



## **Sommario**

<b>Abstract</b> .....	pag.3
<b>Introduzione</b> .....	pag.4
1. 1.1 La lesione da pressione.....	pag.4
1.2 Eziologia.....	pag.7
1.3 Trattamento.....	pag.8
2. La prevenzione delle lesioni da pressione.....	pag.10
2.1 Valutazione infermieristica del rischio.....	pag.11
2.2 Valutazione infermieristica della cute.....	pag.14
2.3 Riposizionamento.....	pag.15
<b>Obiettivi</b> .....	pag.17
<b>Materiali e metodi</b> .....	pag.18
<b>Risultati</b> .....	pag.20
<b>Discussione</b> .....	pag.23
<b>Conclusione</b> .....	pag.31
<b>Bibliografia</b> .....	pag.32
<b>Sitografia</b> .....	pag.34
<b>Ringraziamenti</b> .....	pag.36

## **Abstract**

La scelta di questo tema prende spunto dall'esperienza professionale svolta in questi anni durante il tirocinio clinico; si tratta di una condizione presente in tutti reparti, ma potenzialmente prevenibile.

## **Introduzione**

Questa sezione è divisa in due grandi capitoli: il primo definisce e stadia le lesioni, valutando le cause e il trattamento più opportuno; il secondo definisce la valutazione infermieristica del rischio e della cute del paziente, e la prevenzione.

## **Obiettivi**

L'obiettivo è comprendere la mobilizzazione come la terapia preventiva e terapeutica migliore e più economica.

## **Materiali e metodi**

È una revisione della letteratura strutturata in capitoli che approfondiscono i diversi argomenti. È stata consultata letteratura scientifica e letteratura grigia.

## **Risultati**

In questa sezione è stata costruita una tabella che va a riportare le raccomandazioni inerenti alla mobilizzazione in pazienti a rischio di sviluppare lesioni da pressione.

## **Discussione**

Dal confronto dei risultati si evince che bisogna mobilizzare frequentemente il paziente: almeno ogni 2 ore alternando la posizione supina e la posizione laterale a 30° su materassi a riduzione di pressione, con l'ausilio di presidi per evitare di frizionare la cute durante gli spostamenti. Questo spesso non viene fatto facendo sì che le lesioni ormai avanzate richiedano una grande spesa in termini economici.

## **Conclusione**

In conclusione, la mobilizzazione è la terapia preventiva e terapeutica migliore: più economica e salutare.

## **Introduzione**

Con questo lavoro ho intenzione di dimostrare l'importanza della mobilitazione per prevenire la formazione e la degenerazione di lesioni da pressione, una situazione clinica che può provocare nel paziente dolore, paura, ansia e isolamento sociale.

La lesione da pressione è una situazione clinica dovuta all'occlusione meccanica dei vasi sanguigni a causa della pressione prolungata che si va ad esercitare, per questo in genere sono localizzate sulle prominenze ossee; questo porta ad un'ipossia tissutale con possibile evoluzione necrotica se non trattata subito. Alcune persone sono in grado di percepire la sensazione di dolore, andando così a correggere la loro posizione alternano le pressioni di appoggio, senza uno sforzo cosciente. Altre persone invece, a causa in genere di patologie croniche invalidanti, non ne sono in grado: questi sono i soggetti a rischio insieme alle persone di età avanzata, la cui cute risulta essere più fragile. Una delle tecniche preventive più utilizzate ed efficaci nei contesti di cura è la mobilitazione frequente del paziente, che però richiede tempo e risorse da parte dell'equipe curante.

### 1.1 La lesione da pressione

Con “lesione da pressione” (d'ora in poi LdP), secondo la definizione dell'European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), “s'intende una lesione localizzata alla cute e/o al tessuto sottostante in prossimità di una prominente ossea, come risultato della pressione o della pressione in combinazione con le forze di taglio”<sup>[1]</sup>.

La National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), un'organizzazione professionale indipendente no-profit che si occupa della prevenzione e del trattamento di LdP, raccomanda di definire le ferite croniche se lievi come “lesioni da pressione, al posto di ulcere da pressione, perché gradi minori di danno cutaneo dovuto alla pressione possono non essere associati all'ulcerazione cutanea”<sup>[2]</sup>.

La compressione del tessuto molle tra una prominente ossea e una superficie esterna porta a un'occlusione dei vasi sanguigni e quindi ad un'ipossia tissutale. La cute si

presenta subito intatta, con un rossore differibile dalla zona circostante, non sbiancante alla digitopressione. L'area può essere dolorosa, solida, morbida, più calda o più fredda rispetto al tessuto adiacente. Questo primo stadio viene definito eritema non sbiancabile (categoria 1). Questa categoria può essere difficile da rilevare nei soggetti con tonalità di pelle più scura. Se non trattata, si avrà la perdita di spessore parziale del derma che può presentarsi come una vescica intatta o aperta/rotta piena di siero, in questo caso parliamo di ulcera aperta superficiale (categoria 2) con letto della ferita rosso rosa, senza tessuto devitalizzato (slough) o ecchimosi; da non confondere con lacerazioni cutanee, ustioni, dermatiti perineali, macerazione o escoriazioni. Quando "la perdita del tessuto è totale" (categoria 3) è visibile il grasso sottocutaneo e può presentare slough, sottominature e tunnelizzazioni. La profondità, in questo caso, varia in base alla posizione anatomica: il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e le ulcere di questa categoria possono essere poco profonde. In contrasto, nelle aree di significata adiposità si possono sviluppare ulcere da pressione estremamente profonde. La perdita di tessuto a spessore totale con esposizione ossea, tendinea o muscolare (categoria 4) presenta slough o escara, che, in casi estremi, rendono impossibile stabilire la stadiazione dato che ricoprono completamente il letto della ferita. Per questo il debridement, secondo la revisione dell'EWMA, rappresenta una necessità basilica per indurre il processo funzionale della riparazione tessutale, condizione che lo rende un intervento medico cruciale nella gestione delle ferite acute e croniche non-healing<sup>[3]</sup> fatta eccezione per l'escara stabile (asciutta, aderente, intatta, senza eritema o fluttanza) sui talloni serve come copertura naturale (biologica) del corpo e, secondo le raccomandazioni dell'EPUAP, non deve essere rimossa<sup>[1]</sup>. Un altro caso in cui la stadiazione può risultare difficoltosa si presenta come un'area localizzata di colore viola o marrone di cute intatta scolorita o flittene pieno di sangue, dovuta al danno sottostante dei tessuti molli causato dalla pressione e/o dalle forze di taglio. L'area può essere preceduta dalla presenza di tessuto doloro, solido, pastoso, melmoso, più caldo o più freddo rispetto al tessuto adiacente, che può evolvere rapidamente in una vescica su letto di ferita scuro, coprendosi con un'escara sottile. Anche questa categoria è più difficile da individuare nei soggetti con tonalità di pelle più scura<sup>[1]</sup>.

Stadio	Descrizione
I	Eritema della cute integra che non scompare alla digitopressione di solito localizzata in corrispondenza di prominenza ossea
II	Parziale perdita di sostanza che interessa l'epidermide, il derma o entrambi
III	Perdita di sostanza a tutto spessore che si estende sino al sottocute senza però oltrepassarlo; la lesione si presenta clinicamente sottoforma di profonda cavità associata o meno a tessuto adiacente sotto minato
IV	Lesione a tutto spessore che si estende sino al muscolo e/o osso con possibile coinvolgimento delle strutture di supporto
Lesioni non stadiabili	Perdita di tessuto a tutto spessore in cui l'effettiva profondità dell'ulcera è completamente nascosta da slough di colorito variabile e/o escara presenti sul letto della lesione. Fino a quando lo slough e/o l'escara non vengono rimossi in modo tale da esporre la base dell'ulcera, non è possibile determinare la reale profondità. Un'escara stabile (secca, adesa, integra, senza eritema o fluttuazione) localizzata sui talloni ha la funzione di "naturale (biologica) copertura del corpo" e non dovrebbe essere rimossa
Sospetto danno dei tessuti profondi	Area localizzata di color porpora o marrone-rossastro di cute integra, oppure vescica a contenuto ematico, secondaria al danno dei tessuti molli sottostanti dovuto a pressione e/o forze di stiramento. L'area potrebbe essere preceduta da tessuto che appare dolente, duro, molliccio, cedevole, più caldo o più freddo rispetto al tessuto adiacente. Il danno dei tessuti profondi potrebbe essere difficile da individuare nelle persone di pelle scura. L'evoluzione potrebbe includere una sottile vescica su un letto di lesione di colore scuro. La lesione potrebbe evolvere ulteriormente ricoprendosi con un'escara sottile. L'evoluzione potrebbe esporre in tempi rapidi ulteriori strati di tessuto anche applicando un trattamento ottimale

Tabella 1, Classificazione delle LdP secondo l'NPUAP<sup>[4]</sup>.

