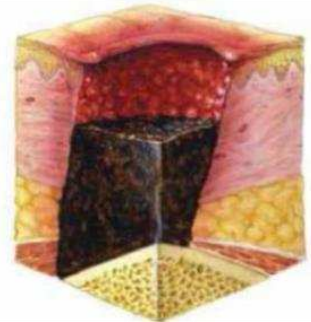

1.3. Definizione e anatomia

Tornando all'aspetto fisiologico delle lesioni da pressione, possiamo fare riferimento alla definizione Internazionale di Lesione da Pressione, che è descritta come:

“Un'ulcera da pressione è una lesione localizzata alla cute e/o al tessuto sottostante solitamente localizzata su una prominenza ossea, come risultato della pressione o della pressione in collaborazione con le forze da taglio.”. Le lesioni da pressione sono divise in 4 stadi e addizionate a questi stadi troviamo le lesioni cutanee a profondità e perdita di tessuto non conosciute e le lesioni da pressione tissutali profonde, questa distinzione è stata presa dall'ultimo aggiornamento dell'OMS.

OMS ICD-11 (2018)	
EH90.0 Ulcere da Pressione Grado 1	<p>L'ulcera da pressione di grado 1 è un precursore dell'ulcera cutanea. La cute rimane intatta ma c'è un rossore non reversibile di un'area localizzata, di solito su una prominenza ossea. L'area può essere dolorosa, solida, morbida, più calda o più fredda rispetto al tessuto adiacente. Può essere difficile da rilevare in soggetti con cute scura, ma le aree colpite possono differire per colore dalla cute circostante. La presenza di ulcera da pressione di grado 1 può indicare soggetti a rischio di progredire verso l'ulcera franca.</p>
	

<p>EH90.1 Ulcera da pressione Grado 2</p>	<p>Lesione da pressione con parziale perdita di spessore del derma. Si presenta come un'ulcera aperta poco profonda con un letto di ferita rosso o rosa senza slough o come vescica sierosa o sierolemica che può rompersi. Questa categoria non deve essere usata per descrivere acerazioni della cute, ustioni, dermatiti associate all'incontinenza, macerazione o escoriazione.</p>
	
<p>EH90.2 Ulcera da pressione Grado 3</p>	<p>Ulcera da pressione con perdita di cute a tutto spessore. Il grasso sottocutaneo può essere visibile ma le ossa, i tendini o i muscoli non sono esposti. Slough può essere presente ma non copre la profondità della perdita di tessuto. Possono esserci sottominature e tunnelizzazioni. La profondità varia in base alla posizione anatomica: le ulcere da pressione di grado 3 possono essere poco profonde in aree con poco o nessun grasso sottocutaneo (ad es. dorso del naso, orecchio, occipite e malleolo). Al contrario, le ulcere da pressione di grado 3 possono essere estremamente profonde in aree con una significativa adiposità.</p>
	

<p>EH90.3 Ulcera da pressione Grado 4</p>	<p>Ulcera da pressione con muscolo, tendine o osso visibile o direttamente palpabile a causa della perdita di tutto lo spessore della cute e del tessuto sottocutaneo. Slough o escara possono essere presenti. La profondità varia in base alla posizione anatomica: le ulcere da pressione di grado IV possono essere poco profonde in aree con poco o assente grasso sottocutaneo (ad esempio dorso del naso, orecchio, occipite e malleolo), ma sono tipicamente profonde e spesso sottominate o tunnelizzate verso le strutture adiacenti.</p>
 <p>An anatomical diagram showing a cross-section of a Grade 4 pressure ulcer. The ulcer is deep, extending through the epidermis and dermis into the subcutaneous tissue, where muscle and tendon are visible. The ulcer bed is filled with dark, necrotic slough and eschar.</p>	 <p>A clinical photograph showing a Grade 4 pressure ulcer on the heel of a patient. The ulcer is deep and dark, with visible muscle and tendon. The surrounding skin is red and swollen.</p>
<p>EH90.5 Ulcera da pressione Non stadiabile</p>	<p>Ulcera da pressione con perdita cutanea a tutto spessore in cui l'effettiva profondità dell'ulcera è completamente oscurata dallo slough (gialla, ambrata, grigia, verde o marrone) e/o dall'escara (ambrata, marrone o nera) nel letto di ferita. Fino a quando non si rimuove abbastanza slough e/o escara da esporre la base della ferita, non è possibile determinare se l'ulcera è di grado 3 o 4.</p>
 <p>An anatomical diagram showing a cross-section of a non-stable pressure ulcer. The ulcer is deep, but the base is completely obscured by a thick layer of dark, necrotic slough and eschar. The underlying tissue is not visible.</p>	 <p>A clinical photograph showing a non-stable pressure ulcer on the heel of a patient. The ulcer is deep and dark, with a thick layer of dark, necrotic slough and eschar covering the base. The surrounding skin is red and swollen.</p>

<p>EH90.4 Sospetto danno profondo da pressione, profondità non conosciuta</p>	<p>Un'area di danno ai tessuti molli dovuto alla pressione o alla frizione che si prevede evolverà in una profonda ulcera da pressione, ma non l'ha ancora fatto. La cute colpita è tipicamente scolorita di colore viola o marrone e può presentare vesciche emorragiche. Può essere dolorosa ed edematosa. Può essere più calda o più fredda del tessuto adiacente. L'evoluzione in un'ulcera profonda può essere rapida anche con un trattamento ottimale.</p>
	

Per quanto riguarda la valutazione delle lesioni da pressione abbiamo trovato diversi articoli, uno dei più recenti e la ricerca del Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers (2019), le cui conclusioni sono che a causa della scarsa e molto bassa certezza dell'evidenza dagli studi inclusi, non ci sono prove affidabili che suggeriscano che l'uso di strumenti di valutazione del rischio di ulcere da pressione strutturati e sistematici riduca l'incidenza o la gravità delle ulcere da pressione rispetto alla valutazione del rischio utilizzando clinica giudizio. Date queste incertezze, i professionisti possono essere influenzati da altre linee guida. Ad esempio, le linee guida NPUAP/EPUAP/PPPIA 2019 suggeriscono che la valutazione del rischio dovrebbe essere intrapresa utilizzando un approccio strutturato, affinato attraverso l'uso del giudizio clinico e informato dalla conoscenza dei fattori di rischio rilevanti. Nello studio precedente (2014) erano stati individuati 105 titoli, di cui solo due studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione (Saleh 2009, Webster 2011). Gli Outcome erano: la riduzione dell'incidenza di LDP tra i gruppi attraverso l'uso di uno strumento strutturato

di valutazione del rischio di LDP in confronto alla valutazione non strutturata o al giudizio clinico.

- Valutazione del rischio mediante indice di Braden + formazione VS valutazione non strutturata del rischio + formazione. Nessuna differenza statisticamente significativa (RR 0.97, 95% CI 0.53 to 1.77)
- Valutazione del rischio mediante indice di Braden VS sola valutazione non strutturata del rischio. Nessuna differenza statisticamente significativa (RR 1.43, 95% CI 0.77 to 2.68)
- Valutazione del rischio mediante indice di Waterlow VS nessuna valutazione formale del rischio. Nessuna differenza statisticamente significativa (RR 1.10, 95% CI 0.68 to 1.81)
- Screening del rischio mediante indice di Ramstadius VS nessuna valutazione formale del rischio. Nessuna differenza statisticamente significativa (RR 0.79, 95% CI 0.46 to 1.35).
- Valutazione del rischio mediante indice di Waterlow VS screening del rischio mediante indice di Ramstadius. Nessuna differenza statisticamente significativa (RR1.44, 95% CI 0.85 to 2.44)
- Nell'articolo *The Prevention and Management of Pressure Ulcers in Primary and Secondary Care* (2014), sono state condotte ricerche per RCT che valutano l'efficacia del riposizionamento per la prevenzione delle ulcere da pressione in persone di tutte le età in qualsiasi contesto. Sono stati identificati 6 RCT (3 RCT cluster e 3 RCT paralleli). La popolazione variava da anziani a individui in unità di terapia intensiva, tutte valutate in diversi contesti ospedalieri di ricovero. Quattro studi includevano adulti più anziani con un'età media di 80 anni, 1 studio includeva pazienti ricoverati acuti con un'età media di 70 anni. 1 studio ha incluso persone ricoverate in un'unità di terapia intensiva con un'età media di 63,9 anni. Gli studi hanno esaminato diverse tecniche di riposizionamento applicate a diversi intervalli di tempo.

