



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE
TERRITORIALE NELLA GESTIONE
DELLE ULCERE DA PRESSIONE:
REVISIONE DI REVISIONI DELLA
LETTERATURA**

Relatore:
**PROF. SANTARELLI
ADRIANO**

Tesi di laurea di:
RIPANI ALESSANDRO

Correlatore:
**PROF. CANGELOSI
GIOVANNI**

A.A. 2020/2021

INDICE

ABSTRACT.....	1
INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO 1	
1.1 L’infermiere case-manager	4
1.2 Descrizione dei Livelli Essenziali di Assistenza.....	5
1.3 Descrizione dell’assistenza domiciliare integrata e delle principali attività.....	6
1.4 Definizione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)	7
CAPITOLO 2	
2.1 Definizione di ulcera da pressione	9
2.2 Epidemiologia ed eziologia delle ulcere.....	9
2.3 Come prevenire l’insorgenza delle ulcere.....	10
▪ 2.3.1 Presidi antidecubito	12
2.4 Classificazione e stadiazione.....	12
2.5 Scale di valutazione del rischio di insorgenza	15
▪ 2.5.1 Scala Braden	15
▪ 2.5.2 Scala Norton	17
2.6 Trattamento ulcere da pressione.....	18
2.7Definizione di Wound Bed Preparation.....	19
2.8 Descrizione dei principi del “T.I.M.E.”	19
2.9 Tipologie e gestione delle medicazioni secondo protocolli.....	20
CAPITOLO 3	
Revisione di revisioni della letteratura	
3.1 Introduzione	24
3.2 Obiettivi	24
3.3 Materiali e Metodi	24
▪ 3.3.1 PICOS.....	24
▪ 3.3.2 Stringa di ricerca	25

▪ 3.3.3 Flow Chart degli studi	26
3.4 Sintesi dei risultati	27
3.5 Risultati	29
3.6 Conclusioni	36
Allegati.....	38
<input type="checkbox"/> Pressure sore status tool	38
<input type="checkbox"/> Mobilizzazione dell'assistito	39
<input type="checkbox"/> Scale visivo analogiche (VAS).....	39
<input type="checkbox"/> Scale di valutazione numerica (NRS).....	40
<input type="checkbox"/> Facies Pain Scale (FPS)	40
<input type="checkbox"/> Flacc Behavioral Scale	41
<input type="checkbox"/> McGill Pain Questionnaire	42
Bibliografia	43
Ringraziamenti	44

ABSTRACT

INTRODUZIONE

La presenza delle ulcere da pressione rappresenta un problema sanitario di notevole rilevanza poiché comporta un aumento nei costi di gestione e di salute per i soggetti colpiti, andando di conseguenza ad impattare sul sistema economico nazionale e sugli esiti clinico assistenziali nei pazienti colpiti. Per ovviare al problema, numerosi studiosi hanno eseguito delle ricerche per individuare ed elaborare strategie efficaci per la prevenzione e gestione delle ulcere da pressione e per migliorare le condizioni di vita di questi pazienti.

OBIETTIVO

L'obiettivo dello studio è quello di ricercare ed analizzare le evidenze scientifiche riguardanti l'assistenza la prevenzione ed il trattamento delle ulcere da pressione nel paziente a domicilio. Nello specifico si cerca di verificare se ci sia un tasso di insorgenza minore o maggiore in diversi setting assistenziali e quali siano le migliori pratiche di assistenza per la prevenzione e la gestione delle ulcere da pressione.

MATERIALI E METODI

Per la selezione della letteratura si è utilizzato il metodo PICOS e quesiti di ricerca riferiti ai portatori di ulcera da pressione, con un'attenzione particolare ai pazienti gestiti a domicilio. Per la stesura sono stati selezionati ed analizzati revisioni sistematiche della letteratura sulla banca dati PubMed, con un limite temporale di 5 anni, con aggiunta di studi in altri database con limite temporale di 15 anni.

RISULTATI

Sono stati prese in considerazione 5 revisioni sistematiche della letteratura. È emerso che non è possibile stabilire in quale setting vi sia un tasso di insorgenza maggiore per mancanza di prove di efficacia sufficienti e che è necessario approfondire dei piani di assistenza individualizzati, prendendo in considerazione tutte le variabili intrinseche dell'assistito, come lo stile di vita, lo stato di attività e nutrizione della cute.

CONCLUSIONE

Lo studio ha permesso di trovare ed analizzare evidenze scientifiche riguardanti

l'assistenza, la prevenzione ed il trattamento delle ulcere da pressione nel paziente a domicilio. Inoltre, è emerso un tasso di insorgenza minore nei diversi setting assistenziali qualora si usassero le migliori pratiche assistenziali per prevenzione e gestione delle ulcere da pressione.

INTRODUZIONE

In Italia la percentuale di anziani è tra le più alte del mondo, a causa della diminuzione delle nascite, ma soprattutto dell'aumento dell'aspettativa di vita, che è 77 anni per gli uomini e 83 anni per le donne. Ciò determina un cambiamento nelle priorità del sistema sanitario, spostando maggiormente l'attenzione sulle malattie croniche degenerative in genere. Queste patologie sono aumentate del 50% negli ultimi dieci anni. Al 1° gennaio 2019 [1] gli individui residenti nel Paese con 65 anni di età ed oltre ammontano a 13,8 milioni, pari al 22,8 per cento del totale della popolazione. Nel 2009 sfioravano i 12 milioni e costituivano il 20,3 per cento. Ma andando ancora più a ritroso nel tempo, ci si può rendere conto di quanto importante e prodigiosa possa essere stata la crescita della popolazione "anziana": dai 4,6 milioni nel 1960 (9,3 per cento) ai 7,4 milioni nel 1980 (13,1 per cento), fino circa a 10,3 milioni nel 2000 (18,1 per cento). Nelle Marche si registra la più alta prospettiva di vita in Italia, con il più elevato processo di invecchiamento della popolazione che costituisce il 24,8 % del totale. È necessario quindi investire per la realizzazione di servizi sociosanitari in grado di rispondere ai bisogni dell'anziano con malattie cronico degenerative. Tale sistema dei servizi vede il domicilio come luogo privilegiato di cura che consente all'anziano non autosufficiente di essere curato e seguito rimanendo nel contesto familiare e lasciando inalterato il contesto sociale di appartenenza. Dalla mia esperienza di tirocinio clinico presso la sede distrettuale di Petritoli (FM), è nata l'idea di approfondire la gestione integrata del paziente a domicilio con malattie cronico-degenerative concentrando la mia attenzione sulle ulcere da pressione. L'autonomia dell'Infermiere; il rapporto strettamente collaborativo tra le diverse figure professionali coinvolte nel processo di cura e l'importanza dell'educazione sanitaria del caregiver e del paziente, in merito alla gestione dei presidi medico-chirurgici, ha colto il mio interesse. L'educazione sanitaria è il pilastro fondamentale per prevenire le ulcere da pressione e l'infermiere domiciliare deve saper allestire un colloquio proficuo con tutti gli attori coinvolti nella cura; questo per favorire la migliore gestione delle ulcere. L'obiettivo di questo elaborato è quello di fornire un'attenta analisi e revisione di revisioni condotti sulla prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione da parte dell'Infermiere Domiciliare.

CAPITOLO 1

1.1 INFERMIERE CASE-MANAGER

L'Infermiere Case Manager (ICM) è la figura di riferimento per il paziente, per la famiglia e per il caregiver, colui che si occupa di assistere continuamente il malato in maniera efficiente ed efficace. Svolge una funzione di coordinamento di natura gestionale-organizzativa sulle attività assistenziali di una o più persone prese in carico, garantendo la continuità del percorso assistenziale. [2] L'ICM ha un profilo sociosanitario e socioeducativo in base alla tipologia di utenza seguita. Le sue principali funzioni sono: valutare lo stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita (infanzia, adolescenza, adulta), promuovere e partecipare ad iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte alla persona e alla famiglia, pianificare ed erogare interventi assistenziali personalizzati, promuove l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi, partecipare e monitorare i risultati di salute, ridurre i costi dell'assistenza, facilitare le dimissioni precoci in modo protetto e collaborare strettamente con il Medico di Medicina Generale (MMG), il case manager specialistico (ospedaliero) e coordinatore infermieristico, al fine di ridurre i ricoveri impropri e garantire una gestione precoce della complessità e delle complicanze, attraverso la stipulazione del piano di assistenza individualizzato. I principali interventi di questa figura si sviluppano su tre setting assistenziali principali:

- **Ambulatoriale:** l'ICM eroga una tipologia di assistenza infermieristica a medio-bassa intensità di cura a tutti gli utenti che sono in grado di deambulare. Le principali attività sono: prelievi ematici, medicazioni semplici, iniezioni, controllo e monitoraggio dei parametri vitali, elettrocardiogramma e gestione della stomia.
- **Domiciliare:** l'ICM eroga una tipologia di assistenza a tutti gli utenti che non sono in grado di deambulare e che presentano gravi patologie cronico degenerative e in fase terminale, come pazienti oncologici e pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica terminale (SLA) che necessitano di assistenza infermieristica medio-alta con periodiche prestazioni sanitarie. Le principali attività svolte sono: medicazioni semplici e complesse come quelle per le ulcere da pressione, ferite chirurgiche ed ustioni; gestione della Gastrostomia Endoscopica Percutanea PEG, delle stomie e nefrostomie; gestione della Nutrizione Parenterale Totale (NPT) e Nutrizione Enterale, medicazione e gestione del Catetere Venoso Centrale (CVC), Peripherally Inserted Central

Catheter (PICC), Sondino Nasogastrico, Catetere Vescicale, medicazione della Tracheostomia, gestione dell'ossigenoterapia con ventilatore portatile, mobilitazione ed igiene dell'assistito. Ha la funzione di promuovere la continuità delle cure tra ospedale e il territorio, con il principale obiettivo di evitare accessi inappropriati al Pronto Soccorso.

- **Sociale:** l'ICM svolge attività trasversali di fattivo sostegno all'integrazione della cura in ambito sociosanitario tramite lo sviluppo di specifiche reti clinico-assistenziali.