La loro comparsa può rallentare i tempi fisiologici di recupero e comportare complicanze di natura infettiva, nonché determinare la comparsa di dolore e prolungare la degenza ospedaliera. Inoltre, la revisione scientifica "Epidemiologia delle piaghe da decubito" di R. Barnabei, sottolinea come "la presenza di ulcere da pressione è riconosciuta come fattore prognostico sfavorevole che si associa ad aumento della morbilità e della mortalità"<sup>[4]</sup>. Una revisione della letteratura del 2021 pubblicata nel sito scientifico "Manuale MSD", una multinazionale americana leader del settore farmaceutico, conosciuta in America e in Canada col nome di "Merck & Co.", riporta 24 400 morti a livello globale nel 2019 a causa delle LdP<sup>[5]</sup>.

Sono disponibili diverse scale di valutazione della guarigione che i professionisti utilizzano per valutare l'efficacia del trattamento, tra queste scale ricordiamo la scala Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), concepita come un'integrazione del sistema di stadiazione NPIAP.

Sempre secondo il sito scientifico MSD, "l'esame colturale di routine non è raccomandato perché tutte le lesioni da pressione sono fortemente colonizzate da batteri"<sup>[3]</sup>.

Per questo, oltre all'utilizzo di scale di valutazione, si consiglia sia di fare fotografie, sempre a scopo di valutare la guarigione e quindi l'efficacia del trattamento, sia una valutazione nutrizionale, in particolare in quei pazienti che presentano lesioni da pressione allo stadio 3 o 4. Gli esami raccomandati nel MDS includono: l'ematocrito, la transferrina, la pre-albumina, l'albumina e la conta linfocitaria totale e dei CD4+[5].

Quando le lesioni tendono a non guarire, diventando così ferite croniche, occorre valutare l'efficacia del trattamento osservando la dolorabilità, la presenza di eritema della cute circostante, di essudato e di odore sgradevole, che generalmente suggeriscono la presenza di un'infezione. Secondo il MDS, la presenza di febbre e leucocitosi devono indurre il sospetto di cellulite, batteriemie o osteomielite sottostante[5].

La prognosi delle LdP allo stadio iniziale è eccellente se si attua un trattamento tempestivo appropriato[5].

Secondo i dati raccolti dal MSD Manuals “dopo 6 mesi di trattamento, >70% delle LdP di stadio 2, il 50% delle LdP di stadio 3 e il 30% delle LdP di stadio 4 si risolve”[5].

## 1.2 Eziologia

La causa dell'insorgenza delle LdP è dovuta alla pressione esercitata sulla cute e sui tessuti sottocutanei. Sono diversi i fattori predisponenti o indirettamente responsabili che vengono distinti in fattori di rischio estrinseci e fattori di rischio intrinseci.

- a. I fattori di rischio estrinseci sono rappresentati dalla pressione, dalla forza da taglio, dalla frizione e dalla macerazione della cute dovuta a un aumento della temperatura e dell'umidità dell'area.

Nel Saiani Brugnolli del 2013, la pressione viene definita come la quantità di forza che si applica perpendicolarmente a una superficie rispetto all'area di contatto: quindi minore è la dimensione di contatto, maggiore sarà la pressione[6]. Secondo il MSD, “le pressioni che superano la normale pressione capillare (il range è compreso tra i 12 e 32 mmHg) determinano una ridotta ossigenazione e compromettono la microcircolazione del tessuto interessato. Se la pressione non viene alleviata, si può sviluppare una lesione da pressione in 3-

4 ore”<sup>[5]</sup>. Questa situazione si verifica sulle prominenze osse: sulla regione sacrale, sulle tuberosità ischiatiche, sui trocanteri, sui malleoli e sui talloni.

Nel Saiani Brugnolli del 2013, “la forza da taglio è il risultato di una forza parallela o tangenziale alla superficie con base immobile”<sup>[6]</sup>. Ad esempio, quando un paziente viene posto su un piano inclinato, si vanno a sollecitare e danneggiare i tessuti di supporto, così, i muscoli e i tessuti sottocutanei sono attirati verso il basso dalla gravità in opposizione ai tessuti più superficiali che restano in contatto con le superfici esterne.

Nel Saiani Brugnolli del 2013, si definisce “la frizione come quella forza che si crea tra due superfici che hanno movimenti opposti”<sup>[6]</sup>, come lo sfregamento contro indumenti o biancheria da letto.

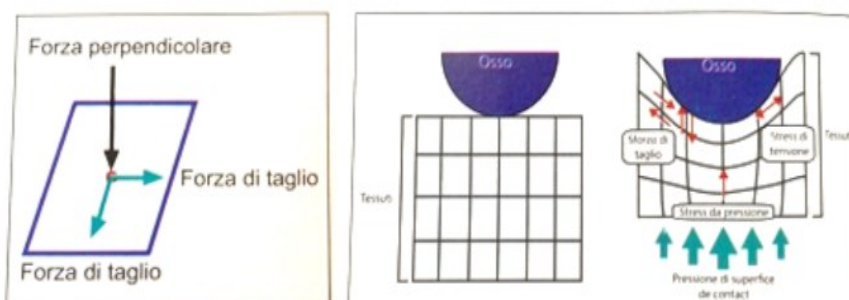


Figura 1, Forze perpendicolari e di taglio<sup>[8]</sup>.

- b. I fattori di rischio intrinseci, secondo l’EPUAP, sono: l’immobilità, la vecchiaia, il declino cognitivo, le variabili ematologiche, l’aumento della temperatura, con conseguente umidità, e lo stato generale di salute<sup>[1]</sup>, tutti fattori inerti al paziente, ma che causano scarsa perfusione tissutale, ridotta percezione sensoriale e insufficiente introduzione di principi nutritivi.

### 1.3 Trattamento

I punti cardine della modalità d’intervento sono rappresentati da:

- Valutazione dei fabbisogni nutrizionali e della comorbilità



Il trattamento delle patologie di base e la correzione di deficit nutrizionali, sono fondamentali per garantire la guarigione fisiologica dell'organismo. In casi di alterazioni ematologiche, come l'anemia, e di stati di alterata idratazione e apporto nutrizionale, le LdP tendono a non guarire nonostante l'utilizzo di trattamenti specialistici e avanzati, questo perché l'organismo non ha i mezzi per funzionare correttamente.

- Riduzione della pressione promuovendo la mobilizzazione

Come ricordato più volte nel corso dell'operato, le LdP sono causate, appunto, dalla pressione, per questo va educato il paziente ad alleviare la pressione muovendosi autonomamente se possibile, alternando la posizione supina al decubito laterale frequentemente durante l'arco della giornata. Se il paziente non è autonomo la mobilizzazione garantita pianificando gli interventi con l'equipe sanitaria.

- Rimozione del tessuto necrotico e di infezioni che rallentano la guarigione meccanicamente e biologicamente, come è stato approfondito in precedenza.
- Cura diretta della ferita con l'utilizzo di medicazioni semplici e avanzate

Per favorire e accelerare il processo di guarigione di una LdP grave, si deve ricorrere all'utilizzo di medicazioni avanzate, di dispositivi a pressione negativa e infine alla chirurgia.

Per ogni genere di ferita, è buona pratica la detersione con soluzione fisiologica a ogni cambio di medicazione al fine di rimuovere batteri e tessuto necrotico, questo va a rallentare il processo di guarigione essendo una fonte d'infezione e un impedimento meccanico al processo di riparazione tissutale.

La medicazione ideale è quella in grado di creare l'ambiente ottimale per il processo di riparazione della lesione, ovvero un ambiente umido, così come dimostrato da Winter che nel 1962 introdusse il concetto di "Moist Wound Healing"<sup>[7]</sup>.