La Guida Rapida di Riferimento per la Prevenzione e Trattamento delle Ulcere/Lesioni da Pressione (2019), sottolinea che “a livello organizzativo, valutare le conoscenze che i professionisti sanitari hanno sulle lesioni da pressione per facilitare l'attuazione di programmi di formazione e di miglioramento della qualità. A livello professionale, fornire formazione sulla prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione come parte di un piano di miglioramento della qualità per ridurre l'incidenza delle lesioni da pressione. Valutare e massimizzare la disponibilità e la qualità delle attrezzature e standard per il loro utilizzo nell'ambito di un piano di miglioramento della qualità per ridurre l'incidenza delle lesioni da pressione. Sviluppare e implementare un programma strutturato di miglioramento della qualità, personalizzato e sfaccettato per ridurre l'incidenza delle lesioni da pressione. Includere politiche, procedure e protocolli basati sulle evidenze e sistemi di documentazione standardizzati come parte di un piano di miglioramento della qualità per ridurre l'incidenza delle lesioni da pressione. Monitorare, analizzare e valutare regolarmente le prestazioni rispetto agli indicatori di qualità per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione. Utilizzare sistemi di feedback e di promemoria per promuovere il programma di miglioramento della qualità e i suoi risultati presso gli stakeholders.” (p.39-40-41)

“Valutare la qualità della vita, le conoscenze e le capacità di cura di sé dei soggetti con o a rischio di LdP per facilitare lo sviluppo di un piano di assistenza e di un programma educativo per le lesioni da pressione, fornendo un'educazione in base alle competenze e al supporto psicosociale, ai soggetti con o a rischio di LdP.” (p.41)

“Nella conduzione di una valutazione del rischio di LdP bisogna:

- Usare un approccio strutturato
- Includere una valutazione clinica approfondita dello stato cutaneo
- Affiancare all'uso di uno strumento di valutazione del rischio, la valutazione di ulteriori fattori di rischio
- Interpretare i risultati della valutazione usando un giudizio clinico.” (p.14)

“Fattori da considerare per il rischio LdP:

- Sono considerati a rischio LdP tutti i soggetti con mobilità limitata, attività limitata ed alto potenziale di frizione e scorrimento
- L'impatto potenziale dei cambiamenti dello stato cutaneo e/o del dolore nei punti di pressione
- La diagnosi di diabete mellito
- Considerare il deficit di perfusione e circolatori, il deficit dell'ossigenazione, lo stato nutrizionale compromesso sul rischio di lesioni da pressione.
- Valutare l'impatto potenziale della cute umida, di una temperatura corporea elevata, dell'età avanzata, di una percezione sensoriale compromessa, gli esiti di esami di laboratorio ematici, considerare lo stato di salute generale e mentale sul rischio di lesioni da pressione.
- Valutare i soggetti con lesione da pressione di categoria/ stadio I, come a rischio di sviluppo di lesione da pressione di categoria/stadio II o più.
- Valutare l'impatto potenziale della presenza di una lesione da pressione di qualsiasi categoria/ stadio, e/o valutare l'impatto potenziale di lesioni da pressione pregresse sullo sviluppo di ulteriori lesioni da pressione.” (p.11-12)

“Elaborare ed implementare un piano di prevenzione basato sul rischio per i soggetti identificati come a rischio di sviluppo di lesioni da pressione è fondamentale e viene effettuata in primo luogo attraverso l'ispezione della cute dei soggetti a rischio LdP, andando alla ricerca della presenza di eritema differenziandolo in sbiancante e non, usando la pressione del dito oppure il metodo del disco trasparente e valutando l'estensione dell'eritema. Valutare inoltre la temperatura della cute e dei tessuti molli; l'edema e i cambiamenti della consistenza del tessuto in relazione ai tessuti circostanti. Considerare l'uso di un dispositivo per la misurazione dell'umidità/edema sottocutaneo come complementare alla valutazione clinica di routine della cute. Quando si esegue una valutazione della cute, valutare l'importanza di completare una valutazione obiettiva del tono della cute usando una scala cromatica. Nella valutazione di cute di pigmentazione scura, considerare la valutazione della temperatura cutanea e dell'umidità sottocutanea come importante complemento delle strategie di valutazione.” (p.14-15)

“Implementare un regime di cura della cute che comprenda:

- Mantenere la cute pulita e appropriatamente idratata
- Detergere prontamente la cute dopo episodi di incontinenza
- Evitare l’uso di saponi e detergenti alcalini
- Proteggere la cute dall’umidità con prodotti barriera

Evitare il frizionamento vigoroso della cute, usare prodotti per l’incontinenza ad alto assorbimento per proteggere la cute dei soggetti con, o a rischio di, lesioni da pressione, con incontinenza urinaria. Considerare l’uso di tessuti a basso coefficiente di frizione per soggetti con o a rischio di lesioni da pressione. Usare una medicazione in schiuma multistrato in silicone morbido per proteggere la cute di soggetti a rischio di lesioni da pressione.” (p.15-16)

“Condurre uno screening nutrizionale sui soggetti a rischio e sviluppare ed implementare un piano assistenziale nutrizionale individualizzato per i soggetti con, o a rischio di, lesione da pressione, che siano malnutriti o a rischio di malnutrizione. Ottimizzare l’apporto energetico e proteico dei soggetti a rischio di lesioni da pressione malnutriti o a rischio di malnutrizione; fornendo da 30 a 35 kcal/kg e 1.2 a 1.5 g di proteine/kg di peso corporeo/die ai soggetti adulti, con lesione da pressione, malnutriti o a rischio di malnutrizione. Offrire cibi arricchiti ad alto contenuto calorico e proteico e/o supplementi nutrizionali, in aggiunta alla dieta usuale, agli adulti a rischio di sviluppo di lesioni da pressione, sia malnutriti che a rischio di malnutrizione, se il fabbisogno nutrizionale non può essere soddisfatto da un apporto dietetico normale. Fornire supplementi nutrizionali orali ad alto tenore calorico, proteico, con arginina, zinco e antiossidanti o in formulazione enterale agli adulti con lesione da pressione di Categoria/Stadio II o più, malnutriti o a rischio di malnutrizione. Esaminare i benefici ed i pericoli di una nutrizione enterale o parenterale a sostegno della salute generale, alla luce delle preferenze ed obiettivi di cura, con i soggetti a rischio di lesioni da pressione che non riescono a soddisfare il proprio fabbisogno nutrizionale tramite l’apporto orale, malgrado gli interventi nutrizionali. Fornire ed incoraggiare un adeguato apporto di acqua/liquidi per l’idratazione nel soggetto con, o a rischio di, lesione da pressione, se ciò è compatibile con gli obiettivi di cura e le condizioni cliniche.” (p. 16-17-18)

“Riposizionare tutti i soggetti con, o a rischio di, lesioni da pressione sulla base di un programma individualizzato, salvo controindicazioni; determinare la frequenza di riposizionamento tenendo conto del livello individuale di attività, mobilità e capacità di riposizionamento indipendente e prendendo in considerazione la specificità dei seguenti punti:

- Tolleranza della cute e dei tessuti
- Condizione medica generale
- Obiettivi generali del trattamento
- Comfort e dolore.

Implementare strategie di promemoria per il riposizionamento per promuovere l'aderenza ai regimi di riposizionamento. Sviluppare un programma di mobilitazione precoce, laddove è possibile, che incrementi l'attività e la mobilità il più rapidamente possibile, secondo la tolleranza del soggetto. Riposizionare il soggetto in modo da ottenere lo scarico ottimale di tutte le prominenze ossee e la massima redistribuzione della pressione, cercando inoltre di alleviare o redistribuire la pressione utilizzando tecniche di movimentazione manuale e dispositivi che riducano la frizione e lo stiramento. Considerare l'uso continuativo di una mappatura della pressione a letto. Nel riposizionamento, preferire la posizione distesa laterale a 30° rispetto a quella distesa laterale a 90°. Mantenere la testiera del letto il più piana possibile. Evitare l'uso prolungato della posizione prona, salvo che non sia richiesta per la gestione delle condizioni mediche del soggetto. Promuovere la posizione seduta fuori dal letto su sedia o sedia a rotelle per limitati periodi di tempo. Scegliere una posizione seduta reclinata, con sollevamento degli arti inferiori, del soggetto. Se il reclinamento non è appropriato o possibile, assicurarsi che i piedi del soggetto siano ben appoggiati sul pavimento o sui poggipiedi, quando è seduto con schiena dritta su una sedia o una sedia a rotelle. Inclinare la seduta per prevenire lo scivolamento in avanti sulla sedia o sedia a rotelle. Insegnare, ed incoraggiare i soggetti che passano periodi prolungati in posizione seduta, a eseguire manovre di alleviamento della pressione. Per i soggetti con lesione da pressione ischiatica o sacrale, valutare il beneficio di periodi di riposo a letto per favorire la guarigione versus il rischio di nuove lesioni da pressione o il peggioramento delle esistenti, e l'impatto sullo stile di vita e sulla salute fisica e mentale. Riposizionare

i soggetti instabili in condizioni critiche, che possono essere riposizionati, usando rotazioni lente, graduali, per consentire la stabilizzazione emodinamica e lo stato di ossigenazione. Avviare frequenti piccoli spostamenti della posizione del corpo nei soggetti in condizioni critiche che siano troppo instabili per rispettare un programma regolare di riposizionamento, e per perseguire un riposizionamento cadenzato” (p.19-20-21)