1.2 LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

I LEA [3] sono le prestazioni e servizi sociosanitari che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini comunitari ed extra-comunitari, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione denominata Ticket. I LEA vengono istituiti per la prima volta dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001. Oggigiorno i nuovi LEA sono previsti dal DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017 e successive modifiche e/o aggiornamenti. Il provvedimento rappresenta il risultato di un lavoro condiviso tra Stato, Regioni, Province autonome e società scientifiche; dove ha vincolato 800 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA (legge di stabilità 2016). I nuovi LEA definiscono le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione dall'SSN; descrive con maggior dettaglio le prestazioni e attività oggi già incluse nei LEA; aggiorna gli elenchi delle malattie genetiche rare, malattie cronico-degenerative e invalidanti, che hanno come diritto all'esenzione del ticket; innova i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, includendo prestazioni tecnologicamente avanzate. Il DPCM individua tre grandi livelli: **Prevenzione collettiva e sanità pubblica**, sono tutte quelle attività di prevenzione rivolte alla collettività e al singolo (programmi vaccinali, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, sicurezza alimentare, prevenzione delle malattie infettive e parassitarie); **Assistenza distrettuale**, sono tutti quei servizi sanitari e socio-sanitari diffusi nel territorio: assistenza sanitaria di base, emergenza sanitaria territoriale, assistenza farmaceutica, assistenza integrativa, protesica, specialistica ambulatoriale, assistenza termale, assistenza sanitaria domiciliare territoriale, assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale; **Assistenza**

ospedaliera, articolata secondo queste attività: pronto soccorso, ricovero ordinario, day surgery, day hospital, riabilitazione e lungodegenza post acuzie, attività trasfusionali, attività di trapianto cellule, organi e tessuti, centri antiveleni.

1.3 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

L'assistenza domiciliare integrata [4] viene introdotta dal DPCM del 29 novembre 2001, la si riconosce come uno dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). È attualmente un punto fondamentale e in crescita esponenziale nell'organizzazione delle aziende sanitarie, viene denominata successivamente "cure domiciliari". La domiciliazione del paziente non è solo fonte di risparmio, ma è anche un mezzo per salvaguardare l'autonomia degli individui garantendo la propria permanenza all'interno del nucleo familiare e della propria residenza durante il processo di cure, favorendo il benessere psico-fisico dell'assistito. L'Assistenza Domiciliare Integrata è costituita da un insieme coordinato di attività sanitarie di natura socioassistenziale, riabilitativa e diretta alla cura della patologia. È, quindi, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a garantire alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie acute e con patologie cronicodegenerative, percorsi assistenziali al proprio domicilio dove i protagonisti dell'assistenza domiciliare integrata sono: MMG, Medico Specialista, ICM, operatore sociosanitario (OSS), Coordinatore Infermieristico, Assistente Sociale e tutti gli operatori della Salute in genere. Il bisogno clinico-assistenziale e riabilitativo viene accertato tramite idonei strumenti di valutazione multiprofessionale e multidimensionale, che consentono la presa in carico globale della persona e la definizione di un Progetto di Assistenza Individuale (PAI) sociosanitario integrato. Le cure domiciliari si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, generalmente erogate dal Comune di residenza della persona. Oggi, in relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, si può distinguere tra:

- **Assistenza Domiciliare Prestazionale:** intervento occasionale o a ciclo programmato dove non viene redatto il PAI. Sono interventi sanitari come: prelievo ematico, iniezione, medicazione semplice, rilevazione dei parametri vitali.

- **Assistenza Domiciliare Integrata:** valutazione multidimensionale della persona e gestione dell'assistenza da parte di un'équipe multiprofessionale.

L'Assistenza Domiciliare Integrata, in base alle criticità e ai giorni settimanali di assistenza, si divide in cure Domiciliari di:

- **I° livello:** assistenza di massimo 5 giorni su 7 per più di un anno;
- **II° livello:** assistenza di massimo 6 giorni su 7 fino a un anno;
- **III° livello:** assistenza 7 giorni su 7 fino a 6 mesi, prolungabile;
- **Cure Palliative:** l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici. Le cure palliative, quindi, sono quell'insieme di cure, non solo farmacologiche, volte a migliorare il più possibile la qualità della vita sia del malato in fase terminale che della sua famiglia.

L'infermiere delle cure domiciliari è un professionista responsabile dell'assistenza infermieristica a domicilio del paziente. Solo dopo la compilazione del PAI da parte dell'Unità di Valutazione Territoriale (UVT) e MMG, l'infermiere può attivarsi per prestare il suo intervento attenendosi alla prescrizione ma rimanendo comunque partecipe al bisogno di cura complessivo del soggetto.

1.4 PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

Il PAI [5] è il documento ufficiale che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno con l'intento di formulare ed attuare un progetto di cura e assistenza, che possa favorire la migliore condizione di salute e benessere per il paziente. Attraverso il PAI si mira ad individualizzare e quindi a massimizzare la personalizzazione degli stessi. All'interno del PAI trovano spazio elementi di valutazione clinica, assistenziale, sociale, psicologica e linguistico-comunicativa, tutti integrati e condivisi con il nucleo familiare e/o con i caregivers del paziente, in modo da garantirne quanto più possibile il potenziamento. Il PAI può avere una durata prestabilita, che tuttavia può subire delle variazioni. Si sviluppa, proprio come il processo di Nursing, in quattro fasi principali: Osservazione; Pianificazione; Erogazione dell'intervento; Verifica dei risultati. Gli obiettivi presenti nel PAI sono

soggetti a verifica e aggiornamento periodico e per questo motivo è di fondamentale importanza la scelta di indicatori misurabili e quantificabili che possano garantire un costante monitoraggio degli interventi che sono stati attuati.

CAPITOLO 2

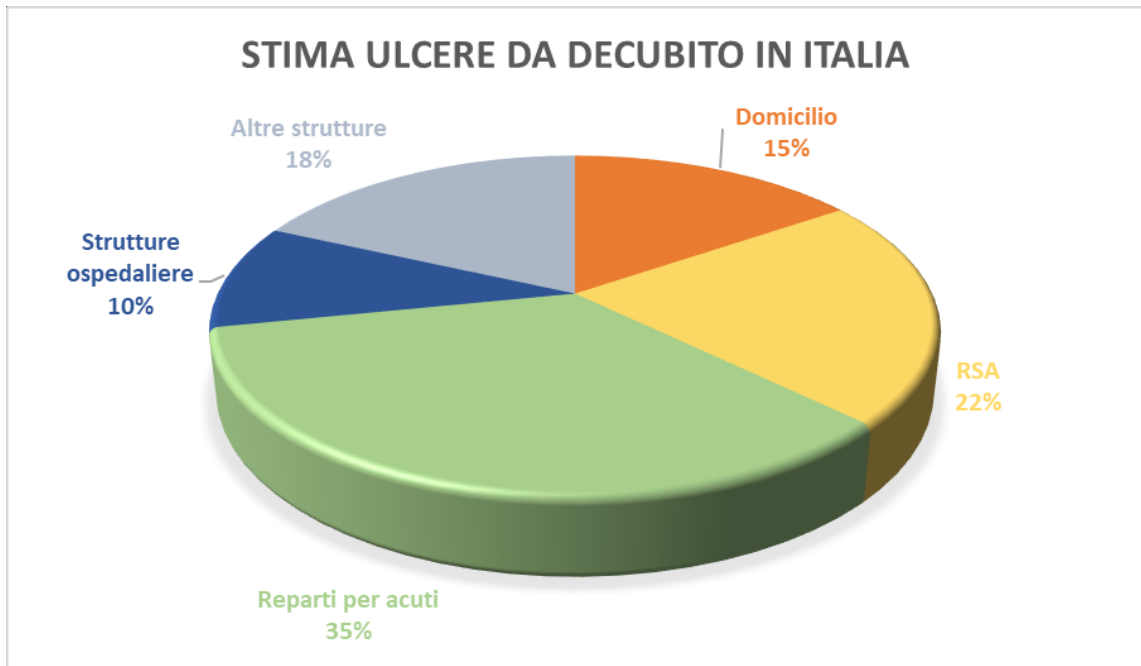
2.1 DEFINIZIONE DI ULCERA DA PRESSIONE

Le ulcere da pressione [6] sono aree lesionate con progressioni necrotiche in cui i tessuti molli vengono compromessi da una pressione meccanica costante, forze di taglio e umidità tra prominenze ossee e superfici esterne dure (letto di degenza, materasso domestico) la cui gravità viene classificata in stadi. La terminologia raccomandata dal National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) per descrivere queste ferite croniche è quella di **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.

2.2 EPIDEMIOLOGIA DELLE ULCERE DA PRESSIONE

Negli ultimi decenni, il progressivo invecchiamento della popolazione, ha determinato l'aumento in termini di incidenza e prevalenza di tali lesioni. Le ulcere da pressione rappresentano una condizione molto frequente, prevenibile in popolazioni ad alto rischio come quella anziana e dei soggetti con compromissione neurologica; infatti, non colpisce solo la popolazione anziana, ma possono insorgere in tutte le fasce evolutive. [7] Negli USA colpiscono circa 1,5-3 milioni di persone, nel 70% dei casi con età superiore ai 70 anni, comportando una spesa sanitaria annua di circa 5 miliardi di dollari. Tuttavia, in Italia, la stima delle ulcere da decubito varia in rapporto al setting assistenziale considerato: nei reparti per acuti l'incidenza può variare dallo 0,4 al 38%, nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA) dal 2,2 al 23,9%, mentre nell'ambito dell'assistenza domiciliare è dallo 0 al 17%. Inoltre, i dati preliminari relativi ad uno studio nazionale di prevalenza, che ha voluto 13.081 pazienti ricoverati in 24 strutture ospedaliere, ha documentato un tasso di prevalenza pari al 10,97%.

Figura.1 Sedi dove si sviluppano le ulcere da pressione in Italia



EZIOLOGIA DELLE ULCERE

I principali fattori eziologici delle ulcere da pressione sono principalmente: età maggiore ai 65 anni, riduzione del tessuto adiposo sottocutaneo, ipo-perfusione capillare, ridotta mobilità a causa della prolungata permanenza in ospedale, allettamento, lesioni del midollo spinale, sedazione, debolezza che riduce il movimento o dovuto a deterioramento cognitivo, esposizione a irritanti cutanei, incontinenza urinaria e fecale, alterata capacità di guarigione delle ferite a causa della malnutrizione, diabete mellito tipo II, alterata perfusione tissutale dovuta a malattia arteriosa periferica, immobilità, insufficienza venosa e sensorio alterato.

2.3 PREVENZIONE ULCERE DA PRESSIONE

La prognosi delle lesioni da pressione (LDP) allo stadio iniziale è eccellente, se si attua un trattamento tempestivo appropriato, ma il processo di guarigione richiede generalmente alcune settimane. [8] Dopo 6 mesi di trattamento, oltre il 70% delle ulcere da pressione di stadio 2, il 50% delle ulcere di stadio 3, e il 30% delle ulcere di stadio 4 si

risolve. Ma è possibile evitare sul nascere l'insorgenza di una piaga da decubito, attuando degli interventi di prevenzione. La prevenzione richiede:

- Identificazione dei pazienti ad alto rischio
- Cambio di posizione
- Scrupolosa cura della pelle ed igiene
- Evitare l'immobilizzazione
- Utilizzo di presidi antidecubito

Il cardine della prevenzione è il frequente cambiamento di posizione. La pressione non deve essere continua su ciascuna superficie ossea per oltre 2 h. I pazienti che non sono in grado di muoversi da soli devono essere riposizionati e dotati di cuscini e mobilizzati anche quando sono adagiati su materassi a bassa pressione. Le zone sottoposte a pressione devono essere controllate per rilevare eventuali eritemi e/o traumi almeno 1 volta/die, con illuminazione adeguata. Si devono istruire i pazienti e i membri della famiglia ad una "routine" giornaliera di osservazione e palpazione a domicilio delle aree di potenziale formazione di ulcere. Si deve prestare quotidianamente attenzione all'igiene e all'asciugatura per prevenire la macerazione e la sovrainfezione secondaria. Per evitare il contatto reciproco delle varie superfici corporee si possono utilizzare imbottiture protettive, cuscini e presidi appositi antidecubito. Lenzuola ed indumenti devono essere cambiati frequentemente. Nei pazienti incontinenti, le ulcere devono essere protette dalla contaminazione; le medicazioni in materiale sintetico possono essere d'aiuto. La lacerazione 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 adesivo deve essere ridotto, perché può irritare e addirittura lacerare la pelle fragile. Le zone soggette ad attrito possono essere cosparse con talco comune.