Attualmente sono disponibili medicazioni chiamate avanzate come: idrocolloidi, alginati, idrogel, poliuretani, carboni, carbossimetilcellulosa sodica in fibra, film semipermeabili, poliacrilati, medicazioni multistrato a barriera antimicrobica all'argento, medicazioni con strato di contatto al silicone, medicazioni antisettiche, medicazioni non aderenti. Questi prodotti hanno al proprio interno elementi quali

argento, zinco, silicone, alginati e calcio in percentuale variabile, al fine di stimolare la rigenerazione del tessuto con cui entrano in contatto. Secondo la revisione di Barnabei R., “quando possibile, a parità di efficacia e di indicazione, la scelta della medicazione avanzata dovrebbe essere guidata da una migliore praticità di esecuzione in modo tale da rendere il paziente quanto più possibile in grado di gestirla autonomamente preservando in questo modo la propria autosufficienza”<sup>[4]</sup>.

- Terapia integrativa (VAC) o intervento chirurgico

Le LdP complicate da infezioni e fattori locali (edema perilesionale) o sistemici (anemia e diabete mellito) traggono beneficio dall'utilizzo di terapia complementare chiamata “Vacuum Assisted Closure” (VAC): si tratta di un apparecchio capace di applicare una pressione negativa di 25-250mmHg sull'ulcera mediante una spugna di poliuretano sterile in modo continuo ed intermittente. Si noterà una riduzione dell'edema e della carica batterica, una migliore perfusione e si noterà che i margini della lesione si riavvicinano così da favorire la riduzione dell'ulcera<sup>[4]</sup>. Bisogna tenere presente, come ricorda la revisione di Barnabei R., che questa metodica è controindicata in presenza di alterazioni della coagulazione ed in caso di ulcere neoplastiche<sup>[4]</sup>.

In casi in cui le LdP sono particolarmente severe e specialmente con esposizione delle strutture muscoloscheletriche, si può ricorrere a innesti cutanei o sostituti del derma di natura autologa ottenuti da fibroblasti del paziente stesso che vengono fatti proliferare in una matrice derivata dall'acido ialuronico<sup>[8]</sup>. La chirurgia può migliorare molto rapidamente la qualità della vita nei pazienti con LdP, senza dimenticare di attuare la giusta prevenzione per evitare la formazione di nuove.

## 2. La prevenzione delle lesioni da pressione

L'insorgenza di LdP è un evento potenzialmente evitabile durante la degenza ospedaliera e, per questo motivo, la sua prevenzione è di fondamentale importanza.

La prevenzione richiede di identificare i pazienti ad alto rischio, pianificando una scrupolosa cura della pelle e igiene e favorire la mobilitazione.

## 2.1 Valutazione infermieristica del rischio

Nella pratica infermieristica la valutazione della cute è effettuata spesso in maniera superficiale per la mancanza di tempo o per la poca collaborazione del paziente, anche se risulta essere un esame molto importante. Questa dovrebbe avvenire all'accertamento o entro le prime otto ore dall'ammissione: in questo modo è possibile valutare sin da subito il rischio di insorgenza di LdP o identificarne l'eventuale presenza, e mettere in atto metodiche per favorire la guarigione.

La valutazione avviene durante l'esame clinico di medici qualificati e con l'uso di scale di valutazione del rischio. Le più utilizzate sono la Scala Norton, la Braden Scale<sup>[5]</sup> e la Waterloo Score<sup>1</sup>. Bisogna ricordare che le scale devono essere un supporto al giudizio clinico, per individuare facilmente la presenza di elementi di vulnerabilità del paziente e avere a disposizione dati chiari e confrontabili per la trasmissione delle informazioni<sup>1</sup>. La scala Braden risulta essere la migliore per via della percentuale di correttezza di classificazione, come riportato nella tabella<sup>1</sup>.

Potere prognostico	<b>Norton</b>	<b>Waterlow</b>	<b>Braden</b>
Sensibilità	81%	95%	91%
Specificità	59%	44%	62%
Valore prognostico del test positivo	33%	29%	37%
Valore prognostico del test negativo	93%	97%	96%
Percentuale corretta	63%	54%	68%

Tabella 2, Valutazione del potere prognostico delle scale di Norton, Braden e Waterlow<sup>2</sup>.

<sup>1</sup><https://www.gcaresalute.com/2017/11/03/una-panoramica-sulle-ulcere-da-pressione-udp/>

<sup>2</sup>[https://www.slideshare.net/sweet\\_05/le-scale-di-valutazione-del-rischio-per-lesioni-da-decubito](https://www.slideshare.net/sweet_05/le-scale-di-valutazione-del-rischio-per-lesioni-da-decubito)

La scala Waterlow è quella con la specificità più alta (95%), ma non viene molto utilizzata a causa della bassa specificità (44%) e basso valore prognostico (29%)<sup>2</sup>.

<b>Weight/size relationship:</b> 0. Standard 1. Above standards 2. Obese 3. Below standards	<b>Skin type and visual aspect of risk areas:</b> 0. Healthy 1. Frail 1. Dry 2. Edematous 1. Cold and humid 2. Alterations in color 3. Wounded	<b>Sex/Age:</b> 1. Male 2. female 1. 14–49 years 2. 50–64 years 3. 65–74 years 4. 75–80 years 5. Over 81 years	<b>Special risks:</b> <b>Tissue malnutrition:</b> 8. Terminal/cachexia 5. Cardiac insufficiency 6. Peripheral vascular insufficiency 2. Anemia 1. Smoker
<b>Continenze:</b> 0. Complete, urine catheter 1. Occasional incontinence 2. Urine catheter/fecal incontinence 3. Double incontinence	<b>Mobility:</b> 0. Complete 1. Restless 2. Apathy 3. Restricted 4. Inert 5. On chair	<b>Appetite:</b> 0. Normal 1. Scarce/feeding tube 2. Liquid intravenous 3. Anorexia/Absolute diet	<b>Neurological deficit:</b> 5. Diabetes, paraplegic, ACV <b>Surgery:</b> 5. Orthopedic surgery below waist 5. Over 2 hours in surgery <b>Medication:</b> 4. Steroids, cytotoxics, anti-inflammatory drugs in elevated dosage

Scoring: Over 10 points: at risk. Over 16 points: high risk. Over 20 points: very high risk.

Tabella 3, Scala di Waterloo<sup>3</sup>.

La scala di Norton si colloca a metà strada tra le due avendo una sensibilità dell'81% e una specificità del 59%<sup>1</sup>. Questa è stata ideata dall'infermiera Dorine Norton (1922-2007) e considera i cinque indicatori seguenti nella valutazione del paziente: l'autonomia nella ADL, le considerazioni mentali, la deambulazione, l'incontinenza e la mobilità. Per ogni indicatore ci sono quattro variabili che rappresentano un punteggio da 1 a 4. Se il paziente ottiene un punteggio minore di 14 è a rischio di sviluppo di LdP<sup>[6]</sup>.

<sup>3</sup> [https://www.researchgate.net/figure/8-The-Waterlow-scale\\_tbl6\\_226393675](https://www.researchgate.net/figure/8-The-Waterlow-scale_tbl6_226393675)

Critério	Punteggio
Condizioni generali	4 = Buone 3 = Discrete 2 = Scadenti 1 = Pessime
Stato mentale	4 = Vigile 3 = Disorientato 2 = Confuso 1 = Stuporoso
Attività	4 = Deambulante 3 = Deambulante con ausilio 2 = Costretto su sedia a rotelle 1 = Allettato
Mobilità	4 = Completa 3 = Leggermente compromessa 2 = Molto limitata 1 = Immobile
Incontinenza	4 = Assente 3 = Saltuaria 2 = Abitualmente/Urina 1 = Doppia

Tabella 4, Scala di Norton per valutare il rischio di LdP<sup>[5]</sup>.

La scala di Braden<sup>4</sup> possiede la specificità più elevata (62%), associata a una sensibilità del 91% e ad un valore prognostico del 37%<sup>2</sup>. Questa valuta sei indicatori: la percezione sensoriale, esposizione della cute all'umidità, il grado di attività fisica, la mobilità, l'alimentazione, la frizione e lo strofinamento. Anche in questo caso ogni indicatore ha un punteggio che va da 1 a 4 il paziente che ottiene un punteggio inferiore a 18 è considerato a rischio di sviluppo di LdP. Viene utilizzata specificatamente in soggetti anziani fisicamente e cognitivamente compromessi.

