



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Prevenire per curare: educazione
terapeutica e addestramento del
caregiver nell'ambito delle ulcere da
pressione.**

Studio di un Case Report.

Relatore: Chiar.mo
**Prof. GIORDANO
COTICHELLI**

Tesi di Laurea di:
SARA GALEAZZI

A.A. 2019/2020

INDICE

ABSTRACT	1
INTRODUZIONE	2
DEFINIZIONE ULCERA DA PRESSIONE	3
PATOGENESI	3
SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE NPUAP-EPUAP DELL'ULCERA DA PRESSIONE	4
PREVENZIONE DELLE ULCERE DA PRESSIONE	8
INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO E VALUTAZIONE DEL RISCHIO	8
VALUTAZIONE DELLA CUTE E DEI TESSUTI	17
CURA PREVENTIVA DELLA CUTE	20
GESTIONE DELL'INCONTINENZA E DELL'UMIDITÀ	21
TERAPIE INNOVATIVE PER LA PREVENZIONE DELLE ULCERE DA PRESSIONE	22
<i>CONTROLLO DEL MICROCLIMA</i>	22
<i>MEDICAZIONI PREVENTIVE</i>	22
<i>STIMOLAZIONE ELETTRICA DEI MUSCOLI PER LA PREVENZIONE DELLE ULCERE DA PRESSIONE</i>	23
VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE	23
RIPOSIZIONAMENTO E MOBILIZZAZIONE PRECOCE	26
<i>FREQUENZA DEL RIPOSIZIONAMENTO</i>	26
<i>TECNICHE DI RIPOSIZIONAMENTO</i>	27
<i>RIPOSIZIONAMENTO DEI SOGGETTI ALLETTATI</i>	28
<i>POSIZIONE PRONA</i>	29
<i>RIPOSIZIONAMENTO DEI SOGGETTI SEDUTI</i>	29
<i>MOBILIZZAZIONE</i>	30
SUPERFICI DI SUPPORTO	30
EDUCAZIONE SANITARIA	32
<i>IL RUOLO DEL CAREGIVER</i>	34

FORMAZIONE SPECIALISTICA DEGLI OPERATORI	38
INDAGINE DI PREVALENZA DELLE ULCERE DA PRESSIONE	40
<u>OBIETTIVO</u>	46
<u>DISEGNO DELLO STUDIO</u>	47
<i>CAMPIONE DELLO STUDIO</i>	47
<i>LIMITI DELLO STUDIO</i>	47
<i>TEMPO DELLO STUDIO</i>	47
<i>SETTING DELLO STUDIO</i>	47
<i>MATERIALI E METODI</i>	48
<u>RISULTATI DELLO STUDIO</u>	49
<i>PRESENTAZIONE DEL CASO CLINICO</i>	49
<u>DISCUSSIONE</u>	60
<u>CONCLUSIONE</u>	64
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	65
<u>SITOGRAFIA</u>	69
<u>ALLEGATI</u>	70
<u>RINGRAZIAMENTI</u>	78

ABSTRACT

#StopThePressure è una campagna lanciata da NHS Midlands e East in Inghilterra nel 2016 per coordinare una riduzione sostenuta delle ulcere da pressione. Nel primo anno di attività ha visto raggiungere una riduzione del 50% delle ulcere da pressione: ciò è stato reso possibile grazie alla sensibilizzazione sulle cause delle ulcere da pressione attraverso un'ampia strategia di comunicazione, la comprensione dei segnali di allarme precoce e soprattutto l'adozione di misure preventive¹. I dati forniti dall' Associazione Italiana Ulcere Cutanee (AIUC) durante l'Ulcer Day 2010 (giornata nazionale per la sensibilizzazione e la visibilità per un problema importante nel panorama della sanità pubblica e privata e nella società del nostro paese), indicano che in Italia, anche in seguito al progressivo invecchiamento della popolazione, sono più di 2 milioni le persone che nel corso della loro vita soffrono di ulcere cutanee croniche, con una tendenza ad aumentare con lo stesso trend registrato negli ultimi anni. L'impatto che l'ulcera determina sulla qualità di vita del paziente è importante: il dolore, la frustrazione che l'ulcera non potrebbe guarire, i problemi nella mobilità, l'isolamento sociale, la mancata aderenza al trattamento terapeutico sono tutte problematiche attive in questa categoria di pazienti. L'infermiere professionista nel wound-care rappresenta il professionista della salute che opera attivamente nella gestione di tale patologia. Gli infermieri gestiscono molteplici aspetti quali: la medicazione, l'educazione terapeutica e soprattutto la prevenzione.

Proprio riguardo a questi due ultimi aspetti si concentra la seguente tesi, in cui è stato possibile individuare un caso clinico (come riportato nel paragrafo Presentazione del caso clinico, al capitolo Risultati dello studio) ed effettuare uno studio retrospettivo in associazione alle Infermiere Specialiste nel wound-care del Laboratorio delle Ferite Difficili del distretto di Jesi, Area Vasta 2, Regione Marche. Il caso trattato ha dimostrato l'efficienza dell'educazione terapeutica nell'addestramento di un caregiver e l'adozione di misure preventive, per far sì che il quadro clinico del paziente non degeneri.