2.3.1 I PRESIDI ANTIDECUBITO

I presidi antidecubito [9] sono fondamentali ai fini della cura e della prevenzione delle lesioni da decubito. Con questo termine si fa riferimento a tutti quei supporti che permettono di ridurre o scaricare la pressione che si esercita su una data superficie. I presidi antidecubito sono suddivisi in classi e ogni classe comprende diversi prodotti:

- Materasso: l'alternativa pensata per consentire in tutte le posture un buon allineamento del corpo
- Letto antidecubito: in sostituzione del letto ospedaliero
- Talloniere e gomitiere: studiati appositamente per proteggere gomiti e talloni
- Cuscini: per tutelare la posizione seduta del paziente
- Accessori: spessori ed imbottiture che evitano il contatto tra le prominenze ossee e le diverse superfici

Per essere efficace un presidio antidecubito deve avere delle caratteristiche specifiche al fine di riuscire a ridurre la pressione del corpo sulla superficie d'appoggio, le forze di attrito e di stiramento, la dispersione di calore ed umidità e garantire il mantenimento di una postura corretta. La scelta dei presidi antidecubito tiene presente tutte queste caratteristiche anche se spesso è solo frutto di una prescrizione, avvenuta a seguito di una valutazione dei bisogni del paziente. In ogni caso non si deve mai dimenticare una verifica e dei controlli che permettono di valutare quanto l'ausilio prescelto sia rispondente alle finalità preposte.

2.4 CLASSIFICAZIONE E STADIAZIONE DELLE ULCERE DA PRESSIONE

Le ulcere da pressione possono essere classificate secondo criteri clinici, topografici, e di stato [8]. Nell'ambito dei criteri clinici l'European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e l'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPH) forniscono indicazioni universalmente accettate permettono di classificare le ulcere da pressione in quattro distinti stadi clinici ai quali la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ha aggiunto due ulteriori stadi riguardanti il sospetto danno degli strati tissutali profondi e le lesioni non stadiabili. Riconosciamo graficamente rappresentate in figura 2:

❖ CATEGORIA/STADIO I, ERITEMA NON SBIANCABILE

Caratterizzata da cute intatta con rossore non sbiancabile di una zona localizzata solitamente su una prominenza ossea; il suo colore può differire dalla zona circostante. L'Area può essere dolorosa, solida, morbida, più calda o più fredda rispetto al tessuto adiacente. Questa può essere difficile da rilevare nei soggetti con tonalità di pelle scura

❖ CATEGORIA/STADIO II, PERDITA CUTANEA A SPESSORE PARZIALE

Perdita di spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera superficiale con un letto della ferita rosso/rosa, senza tessuto devitalizzato (slough); può anche presentarsi come una vescica intatta o aperta/rotta piena di siero. Questa non deve essere usata per descrivere lacerazioni cutanee, ustioni, dermatiti perineali, macerazione o escoriazioni.

❖ CATEGORIA/STADIO III, PERDITA CUTANEA A SPESSORE TOTALE

È una perdita cutanea a spessore totale. Il tessuto adiposo può essere visibile ma ossa, tendini e muscoli non sono esposti. Lo slough può essere presente ma non oscura la profondità della perdita di tessuto. Può includere sottominature e tunnelizzazioni. La profondità delle ulcere di questa categoria può variare in base alla regione anatomica.

❖ CATEGORIA/STADIO IV, PERDITA DI TESSUTO A SPESSORE TOTALE

In questo stadio si ha una perdita di tessuto a spessore totale, con esposizione ossea, tendinea o muscolare. Il tessuto devitalizzato o escara possono essere presenti in alcune porzioni del letto della ferita e spesso include lo scollamento e la tunnelizzazione dei tessuti. In questa categoria, le ossa/tendini sono visibili o direttamente palpabili e l'ulcera può estendersi nel muscolo e nelle strutture di supporto, favorendo l'osteomielite.

❖ LESIONI NON STADIABILI, PROFONDITA' SCONOSCIUTA

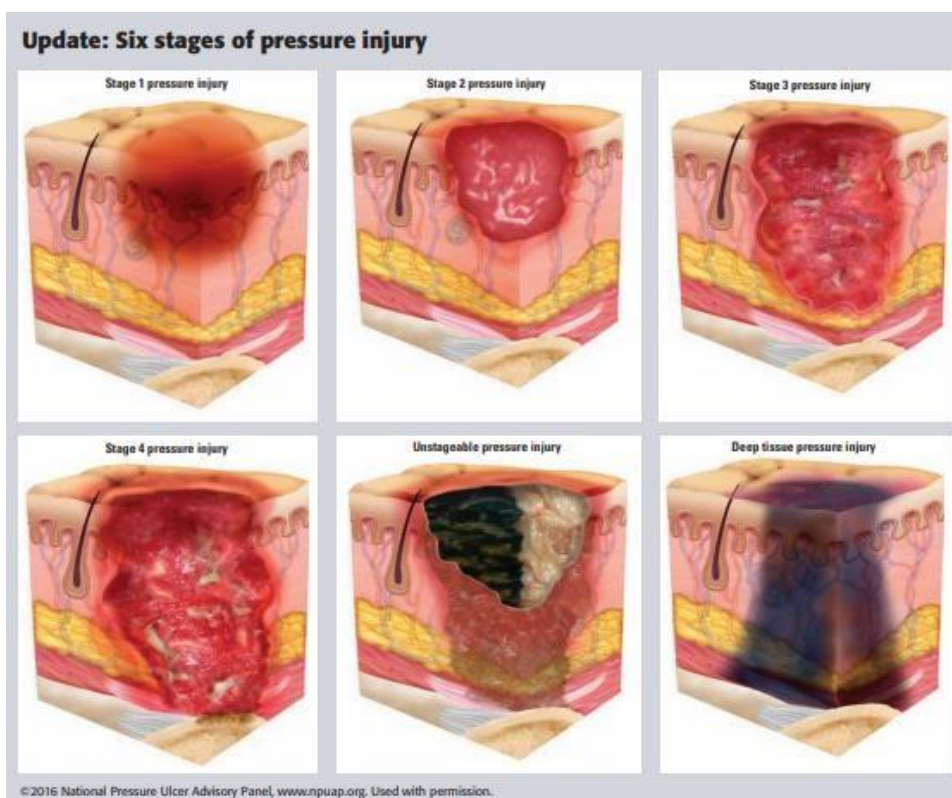
Perdita di tessuto a spessore totale in cui l'effettiva profondità dell'ulcera è completamente nascosta da tessuto devitalizzato, di colore variabile (giallo, marrone

chiaro, grigio, verde o marrone), e/o escara (marrone chiaro, marrone o nero) nel letto della ferita. Fino a quando lo slough o l'escara non vengono rimossi in modo tale da esporre la base dell'ulcera, non è possibile determinare la reale profondità. L'escara stabile, asciutta, aderente, intatta, senza eritema, sui talloni serve come "copertura" naturale del corpo e non deve essere rimossa.

❖ **SOSPETTO DANNO DEI TESSUTI PROFONDI, PROFONDITA' SCONOSCIUTA**

Area localizzata di color porpora o marrone/rossastro di cute integra oppure flittene a contenuto ematico, secondario al danno sottostante dei tessuti molli; causata dalla pressione e/o dalle forze di taglio. L'area può essere preceduta dalla presenza di tessuto doloroso, solido, pastoso, melmoso, più caldo o più freddo rispetto al tessuto circostante. Il danno dei tessuti profondi potrebbe essere difficile da individuare nelle persone con tonalità di pelle scura. L'evoluzione di questo stadio può includere una sottile vescica su un letto di ferita scura. La lesione potrebbe evolvere ulteriormente ricoprendosi con un'escara sottile. Può essere rapida, aggiungendo strati di tessuto, anche in presenza di un trattamento ottimale.

Figura.2 Stadiazione ulcere da pressione NPUAP 2019



2.5 SCALE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

L'infermiere si avvale di due scale di valutazione del rischio:

- Scala di Braden
- Scala di Norton

La valutazione per il rischio di insorgenza di LdP va effettuata nel momento della presa in carico di tutti quei pazienti che non sono in grado di muoversi in totale autonomia.

2.5.1 SCALA DI BRADEN

La Scala di Braden è una scala di valutazione del rischio di insorgenza di LdP che tiene conto di sei fattori:

- percezione sensoriale (capacità di rispondere al disagio dettato dalla compressione);
- umidità della cute (sudorazione, umidità legata ad eventuale incontinenza urinaria e/o fecale);
- attività motoria (livello di attività fisica);
- mobilità (capacità di controllo/modifica della posizione del corpo);
- nutrizione (è fondamentale un adeguato apporto di calorie, proteine, vitamine e minerali per contrastare l'insorgere di nuove lesioni);
- frizione e scivolamento (la forza d'attrito che si crea con la superficie solida e/o con la biancheria può accelerare l'insorgenza di LdP).

Ad ogni fattore vengono attribuite delle variabili, con un punteggio che va da 1 a 4 e da 1 a 3 per il fattore "frizione e scivolamento". Si interpreta secondo il principio che minore è il valore risultante dalla somma di tutti i punteggi, maggiore è il rischio d'insorgenza di lesioni.

INDICE DI BRADEN

INDICATORI	VARIABILI			
	4	3	2	1
PERCEZIONE SENSORIALE: abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione.	Non limitata: Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire e esprimere il dolore o il disagio.	Leggermente limitata: risponde agli ordini verbali ma non può sempre comunicare il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. Oppure: ha impedimento al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità.	Molto limitata: risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. Oppure: ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore o del disagio almeno per la metà del corpo.	Completamente limitata: non vi è risposta (non geme, non si contrae o afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di incontinenza od alla sedazione. Oppure: limitata capacità di percepire il dolore in molte zone del corpo.
UMIDITA': grado di esposizione della pelle all'umidità.	Raramente bagnato: la pelle è abitualmente asciutta. le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine.	Occasionalmente bagnato: la pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno.	Spesso bagnato: pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere	Costantemente bagnato: la pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc... Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato.
ATTIVITA': grado di attività fisica.	Cammina frequentemente: cammina al di fuori della camera almeno 2 volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni 2 ore (al di fuori delle ore di riposo).	Cammina occasionalmente: cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	Costretto in poltrona: capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia o sulla sedia a rotelle.	Completamente allettato: costretto a letto.
NUTRIZIONE: assunzione usuale di cibo.	Eccellente: mangia la maggior parte del cibo. Non	Adeguata: mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più	Probabilmente inadeguato: raramente mangia un pasto	Molto povera: non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia

Interpretazione dei punteggi

Punteggio 6 = alto rischio;

Punteggio 23 = basso rischio;

Punteggio 16 = situazione di rischio.