<sup>4</sup> <https://blog.ausilium.it/rischio-decubito-scala-di-braden/>

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>PERCEZIONE SENSORIALE</b>	Totalmente limitata	Molto limitata	Leggermente limitata	Nessuna limitazione
<b>UMIDITA'</b>	Pelle costantemente umida	Molto umida	Occasionalmente umida	Raramente umida
<b>ATTIVITA'</b>	Allettamento	Poltrona	Cammina occasionalmente	Cammina di frequente
<b>MOBILITA'</b>	Assente paziente immobile	Molto limitata	Parzialmente limitata	Nessun limiti
<b>NUTRIZIONE</b>	Molto povera	Probabilmente inadeguata	Adeguata	Eccellente
<b>FRIZIONE E SCIVOLAMENTO</b>	Problema	Problema potenziale	Senza problemi apparenti	

Tabella 5, Scala di Braden per valutare il rischio di LdP<sup>4</sup>.

Anche se l'utilizzo di queste scale rientra nelle cure standard, non è dimostrato che riducano il numero di lesioni da pressione o rispetto alla sola valutazione clinica<sup>[5]</sup>. Tuttavia, si raccomanda di utilizzare una scala di valutazione del rischio in associazione alla valutazione clinica specializzata<sup>[5]</sup>.

## 2.2 Valutazione infermieristica della cute

Una buona valutazione precoce della cute, con particolare attenzione alle aree più vulnerabili, è necessaria per potersi accorgere preventivamente di eventuali differenze di consistenza del tessuto rispetto alle aree circostanti: nelle strutture sanitarie questo riduce l'incidenza di LdP fino al 60%<sup>1</sup>. La valutazione dovrebbe inoltre, tener conto di qualsiasi dolore o disagio riferito dal paziente<sup>1</sup>.

Bisogna considerare l'uso di una barriera di protezione (crema o gel) per prevenire danni alla pelle causati da dermatiti o da incontinenza urinaria, e prevedere l'utilizzo di una superficie antidecubito, per ottenere una adeguata redistribuzione della pressione di appoggio. Le linee guida dell'AHRQ (2006) raccomandano l'utilizzo di prodotti in poliureano alti almeno 10cm (se sovramatерasso), 16 o 20 cm (nel caso dei materassi), in modo da aumentare la superficie di appoggio e ridurre il carico tessutale per ogni cm<sup>2</sup> (Bellingieri A. 2013)<sup>1</sup>

### 2.3 Riposizionamento

In generale, la letteratura indica nel trattamento e nella prevenzione dalle LdP, oltre alle protezioni per la cute e superfici d'appoggio più morbide, di incoraggiare i pazienti a cambiare frequentemente la loro posizione, almeno ogni 2 ore. Laddove il paziente non fosse in grado di agire autonomamente, è necessario offrire loro aiuto grazie ad ausili idonei (es. sollevatore), documentando su apposito diario la frequenza del cambio e la posizione (previsto ogni 4 ore).

La prevenzione e il trattamento si vanno a sovrapporre: il frequente cambio di posizione risulta essere la chiave in entrambi i casi dal momento che la pressione non deve essere continua su ciascuna superficie ossea per più di 2 ore. Secondo il MDS, i pazienti a rischio, quando stanno sulle sedie devono essere riposizionati ogni ora e incoraggiati a cambiare posizione da soli ogni 15 minuti<sup>[5]</sup>.

La riduzione della compressione tissutale si realizza attraverso un'adeguata mobilizzazione ad intervalli programmati con eliminazione della compressione locale e con l'utilizzo di dispositivi di protezione (archetti alza coperte, cuscini, talloniere) e l'uso di superfici di supporto (MAD, materassi ad aria, materassi ad aria fluidizzata, materassi a basse perdite d'aria). Questi materassi speciali sono indicati per i pazienti con lesioni da pressione allo stadio 1 che sviluppano iperemia sulle superfici statiche e per i pazienti con lesioni da pressione di stadio 3 o 4<sup>[5]</sup>.

La mobilizzazione va sempre accompagnata all'igiene e all'asciugatura per prevenire la macerazione e la sovra infezione secondaria, insieme al cambio degli indumenti e delle

lenzuola. La lesione cutanea può essere prevenuta pulendo e asciugando la cute con scrupolo (tamponando e non sfregando la cute) e usando creme antifungine e pomate-barriera o fazzoletti protettivi.

L'utilizzo del nastro deve essere ridotto, perché può irritare e addirittura lacerare la pelle fragile.



## **Obiettivi**

L'obiettivo del mio lavoro è quello riportare quanto detto dalla letteratura scientifica, la letteratura italiana e la letteratura grigia: semplici e frequenti cambi di posizione nell'arco della giornata, in maniera autonoma o col supporto di personale ospedaliero o caregiver e di presidi, possono evitare al paziente dolore e disagio, oltre ad evitare grandi spese su medicazioni avanzate e terapia integrativa.

## Materiali e metodi

Per la stesura di questo lavoro è stata eseguita una revisione scientifica della letteratura, ovvero sono stati selezionate un numero sufficiente di fonti al fine di formare una sintesi critica. Le informazioni sono state attinte dalla banca dati PubMed, da articoli della letteratura grigia, da protocolli ospedalieri e territoriali, ed a letteratura medica, finalizzata all'aggiornamento sui vantaggi di una corretta mobilitazione, sia nella prevenzione sia nel trattamento delle LdP.

Per la ricerca su PubMed, un servizio di ricerca gratuito di letteratura biomedica creato nel 1949, sono stati utilizzati i seguenti criteri di inclusione: periodo di pubblicazione dal 2000 al 2023, lingua inglese o italiano, coerenza con l'obiettivo. Sono stati inclusi solamente i documenti con disponibilità di lettura "free full text" e "review" tramite l'utilizzo di termini Mesh "Nurse", "Mobilization", "Education", "Pressure Injury", "Bedsore", e "Pressure ulcer" anche combinate tra loro tramite l'utilizzo di AND, creando differenti stringhe di ricerca.

KEYWORDS	DATABASE	LIMITI	RISULTATI
Nurse AND Pressure injury	PubMed	Free full text Review	40
Pressure injury	PubMed	Free full text Review	2 396
Pressure injury AND Mobilization	PubMed	Free full text Review	15
Nurse AND Mobilization	PubMed	Free full text Review	27
Education AND Mobilization	PubMed	Free full text Review	297
Bedsore	PubMed	Free full text Review	407
Bedsore AND Nurse	PubMed	Free full text Review	31
Bedsore AND Mobilization	PubMed	Free full text	3

		Review	
Pressure ulcer	PubMed	Free full text Review	463
Pressur ulcer AND Nurse	PubMed	Free full text Review	31
Pressur ulcer AND Mobilization	PubMed	Free full text Review	3
Pressure ulcer AND Education	PubMed	Free full text Review	59

Applicando poi la pertinenza degli articoli con l'argomento di ricerca come principale criterio di selezione, è stata realizzata una scrematura approfondita leggendo gli abstract e poi l'articolo per intero.

Per il capitolo introduttivo sono stati consultati i siti e articoli dell'EPUP e della NPIAP e le revisioni inerenti alla definizione delle LdP, e il libro di testo "Trattato di cure infermieristiche" Volume I di Luisa Saiani e Anna Brugnolli per la parte riguardante l'eziologia. Sono state trovate molte informazioni utili anche sulla revisione medica pubblicata dal MSD (o Merck & Co. Inc.) e 3 revisioni della letteratura trovate su PubMed<sup>[4,7,8]</sup>.

Per il capitolo dei risultati sono stati cercati revisioni, protocolli e articoli dai siti internet ufficiali degli ospedali italiani, in aggiunta alla revisione del NICE e dell'EPUP, la prima britannica la seconda Europea.

Nella discussione si possono trovare in aggiunta dati dal sito ufficiale dell'Eurostat, dell'OMS, dell'ISTAT a dimostrare che la popolazione sta andando in contro a un invecchiamento progressivo, da 2 revisioni della letteratura riguardanti i costi dei trattamenti delle LdP e da un articolo dal Nurse24.

## Risultati

Sono stati analizzate nel dettaglio le raccomandazioni emesse dai principali ospedali italiani, quali Milano e Roma, insieme all'ospedale Riuniti di Ancona, e le raccomandazioni del NICE e dell'EPUAP.

Le tabelle seguenti mostrano i risultati.