“Valutare lo stato vascolare/perfusione degli arti inferiori, dei talloni e dei piedi durante l'esecuzione di una valutazione della cute e dei tessuti, e come parte della valutazione del rischio. Per i soggetti a rischio di lesioni da pressione del tallone e/o con lesioni da pressione di Categoria/Stadio I o II, sollevare i talloni utilizzando un dispositivo di scarico del tallone appositamente progettato o un cuscino di gommapiuma. Scaricare completamente il tallone in modo da distribuire il peso della gamba lungo il polpaccio senza esercitare pressione sul tendine d'Achille e sulla vena poplitea. Utilizzare una medicazione con azione preventiva in aggiunta allo scarico del tallone ed altre strategie per prevenire lesioni da pressione del tallone.” (21-22)

“Scegliere una superficie di appoggio che soddisfi le esigenze individuali di ridistribuzione della pressione in base ai seguenti fattori:

- Livello di immobilità e inattività
- Necessità di influenzare il controllo del microclima e la riduzione delle forze di frizione
- Dimensioni e peso dell'soggetto
- Numero, gravità e localizzazione delle lesioni da pressione esistenti
- Rischio di sviluppare nuove lesioni da pressione.

Assicurarsi che la superficie del letto sia sufficientemente ampia da consentire la rotazione dell'soggetto senza contatto con le sponde del letto. Per i soggetti affetti da obesità, selezionare una superficie d'appoggio con una maggiore ridistribuzione della pressione, riduzione delle forze di frizione e caratteristiche di rispetto del microclima. Utilizzare un materasso in schiuma monostrato reattivo (avvolgente) ad alte specifiche o un sovrmaterasso da preferire a un materasso in schiuma senza elevate qualità specifiche per i soggetti a rischio di sviluppare lesioni da pressione. Considerare

l'utilizzo di un materasso ad aria o di un sovrामaterasso per i soggetti a rischio di sviluppare lesioni da pressione.

Per i soggetti con una lesione da pressione, prendere in considerazione il passaggio a una superficie di supporto speciale quando il soggetto:

- Non può essere posizionato al di fuori della lesione da pressione esistente
- Ha lesioni da pressione su due o più superfici perno (ad es. l'osso sacro e il trocantere) che limitano le possibilità di riposizionamento
- Ha una lesione da pressione che non riesce a guarire o la lesione da pressione si deteriora nonostante un adeguato processo di cura
- È ad alto rischio di ulteriori lesioni da pressione
- Ha subito un intervento chirurgico di lembo o di innesto
- È scomodo
- "Tocca il fondo" sulla superficie d'appoggio attuale.

Valutare i benefici relativi all'uso di un letto fluidizzato per favorire la guarigione, riducendo al contempo la temperatura della cute e la macerazione per i soggetti con lesioni da pressione di Categoria/Stadio III o IV. Scegliere una superficie di supporto per la posizione seduta che soddisfi le esigenze individuali di redistribuzione della pressione, tenendo conto di quanto segue:

- Dimensione e configurazione del corpo
- Effetti della postura e della deformità sulla distribuzione della pressione
- Esigenze di mobilità e stile di vita.

Utilizzare un cuscino per la redistribuzione della pressione al fine di prevenire lesioni da pressione in soggetti ad alto rischio che sono seduti su una sedia/sedia a rotelle per periodi prolungati, in particolare se il soggetto non è in grado di eseguire manovre di scarico della pressione. Valutare i vantaggi relativi all'uso di un cuscino ad aria a pressione alternata per sostenere la guarigione delle lesioni da pressione in soggetti che sono seduti su una sedia/sedia a rotelle per periodi prolungati, in particolare se il soggetto non è in grado di eseguire movimenti che favoriscano lo scarico della pressione. Utilizzare un cuscino bariatrico di redistribuzione della pressione progettato per i soggetti con obesità che stanno seduti.” (p. 22-23-24-25)

“Monitorare regolarmente la tensione dei dispositivi medici di sicurezza e, ove possibile, cercare l'autovalutazione del comfort del soggetto. Valutare la cute sotto e intorno ai dispositivi medici per verificare la presenza di segni di lesioni dovute alla pressione nell'ambito della valutazione cutanea di routine. Ridurre e/o ridistribuire la pressione all'interfaccia cute-dispositivo tramite:

- Rotazione oppure riposizionamento regolare del dispositivo medico e/o del paziente
- Dotazione di un supporto per i dispositivi medici al fine di ridurre al minimo la pressione e le forze di frizione
- Rimozione dei dispositivi medici non appena possibile e ove le condizioni del paziente lo consentano

Utilizzare una medicazione profilattica sotto un dispositivo medico per ridurre il rischio di lesioni da pressione correlate al dispositivo medico. Se appropriato e sicuro, alternare il dispositivo di erogazione dell'ossigeno tra la maschera e le cannule nasali, in modo da ridurre la gravità delle lesioni da pressione nasale e facciale per i neonati sottoposti a ossigenoterapia” (p.26-27)

“Effettuare una valutazione iniziale completa del paziente con lesione da pressione. Stabilire obiettivi di trattamento coerenti con i valori e gli obiettivi del paziente, con il contributo dei caregivers, e sviluppare un piano di trattamento che sostenga questi risultati e obiettivi. Condurre una rivalutazione completa del soggetto se la lesione da pressione non mostra alcun segno di guarigione entro due settimane nonostante un'adeguata cura locale della ferita, redistribuzione della pressione e nutrizione. Valutare inizialmente la lesione da pressione e rivalutarla almeno una volta alla settimana per monitorare i progressi verso la guarigione. Selezionare un metodo uniforme e coerente per misurare la dimensione della lesione da pressione e l'area della superficie per facilitare il confronto significativo delle misurazioni della ferita nel tempo. Valutare le caratteristiche fisiche del letto della ferita e della cute e dei tessuti molli circostanti ad ogni valutazione della lesione da pressione. Considerare l'utilizzo di uno strumento validato per monitorare la guarigione delle lesioni da pressione.” (p. 28-29)

“Eseguire una valutazione completa del dolore per i soggetti con una lesione da pressione. Utilizzare, come prima scelta, strategie di gestione del dolore non farmacologiche e terapia adiuvante per ridurre il dolore associato a lesioni da pressione. Utilizzare tecniche di riposizionamento e dispositivi che tengano conto della prevenzione e della gestione del dolore da lesione da pressione. Utilizzare i principi della guarigione in ambiente umido per ridurre il dolore da lesione da pressione. Considerare l'applicazione di un oppioide topico (cerotto) per gestire il dolore da lesione da pressione acuta, se necessario e quando non ci sono controindicazioni. Somministrare regolarmente l'analgesia per controllare il dolore da lesione da pressione.” (p. 29-30)

Per quanto riguarda il posizionamento, la dove l'assistito non è in grado di mobilizzarsi autonomamente, potremmo suggerire, ai familiari/caregiver, di optare per una scheda di registrazione delle posizioni; per valutare sia le posizioni che l'assistito tollera e sia per cercare di avere un'idea del tempo che passa in una determinata posizione, ad esempio possiamo organizzare la tabella con orari che possono variare dalla mobilizzazione ogni 4 ore per i soggetti più alto rischio a una a ogni 6 ore per i soggetti a basso rischio, durante l'arco della giornata (7:00-22:00):