2.5.2 SCALA DI NORTON

La scala di Norton serve per valutare il rischio di lesioni da decubito. È costituito da cinque item:

- Condizioni generali;
- Stato mentale;
- Deambulazione;
- Mobilità;
- Incontinenza

Ogni item è valutato da 1 a 4 secondo un livello di dipendenza decrescente. Il punteggio di massima indipendenza è uguale a 20, mentre il punteggio di massima dipendenza è uguale a 5. Il rischio è considerato a partire da un punteggio di 14, elevato a partire da 12 e molto elevato a partire da 10.

SCALA DI NORTON modificata secondo Nancy A. Scotts

INDICATORI	1	2	3	4	indice
Condizioni generali: livelli di assistenza richiesti per le ADL(capacità di fare il bagno, di vestirsi, di usare i servizi igienici, mobilità, continenza, alimentazione).	Pessime: totalmente dipendente per tutte le ADL	Scadenti: richiede assistenza per più ADL(più di due)	Discrete: necessita di assistenza per alcune ADL(max due)	Buone: abile ad eseguire autonomamente tutte le ADL	
Stato mentale: capacità di rispondere alle domande verbali relative al tempo, spazio e persone in modo soddisfacente e veloce.	Stuporoso: totalmente disorientato. La risposta può essere lenta o rapida. Il paziente potrebbe essere in stato comatoso.	Confuso: parzialmente orientato nel tempo, nello spazio e nelle persone. La risposta può essere rapida.	Apatico: orientato nel tempo, nello spazio e nelle persone, con una ripetizione della domanda (non legata all' ipoacusia).	Lucido: orientato nel tempo e nello spazio, risposta rapida.	
Deambulazione: distanza e dipendenza nella deambulazione.	Costretto a letto: confinato a letto per 24 ore.	Costretto su sedia: si muove soltanto con sedia a rotelle.	Cammina con aiuto: deambula fino a quando è affaticato. Richiede l'assistenza di una persona per deambulare. Può usare anche un presidio.	Normale: deambula fino a quando è affaticato. Cammina da solo o con l'uso di presidi (esempio: bastone).	
Mobilità: quantità e movimento di una parte del corpo.	Immobile: non ha indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede assistenza per il movimento di ogni estremità.	Molto limitata: limitata indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede una maggiore assistenza da parte di un'altra persona. Con o senza	Moderatamente limitata: può muovere o controllare le estremità con una minima assistenza da parte di un'altra persona. Con o senza presidi.	Piena: può muovere o controllare le estremità come vuole. Con o senza presidi.	

2.6 TRATTAMENTO DELLE ULCERE DA PRESSIONE

Nel caso in cui le attività di prevenzione non bastino ed il paziente dovesse sviluppare una piaga da decubito, a causa di fattori intrinseci ed estrinseci che lo espongono ad un alto rischio di sviluppo, l'infermiere ha tutte le competenze necessarie per il trattamento della piaga. [9]

Tra i principali interventi ricordiamo:

- Riduzione della pressione: si realizza attraverso un corretto posizionamento del paziente, dispositivi di protezione e l'uso di superfici di supporto. Il cambio di posizione è di massima importanza. I pazienti allettati devono essere girati almeno ogni due ore
- Cura diretta della ferita: comporta pulizia, sbrigliamento e le medicazioni
- Gestione del dolore: le lesioni da pressione possono causare dolore significativo. Il dolore deve essere monitorato regolarmente utilizzando una scala di valutazione del dolore. Il trattamento primario del dolore coincide con il trattamento della lesione stessa, tuttavia, in caso di dolore da lieve a moderato è utile somministrare un farmaco antinfiammatorio non steroide o paracetamolo
- Controllo delle infezioni: le lesioni da pressione devono essere valutate regolarmente per i segni di un'eventuale infezione batterica come eritema aumentato, cattivo odore, calore, drenaggio, febbre e leucocitosi. La difficoltà di guarigione di una ferita deve far sorgere il sospetto di un'infezione
- Valutazione dei fabbisogni nutrizionali: la denutrizione è frequente tra i pazienti affetti da lesioni da pressione e rappresenta un fattore di rischio per il ritardo di guarigione
- Intervento chirurgico: i difetti cutanei estesi, specialmente con esposizione delle strutture muscoloscheletriche, richiedono una chiusura chirurgica. Gli innesti cutanei sono utili per i difetti ampi e superficiali. Tuttavia, dato che gli innesti non aumentano la perfusione ematica, si devono mettere in atto delle misure per prevenire l'incremento pressorio sull'area ischemica e la progressione della lesione. I lembi miocutanei, grazie alla distribuzione del loro carico pressorio e alla ricca vascolarizzazione, sono le chiusure di scelta sulle grandi salienze ossee. Questi interventi migliorano la qualità di vita dei pazienti

2.7 DEFINIZIONE DI WOUND BED PREPARATION

Il Wound Bed Preparation è un metodo per ottimizzare il trattamento delle ferite croniche. Questo approccio olistico esamina il trattamento della causa e delle preoccupazioni centrate sul paziente, per determinare se una ferita è guaribile o non guaribile. Per le ferite guaribili (con un adeguato apporto di sangue), è indicato l'equilibrio dell'umidità insieme allo sbrigliamento attivo e al controllo dell'infezione locale o dell'infiammazione. Nella gestione delle ferite non guaribili si punta ad alleviare il dolore, controllare gli odori, prevenire le infezioni, diminuendo i batteri sulla superficie della ferita, procedendo allo sbrigliamento, gestendo l'umidità, prestando particolare attenzione al controllo dell'essudato.

2.8 DEFINIZIONE DEI PRINCIPI DEL T.I.M.E.

Al fine di aiutare il personale sanitario a inquadrare meglio i principi della WBP, si consiglia di far riferimento all'acronimo inglese T.I.M.E [10] (Tissue, Infection or inflammation, Moisture imbalance, Epidermal margin) utile a individuare gli elementi da correggere. In particolare, gli obiettivi da raggiungere sono:

- **Tessuto (Tissue):** le cellule non vitali impediscono la guarigione. Occorre ripristinare il fondo della ferita e le funzioni della matrice extracellulare attraverso il debridement (sbrigliamento episodico o continuo)
- **Infezione o infiammazione (Infection or Inflammation):** la presenza di elevata carica batterica o di prolungata infiammazione provoca un incremento delle citochine infiammatorie e dell'attività proteasica con riduzione dell'attività dei fattori di crescita. In questo caso occorre agire riducendo il contagio batterico e attraverso la detersione.
- **Squilibrio idrico (Moisture imbalance):** la disidratazione cutanea rallenta la migrazione delle cellule epiteliali e un eccesso di liquidi causa la macerazione dei margini della ferita. In questi casi vanno applicate medicazioni che mantengono il corretto grado di umidificazione tessutale.

• **Margini dell'epidermide (Epidermal margin):** i cheratinociti che non migrano e le cellule della ferita che non rispondono agli stimoli impediscono la rimarginazione dei tessuti. Occorre pertanto assicurare la migrazione dei cheratinociti e la risposta delle cellule della ferita prendendo in considerazione terapie correttive come debridement, trapianti cutanei, prodotti biologici o terapie aggiuntive.

Osservazioni cliniche	Presunta patofisiologia	WBP - Interventi clinici	WBP - Effetti degli interventi clinici	Risultati clinici
Tessuto necrotico o devitalizzato	Difetto della matrice e residui cellulari sono di ostacolo alla guarigione	Debridement (occasionale o di mantenimento) • chirurgico, enzimatico, autolitico, meccanico o biologico	Fondo della lesione deterso e ripristinata funzionalità delle proteine della matrice extra cellulare	Fondo della lesione vitale
Infezione o infiammazione	<i>Elevata carica batterica o infiammazione prolungata</i> ↑ citochine pro-infiammatorie ↑ attività proteasica ↓ attività dei fattori di crescita	<i>Rimozione foci infetti: terapia locale/sistemica</i> • antimicrobici • antinfiammatori	<i>Riduzione della carica batterica o controllo dell'infiammazione</i> ↓ citochine pro-infiammatorie ↓ attività proteasica ↑ attività dei fattori di crescita	Controllo dell'infezione e dell'infiammazione
Macerazione o secchezza - squilibrio dei fluidi	Secchezza: lenta migrazione delle cellule epiteliali Essudato in eccesso: macerazione dei margini della ferita	Applicazione di medicazioni avanzate per favorire il giusto grado di umidità Bendaggio compressivo, pressione negativa o altri metodi per rimuovere l'eccesso di essudato	Ripristino migrazione cellule epiteliali; secchezza evitata Riduzione dell'edema, controllo dell'eccesso di essudato; macerazione evitata	Bilancio dei fluidi (essudato)
Epidermide margini non proliferativi o sottominati	Cheratinociti non migranti Cellule non responsive e anomalie nell'attività delle proteasi	Ri-accertare le cause o considerare terapie correttive • debridement • innesti cutanei • terapie di supporto	Migrazione dei cheratinociti e presenza di cellule responsive Ripristino di un appropriato profilo delle proteasi	Margini epiteliali in attiva proliferazione

2.9 TIPOLOGIA E GESTIONE DELLE MEDICAZIONI

Per la gestione delle LDP l'infermiere si avvarrà dell'utilizzo di medicazioni semplici o complesse, che hanno come scopo [11]:

- La protezione della ferita da insulti meccanici
- L'immobilizzazione della ferita
- L'assorbimento delle secrezioni
- La promozione dell'emostasi e la riduzione dell'accumulo di liquidi

- La prevenzione della contaminazione a causa delle secrezioni corporee
- La detersione della ferita con un'azione capillare e con l'assorbimento di tessuti necrotici tra le sue maglie
- L'inibizione della crescita e l'eliminazione dei microrganismi con l'utilizzo di bende contenenti sostanze antisettiche
- Favorire il benessere psico-fisico del paziente

Ci sono due tipologie di medicazioni: quelle tradizionali, quelle avanzate ed infine quelle attive. Tra le tradizionali riconosciamo le medicazioni semplici e quelle grasse. Tra quelle avanzate ricordiamo: l'idrogel, gli idrocolloidi, film, gel e schiume in poliuretano, gli alginati, l'idrofibra, il carbone attivo, i poliacrilati ed infine le medicazioni a base di antisettici. Infine, tra quelle attive ci sono: l'acido ialuronico, i regolatori di metallo-proteasi ed il collagene di tipo I. La scelta della medicazione è influenzata dalla quantità di essudato, dal tipo di tessuto all'interno dell'ulcera e dalla profondità della ferita.