Autore	Anno	Luogo	Titolo	Risultato
NICE guideline	23 Aprile 2014	UK	Pressure ulcers: prevention and management	Nell'articolo si raccomanda di incoraggiare i pazienti a rischio di sviluppare LdP a cambiare frequentemente posizione e di aiutare i pazienti inabili di farlo autonomamente, usando se necessario i presidi più indicati. Il cambio di posizione secondo l'articolo deve avvenire al massimo ogni 6 ore <sup>[9]</sup> .
EPUAP	2016	Europa	Prevenzione e trattamento delle Ulcere da Pressione: Guida rapida di Riferimento	Nell'articolo sono riportate raccomandazioni con forza di evidenza A che indicano di "riposizionare tutti i soggetti considerati a rischio o con ulcere già esistenti" e di "considerare la superficie di supporto correttamente in uso". Altre raccomandazioni con forza di evidenza C altrettanto importanti raccomandano di istruire il paziente a fare movimenti al fine di scaricare la pressione e di fare attenzione nelle fasi di trasferimento <sup>[1]</sup> .

ASL Roma 6	2018	Roma	Procedura per la prevenzione e la gestione di LdP	Secondo l'articolo, l'immobilità e l'inattività sono fra i principali fattori che causano LdP. Risulta essere importante, ove possibile, avviare una precoce mobilitazione con partecipazione attiva del paziente dal punto di vista motorio e psicologico; nei pazienti a rischio di LdP è necessario un piano di mobilitazione ben definito negli orari "il soggetto a rischio di LdP deve poter ruotare a distanza di breve tempo: non superiore alle 2 ore". Nei pazienti immobilizzati la mobilitazione richiedere due operatori e l'ausilio di traverse e presidi (trapezio, cuscini, sollevatore, schiuma in poliuretano, materassini di scorrimento) al fine di non strisciare il paziente <sup>[10]</sup> .
I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele	04 Maggio 2022	Milano	Perché si manifestano le ulcere cutanee?	“Le ulcere cutanee sono delle lesioni della pelle causate da una ritardata o mancata guarigione. Nel 70% dei casi si tratta di ulcere di origine vascolare, soprattutto venosa, che interessano principalmente gambe e piedi. Non sempre però le cause di questa malattia vengono adeguatamente approfondite e spesso accade che le ulcere non vengano considerate e trattate adeguatamente.” <sup>5</sup>
Ospedale Riuniti	2009	Ancona	La prevenzione delle lesioni	Il protocollo ospedaliero raccomanda di informare il paziente collaborante della necessità del cambio di posizione usando se necessario il trapezio per sollevarsi e a decomprimere la zona sacrale.

<sup>5</sup> <https://www.hsr.it/news/2022/maggio/ulcere-cutanee-possibili-cause>

			da decubito	Si raccomanda di mobilizzare i pazienti a rischio almeno ogni 2 ore e di mantenere un'angolazione tra trocantere e piano del letto di 30-40° per ridurre il peso sull'articolazione. Inoltre, dato il rischio di sviluppare LdP più elevato in posizione seduta piuttosto che in posizione supina, si raccomanda agli individui seduti in carrozzella a scaricare le parti sottoposte a pressione cambiando la posizione ogni 15 minuti <sup>[11]</sup> .
--	--	--	-------------	---

## Discussione

Dagli articoli e protocolli selezionati emerge l'importanza dell'esecuzione di una corretta e frequente mobilizzazione, utilizzando se necessario e disponibili i presidi, per prevenire l'insorgenza di LdP o per alleviarle. Tutte e 5 le fonti risultano essere d'accordo sul riconoscere fortemente raccomandata per gli utenti a rischio di sviluppare LdP, una mobilizzazione frequente, qui sia l'Ospedale Riuniti di Ancona che l'ASL 6 di Roma sono concordi sugli intervalli di almeno 2 ore, mentre il NICE raccomanda di almeno 6 ore e l'ospedale San Raffaele di Milano, nel suo articolo, non fornisce precise indicazioni sulle tempistiche, ma ne riconosce l'importanza. Secondo le raccomandazioni, i pazienti dovranno alternare le posizioni semi-Fowler, ovvero supina con busto inclinato di 30-40°, al decubito laterale destro e sinistro, così da ridistribuire in maniera uniforme la pressione esercitata sulle prominente ossee a contatto con il materasso ed evitare in particolare una pressione diretta sul trocantere<sup>[5]</sup>. L'elevazione della testata del letto deve essere minima per evitare gli effetti delle forze da taglio. È necessario utilizzare i presidi qualora disponibili per eseguire gli spostamenti, così da renderli meno faticosi e più sicuri per l'operatore e per il paziente, andando così ad evitare lesioni cutanee causate da mobilizzazioni errate e grossolane dettate dalla fretta. Il MSD consiglia di utilizzare prodotti protettivi come vaselina, che si è dimostrato ridurre l'attrito causato dai dispositivi di protezione individuale del 25% subito dopo l'applicazione. Tuttavia, dato che per mantenere l'effetto protettivo è necessaria una riapplicazione ogni ora<sup>[5]</sup>, si raccomanda piuttosto di utilizzare dispositivi di sollevamento o biancheria da letto. Infatti i pazienti più a rischio sono quelli non autonomi nei movimenti e che necessitano di essere riposizionati: gli anziani over 70, i mielolesi, i miastenici, quelli affetti da sclerosi multipla, in presenza di spasticità e parestesie, i pazienti oncologici, i pazienti in stato di coma, con immobilità assoluta, i neurolesi o politraumatizzati, i diabetici a causa della neuropatia e i portatori di apparecchi gessati<sup>1</sup>. Come ricorda la revisione di Barnabei R., "con l'avanzare degli anni, infatti, il contenuto idrico cellulare diminuisce, si riduce il legame tra le cellule che costituiscono lo strato corneo, si verificano cambiamenti funzionali e strutturali degli annessi cutanei, si ha un appiattimento della giunzione dermo-epidermica con scomparsa delle papille dermiche e conseguente maggiore facilità di scollamento cellulare, le fibre connettivali divengono più fragili, quelle elastiche si riducono, si

assottiglia lo spessore del derma e del tessuto sottocutaneo, si riduce la reazione infiammatoria e la reattività immunologica, si altera la percezione sensoriale, si riducono i movimenti involontari notturni, si riduce il letto vascolare con una minore risposta rispetto al giovane adulto, del flusso ematico compensatorio a seguito di compressione, e, infine, rallenta il processo di guarigione delle ferite”<sup>[4]</sup>.

L’infermiere di reparto, di fronte a un paziente a rischio, ha il compito di controllare scrupolosamente le zone sottoposte a pressione almeno 1 volta al giorno e con illuminazione adeguata, ma soprattutto di istruire i pazienti e il caregiver a una “routine” giornaliera di osservazione e palpazione delle aree di potenziale formazione di lesione. L’educazione del paziente e della famiglia è fondamentale così da ridurre il rischio di ospedalizzazione e di aggravamento della situazione clinica. L’infermiere oltre a educare il paziente a riconoscere una potenziale LdP, deve anche educarlo a spostare la pressione eseguendo passaggi posturali o spostamenti adeguati dal letto alla sedia, dalla sedia in piedi, senza compromettere l’equilibrio. Un buon livello di attività fisica costituisce il principale fattore di protezione, migliorando in particolare, la capacità di equilibrio e di coordinamento dei movimenti. Poiché lo scarso esercizio fisico espone a maggior rischio di caduta, i pazienti devono essere stimolati ad utilizzare al meglio le proprie abilità e potenzialità residue, aiutandoli a superare la paura di cadere, qualora ne abbiano, anche attraverso interventi educativi e favorendo il più possibile la loro autonomia in collaborazione con personale esperto (come fisioterapisti, terapisti occupazionali). Il bisogno assistenziale di mobilizzazione e deambulazione richiede un’attenzione particolare da parte del personale sanitario, ai fini della prevenzione della caduta del paziente<sup>[13]</sup>. Fondamentale è evitare l’immobilizzazione, anche per quanto riguarda i sedativi che devono essere ridotti al minimo, e i pazienti devono essere mobilizzati il prima possibile, se le condizioni cliniche lo permettono.