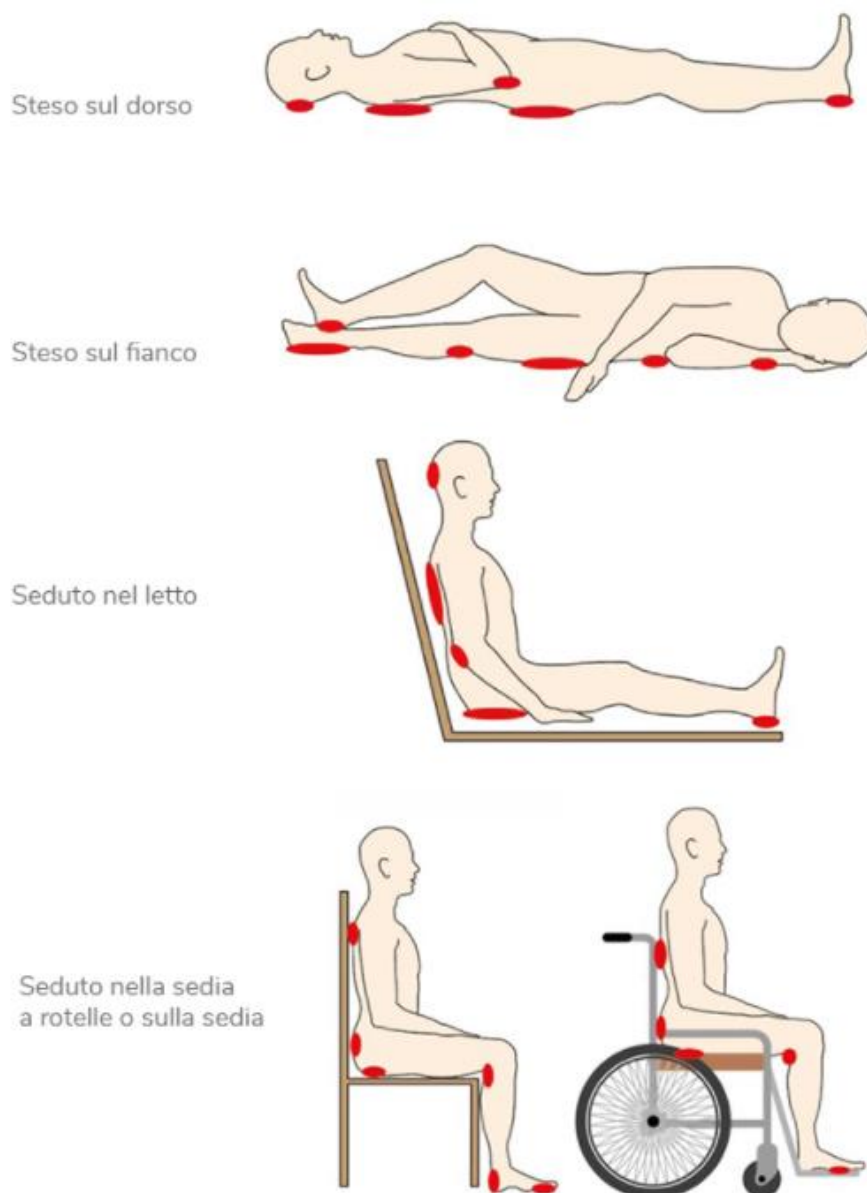
	7 - 13	13 - 19	19 - 22	Notte 22 - 7
Fianco DX				
Fianco SX				
Prono				
Seduto, in carrozzina o sedia				
Supino				

Impostare uno schema appropriato alle esigenze dell'assistito e del familiare/caregiver è molto importante anche per i professionisti infermieri che valuteranno di volta in volta se le condizioni cliniche dell'assistito progrediranno o regrediranno; così il professionista sarà in grado di sviluppare un piano d'assistenza diverso a seconda dei risultati ottenuti fino a quel momento.

In combinazione con il riposizionamento dell'assistito l'infermiere deve inoltre educare l'assistito stesso o chi se ne prende cura, di evitare la macerazione della pelle attraverso una corretta igiene e asciugatura dei punti più critici, cercando di fare attenzione soprattutto ai punti dov'è più probabile che l'assistito sudi o in caso d'incontinenza, cercare di eseguire l'igiene perineale il più frequentemente possibile così da evitare la combinazione tra pressione e forze da taglio. Inoltre, dovrà essere premura dell'infermiere, imparare all'assistito o familiari e caregiver a riconoscere i punti di pressione e le tecniche per non sovraccaricare una determinate area, facendo particolare attenzione alle prominenze ossee, dove c'è un rischio maggiore di sviluppare lesioni da pressione. Le aree corporee a maggior rischio per la formazione di lesioni da decubito sono:

- posizione supina: tallone, polpaccio, zona del sacro, gomiti, processi spinosi, scapole e nuca;
- posizione laterale: malleolo, condili mediali e laterali, grande trocantere coste, processo acromiale, scapola;
- posizione seduta: cavo popliteo, pianta del piede, talloni, tuberosità ischiatiche, sacro e coccige, scapola;
- posizione prona: dorso del piede, caviglia, ginocchia, coscia, cresta iliaca, torace anteriore, processo acromiale, orecchio e guance.

Qui l'infermiere potrà inoltre lasciare un promemoria, come una lista dei punti di pressione per ogni posizione, oppure molto più d'impatto, un disegno delle varie posizioni dove si evidenziano i punti di pressione, come di seguito riportato:



Inoltre, si potrebbe considerare l'utilizzo di un materasso in schiuma ad alta specifica (densità) per o una superficie equivalente per la redistribuzione della pressione per tutti i soggetti adulti; o un cuscino in schiuma ad alta specifica (densità) o una superficie equivalente per la redistribuzione della pressione per i soggetti che utilizzano carrozzina o che mantengono la posizione seduta per periodi prolungati.

I materassi antidecubito più utilizzati sono:

- materasso antidecubito in memory, è un presidio sanitario composto da più strati di diverse densità rivestiti da fodera in speciale tessuto traspirante e anallergico. Lo strato in Memory sagomato assicura la massima traspirazione della pelle e il massimo comfort nei lunghi periodi di allettamento. Gli strati in Waterlilies sono invece studiati per procurare, grazie alle diverse densità, un sostegno ergonomico del corpo. La fodera di rivestimento è realizzata in un tessuto traspirante adatto ad esaltare le proprietà della lastra interna, a mantenere il materasso sempre fresco e asciutto. Le specifiche proprietà antibatteriche della fodera rendono il materasso inoltre idoneo anche per soggetti con problemi di allergie o di epidermide delicata.
- materasso in fibra cava di silicone, questo presidio sanitario presenta un modesto spessore e per tale ragione è raccomandato ai soggetti dalla figura longilinea in cui il rischio di piaghe è basso.
È costituito da fibre cave molto elastiche e resistenti nel tempo, lavorate con silicone per renderle scivolose, in modo che non si ammucchino.
Il sovrामaterasso in fibra cava siliconata presenta molti vantaggi, primo fra tutti quello di distribuire uniformemente il peso corporeo della persona adagiata, limitando la pressione e le forze di frizione e stiramento responsabili delle lesioni; inoltre assicura un'areazione ottimale, in modo da proteggere la pelle dall'eccessiva umidità.
Esiste anche la versione lievemente più spessa con inserti asportabili che intensificano la fluttuazione e permettono di massimizzare la funzionalità del presidio in quanto sono facili da sostituire.
- materasso ad acqua, Si tratta di un supporto in pvc da riempire con acqua, adatto ai pazienti con lieve rischio di piaghe da decubito. Il suo vantaggio principale è quello di garantire una distribuzione uniforme del peso corporeo su tutta la superficie del materasso, riducendo la pressione da contatto. A seconda della quantità di liquido presente, il supporto può risultare più fluttuante o rigido, adattandosi alle esigenze del caso. L'apposito sistema di riscaldamento permette di controllare la temperatura del materasso, in modo da contrastare i reumatismi e abbassare la pressione sanguigna. Il materasso per piaghe da decubito ad acqua

è di facile manutenzione ma può provocare sintomi da “mal di mare”, come nausea ed emicrania, e può rendere difficoltose le cure di nursing, oltre ad essere molto pesante.

- materasso ventilato in espanso, è un presidio statico in poliuretano espanso, un materiale che segue le forme del corpo in maniera ottimale, modificandosi a seconda della pressione, e cioè del peso e della struttura del soggetto, distribuendola in modo uniforme, in modo da ridurre la pressione d'appoggio delle zone più sporgenti. È indicato in caso di basso rischio di formazione di ulcere. Nella parte superiore, questo materasso per piaghe da decubito è strutturato a “tronchi di piramide”, con dei solchi nelle due direzioni atti a garantire una giusta circolazione dell'aria e a impedire la macerazione dei tessuti. Presenta lo svantaggio di essere difficile da pulire.
- materasso ad aria a pressione alternata, ideale per soggetti con rischio di lesioni da pressione medio-basso, questo tipo di supporto dispone di un compressore per il gonfiaggio alternato che deve rimanere sempre allacciato alla rete elettrica. In questo modo, il compressore, gonfiando e sgonfiando alternativamente i componenti pari e dispari del dispositivo, permette la realizzazione di un ciclo terapeutico di 10 minuti, che si ripete diverse volte nel corso della giornata. Un apposito telecomando consente di regolare comodamente la pressione, e quindi la consistenza, desiderata per il supporto sanitario, in modo da adattarlo al bisogno.
- materasso a fluttuazione, questo dispositivo è adatto alle persone con un alto rischio di piaghe. Si tratta di un'evoluzione del materasso ad aria sopra descritto provvisto di sensori in grado di misurare il peso e la postura del paziente e di tarare, in base ai dati ricevuti, il livello di aria da introdurre nei vari elementi del materasso. Può essere utilizzato sia in modalità statica (cioè sempre gonfio), più idonea a ricevere le cure infermieristiche o quando è richiesta l'immobilità, come in caso di fratture, oppure in modalità dinamica. In quest'ultimo caso, durante il ciclo terapeutico, si sgonfiano i vari elementi del supporto, ad eccezione dell'area della testa e della parte inferiore del torace.