Sono di quattro tipi:

1. Quelle che assorbono e trattengono i liquidi come idrocolloidi e schiume in poliuretano
2. Quelle che assorbono solamente come granuli, alginati ed idrofibre
3. Quelle che mantengono l'ulcera in ambiente umido come il film in poliuretano
4. Quelle che cedono i liquidi, tra cui ricordiamo l'idrogel

Le più frequenti medicazioni in uso per il trattamento delle ferite croniche e delle ulcere:

❖ **ALGINATI**

Sono medicazioni soffici costituite da fibre polisaccaridiche di acido alginico (estratto dalle alghe brune marine) con sali di calcio o calcio-sodico. Assorbono l'essudato per capillarità e le fibre si gelificano. Necessitano di una medicazione secondaria con film o schiume in poliuretano. Sono disponibili sotto forma di placche o nastri da tagliare e conformare; sono disponibili anche con antisettici a base di argento

❖ **IDROGEL**

Sono gel costituiti da idrocolloidi naturali che interagiscono con le soluzioni acquose espandendosi:

- Sono permeabili al vapore acqueo ed ai gas

- Forniscono idratazione al tessuto necrotico secco
- Favorisce la formazione del tessuto di granulazione
- Non aderiscono al letto della ferita e non permettono alla medicazione secondaria di aderirvi
- In forma di gel-garze impregnate o placche
- Usate su ferite scarsamente essudanti, con molto tessuto necrotico, data la loro capacità di sbrigliare il tessuto non vitale

❖ **IDROCOLLOIDI**

Composti da uno strato interno di polimeri idrofili ed uno esterno di poliuretano semipermeabile che garantisce l'isolamento e mantengono l'umidità della ferita.

- Assorbimento medio/basso di essudato e favoriscono la granulazione
- Indicate su ferite granuleggianti o con necrosi umide, poco secernenti
- Disponibili in paste-gel, granuli e fogli

❖ **FILM IN POLIURETANO**

Pellicole adesive in poliuretano, trasparenti, ricoperta da un sottile strato adesivo acrilico, permeabile ai gas ma non all'acqua ed ai batteri

- Per medicazioni primarie nelle lesioni di primo stadio e nella prevenzione dei danni da sfregamento o da macerazione per esposizione prolungata all'umidità
- Usati come medicazione secondaria

❖ **GEL IN POLIURETANO**

Sono a base di poliuretano, utilizzate in lesioni cutanee con essudato abbondante avendo una grande capacità assorbente. Se la lesione interessa anche gli strati profondi non è consigliato.

❖ **SCHIUME IN POLIURETANO**

Sono medicazioni composte da uno strato esterno impermeabile che funge da barriera a sostanze liquide e batteri e uno interno in poliuretano, che ha proprietà assorbenti.

- Creano la giusta umidità per permettere la giusta guarigione della ferita
- Possono essere a più strati con o senza adesivo

- Ne esistono di sagomate
- Possono avere una componente gelificante o rilasciare antidolorifico

❖ **IDROFIBRA**

Medicazione formata da fibre idrocolloidi con un elevato grado di assorbimento che gelificano a contatto con l'essudato, trattenendolo senza rilasciarlo. Sono atraumatiche e la loro alta capacità assorbente permette di aumentare l'intervallo di cambio della medicazione. Le troviamo anche con una percentuale di argento. Si utilizzano per lesioni superficiali e profonde con essudato medio-alto

❖ **MEDICAZIONI AL CARBONE**

Sono medicazioni al carbone attivo, utilizzate per la loro capacità di catturare gli odori ed i batteri da cui scaturiscono i maleodori. La medicazione deve essere molto più larga della ferita per fare in modo che le molecole volatili dell'odore possano essere captate dalla medicazione. Devono essere usate in associazione a medicazioni secondarie. Una volta impregnate di essudato il carbone attivato cessa la sua azione deodorizzante.

❖ **POLIACRILATI**

Sono medicazioni contenenti Ringer lattato che hanno due funzioni contemporanee:

- Quella di rilasciare Ringer lattato di continuo sulla ferita;
- Quella di assorbire l'essudato che viene prodotto

❖ **MEDICAZIONI CON ANTISETTICI**

Sono medicazioni che contengono antisettici ed un altro principio (idrocolloide, schiume poliuretano, idrofibre, alginati) che hanno l'obiettivo di eliminare un'infezione presente, assorbendo i batteri presenti sul letto della lesione e rimuovendolo con la sostanza antisettica. Si possono trovare a base di argento, iodio, PHMB e miele.

CAPITOLO 3

REVISIONE DI REVISIONI DELLA LETTERATURA

3.1 BACKGROUND

L'ulcera da pressione è una lesione localizzata alla cute e/o agli strati sottostanti, generalmente in corrispondenza di una prominente ossea, quale risultato di pressione, e/o pressione in combinazione con forze di taglio, con evoluzione necrotica, causando stress meccanico ai tessuti ed occlusione dei vasi. La presenza delle ulcere da pressione rappresenta un problema sanitario di notevole rilevanza: la sua diffusione è provata da un'incidenza e una prevalenza in costante crescita, all'elevato numero di persone affette da malattie croniche-degenerative e all'aumento della sopravvivenza ad eventi acuti che esitano in situazioni cliniche invalidanti.

3.2 SCOPO DELO STUDIO

Ricercare, l'obiettivo principale dello studio è stato quello di cercare le evidenze scientifiche riguardanti l'assistenza, la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione nel paziente a domicilio. Nello specifico analizzare tutti i risultati sotto un'ottica quali/quantitativa.

3.3 MATERIALI E METODI

Per la selezione della letteratura si è utilizzato il metodo PICOS e quesiti di ricerca riferiti a beneficiari dei trattamenti ed indicazioni per la prevenzione, il trattamento e l'assistenza generale a pazienti con delle lesioni da pressione.

3.3.1 PICOS

P: paziente a domicilio con lesione da pressione

I: assistenza dell'ICM territoriale al trattamento e gestione delle lesioni da pressione

C: assistenza dell'ICM territoriale al trattamento e gestione delle lesioni da pressioni e/o vs differenza di gestione e trattamento delle LDP nei pazienti in degenza ospedaliera

O: gestione efficace dell'assistenza e della salute del paziente.

S: Review o sitematic review

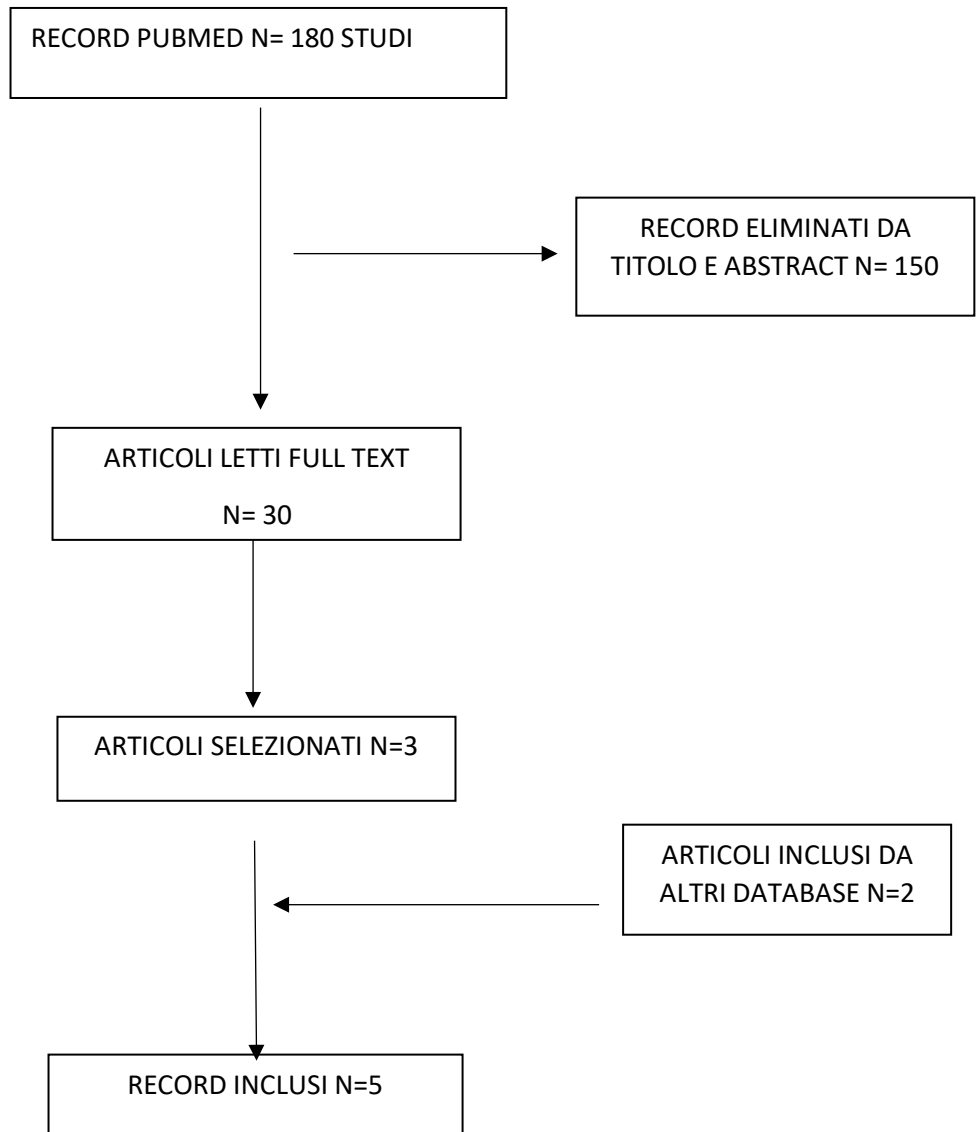
DATABASE

Per la stesura dell'elaborato si è utilizzato il database PubMed, con limite temporale di 5 anni, ma sono stati inclusi anche studi selezionati da altri database con limite temporale di 15 anni coerenti con il quesito di ricerca.