La NPUAP ha documentato una prevalenza globale nei reparti per acuti del 14,8%, con una prevalenza pari al 21,5% in quelli di terapia intensiva, identificando la fascia di età tra i 71 e gli 80 anni quale quella maggiormente coinvolta (tasso di prevalenza pari al 29%)<sup>[4]</sup>. Secondo i dati raccolti dal MSD, tra il 1993 e il 2006, il numero di pazienti con LdP ospedalizzati è aumentato del 75%, un dato che va oltre 5 volte l’aumento dei ricoveri ospedalieri complessivi e che è aumentato ulteriormente nei pazienti che hanno sviluppato le LdP durante il ricovero<sup>[5]</sup>. Infatti secondo la rivista online “I Luoghi della



Cura”, la comparsa di queste ulcere aumenta in media la durata della degenza di circa 5 volte, e si è calcolato che fa perdere circa 500 mila giornate di lavoro, tra pazienti e familiari che restano a casa per l’assistenza<sup>[12]</sup>.

Negli ultimi decenni, il progressivo invecchiamento della popolazione ed il conseguenziale aumento dei soggetti fragili, cioè presentano comorbilità e deficit funzionali che li rende maggiormente predisposti allo sviluppo di LdP, ha determinato l’aumento in termini di incidenza e prevalenza di tali lesioni. Va ricordato che la stima delle LdP varia in rapporto al setting assistenziale considerato: nei reparti per acuti l’incidenza può variare dallo 0,4 al 38%, nelle residenze sanitarie (RSA) dal 2,2 al 23,9%, mentre nell’ambito dell’assistenza domiciliare dallo 0 al 17%<sup>[4]</sup>.

Sempre secondo la rivista “I luoghi della Cura”, alle LdP è da imputarsi il 4% dei costi totali del SSN: i circa 2 milioni di italiani affetti da tali lesioni costano approssimativamente 1 miliardo di euro l’anno<sup>[12]</sup>. La revisione mostra i dati italiani preliminari relativi ad uno studio nazionale di prevalenza che ha valutato 13.081 pazienti ricoverati in 24 strutture ospedaliere, documentando un tasso di prevalenza pari al 10,97%, che non si associava, però, ad un’adeguata risposta in termini di applicazione di misure preventive che infatti venivano adottate soltanto nel 9,4% dei casi<sup>[12]</sup>. Aggiunge sottolineando come nei reparti di neurologia, geriatria, chirurgia, ortopedia, medicina interna, neurochirurgia, rianimazione ed urologia di 20 ospedali che ha arruolato 12.048 pazienti valutati, è stata documentata una prevalenza totale dell’8,6% e in particolare, prendendo singolarmente i reparti di rianimazione, neurochirurgia e geriatria è stato notato come vi sono prevalenze maggiori, rispettivamente, pari al 26,6, 13 e 11%, verosimilmente in rapporto alla presenza di pazienti più compromessi. Un’indagine di prevalenza del 2004, riportata nella revisione di Barnabei R, condotta dalla Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio su un campione di 15 RSA per un totale di 1.111 ospiti valutati con età media di 79 anni, documenta una prevalenza totale del 6,9% con il 67% delle lesioni ad insorgenza durante il soggiorno in RSA e l’11% durante un ricovero temporaneo in ospedale<sup>[4]</sup>. La prevalenza delle lesioni da decubito rilevata è in linea con quanto riportato da altri studi condotti in analoghi ambiti assistenziali di altre Regioni del territorio nazionale quali l’Emilia Romagna ed il Friuli Venezia Giulia<sup>[12]</sup>.

Spostandoci invece nel resto dell'Europa, ho trovato uno studio svolto in UK che mostra come siano circa 412 000 gli individui annui che sviluppano LdP come riportato nella tabella sottostante, seguita dalla tabella relativa ai conseguenti costi<sup>[13]</sup>.

	Grade distribution (%)	Annual incidence (000)	Range (+/- 10%) (000)
Grade 1	34.9	140	130–160
Grade 2	41.2	170	150–190
Grade 3	12.9	50	50–60
Grade 4	11.0	50	40–50
Total	100.0	410	370–460

Tabella 6, Incidenza annua delle LdP in UK, in ordine di grado di LdP<sup>[13]</sup>.

Ulcer grade	Normal healing	Critical colonisation	Cellulitis	Osteomyelitis
Grade 1				
Cost per day	£38			
Cost per episode	£1,064			
Probability	1.0			
Grade 2				
Cost per day	£42	£56	£91	£196
Cost per episode	£3,948	£4,340	£4,858	£20,412
Probability	0.90	0.05	0.025	0.025
Grade 3				
Cost per day	£50	£62	£192	£196
Cost per episode	£6,350	£6,784	£8,270	£22,814
Probability	0.80	0.10	0.05	0.05
Grade 4				
Cost per day	£50	£62	£192	£196
Cost per episode	£7,750	£8,184	£9,670	£24,214
Probability	0.60	0.10	0.15	0.15

An episode is the length of treatment required to heal an ulcer. Probability is the proportion of patients with a particular grade of ulcer expected to be in a particular health state.

Tabella 7, Costi dei trattamenti per paziente giornalieri in base allo stadio della LdP e allo stato di salute del paziente<sup>[13]</sup>.

Si evince come il costo per un singolo episodio (inteso come trattamento totale per la cura di tale lesione può andare da 1265 euro nel caso di quelle di I grado ai 7750 euro

invece per le lesioni di IV grado, senza che però si verificano complicanze come colonizzazioni ad opera di agenti patogeni, celluliti o addirittura osteomieliti, che nel caso delle lesioni di IV grado potrebbero far lievitare il costo addirittura a 24 214 euro<sup>[12]</sup>.

	Central estimate (£million)	Range (£million)
Grade 1	£153 m	£124–£185 m
Grade 2	£748 m	£606–£905 m
Grade 3	£389 m	£315–£471 m
Grade 4	£479 m	£388–£579 m
Total	£1,769 m	£1,433–£2,140 m

Tabella 8, Totale dei costi dei trattamenti delle LdP in UK in ordine di grado di LdP<sup>[13]</sup>.

Un altro studio scelto, sposta lo sguardo in Danimarca, dove i costi associati a tale problematica sono stimati in 174.5 milioni di euro all'anno. “Nel 2010, la Società Danese per la sicurezza dei pazienti ha introdotto il Pressure Ulcer Bundle (PUB): iniziative preventive attuate dal personale dei reparti al fine di ridurre le ulcere da pressione acquisite in ospedale di almeno il 50% in cinque ospedali. La prevenzione delle ulcere da pressione acquisite in ospedale ha consentito di risparmiare sui costi ha comportato un effetto migliore rispetto alle cure standard. Si è visto come attuando questo piano si è prodotta una riduzione del 9.3% delle ulcere da pressione e dello 0,47% delle morti”<sup>[14]</sup>.

Spostando poi lo sguardo oltre oceano, uno studio statunitense riportato nella rivista online “I Luoghi della cura” ha notato come l'incidenza delle LdP in strutture residenziali ammonta a circa 9-13% degli ospiti residenti: ciò esteso al numero di persone che attualmente risiedono in queste strutture, dà vita a numeri davvero preoccupanti<sup>[12]</sup>. Il MSD riferisce che nei reparti di terapia intensiva negli Stati Uniti annualmente si stimano circa 2,5 milioni di casi LdP, con un conseguente costo annuo stimato fino a 17,8 miliardi di dollari solo negli Stati Uniti<sup>[5]</sup>.

L'elevato impatto socioeconomico ha fatto sì che uno degli obiettivi dell'Healthy People 2010 fosse il conseguimento di una riduzione del 50% della prevalenza delle

ulcere da pressione rispetto alla stima del 1997, come riferisce lo studio epidemiologico di Barnabei<sup>[4]</sup>. La consapevolezza che prevalenza ed incidenza di tali lesioni, direttamente correlate all'elevata spesa sanitaria, siano indicatori negativi della qualità della vita e dell'assistenza sanitaria erogata, rende necessario in Italia, così come in Europa e negli USA, una gestione globale del fenomeno che preveda politiche di prevenzione, diagnosi e cura sempre più efficaci ed appropriate, così come lo sviluppo di adeguati sistemi di controllo<sup>[4]</sup>. Quello che fa lievitare il costo è anche il tempo infermieristico inteso come il tempo che gli infermieri dedicano alla cura della lesione, secondo "I Luoghi della Cura" nel caso delle lesioni di I e II grado rappresenta circa il 90% dei costi, ma tende a diminuire nelle lesioni di III e IV grado o anche se insorgono complicanze<sup>[12]</sup>.

Considerando l'invecchiamento della popolazione, si tratta di una problematica destinata ad aumentare, come dimostrano le proiezioni dell'Eurostat che riguardano il periodo dal 2019 al 2100.