L'articolo del Support surfaces for pressure ulcer prevention (2015) ha condotto una ricerca per il quarto aggiornamento di questa revisione sistematica, che ha portato all'inclusione di 6 nuovi studi. Il tipo di comparazione è stato fatto su superfici di supporto a "bassa tecnologia" a costante bassa pressione (CLP) VS materassi ospedalieri in schiuma standard con altre superfici a bassa specifica (bassa tecnologia), a costante bassa pressione (CLP). I revisori hanno dato per assunto che i materassi standard avessero minore probabilità di variare sia tra nazione e nazione che all'interno delle singole nazioni, e hanno intrapreso le analisi dei sottogruppi per nazione, sebbene ciò non sia pre-specificato.

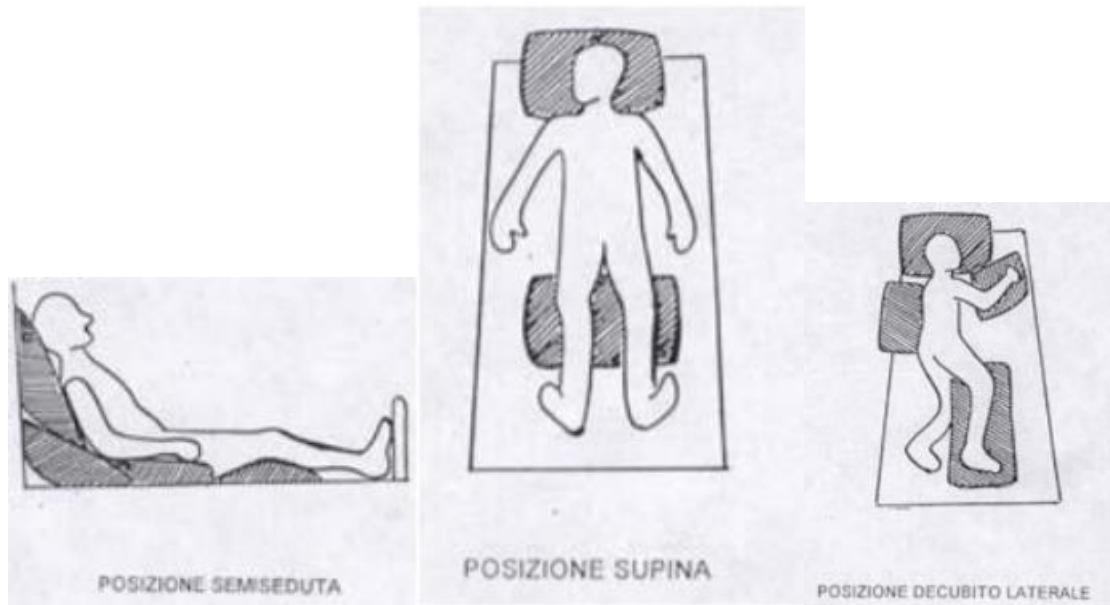
- Comparazione 1.1: CLP a "bassa tecnologia" VS materasso ospedaliero in schiuma standard (1 studio). In confronto al materasso ospedaliero standard, l'incidenza e la gravità delle LDP nei pazienti valutati ad alto rischio erano significativamente ridotte quando i pazienti erano collocati su materassi in schiuma quadrettata (Comfortex De Cube) (RR 0.34; 95% CI 0.14 to 0.85). Materassi contenenti sfere in polistirene (Beaufortbead bed) (RR 0.32; 95% CI 0.14 to 0.76); materassi Softfoam (RR 0.2; 95% CI 0.09 to 0.45); o materassi ad acqua (RR 0.35; 95% CI 0.15 to 0.79). Uno studio ha riscontrato una significativa diminuzione nell'incidenza di LDP di grado 1, dal 26.3% al 19.9% (P value 0.0004), e una non significativa riduzione dell'incidenza di LDP di grado dal 2 al 4, dal 10.9% al 8.5% nei pazienti collocati su materassi/cuscini in schiuma ad alta densità (CONFOR-med) (RR 0.78; 95% CI 0.55 to 1.11)
- Comparazione 1.2: 5 studi che comparavano materassi alternativi in schiuma VS materassi ospedalieri in schiuma standard sono stati aggregati usando un modello a effetto casuale. Questa analisi ha prodotto un RR aggregato di 0.40 (95% CI 0.21 to 0.74). Aggregando i 4 studi che comparavano le superfici alternative in schiuma VS materassi in schiuma standard in UK si è mantenuto il risultato a favore delle schiume alternative rispetto a quelle standard (RR 0.41; 95% CI 0.19 to 0.87)
- Comparazione 1.3: tra superfici a "bassa tecnologia" a costante bassa pressione (CLP). Questa sezione comprende la comparazione diretta delle seguenti tipologie di superfici: in schiuma, ad aria statica (incluso fluttuazione asciutta); ad acqua;

in gel; in silicone; dispositivi per l'elevazione del tallone, e vello di pecora. Tredici RCT hanno comparato diversi presidi a CLP a "bassa tecnologia"

- Superfici ad aria statica (incluso fluttuazione asciutta); ad acqua; in gel; in silicone. Materassi a CPL VS materassi ospedalieri standard (RR 0.06; 95% CI 0 to 0.99). I rimanenti studi erano tutte comparazioni uniche, con basso potere, e nessuno di essi ha riscontrato evidenze di differenze fra le superfici testate.
- Dispositivi per tallone. 1 studio ha valutato tre dispositivi per la riduzione della pressione al tallone: un cuscino in tessuto protettivo (Bunny Boot); un dispositivo per sollevamento a profilatura bugnata) VS un cuscino ad aria. Non vi era nessuna evidenza di differenze tra i dispositivi in termini di incidenza di LDP. 1 studio ha comparato il dispositivo per la sospensione Heelift + superfici di supporto per la redistribuzione della pressione VS sole superfici di supporto per la redistribuzione della pressione (RR 0.26; 95% CI 0.12 to 0.53).
- Vello di pecora. 4 studi hanno esaminato gli effetti del vello di pecora sull'incidenza di LDP. 1 studio ha comparato il vello di pecora australiano per uso medico VS trattamento standard (RR 0.30; 95% CI 0.17 to 0.52). L'aggregazione di 3 studi ha dimostrato un numero inferiore di LDP tra i soggetti collocati su vello di pecora (RR 0.48 95% CI 0.31 to 0.74). La differenza non era più statisticamente significativa nel momento in cui sono state escluse le LDP di grado 1 (RR 0.59 95% CI 0.33 to 1.05)

SCARICO DEL TALLONE





Hight-tech pressure supports

- Comparazione 2.1: pressione alternata (PA) VS materasso ospedaliero standard (2 studi). 1 studio ha comparato un sovrामaterasso monostrato ad aria (Air Doctor), 1 studio un sovrामaterasso bistrato (Tricell) (entrambi con un ciclo di alternanza di 5 minuti) VS materasso ospedaliero standard (Paracare). RR aggregato: 0.31; 95% CI 0.17 to 0.58.
- Comparazione 2.2: pressione alternata (PA) VS bassa pressione costante (CLP) (11 studi). 1 studio ha riportato significativamente più LDP nei pazienti del gruppo CLP (RR 0.38, 95% CI 0.22 to 0.66). 9 studi hanno comparato diversi tipi di superfici PA e una varietà di dispositivi CLP, come sovrामaterasso Silicore, materasso ad acqua, materasso in schiuma viscoelastica, e materasso Duo in modalità CLP; non è stata riportata nessuna differenza in termini di efficacia. 4 studi hanno comparato PA VS Silicore o sovrामaterasso in schiuma: nessuna evidenza di differenze tra i gruppi. 3 studi hanno comparato PA VS materasso ad acqua o materasso ad aria statico, non indicando nessuna evidenza di differenze tra i gruppi. Tutti i 9 studi che hanno comparato i vari dispositivi CLP e PA sono stati aggregati per cercare di determinare se PA sia più efficace di CLP nella prevenzione della LDP, suggerendo che non vi sono evidenze di differenze tra i tassi di incidenza di LDP utilizzando PA rispetto a CLP.