3.3.2 STRINGA DI RICERCA

("Degloving Injuries"[Mesh] OR "Wounds and Injuries"[Mesh]) AND ("Nurses"[Mesh] OR "Family Nurse Practitioners"[Mesh] OR "Nurse Clinicians"[Mesh] OR "Nurses, Community Health"[Mesh] OR "Nurse Specialists"[Mesh]) Filters: in the last 5 years
181 selected items

3.3.3 FLOW CHART DEGLI STUDI



3.4 SINTESI DEI RISULTATI

ARTICOLI REVISIONATI	TIPO DI STUDIO E METODI	PRINCIPALI OUTCOME E RISULTATI	CONCLUSIONI
Joyce P., Moore Zeh, Christie J. Organization of health service for preventing and treating pressure ulcers Chocrane Database, 2018	Revisione sistematica della letteratura; Sono stati condotti quattro studi tra cui RCT, cluster RCT, non-RCT e studi controllati prima e dopo.	È emerso che l'assistenza transmurale porta ad una differenza nell'incidenza delle ulcere da pressione rispetto all'assistenza usuale, anche se in tutti gli studi la certezza dell'assistenza è molto bassa a causa dell'alto rischio di bias	I risultati degli studi inclusi erano incoerenti. Ci sono, pertanto, prove insufficienti. È necessario, dunque, un'ulteriore ricerca per confermare questi risultati.
Christine A Chrisman Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients Int Wound J , 2010	Revisione sistematica della letteratura di cinque studi, in particolare: studi di coorte, RCT, revisioni sistematiche, studi multisito, studi prospettici	È emerso che nel controllo delle ferite croniche nelle cure palliative e nei pazienti alla fine della vita. È fondamentale il controllo dei sintomi legati alle ferite per il comfort ed il miglioramento della qualità della vita del paziente.	Dopo essersi assicurato che il paziente abbia compreso la malattia, aver identificato i sintomi e l'effetto della ferita cronica sulla vita, un team multidisciplinare è ottimale per la pianificazione delle cure e dell'efficacia dei costi nel contesto dell'eziologia della malattie dell'aspettativa di vita.
Garland Kimberly, Lisa Fraser Chronic care model: implications for Home Care Case Manager Practice	Revisione sistematica della letteratura; sono stati selezionati per questo studio 18 articoli di cui 5 qualitativi e 13 quantitativi	Tra i modelli tradizionali di erogazione delle cure sono stati identificati ostacoli alla prevenzione delle malattie croniche e cura dei pazienti che vivono con malattie degenerative. Pertanto, è necessario considerare modelli alternativi di assistenza che includano una	Nell'Home Care Nursing e nel Home Care Case Management è fondamentale la fiducia reciproca tra pazienti, caregiver ed operatori sanitari. È importante,

<p>Home Health Care Now, 2018</p>		<p>combinazione di strategie su più aspetti. È emerso che l'infermiere domiciliare lavorando come home care manager è in grado di condividere una comprensione dell'esperienza della malattia in casa e di sviluppare rapporti stretti con il paziente.</p>	<p>inoltre, una stretta collaborazione interdisciplinare per la gestione a domicilio del paziente con malattia cronica</p>
<p>Moore ZEH, Cowman S. Wound cleansing for pressure ulcers The Cochrane Collaboration, 2013</p>	<p>Revisione sistematica della letteratura di tre studi RCT</p>	<p>È emerso che lo spray salino contenente Aloe vera, cloruro d'argento e decilglucoside migliora significativamente i punteggi di guarigione rispetto alla soluzione fisiologica isotonica. Si è inoltre osservato che il lavaggio pulsatile ha ridotto il volume dell'ulcera rispetto all'immersione e che non vi è alcuna differenza tra utilizzo di soluzione fisiologica rispetto all'acqua</p>	<p>In questa revisione emerge che le informazioni importanti non sono segnalate o non adeguatamente descritte. Per condurre uno studio attendibile sono necessari studi ben progettati e solidi.</p>
<p>Suzanne L. Groah, Manon Schladen Prevention of Pressure Ulcers Among People with Spinal Cord Injury S.L. Groah et al. 2015</p>	<p>Revisione sistematica della letteratura di 34 studi</p>	<p>È emerso in pazienti con lesione del midollo spinale che la pressione in posizione supina o seduta e le procedure per misurare la pressione cutanea erano molto variabili rispetto a posizione anatomica, tecnica di misurazione, caratteristiche dei partecipanti.</p>	<p>Non vi è una posizione ottimale o frequenza di rotazione a letto, ma è consigliabile evitare la posizione laterale. Si conclude che il rischio di ulcere da pressione è altamente individualizzato, con un rischio maggiore in pazienti con lesioni del midollo spinale.</p>

3.5 RISULTATI

Nelle revisioni selezionate sono stati analizzati degli studi concernenti la prevenzione, la gestione delle ulcere da decubito, la pulizia della ferita e si sono osservati la differenza dei tassi di incidenza delle ulcere nei diversi setting assistenziali. Successivamente si è concentrata l'attenzione sulla gestione del paziente con lesione del midollo spinale e nelle cure palliative. Per quanto riguarda la revisione di Garland Kimberly [12] sul modello di assistenza per le malattie croniche, formulato da Wagner, sono stati selezionati un totale di 18 studi di cui 5 qualitativi e 13 quantitativi e riguardano tre temi:

- Modello di assistenza cronica, comportamenti e risultati positivi per la salute delle persone con malattie croniche;
- Modello di cura cronica e fornitura di cure di qualità per le malattie croniche;
- Importanza del ruolo di supporto dell'infermiere di assistenza domiciliare nel ruolo di gestione dei casi di assistenza domiciliare.

Questa revisione è basata sul Chronic Care Model (CCM). Il CCM descrive: la prevenzione, la diagnosi, l'assistenza e la gestione delle malattie croniche; ha l'obiettivo di migliorare l'organizzazione del sistema sanitario e di progettare al meglio l'assistenza domiciliare. Questo modello è applicabile anche ai pazienti portatori di ulcere da pressione a domicilio. Solo due degli studi riportati ha esaminato il CCM nella pratica dell'infermiere domiciliare. Lo studio comprende pazienti che vivono con malattie croniche, familiari/caregivers, infermieri di assistenza domiciliare, cliniche di cure primarie e organizzazioni collaborative per la gestione delle patologie croniche. Per quanto riguarda il primo tema, c'erano due articoli. È emerso che l'implementazione del CCM nelle cliniche di assistenza primaria e nell'organizzazione sanitaria ha portato ad un significativo miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita nei pazienti con malattie croniche. Per il secondo tema c'erano otto articoli ed è emerso che l'attuazione del CCM ed un aumento del numero di cure, ha portato all'uso delle migliori pratiche assistenziali da parte degli operatori. Infine, due articoli vanno a sostegno dell'ultimo tema. È emerso che l'infermiere domiciliare, lavorando come case manager, è stato in grado di condividere una comprensione dell'esperienza della malattia in casa ed è stato in grado di sviluppare rapporti stretti con pazienti e familiari, andando ad alleviare la situazione di sofferenza. Nella revisione di Joyce P. [13] sull'organizzazione dei servizi

sanitari, il principale obiettivo è stato quello di valutare gli interventi di prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione nei diversi setting assistenziali. Per questa revisione sono stati inclusi studi randomizzati controllati (RCT), cluster-RCT, studi controllati prima e dopo e sono state arruolate persone a rischio di sviluppo di ulcere o persone con ulcere. La ricerca ha analizzato un totale di 3172 citazioni ma solo quattro studi sono stati ritenuti idonei. Per gli studi di prevenzione sono stati presi in considerazione l'incidenza delle ulcere da pressione ed il numero di eventi avversi riscontrati; invece, per gli studi di trattamento, sono stati presi in considerazione il tasso di guarigione delle ulcere ed il numero di eventi avversi. Uno studio controllato prima e dopo ha esplorato l'impatto dell'assistenza transmurale tra 62 partecipanti con lesioni del midollo spinale. Non è chiaro se l'assistenza transmurale porti ad una differenza nell'incidenza delle ulcere da pressione rispetto all'assistenza usuale. Un RCT ha esplorato l'impatto dell'assistenza domiciliare tra cento adulti anziani. Non è chiaro se l'assistenza domiciliare porti ad una differenza nel rischio di incidenza delle ulcere da pressione rispetto al ricovero in ospedale. Un terzo studio ha esplorato l'impatto dell'essere assistiti da team multidisciplinari potenziati (EMDT) tra 161 pazienti nelle strutture a lungo termine e non è chiaro se l'EMDT riduca il tasso di incidenza rispetto alle cure usuali e se ci sia una differenza nel numero di ferite guarite. In tutti gli studi, c'è una certezza dell'evidenza molto bassa, quindi, lo studio non è attendibile al fine di stabilire in che setting assistenziale ci sia un rischio di insorgenza minore. Inoltre, è importante tener conto delle differenze nazionali nei sistemi sanitari, poiché, ciò che funziona in un Paese per l'organizzazione dei servizi, non è detto che possa funzionare in un altro. Nella revisione sulla pulizia delle ferite di Moore Zeh, [14] ci si è interrogati sull'effetto delle soluzioni per la pulizia delle ferite, sull'efficacia delle diverse tecniche di pulizia e sul tasso di guarigione delle ulcere. Sono stati selezionati trial randomizzati controllati (RCT) che confrontano:

- La pulizia delle ferite con nessuna pulizia
- Diverse soluzioni per la pulizia
- Diverse tecniche di pulizia

Non sono stati trovati degli studi per quanto riguarda il confronto tra la pulizia e la non pulizia ma in compenso sono stati presi in considerazione ulteriori tre studi, con un totale di 169 partecipanti; due che confrontavano le diverse soluzioni ed uno che confrontava le diverse tecniche di pulizia. Il primo studio mette a confronto i tassi di guarigione ottenuti

mettendo a confronto l'utilizzo della soluzione fisiologica isotonica e lo spray salino con Aloe vera, cloruro di argento e decilglucoside. Hanno partecipato 133 pazienti con ulcere dallo stadio II in poi, ma 7 di questi si sono ritirati nel periodo di follow up. È stato utilizzato per la valutazione la scala del Pressure Sore Status Tool (PSST, Allegato 1) come misura di esito, che vanta di 13 item per la valutazione. Nel gruppo di controllo c'erano 46 donne e 28 uomini con un'età media di 73 anni; le ulcere di questi pazienti venivano trattate con soluzione fisiologica e presentavano un PSST basale di 33. Nel gruppo di intervento vi erano 36 donne e 23 uomini con un'età media di 74 anni, trattati con spray salino con Aloe Vera, cloruro d'argento e decilglucoside con un PSST medio basale di 34. I pazienti sono stati seguiti per 14 giorni. È emerso che i pazienti trattati con spray hanno riscontrato un miglioramento delle condizioni dell'ulcera con una diminuzione del PSST di 27,8, mentre per quanto riguarda i pazienti con soluzione fisiologica c'è stata una diminuzione di 20,5. Nel secondo studio sono state messe a confronto ulcere trattate con soluzione salina ed altre trattate con acqua di rubinetto. Hanno partecipato in totale 35 pazienti con 49 ferite, di cui otto erano ulcere da pressione. Nel gruppo di intervento c'erano 3 uomini e 3 donne con una media di 70 anni e le loro ferite venivano trattate con acqua di rubinetto. Le ulcere avevano un diametro basale di 463 mm. Nel gruppo di controllo, invece, c'erano un uomo ed una donna, trattati con soluzione salina; le ulcere avevano una dimensione di circa 713 mm. I pazienti sono stati seguiti per un periodo di sei settimane ed è emerso che tre ulcere trattate con acqua di rubinetto sono guarite mentre nessuna di quelle trattate con soluzione salina è andata incontro a guarigione, con un rapporto di rischio (RR) di 3,00, un intervallo di confidenza (IC) al 95% da 0,21 a 41,89. Tuttavia, dal momento che il numero di partecipanti era troppo basso, non è possibile stabilire quale delle due soluzioni sia la migliore. Nell'ultimo studio veniva trattato un piccolo RCT sul tasso di guarigione delle ulcere, pulite con diverse tecniche. Sono stati presi in considerazione 28 maschi, 14 per il gruppo di controllo, puliti con tecnica Sham, e 14 per il gruppo di intervento, puliti con tecnica pulsatile. Sono stati monitorati per un periodo di tre settimane ed il miglioramento è stato valutato con variazione del volume, della lunghezza, della larghezza e della profondità dell'ulcera. Nei pazienti trattati con lavaggio pulsatile c'è stata una riduzione del volume di circa 4,9 cm³, mentre, in quelli con tecnica Sham c'è stata una riduzione di circa 3,7 cm³. È quindi emerso che l'utilizzo della tecnica pulsatile è più efficace. Nell'ultima parte