Secondo le proiezioni, la popolazione dell'UE-27 crescerà fino a raggiungere un picco di 449,3 milioni attorno al 2026, per poi scendere progressivamente a 416,1 milioni entro il 2100<sup>[14]</sup>.

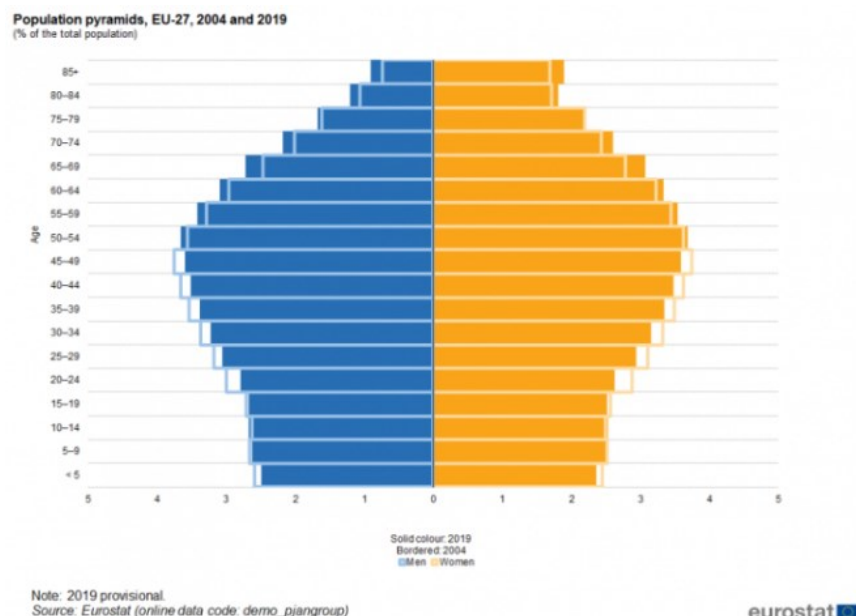


Grafico 1, Piramide delle età UE-27, 2004 e 2019 (% della popolazione totale)<sup>[15]</sup>.

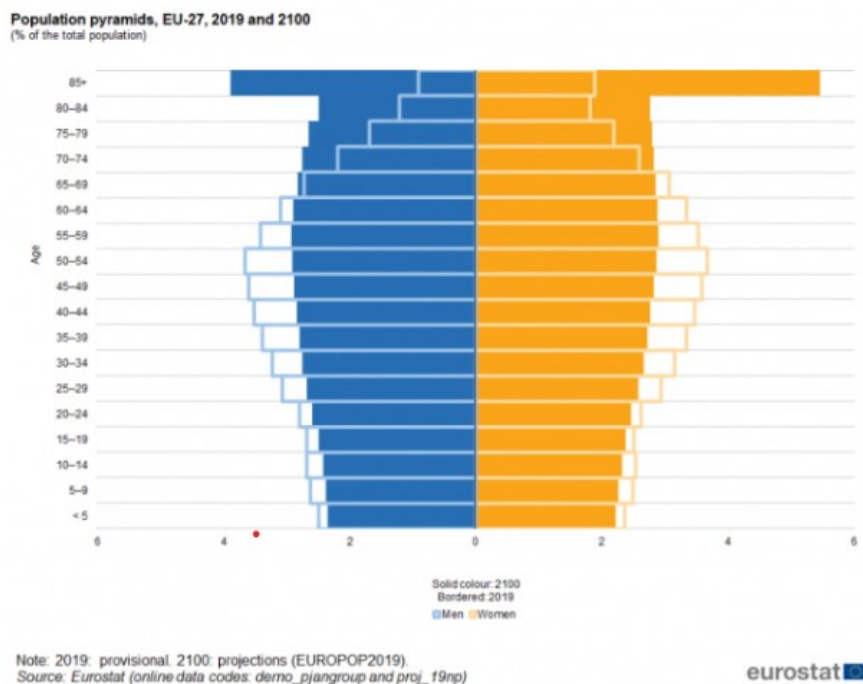


Grafico 2, piramidi dell'età, UE-27, 2019 e 2100 (%della popolazione totale)<sup>[15]</sup>.

Dal confronto delle piramidi delle età del 2019 e del 2100 emerge che la popolazione continuerà a invecchiare. Entro il 2100 la piramide assumerà una forma sempre più simile a una colonna, restringendosi considerevolmente al centro (attorno alle età comprese tra 45 e 54 anni)<sup>[15]</sup>.

Secondo i dati dell'ISTAT, in Italia nel 2019, gli individui con età maggiore uguale a 65 anni erano circa 13,8 milioni, corrispondente il 22,3% della popolazione totale. Nel 2009 erano circa 12 milioni, ovvero il 20,3%. Andando ancora più indietro nel tempo l'aumento della popolazione anziana è ancora più evidente: da 4,6 milioni nel 1960 (9,3%) a 7,4 milioni nel 1980 (13,1%) a 10,3 milioni nel 2000 (18,1%)<sup>[16]</sup>.

Secondo i dati dell'OMS, risalenti al 2018, alle malattie croniche sono attribuibili 41 milioni di morti nel mondo (71% della mortalità globale, in Europa l'86%)<sup>[17]</sup>.

Infine, secondo uno studio del Global Burden of Disease (GBD) le lesioni di questo tipo è aumentato esponenzialmente nel giro di 10 anni: dai 492 833 000 casi nel 2005 ai 605 036 000 nel 2015. In Italia sono circa due persone affette da ulcere croniche, con una

prevalenza intorno all'1% per quelle degli arti inferiori nella popolazione in generale, intorno al 3,6% nella popolazione di età superiore ai 65 anni<sup>[18]</sup>.

Non bisogna sottovalutare il problema neanche nei piccoli pazienti, come ricorda l'MSD: “un danno da pressione è stato riportato anche nei bambini con gravi deficit neurologici, come spina bifida, la paralisi cerebrale e le lesioni del midollo spinale”<sup>[5]</sup>.

Nonostante le raccomandazioni e le linee guida a favore della mobilitazione, questa spesso non viene eseguita per mancanza di personale, tempo, presidi e informazione professionale. Per far fronte agli infermieri negligenti l'azienda Service Med, nel suo sito ufficiale, tiene a ricordare l'entrata in vigore della Legge Gelli Bianco n.24 del 1017 dove l'articolo 5 prevede che “gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida”<sup>[12]</sup>.

Va ricordato però che non sempre la colpa è della persona ma anche dell'ambiente che la circonda, infatti il quadro lavorativo degli ultimi anni non è ottimale come ricorda l'articolo di Cotichelli G, pubblicato sul Nurse24: “turni pesanti, carenza di personale e stipendi da vergogna, il tutto dentro un sistema disfunzionale e frammentato in tante soggettività finalizzate più al controllo del mercato (profitto) che non alla promozione della salute del cittadino”<sup>[19]</sup>. A questo va ad aggiungersi la figura dell'infermiere, che invece di lamentarsi della mancanza di personale, accetta di fare il doppio lavoro, facendo sorgere la domanda spontanea a conclusione dell'articolo “Voi vi fareste assistere o curare da un sanitario che sta facendo un doppio turno?”<sup>[19]</sup>.

Termino citando per ultimo, ma non per importanza, il Codice Deontologico dell'infermiere del 2019, in particolare la sezione dell'articolo 2 “Azione”: “L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca”<sup>[18]</sup>.

## **Conclusione**

A conclusione di questa sintesi della letteratura degli ultimi anni, la mobilitazione è da considerarsi la tecnica migliore, ovvero quella più economica ed efficace, sia per prevenire che per trattare le LdP.

Affinché risulti efficace, sarebbe ideale che questa avvenga almeno ogni 2 ore alternando la posizione suina e la posizione laterale a 30° su materassi antidecubito, con l'ausilio di presidi.

Questa tecnica risulta essere molto più economica se si considera che per ulcere più gravi si necessitano medicazioni avanzate, consulti specialistici, e in certe circostanze si arriva fino alla chirurgia e alla terapia a pressione negativa; nonostante questo spesso per mancanza di tempo durante l'orario di lavoro o per mancanza delle giuste informazioni, la movimentazione del paziente non viene effettuata se non al cambio del turno o durante i pasti. Sarebbe quindi molto utile una maggiore sensibilizzazione e istruzione sulla prevenzione di questa problematica.