- Comparazione 2.3: tra diversi dispositivi a PA. 6 studi hanno comparato diversi dispositivi a PA. Non vi era nessuna evidenza di differenze nel tasso di LDP.
- Comparazione 2.4 tra letti a bassa cessione (LAL) VS altre superfici di supporto. 1 studio ha comparato LAL VS letto standard di terapia intensiva (RR 0,24; 95% CI 0,11 to 0,53). 1 studio ha comparato LAL VS standard: nessuna evidenza di differenze tra i due gruppi. 1 studio LAL VS sovrामaterasso ad aria statico: nessuna evidenza di differenze tra i due gruppi. Nell'analisi aggregata (RR 0.33, 95% CI 0.16 to 0.67) Other pressure supports Superfici rotazionali Kinetic VS letti convenzionali: nessuna evidenza di differenze tra i due gruppi.
- Comparazione 3.3: materassino per tavolo operatorio standard VS imbottitura del tavolo operatorio in schiuma poliuretana viscoelastica ad alta densità su tavolo standard. 5 RCT hanno valutato diversi metodi di riduzione della pressione sul tavolo operatorio (solo 1 studio significativo: RR 0.53, 95% CI 0.33 to 0.85). 2 RCT hanno comparato il sistema a pressione alternata Micropulse (applicato sia durante l'intervento chirurgico che nel periodo postoperatorio) VS imbottitura in gel nel periodo intraoperatorio e materasso standard nel postoperatorio; RR aggregato 0,21 (95% CI 0,06 to 0,70).
- Comparazione 3.4: materasso ad acqua riscaldato e sovrामaterasso in schiuma viscoelastica termoattiva VS tavolo operatorio con materasso ad acqua riscaldato. Nessuna evidenza di differenze tra i due gruppi. Comparazione tra diversi cuscini: non ci sono prove sufficienti per determinare la validità nella prevenzione delle LDP dei cuscini per i sistemi da seduta o per barelle.

Un'altra buona alternativa che può essere usata in concomitanza con i presidi di prevenzione come letti e cuscini sono l'uso di medicazioni preventive e di un prodotto-barriera per prevenire un danno cutaneo nei soggetti adulti che sono stati identificati, attraverso la valutazione della cute, ad alto rischio di sviluppare lesioni da umidità o dermatiti associate a incontinenza (ossia coloro con incontinenza, edema, cute xerotica o infiammata).

L'articolo Dressings and topical agents for preventing pressure ulcer (2018), ha incluso complessivamente, nella sua revisione, 18 studi, i cui risultati sono:

Prove di bassa o molto bassa certezza hanno scoperto che l'uso di un composto di acidi grassi può ridurre l'incidenza di ulcere da pressione rispetto a un composto di controllo. L'uso della crema DMSO può aumentare l'incidenza delle ulcere da pressione rispetto a un placebo. Le prove per la maggior parte delle applicazioni topiche rimangono inconcludenti. È da ricordare inoltre che nessuno degli studi che hanno utilizzato applicazioni topiche ha applicato medicazioni aggiuntive. Hanno applicato l'agente topico direttamente sulla pelle e la pelle è stata poi lasciata nuda.

Medicazioni

Per quanto riguarda le medicazioni, è risultato che quelle in silicone possono ridurre l'incidenza delle ulcere da pressione. Tuttavia, il basso livello di certezza delle prove significa che sono necessarie ulteriori ricerche per confermare questi risultati.

Applicazione topica e medicazione

Otero 2017, Hanno confrontato un gruppo di controllo (gruppo A) con due gruppi di medicazioni (gruppo B e gruppo C) e un gruppo di applicazione topica (gruppo D). Il gruppo B ha ricevuto una medicazione sottile adesiva (ATD). La maschera oro-nasale è stata applicata sulla pelle protetta con una medicazione adesiva in schiuma di poliuretano sottile (Allevyn Thin; Smith and Nephew). La medicazione in schiuma ATD è costituita da uno strato di matrice poliuretana idrofila, un film di poliuretano semipermeabile e uno strato di contatto con la ferita polimerico perforato. Questo strato interno è rivestito con un adesivo acrilico ipoallergenico. Il gruppo C ha ricevuto una medicazione in schiuma adesiva (AFD). La maschera oro-nasale è stata applicata sulla pelle protetta con AFD. La schiuma adesiva è una medicazione non aderente a due strati composta da uno strato di schiuma poliuretana idrofila traspirante e da un sottile film di poliuretano semipermeabile trasparente e protettivo, che è impermeabile e resistente ai batteri (Askina Foam; B. Braun). L'intervento preventivo per i partecipanti ai gruppi B e C includeva il posizionamento di medicazioni sulla canna nasale e sugli zigomi. Gruppo D (acidi grassi iperossigenati (HOFA)): la maschera oro-nasale è stata applicata

sulla pelle protetta con una soluzione di HOFA, applicata delicatamente senza sfregare su mento, zigomi, ponte nasale e fronte.

Un approfondimento particolare va fatto per il trattamento di una lesione da pressione al primo stadio in quanto in molte situazioni sono gli stessi care-giver ad eseguirle. Nel corso degli ultimi anni sono stati innumerevoli i passi in avanti compiuti nel campo delle medicazioni. L'utilizzo delle medicazioni avanzate si è dimostrato molto valido in questo ambito e sono stati resi disponibili vari tipi di medicazioni in diversi formati, con materiali diversi in base alla lesione e di ogni genere. Diversi studi sono riusciti a dimostrare quanto siano nettamente raccomandate in termini di prezzo medio giornaliero e mensile e in termini di recupero rispetto alle medicazioni tradizionali. Si parla di medicazione tradizionale quando la medicazione è primaria, cioè quella a diretto contatto con una lesione, ha la funzione di protezione, emostasi, copertura della ferita, assorbimento dell'essudato (garze imbevute o meno di sol. Saline e/o di sol. antisettiche o impregnate di creme contenenti).

La medicazione avanzata, invece è caratterizzata da materiale di copertura con caratteristiche di biocompatibilità, cioè l'interazione della medicazione con il tessuto che origina una risposta specifica. Tra le principali peculiarità delle medicazioni avanzate possiamo ricordare le seguenti:

5. mantengono un microambiente umido per promuovere il processo della riparazione tissutale;
6. rimuovono essudati e ambiente necrotico;
7. mantengono una temperatura costante e la permeabilità all'ossigeno;
8. proteggono da infezioni esogene;
9. sono maneggevoli e atraumatiche alla rimozione, oltre che di basso costo.

Tra queste ne possiamo ricordare 4 categorie:

- **Idrocolloidi e schiume di poliuretano** che assorbono e trattengono i fluidi;
- **Granuli alginati e idrofibre** che assorbono solamente;
- **Film di poliuretano** che mantengono l'ulcera in ambiente umido;
- **Idrogel** che cedono i liquidi.

IDROCOLLOIDI

- Descrizione: è una medicazione composta da gelatina, pectina, CMC.
- Indicazioni: utilizzata come medicazione primaria che come medicazione secondaria per: essudazione media ulcere con tessuto necrotico da rimuovere (autolisi)
- Vantaggi: è conformabile, assorbente, impermeabile verso contaminanti esterni, promuove il debridement autolitico può essere associata a bendaggio elastocompressivo.
- Precauzioni: si può arricciare ai lati (inconveniente superabile fissando la placca con una pellicola trasparente); può emanare cattivo odore dovuto alla liberazione di tessuto necrotico.
- Modalità d'uso: viene sostituita con una media che varia da 3 a 7 giorni sostituzioni giornaliere non si giustificano in termini costo/ beneficio.

SCHIUME DI POLIURETANO

- Descrizione: è una medicazione assorbente, quindi indicata nelle lesioni moderatamente e altamente essudanti.
- Indicazioni: lesioni a spessore parziale o totale (sono antiaderenti) possono essere usate anche sotto compressione.
- Vantaggi: semplicità d'uso, utile in combinazione con bendaggio elastocompressivo.
- Precauzioni: controindicata su lesioni non essudanti, con fondo secco evitare l'utilizzo con ossidanti (ipoclorito e H₂O₂).
- Modalità d'uso: nelle lesioni cavitari il riempimento deve avvenire per circa la metà in quanto la schiuma assorbendo l'essudato si espande fino a riempire la cavità.

IDROGEL

- Descrizione: gel amorfo a base di acqua (fino al 70%), e glicerina si liquefa diminuendo di viscosità durante l'assorbimento dell'essudato.
- Indicazioni: lesioni necrotiche, escara, fibrina lesioni infette associata a medicazioni secondarie.
- Vantaggi: capacità idratante promuove il debridement autolitico effetto anestetico.
- Precauzioni: controindicati nelle lesioni con intensa essudazione.
- Modalità d'uso: applicare su lesioni cavitari mantenendolo in sede con medicazione secondaria. Agisce per 72 ore, se presente macerazione perilesionale utilizzare meno prodotto.

COLLAGENASI

- Descrizione: contiene l'enzima collagenolitico clostridiopeptidasi A e proteasi.
- Indicazioni: promuove lo sbrigliamento del tessuto necrotico esteso in ambiente umido (sol. fisiologica).
- Vantaggi: stimola la formazione di tessuto di granulazione (adatto al trattamento domiciliare).
- Precauzioni: azione limitata nel tempo richiede medicazioni quotidiane e l'utilizzo di una medicazione secondaria.
- Modalità d'uso: inattivato dai comuni antisettici a base di iodio e met. pesanti/detergenti/pomate antibiotiche (tetracicline).