della revisione sono stati presi in considerazione pazienti con quadri clinici specifici. La revisione di Suzanne L. Groah, [15] tratta pazienti con lesioni del midollo spinale. Ci si è interrogati sull'efficacia del posizionamento e riposizionamento nel letto e nella sedia a rotelle, nella prevenzione delle ulcere da pressione. È emerso dai dati dell'annuale rapporto del Centro Statistico nazionale che il 17,7% delle persone con lesioni del midollo spinale, svilupperà entro un anno dalla riabilitazione un'ulcera da pressione; dopo venti anni, questo tasso aumenta fino al 37%. Questo perché i pazienti con lesione del midollo spinale sono esposti in modo continuo ai fattori di rischio predisponenti alle ulcere; prima fra tutti la condizione di immobilità in cui si viene a trovare la persona. Sono state analizzate 2890 pubblicazioni, di cui 49 soddisfacevano i criteri di inclusione. Gli studi inclusi sono stati suddivisi secondo il livello di efficacia:

- Classe I: RCT
- Classe II: studi di coorte
- Classe III: studi controllati prima e dopo
- Classe IV: studi non controllati

È stata quindi condotta una revisione dei fattori di rischio predisponenti, nei pazienti con lesione del midollo. Tra i sei studi analizzati, 26 fattori di rischio sono emersi e sono stati classificati come fattori sociodemografici, neurologici, aspetti funzionali, clinici, biologici e medici, nella gestione delle cure. Sono stati anche esaminati studi per stabilire la frequenza del riposizionamento a letto, con l'obiettivo di alleviare la pressione e la redistribuzione di quest'ultima; è emerso che, nonostante vi sia lo standard fissato a 2 ore, la frequenza dovrebbe essere determinata dalla tolleranza dell'individuo, dei suoi tessuti, dal livello di attività, dalle condizioni mediche generali, dalla condizione della pelle e dalla superficie di supporto utilizzata. Negli studi analizzati ci si è anche interrogati se vi fosse una posizione ottimale assumibile a letto, che comporti una minima pressione sui tessuti. Sono stati presi in considerazione un totale di 18 studi, di cui 10 sono stati condotti in ambiente di laboratorio controllato ed i restanti 8 in ambito clinico. È emerso che, sebbene non vi sia un posizionamento ottimale, l'evidenza suggerisce di evitare la posizione laterale a letto o la posizione di Fowler (semi-seduta), questo perché aumenta l'esposizione alle forze di taglio (Allegato 2). Tuttavia, va considerato che alcuni pazienti presentano un maggiore rischio di aspirazione ed altre complicanze polmonari a causa di un'alterata deglutizione, presenza di nutrizione enterale, ventilazione meccanica, disturbi

cognitivi ed altri fattori; numerose linee guida raccomandano di elevare il busto a 30°-45° per evitare le complicanze, ma questa pratica è in opposizione diretta alle linee guida stabilite per la prevenzione delle ulcere. In posizione seduta, invece, è emerso che le pressioni vengono ridistribuite linearmente dalla zona di seduta durante la reclinazione e l'inclinazione in avanti. Reclinarsi, però, comporta un aumento dell'esposizione alle forze di taglio. Si può concludere che, le prove ottenute non supportano delle linee guida conclusive sulle tecniche di posizionamento o riposizionamento per la prevenzione; ciò richiederebbe strategie di prevenzione flessibili, basate sulle caratteristiche e sulla risposta individuale ad un particolare tipo di superficie di appoggio. Per quanto riguarda la revisione di Christine A. Chrisman [16] riguardante i pazienti nelle cure palliative, è stata fatta una sintesi della letteratura sulle attuali pratiche di cura delle ferite croniche, per la gestione di quest'ultime nei pazienti in fin di vita, concentrandosi sul controllo dei sintomi legati alle ferite per il comfort ed il miglioramento della qualità della vita. Sono stati presi in considerazione diversi strumenti per la misurazione, tra cui il Quality Of Life Index (QOL), per la qualità della vita. È stato testato, con campionamento randomizzato semplice, su 349 pazienti e misura la soddisfazione o insoddisfazione in ambiti che sono importanti per l'individuo, come salute, condizione socioeconomica, stato psicologico e spirituale. È stato analizzato uno studio di coorte su più di 31000 pazienti con ulcere, di cui venivano prese in considerazione tre dimensioni:

- Volume della ferita maggiore di 2 cm²;
- Tempo di persistenza maggiore di due mesi;
- Profondità della ferita

È emerso che, se i pazienti avevano ulcere di volume, tempo di persistenza e profondità elevata, avevano solo il 22% di possibilità di guarigione. In uno studio multisito, della durata di 15 mesi, è emerso che i pazienti con ulcere da pressione a tutto spessore che non mostrano una riduzione delle dimensioni del 45% dopo due settimane o 77% dopo quattro settimane, dovrebbero essere rivalutati per strategie di trattamento alternative. Entrambi gli studi confermano l'importanza della misurazione della ferita e della rivalutazione continua, per valutare il piano di trattamento. In un'ulteriore revisione sistematica di 37 studi, che descrivono l'impatto negativo delle ulcere alle gambe sulla vita dei pazienti, hanno osservato che il dolore è il fattore predominante che influenza la qualità della vita, disturba il sonno, la mobilità, la socializzazione, l'umore, la cura e le relazioni. Nel dolore

cronico c'è una prolungata risposta infiammatoria che stimola i recettori afferenti (nocicettivi) o le terminazioni nervose periferiche, con un aumento della sensibilità o iperalgesia. Il danno prolungato può causare dolore neuropatico, facendo sì che qualsiasi stimolo possa essere doloroso per il paziente, rendendolo difficile da controllare. Per assistere il personale medico ed infermieristico nella gestione del dolore, Krasner ha sviluppato un originale approccio olistico per valutare e gestire il dolore. Questi processi del dolore sono classificati in tre tipi:

- Dolore ciclico (disagio periodico)
- Dolore non ciclico (incidente singolo)
- Dolore cronico (disagio persistente)

Sono disponibili diverse scale di valutazione del dolore:

- Scala analogica visiva (VAS, Allegato 3)
- Scala di valutazione numerica (NRS, Allegato 4)
- Faces Rating Scale (FRS, Allegato 5)
- Face Legs Activity Cry and Consolability (FLACC, Allegato 6)

In una revisione sistemica della letteratura è emerso che il McGill Pain Questionnaire (MPQ, Allegato 7), la VAS e la FRS sono validi ed affidabili per diagnosticare il dolore da ulcera da pressione. Invece, per i pazienti che non possono autodichiarare l'intensità del dolore, lo strumento FLACC è valido. Da un ulteriore studio emerge che, per la gestione del paziente palliativo con ferite, per evitare il dolore, una medicazione ideale deve offrire comfort, deve avere un'aderenza leggera, un ambiente umido per la guarigione, minimizzazione del taglio e capacità di assorbire l'essudato. Un prodotto ottimale utile a questi scopi è il Versiva di ConvaTec che combina tre azioni in un unico prodotto: idrocolloide, idrofibra e schiuma di poliuretano (gelificante). È emersa, infine, una lista di raccomandazioni per la gestione del paziente palliativo con ferite croniche, come:

- Identificare i pazienti a rischio, utilizzando delle scale di valutazione, coinvolgere ed educare il paziente
- Correggere la causa di fondo del tessuto sottoposto a danno tissutale
- Assicurare un'adeguata perfusione dei tessuti

- Preparare il letto della ferita
- Concordare con il paziente e la famiglia gli obiettivi generali per promuovere la qualità della vita
- Controllare i sintomi dolorosi
- Valutare l'efficacia di un trattamento ed in caso di mancata guarigione apportare delle modifiche nell'approccio
- Coinvolgere la famiglia ed il paziente
- Riferirsi ad esperti nella cura delle ferite per un consulto

3.6 CONCLUSIONI

La Salute è uno stato di equilibrio che ogni persona possiede o non possiede, ma da preservare nel tempo. I pazienti con malattie croniche-degenerative e palliative, tendono a non percepire uno stato di benessere generale a causa della malattia. L'obiettivo di questo elaborato di tesi è stato quello di analizzare i diversi setting assistenziali per la prevenzione, il trattamento e la guarigione delle ulcere da pressione, focalizzando l'attenzione sull'assistenza domiciliare e la figura dell'ICM. È emerso che gli infermieri hanno l'obbligo morale di fornire benessere, alleviare i sintomi dolorosi e promuovere la cura in ogni fase del processo assistenziale. La sfida che l'ICM deve affrontare quotidianamente è quella 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. Dallo studio è emerso principalmente che per una buona riuscita del programma individualizzato, sono necessari specifici percorsi di cura delle lesioni individualizzati che tengano in considerazione principalmente del quadro clinico generale del soggetto, del tipo di ferita e dello stato di attività e nutrizione del paziente. L'obiettivo principale dell'ICM è quindi la completa guarigione della ferita ma è altresì emerso che non è sempre perseguibile a causa di diversi fattori che influenzano la guarigione completa. Migliorare la qualità della vita diventa quindi il focus primario quando la ferita non riesce a progredire in modo significativo o si deteriora, nuove lesioni cominciano a formarsi e le condizioni cliniche del paziente peggiorano sensibilmente. L'operatore sanitario domiciliare dovrebbe quindi adottare un metodo che prevede l'acquisizione di strategie centrali quali:

- Acquisire capacità d'informazione tali da creare conoscenze/competenze e trasformarsi in apprendimenti;
- Saper educare l'utente/famiglia/comunità;
- Acquisire delle strategie di counseling motivazionale;
- Possedere skill di valutazione dei possibili progressi del paziente nelle varie fasi di cura

Inoltre, è emerso che quando il focus di attenzione viene reindirizzato verso la palliazione, si deve includere nella gestione delle ferite la valutazione del dolore, la scelta appropriata della medicazione, la gestione delle infezioni, la gestione degli odori e la protezione perilesionale. L'obiettivo di cura si concentrerà quindi su come ottimizzare la qualità della vita attraverso il controllo dei sintomi fisici e migliorare lo stato psicosociale. Si può quindi concludere che l'ICM nella gestione delle ferite a domicilio e la riuscita del piano

individualizzato di cura, collaborando con altre figure professionali, metta in atto specifici interventi di educazione sanitaria rivolti al paziente e alla comunità di appartenenza.