Sostengo che il movimento sia di fondamentale importanza nella vita di tutti noi, e durante la mia esperienza di tirocinio clinico ho potuto apprendere come questo risulti essere la medicina migliore per trattare questa situazione clinica cronica dolorosa e imbarazzante per il paziente.

Questo lavoro mi ha permesso di allenare la ricerca all'interno di banche dati come PubMed ma anche attingendo a siti ufficiali di specialisti della materia, e di ampliare le mie conoscenze rispetto all'argomento delle LdP, sia nella prevenzione che nel trattamento.

## Bibliografia

- [1] National Pressure Ulcer Advisory Panes, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance Prevention and Treatment of Pressure Ulcer: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014
- [2] Ognibene F, Infermieri e lesioni da pressione, medicazioni e caratteristiche, 23 Gennaio 2021, Lesioni da Pressione (LDP)
- [3] Strohal R Apelqvist J Dissemmond J et al. EWMA Document: Debridement, J Wound Care, 2013, 22 (Suppl. 1): S1-S52
- [4] Barnabei R Manes-Gravina E Mammarella F, G Gerontol 2011;59:237-47, Epidemiologia delle piaghe da decubito
- [5] Grada A Phillips TJ, Merck & Co, Inc., Rahway, NJ, USA (nota come MSD al di fuori degli Stati Uniti e del Canada), settembre 2021, Lesioni da pressione
- [6] Siani L Brugnolli A, Trattato di cure infermieristiche: Volume Primo (II Edizione). Idelson-Gnocchi.
- [7] Bryan J. (2004). Moist wound healing: a concept that changed our practice. *Journal of wound care*, 13(6), 227–228. <https://doi.org/10.12968/jowc.2004.13.6.26625>
- [8] Gallico, G. G., 3rd, O'Connor, N. E., Compton, C. C., Kehinde, O., & Green, H. (1984). Permanent coverage of large burn wounds with autologous cultured human epithelium. *The New England journal of medicine*, 311(7), 448–451. <https://doi.org/10.1056/NEJM1984081631110706>
- [9] NICE National Institute for Health and Care Excellence, Pressure ulcers: prevention and management, Clinical guideline [CG179] 23 April 2014
- [10] Cicogna V A, U.O.C. RISK MANAGEMENT, Procedura per la prevenzione e la gestione delle lesioni da pressione (LdP), Novembre 2018
- [11] Ospedale Riuniti di Ancona, La prevenzione delle lesioni da decubito, 15/11/2009



- [12] Ragusa F S, Veronese N, D'Anna G, Lombardo G, Latina R, Di Bella G, Mansueto P, Dominguez L J, Barbagallo, I Luoghi della cura online, Le lesioni da decubito: fra sofferenze individuali e costi sociali, 26 Gennaio 2022
- [13] Bennett, G., Dealey, C., & Posnett, J. (2004). The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and ageing*, 33(3), 230–235. <https://doi.org/10.1093/ageing/afh086>
- [14] Mathiesen A S M, Norgaard K, Andersen M F B, Moller K M, Ehlers L H, Journal of Medical Economics Volume 16, 2013 – Issue 10, Are labours-intensive efforts pressure ulcers cost-effective?, 01 August 2013 <https://doi.org/10.3111/13696998.2013.832256>
- [15] Eurostat statistics explained. Struttura e invecchiamento della popolazione, 20 July 2021
- [16] Istat, Annuario Statistico Italiano 2019, Statistiche Report, [www.istat.it](http://www.istat.it), (2019)
- [17] Ministero della Salute, Rapporto mondiale dell'OMS sulle malattie non trasmissibili, Executive summary, 2013
- [18] Francisci S, Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute Cnesps-ISS, Global Burden of Disease Study 2015
- [19] Cotichelli G, Nurse24, Fine dell'obbligo dell'esclusività. Quindi?, 03 Aprile 2023
- [20] Mangiacavalli B, Pulimeno A M L, Mazzoleni B, Cicolini G, Cicia C, Draoli N, Vallicella F, FNOPI, Codice deontologico delle professioni infermieristiche, 2019

## Sitografia

[www.aiuc.it/files/PT01\\_PROTOCOLLO\\_PER\\_LA\\_PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE.pdf](http://www.aiuc.it/files/PT01_PROTOCOLLO_PER_LA_PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE.pdf)

<https://academic.oup.com/ageing/article/33/3/230/21302?login=false>

[www.aslroma6.it/documents/20143/85037/Procedura+per+la+prevenzione+e+gestione+di+delle+lesioni+da+pressione.pdf](http://www.aslroma6.it/documents/20143/85037/Procedura+per+la+prevenzione+e+gestione+di+delle+lesioni+da+pressione.pdf)

<https://blog.ausilium.it/rischio-decubito-scala-di-braden/>

[www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/italian-traduzione-linee-guida-epuap-final-version-updated-jan2016.pdf](http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/italian-traduzione-linee-guida-epuap-final-version-updated-jan2016.pdf)

[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struttura\\_e\\_invecchiamento\\_della\\_popolazione#La\\_percentuale\\_di\\_anziani\\_.C3.A8\\_in\\_continuo\\_aumento](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struttura_e_invecchiamento_della_popolazione#La_percentuale_di_anziani_.C3.A8_in_continuo_aumento)

[www.epicentro.iss.it/globale/GBD2016Bis](http://www.epicentro.iss.it/globale/GBD2016Bis)

[www.fnopi.it/archivio\\_news/attualita/2688/codice%20deontologico\\_2019.pdf](http://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf)

[www.gcaresalute.com/2017/11/03/una-panoramica-sulle-ulcere-da-pressione-udp/](http://www.gcaresalute.com/2017/11/03/una-panoramica-sulle-ulcere-da-pressione-udp/)

[www.hsr.it/news/2022/maggio/ulcere-cutanee-possibili-cause](http://www.hsr.it/news/2022/maggio/ulcere-cutanee-possibili-cause)

<https://infermieriattivi.it/tecniche-e-tecnologie/scale-valutazioni-infermieristiche/91-scala-di-braden.html>

[www.istat.it/it/files//2019/12/Asi-2019.pdf](http://www.istat.it/it/files//2019/12/Asi-2019.pdf)

[www.luoghicura.it/servizi/domiciliarita/2022/01/le-lesioni-da-decubito-fra-sofferenze-individuali-e-costi-sociali/](http://www.luoghicura.it/servizi/domiciliarita/2022/01/le-lesioni-da-decubito-fra-sofferenze-individuali-e-costi-sociali/)

[www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/jowc.2004.13.6.26625?rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed&url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org](http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/jowc.2004.13.6.26625?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org)

[www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-dermatologici/lesione-da-pressione/lesioni-da-pressione](http://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-dermatologici/lesione-da-pressione/lesioni-da-pressione)

[www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM198408163110706?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM198408163110706?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)

[www.nice.org.uk/guidance/cg179/resources/pressure-ulcers-prevention-and-management-pdf-35109760631749](http://www.nice.org.uk/guidance/cg179/resources/pressure-ulcers-prevention-and-management-pdf-35109760631749)

[www.nurse24.it/infermiere/dalla-redazione/fine-dell-obbligo-dell-esclusivita-infermieri-quindi.html](http://www.nurse24.it/infermiere/dalla-redazione/fine-dell-obbligo-dell-esclusivita-infermieri-quindi.html)

[www.researchgate.net/figure/8-The-Waterlow-scale\\_tbl6\\_226393675](http://www.researchgate.net/figure/8-The-Waterlow-scale_tbl6_226393675)

[www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1595\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1595_allegato.pdf)

[www.slideshare.net/sweet\\_05/le-scale-di-valutazione-del-rischio-per-lesioni-da-decubito](http://www.slideshare.net/sweet_05/le-scale-di-valutazione-del-rischio-per-lesioni-da-decubito)

## **Ringraziamenti**

Ringrazio il mio Relatore, il professore Giordano Cotichelli, che ha saputo guidarmi con serenità e praticità nelle ricerche e nella stesura dell'elaborato.

Ringrazio di cuore i miei genitori e i miei fratelli. Grazie Mamma e grazie Papà per avermi sempre sostenuto e per avermi permesso di portare a termine gli studi universitari.

Un ringraziamento anche al mio ragazzo, Mattia, che c'è sempre stato e che mi ha sempre supportata e incoraggiata a dare il massimo.

Infine, vorrei dedicare questo piccolo ma grande traguardo a me stessa, che possa essere l'inizio di un nuovo grande capitolo della mia vita.