PELLICOLE TTRASPARENTI

- Descrizione: sono sottili membrane trasparenti di polietilene e poliuretano semimpermeabili.
- Indicazioni: protezione preventiva di sedi ad alto rischio e soggette a frizione ulcere con essudazione minima utili come medicazione secondaria.
- Vantaggi: trasparente, permette d'ispezionare la lesione.
- Precauzioni: sconsigliata su lesioni con essudato medio/intenso, in presenza di tessuto perilesionale fragile.
- Modalità d'uso: può essere lasciata in sede fino a 7 giorni.

IDROFIBRE

- Descrizione: medicazione in TNT composto da soffici fibre idrocolloidalì CMC Na che tendono a gelificare dopo l'assorbimento dell'essudato che viene trattenuto senza propagazione.
- Indicazioni: ulcere con essudazione medio/alta lesioni contaminate od infette e cavarie.
- Vantaggi: alta capacità assorbente non adesione alla lesione con rimozione integra della medicazione.
- Precauzioni: controindicata su lesioni secche e necrotiche.
- Modalità d'uso: applicare senza stipare; possono richiedere medicazione.

ALGINATI

- Descrizione: medicazione a base di sali di Ca e di Na dell'acido alginico (alga bruna). Gli ioni Ca⁺ sostituiscono gli ioni Na⁺ nell'essudato.
- Indicazioni: ulcere con essudazione medio/alta e cavarie lesioni contaminate od infette.
- Vantaggi: alta capacità assorbente ed emostatica forma un gel all'interno della lesione che mantiene un ambiente umido.
- Precauzioni: controindicata su lesioni secche e necrotiche.
- Modalità d'uso: applicare senza stipare nelle lesioni cavarie

1.4. Complicanze più comuni

Le Lesioni da Pressione sono ancora oggi, un argomento molto attuale e un problema rilevante di assistenza sanitaria, che oltre ad impattare negativamente sulla qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari, richiede un notevole impegno gestionale in termini di risorse umane, materiali, tecnologiche ed economiche. Basti pensare che una delle complicanze più comuni, associate alle LdP sono le infezioni, che rallentano la guarigione delle piaghe superficiali e che possono risultare potenzialmente letali per quelle più profonde. Tra le complicanze delle LdP troviamo:

- Cellulite, si ha quando un'infezione si diffonde dal sito della piaga a uno strato di pelle più profondo, questo tipo di infezione causa dolore e arrossamento, nonché gonfiore. È necessario un trattamento a base di antibiotici; in quanto se non trattata, l'infezione rischia di diffondersi a vari distretti come a livello:
 - o Del torrente ematico, definita con il nome di SEPSI (Sindrome da Risposta Infiammatoria Sistemica); che si ha quando un soggetto immunodepresso, ha una lesione da pressione infetta e l'infezione da locale diventa sistemica. Una volta raggiunto il torrente ematico l'infezione può diffondersi al cervello, dando esito a una meningite, o al cuore, sviluppando così un'endocardite o anche, nei casi più estremi, possono esitare nel decesso dell'assistito.
 - o Alle ossa, definita osteomielite.
 - o Alle articolazioni chiamata artrite settica.
 - o Può svilupparsi una fascite necrotizzante o chiamato anche "batteri mangia-carne"; è una grave infezione della pelle che causa una rapida morte tissutale. Può succedere quando una piaga da decubito si infetta con un tipo particolare di batteri, come gli streptococchi gruppo A.
 - o Gangrena gassosa; si tratta di un'infezione rara ma grave, dovuta ad un batterio particolare, il Clostridium. Questo batterio prolifera in ambienti in cui l'ossigeno manca o scarseggia, esso produce un gas che rilascia una tossina pericolosa; i sintomi della gangrena gassosa sono un dolore molto intenso e un rapido gonfiore della pelle.

Una qualsiasi di queste complicanze, non solo implica l'aumento del tempo di degenza, ma anche i costi; in quanto a livello economico avremo l'impiego di più risorse e prestazioni più costose, per permettere all'assistito una guarigione ottimale.

1.5. Obiettivo

È quello di avvalersi dell'utilizzo delle Banche Dati per ricercare le migliori e più aggiornate evidenze scientifiche riguardanti l'assistenza e la prevenzione per il trattamento delle lesioni da pressione. Lo scopo è quindi quello di sviluppare una guida che sensibilizzi e informi in primis l'assistito e i familiari/care giver, così da eseguire una corretta educazione e prevenzione delle LdP.

CAPITOLO 2

2. Materiali e metodi

Per la selezione della letteratura si è utilizzato il metodo PICO e quesiti di ricerca riferiti a indicazioni per la prevenzione e l'assistenza generale delle lesioni da pressione. La ricerca è stata effettuata prendendo in considerazione gli ultimi 8 anni e sono state individuate 10 pubblicazioni rilevanti per rispondere ai quesiti clinici posti.

Le parole chiave utilizzate sono

PICO acronimo di Problema, Intervento, Comparazione in questo caso non impiegato e Obiettivo.

P: paziente con lesione da pressione in regime territoriale

I: prevenzione ed educazione nella gestione delle lesioni da pressione

C: confronto tra metodi in uso nella realtà della provincia e le raccomandazioni ufficiali

O: gestione domiciliare del pz con LdP quanto più inerente alla letteratura

CAPITOLO 3

3. Risultati di ricerca

È stata eseguita una revisione della letteratura, consultando

N°	BANCA DATI	TERMINI MeSH	LIMITI	N.	CRITERI DI SELEZIONE
1	PubMed	(((incontinenceassociated) AND (Interventions)) AND (preventing)) AND (treating)	-Review -Human -Published in last 10 years	2	Free full text Full text
2	PubMed	(((Pressure Ulcer AND epidemiology) OR (Pressure Ulcer AND prevention and control)) AND (Incidence)) AND (Risk assessment AND methods)	-Humans -Published in last 10 years -Adult - Review	5	Free full text Full text
3	PubMed	((Risk Factors) AND (Incontinence-Associated Dermatitis)) AND (Pressure Ulcer)	-Human -Published in last 5 years	7	Free full text Full text
4	PubMed	((Nutritional interventions) AND (pressure ulcers)) AND (preventing)	-Review -Human -Published in last 10 years	16	Free full text Full text
5	PubMed	(((pressure ulcer) AND (prevention)) AND (Support)) AND (surfaces)	-Review -Human -Published in	9	Free full text Full text

			last 10 years -Adult - Books and Documents		
6	PubMed	((pressure ulcers) AND (prevention)) AND (tools) AND (Risk assessment)	-Humans -Published in last 10 years -Meta-analysis	4	Free full text Full text
7	PubMed	((pressure ulcers) AND (Dressings)) AND (topical) AND (preventing)	-Meta-Analysis -Human -Published in last 10 years	5	Free full text Full text
8	PubMed	((nutrition) AND (pressure injury)) AND (prevention) AND (guideline)	-Review -Human -Published in last 5 years	7	Free full text Full text
9	PubMed	((Pressure Ulcers) AND (Primary and Secondary Care)) AND (Prevention) AND (Management) AND (guideline)	-Humans -Published in last 5 years	4	Free full text Full text
10	PubMed	((Pressure Ulcers) AND (Primary and Secondary Care)) AND (Prevention) AND (Management)	-Review -Published in last 10 years -Books and Documents	4	Free full text Full text
11	PubMed	("Nutritional Status"[Mesh] OR "Nutritional	-Review -Human -Published in	4	Free full text Full text

		Sciences"[Mesh] OR "Nutrition Therapy"[Mesh] OR "Nutrition Assessment"[Mesh]) AND (Pressure Ulcer)) AND (Management)	last 5 years		
--	--	--	--------------	--	--

Dagli articoli consultati si ricavano le seguenti raccomandazioni:

TIPO ARTICOLO	Autori	Titolo, Rivista, anno di pubblicazione	Raccomandazione
Review	Katherine E Rae, Stephen Isbel, Dominic Upton	<i>Support surfaces for the treatment and prevention of pressure ulcers: a systematic literature review</i> Journal of Wound Care. 2018 Aug 2;27(8):467- 474. doi: 10.12968/jowc.2018.27.8. 467.	L'utilizzo dei materassi antidecubito MAD di varia tipologia in ambito domiciliare non ha riferimenti in letteratura per quanto riguarda efficacia ed efficienza: sono necessarie ulteriori ricerche per indagare l'uso delle superfici di appoggio come i MAD in ambito domiciliare con una metodologia appropriata volta a minimizzare i limiti descritti nella letteratura esistente.
Review	Josefa Patricia Moreno- Pina, Miguel	Analysis of risk assessment scales for pressure ulcer	Allo stato attuale, e sulla base dei risultati di questa revisione, la scala di rischio di sviluppo lesioni

	Richart-Martínez, Josef Adolf Guirao-Goris, Gonzalo Duarte-Climents	Enferm Clin. Jul-Aug 2007;17(4):186-97. doi: 10.1016/s1130- 8621(07)71795-3.	da pressione che ha mostrato la maggiore validità e affidabilità è la scala Braden-Bergstrom
Studio descrittivo, cross - sectional	M P Marco Martínez 1, J M Abad Díez	Domiciliary nursing care in a special emergency service: characteristics of the population attended Atencion Primaria. 2000 Mar 15;25(4):248-52.	Il profilo generale delle pazienti domiciliari che hanno richiesto l'assistenza infermieristica domiciliare programmata per 5 domeniche consecutive di ogni trimestre del 1998 è quello delle donne con un'età media di 74,27 (+/- 12,77), a cui vengono somministrati farmaci anticoagulanti o che ricevono cure per lesioni da decubito. Queste richiedono cure infermieristiche di base per migliorare la loro qualità di vita e soddisfazione.