ALLEGATI

Allegato 1

Pressure Ulcer Scale for Healing
PUSH Tool 3.0

Length X Width (in cm ²)	0 0	1 < 0.3	2 0.3-0.6	3 0.7-1.0	4 1.1-2.0	5 2.1-3.0	Sub- score
		6 3.1-4.0	7 4.1-8.0	8 8.1-12.0	9 12.1-24.0	10 > 24.0	
Exudate Amount	0 None	1 Light	2 Moderate	3 Heavy			Sub- score
Tissue Type	0 closed	1 Epithelial Tissue	2 Granulation Tissue	3 Slough	4 Necrotic Tissue		Sub- score
							Total Score

Tissue type definitions:

0 – Closed, if wound completely covered with epithelium (new skin).

1 – Epithelial tissue: for superficial ulcers, new pink or shiny tissue growing from edges or as islands on ulcer surface

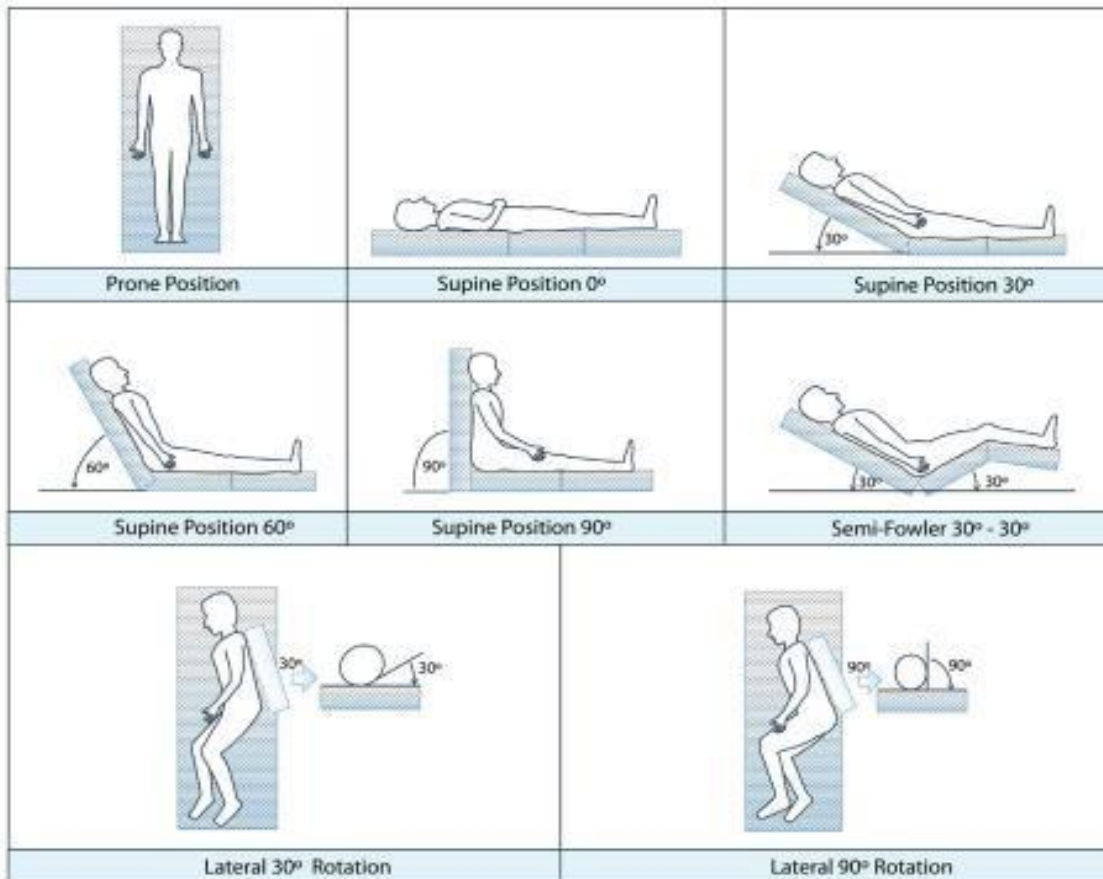
2 – Granulation tissue: pink or beefy red tissue with a shiny, moist granular appearance

3 – Slough: yellow or white tissue that adheres to ulcer in strings or thick clumps or is mucinous

4 – Necrotic tissue (eschar): black, brown or tan tissue that adheres firmly to wound bed or under edges and may be firmer or softer than surrounding skin

Adapted from www.npsuad.org, © National Pressure Ulcer Advisory Panel

Allegato 2



Allegato 3

B) scale visivo - analogiche (VAS) Scott-Huskisson
Scala Unidimensionale

Dolore assente Massimo dolore

10 cm

VANTAGGI:

- Alta sensibilità

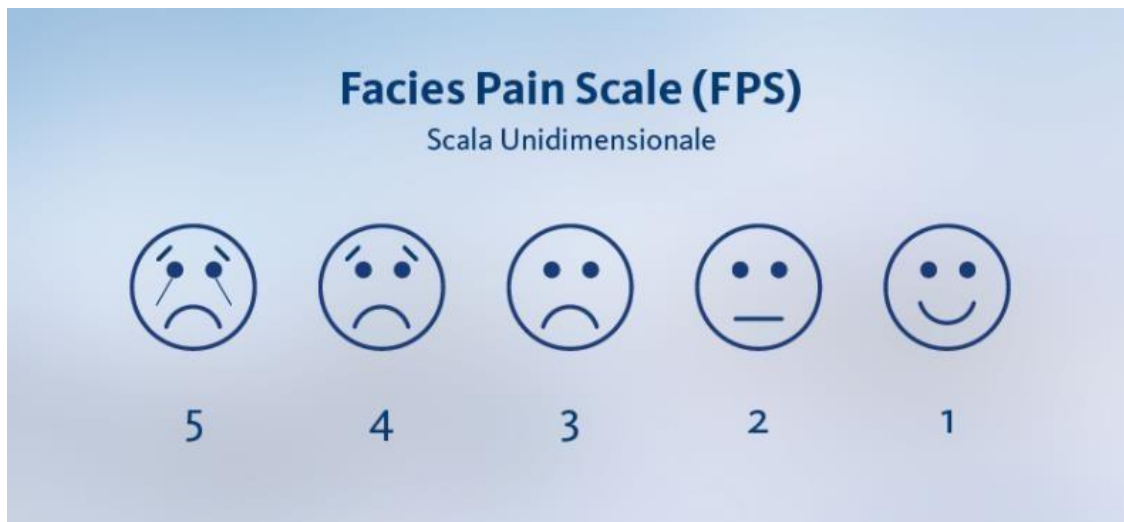
SVANTAGGI:

- Necessita di un supporto cartaceo
- Non può essere utilizzata con pazienti con disturbi visivi, deficit cognitivi o fisici
- Difficile per pazienti con stato avanzato di malattia

Allegato 4



Allegato 5



Allegato 6

FLACC Behavioral Scale

Categories	Scoring		
	0	1	2
Face	No particular expression or smile	Occasional grimace or frown, withdrawn, disinterested	Frequent to constant frown, clenched jaw, quivering chin
Legs	Normal position or relaxed	Uneasy, restless, tense	Kicking, or legs drawn up
Activity	Lying quietly, normal position, moves easily	Squirming, shifting back and forth, tense	Arched, rigid, or jerking
Cry	No cry (awake or asleep)	Moans or whimpers, occasional complaint	Crying steadily, screams or sobs, frequent complaints
Consolability	Content, relaxed	Reassured by occasional touching, hugging, or being talked to, distractable	Difficult to console or comfort

Each of the five categories (F) Face; (L) Legs; (A) Activity; (C) Cry; (C) Consolability is scored from 0-2, which results in a total score between zero and ten.

Allegato 7

Nome del paziente: _____

Data: _____

	Nessuno	Blando	Moderare	Acuto
palpitante	0	1	2	3
Tiro	0	1	2	3
Accoltellamento	0	1	2	3
Affilato	0	1	2	3
crampi	0	1	2	3
rosicchiando	0	1	2	3
Combustione a caldo	0	1	2	3
Dolorante	0	1	2	3
Pesante	0	1	2	3
Delicato	0	1	2	3
Scissione	0	1	2	3
Faticoso-Faticoso	0	1	2	3
nauseante	0	1	2	3
Pauroso	0	1	2	3
Punizione-crudele	0	1	2	3

PPI

Nessun dolore _____ Il peggior dolore possibile

0. Nessun dolore
1. Blando
2. Sconfortante
3. Angosciante
4. Orribile
5. Straziante

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- 1) www.istat.it
- 2) Fnopi-infermiere-di-famiglia-e-comunità-schema-4-.pdf
- 3) Cosa sono i LEA (salute.gov.it)
- 4) La nuova caratterizzazione delle cure domiciliari integrate (www.epicentro.iss.it)
- 5) www.salute.gov.it
- 6) Piaghe da decubito www.msmanuals.com
- 7) Società italiana di Gerontologia e Geriatria- R.Bernabei-www.sigg.it
- 8) Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione, Guida rapida di riferimento EPUAP, NPUAP, 2019
- 9) Trattamento ulcere da pressione (www.msmanuals.com)
- 10) Caroline Dowsett, Yvonne Hall, T.I.M.E. 2019
- 11) Medicazioni avanzate- www.salute.regione.emilia-romagna.it
- 12) Garland, Kimberly Lisa Fraser Chronic care model: implications for Home Care Case Manager Practice Home Health Care Now, 2018
- 13) Joyce P., Moore Zeh, Christie J. Organization of health service for preventing and treating pressure ulcers, Chocrane Database, 2018
- 14) Moore ZEH, Cowman S. Wound cleansing for pressure ulcers, The Cochrane Collaboration, 2013
- 15) Suzanne L. Groah, Manon Schladen Prevention of Pressure Ulcers Among People with Spinal Cord Injury, 2015
- 16) Christine A Chrisman, Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients, Int Wound J , 2010

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio il professore Adoriano Santarelli ed il professore Giovanni Cangelosi che mi hanno supportato e guidato nella stesura di questa tesi. Ringrazio i miei genitori le mie nonne che mi hanno sostenuto emotivamente in questo percorso formativo e mi hanno aiutato a raggiungere i miei obiettivi. Infine, ringrazio i miei compagni di corso, i miei amici più cari Andrea, Nabil, Luigi, Lorenzo, Daniele, Riccardo e Marco che mi hanno sostenuto e soprattutto sopportato in questi intensi tre anni. Grazie a tutti