CAPITOLO 4

4. Conclusioni

L'obiettivo di questo elaborato era di sensibilizzare ed educare gli assistiti o i familiari/care-giver se il soggetto non è autosufficiente, alla tematica, alla prevenzione e riconoscimento delle lesioni da pressione. La sfida è di bilanciare le migliori pratiche di prevenzione e gestione delle ferite, stimolando al contempo, il coinvolgimento attivo degli assistiti a rischio di sviluppo lesioni da pressione o care-giver che se ne prendono cura, invitandoli a un riconoscimento precoce e suggerendo tecniche e presidi che ne favoriscono la prevenzione. In quanto la salute è un punto di equilibrio, che ogni persona possiede o non possiede, che fa sentire la persona bene con sé stessa e il mondo che la circonda. Lo squilibrio può essere determinato da un fattore oggettivo come la malattia biologica, ma può essere determinato anche da fattori psicologici come le forme di ipocondria, o psicosociali.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) la salute è definita come "*stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia*"

L'operatore sanitario, quindi è colui che dovrebbe adoperarsi, per formarsi, e sviluppare un metodo che prevede l'acquisizione di strategie per:

1. Lo sviluppo della capacità d'informazione, che favorisce le conoscenze/competenze e trasformarsi in apprendimenti;
2. Sapere rivolgersi all'assistito/famiglia/comunità così da poterli addestrare alla prevenzione;
3. Acquisire delle strategie di counseling motivazionale breve;
4. Sviluppare strategie di valutazione degli apprendimenti, per verificare se i metodi espliciti sono realmente applicati.

La corretta movimentazione dell'assistito ha un ruolo fondamentale nella prevenzione delle lesioni da pressione, sul piano orizzontale; il corretto posizionamento al letto di degenza è altrettanto importante. Il programma di posizionamenti deve essere personalizzato e rispettoso delle seguenti indicazioni:

- evitare la postura che poggi sulla zona interessata dalla lesione al fine di promuovere la rivascolarizzazione;
- adottare uno o più ausili che assicurino uno scarico della pressione sulla cute rispetto al piano d'appoggio;
- per sollevare il paziente dal piano d'appoggio utilizzare sempre accorgimenti per evitare frizioni o sfregamenti, come l'utilizzo del lenzuolo sottostante per sollevare l'assistito;
- il paziente in decubito laterale non deve superare l'inclinazione di 45°;
- in posizione supina adottare ausili in grado di assicurare che i talloni siano sollevati dal piano d'appoggio, quindi porre sempre un cuscino sotto il cavo popliteo;
- utilizzare archetti alzacoperte;
- impostare un adeguato programma di fisioterapia.

È raccomandato l'utilizzo di materassi antidecubito come:

- materasso antidecubito in memory
- materasso in fibra cava di silicone
- materasso ad acqua
- materasso ad aria a pressione alternata
- materasso ventilato in espanso
- materasso ad aria a pressione alternata
- materasso a fluttuazione

Molto importante è la cura della cute, mantenendo asciutti i punti e l'igiene personale, in caso di paziente allettato e non capace di cura personale bisogna detergere la cute con detergenti a PH acido diluiti in acqua tiepida evitando sfregamenti eccessivi. In caso d'incontinenza è molto importante effettuare la detersione più volte al giorno solo se necessario, al fine di proteggere il film idrolipidico.

Applicare sulla cute creme per il corpo ad azione idratante e nutriente in grado di ripristinare le difese e l'idratazione cutanee. La crema va applicata ogni volta che si

procede alla detersione. La scelta della crema è condizionata dal tipo di cute del soggetto:

- cute normale: creme idratanti per il corpo;
- cute secca: creme nutrienti per pelli secche od olio per il corpo (olio d'oliva, di mandorle).

In caso di incontinenza urinaria o fecale proteggere la cute dall'aggressione dei liquidi organici mediante l'applicazione di prodotti barriera quali:

- creme all'ossido di zinco;
- medicazioni idrocolloidali a spessore sottile.

Sono assolutamente da evitare: frizioni con colonie alcoliche o alcool saponoso in quanto seccano lo strato corneo rendendo la cute maggiormente vulnerabile alle aggressioni chimiche e meccaniche.

Per quanto riguarda l'assistenza infermieristica territoriale, bisognerebbe in primo luogo implementare le conoscenze degli infermieri riguardo questo determinato argomento, così che in un secondo momento l'infermiere ben formato, quando prenderà in carico l'assistito e si relazionerà con il care-giver potrà educarlo correttamente alla prevenzione delle lesioni da pressione. Sorgerebbe quindi anche la necessità di sviluppare un protocollo, da lasciare a tutti i soggetti risultati a rischio sviluppo lesioni da pressione e ai loro care-giver, allo scopo di consultarlo qualora i familiari o l'assistito stesso abbia bisogno di una rapida revisione e un rapido feedback.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- <https://www.epuap.org/pu-guidelines/>
- <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=1300&lingua=italiano&menu=leaEssn>
- <https://www.infermieritalia.com/2017/06/03/le-medicazioni-avanzate-le-ldp/>

[1] Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. Beeckman D. 2016, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 11. PMID: 27841440 PMCID: PMC6464993 DOI: 10.1002/14651858.CD011627.pub2

[2] Repositioning for pressure ulcer prevention in adults (Review) Monitoring Editor: Cochrane Wounds Group, Brigid M Gillespie, Rachel M Walker, Sharon L Latimer, Lukman Thalib, Jennifer A Whitty, Elizabeth McInnes, and Wendy P Chaboyer. 2020 Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No. PMID: 32484259 PMCID: PMC7265629 DOI: 10.1002/14651858.CD009958.pub3

[3] Examining Prevalence and Risk Factors of Incontinence-Associated Dermatitis Using the International Pressure Ulcer Prevalence Survey 2019 Susan A Kayser¹, LeeAnn Phipps, Catherine A VanGilder, Charlie Lachenbruch Affiliations expand PMID: 31276451 PMCID: PMC6716554 DOI:10.1097/WON.0000000000000548

[4] Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. Langer G, Fink A. 2014 Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 6 PMID: 24919719 DOI: 10.1002/14651858.CD003216.pub2

[5] Support surfaces for pressure ulcer prevention (Review) McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SEM, Dumville JC, Middleton V, Cullum N. 2015 Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 9. Art. No. PMID: 26333288 PMCID: PMC7075275 DOI: 10.1002/14651858.CD001735.pub5

[6] Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers(Review) Moore ZEH, Patton D 2019. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No. PMID: 30702158 PMCID: PMC6354222 DOI: 10.1002/14651858.CD006471.pub4

[7] Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers (Review). Moore ZEH, Webster J 2018 Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library, Issue 8 PMID: 23955535 DOI: 10.1002/14651858.CD009362.pub2

[8] The Role of Nutrition for Pressure Injury Prevention and Healing: The 2019 International Clinical Practice Guideline Recommendations

Nancy Munoz, Mary Ellen Posthauer, Emanuele Cereda, Jos M G A Schols, Emily Haesler PMID: 32058438 DOI: 10.1097/01.ASW.0000653144.90739.ad

[9] Prevention and Treatment of Pressure Ulcers / Injuries: Quick Reference Guide 2019 Cambridge Media per conto del National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA)

[10] The Prevention and Management of Pressure Ulcers in Primary and Secondary Care Clinical Guideline 179. 2014 Commissioned by NICE PMID: 25340232 Bookshelf ID: NBK248068

[11] Posthauer ME et al. The Role of Nutrition for Pressure Ulcer Management: National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance White Paper.2015 Type of study: Guideline PMID: 25775201 DOI: 10.1097/01.ASW.0000461911.31139.62