¹ <https://nhs.stopthepressure.co.uk/index.html> Visitato il giorno 11/03/2020

INTRODUZIONE

Le ulcere da pressione sono causa di grandi sofferenze per i pazienti: provocano disagio, dolore, ostacolano il recupero delle normali abilità quotidiane e rallentano il processo di guarigione, prolungando la degenza ospedaliera da 2 a 5 volte rispetto ai pazienti non portatori di LdP (Graves et al., 2005) e la successiva riabilitazione domiciliare. L'incidenza delle lesioni da pressione è inoltre un indicatore negativo della qualità della vita e dell'assistenza. La loro presenza ha un significato prognostico sfavorevole, richiedendo un notevole impegno gestionale in termini di risorse umane, materiali e tecnologie. (Asur - AV2 Ancona, 2012)

Le piaghe da decubito rappresentano una condizione patologica molto frequente, ma potenzialmente prevenibile, che molto spesso rallentano il recupero funzionale e comportano complicanze di natura infettiva. Secondo i dati riportati dall'EPUAP, European Pressure Ulcer Advisory Panel, le ulcere da decubito colpiscono circa 4 milioni di persone in Europa. Gli individui a rischio, con ridotta mobilità fisica e una cute sensibile, sono più soggetti a sviluppare ulcere da pressione: pazienti allettati, costretti in sedia a rotelle, bambini prematuri, anziani e pazienti con patologie croniche. Oltre che ad essere un danno per il Servizio Sanitario Nazionale, le ulcere da pressione hanno un forte impatto sulla spesa sanitaria nazionale. Infatti, il costo per curare e trattare un'ulcera si aggira intorno ai 70 mila euro all'anno dovuto ad un periodo di ospedalizzazione prolungato, l'utilizzo di medicazioni avanzate e la necessità di riabilitazione. L'impatto che l'ulcera determina sulla qualità di vita del paziente è importante: il dolore, la frustrazione che l'ulcera non potrebbe guarire, le recidive, i problemi nella mobilità, l'isolamento sociale, la mancata aderenza al trattamento terapeutico sono tutte problematiche attive in questa categoria di pazienti cronici. Chi assiste, cura o semplicemente entra in contatto con una persona con lesioni cutanee sa bene che queste costituiscono un problema spesso sottovalutato. La presa in carico di un paziente con lesioni è un momento fondamentale e necessita di una corretta valutazione e di una scelta appropriata dei prodotti da utilizzare.

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.

DEFINIZIONE ULCERA DA PRESSIONE

L'ulcera da pressione è un'area localizzata di danno tissutale causata da forze di pressione, trazione, frizione, o da una combinazione di questi fattori, che può insorgere potenzialmente in qualsiasi parte dell'organismo, ma che più comunemente si sviluppa in corrispondenza di prominenze ossee e la cui gravità viene classificata in stadi².

PATOGENESI

È una conseguenza diretta di un'ischemia localizzata che si sviluppa quando un tessuto molle viene compresso tra una prominenza ossea ed una superficie esterna per un periodo di tempo prolungato, determinando uno stress meccanico sui tessuti e la strozzatura dei vasi sanguigni. La conseguente riduzione della circolazione sanguigna determina ipossia tissutale, emorragia interstiziale per danno della parete capillare che si manifesta con eritema permanente, accumulo di cataboliti tossici nel tessuto e successivo aumento della permeabilità capillare, dilatazione vasale, formazione di edema ed infiltrazione cellulare.

La compressione dei tessuti tra la superficie di appoggio e una prominenza ossea genera un cono di pressione la cui base corrisponde al piano osseo mentre l'apice è posto a livello cutaneo. La lesione visibile rappresenta spesso soltanto la "punta dell'iceberg" perché la necrosi non inizia dalla cute ma dai piani sottocutanei. La necrosi sarà più estesa in profondità rispetto alla superficie, e la rottura della cute farà altro che rendere manifesto il danno preesistente nel tessuto sottostante.

Potenzialmente, infatti, qualunque area sottoposta ad una pressione esterna prolungata, continuativa, di intensità sufficiente a superare i 32 mmHg, pressione vigente all'estremità arteriolare dei capillari, è in grado di compromettere la microcircolazione e pertanto l'ossigenazione tissutale comportando ischemia/necrosi cellulare. Si stima che in un paziente ospedalizzato, il mantenimento della posizione distesa a letto produca pressioni pari a 100-150 mmHg a livello del grande trocantere, che in posizione seduta la pressione a livello della tuberosità ischiatica raggiunga i 300 mmHg, e che siano sufficienti due ore di pressione continuativa a 70 mmHg per provocare lesioni cutanee irreversibili. In accordo con questa

² <http://www.npuap.org> Visitato il giorno 05/03/2020

osservazione la maggior parte delle ulcere da pressione si sviluppa rapidamente nelle prime settimane di ospedalizzazione o allettamento domiciliare (Bernabei, 2011). Norton nel 1962, identificava in 2 ore l'intervallo di tempo ottimale per modificare la posizione del paziente sul piano d'appoggio.

Le sedi più frequentemente colpite sono localizzate nella porzione inferiore del corpo in particolare sul sacro (43%), sul grande trocantere (12%), sul tallone (11%), sulle tuberosità ischiatiche (5%) e sui malleoli laterali (6%), anche se questi dati di prevalenza possono variare tra i diversi studi³.

SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE NPUAP-EPUAP DELL'ULCERA DA PRESSIONE

Secondo le più recenti linee guida EPUAP-NPUAP del Novembre 2019 si utilizza un sistema di classificazione delle ulcere da pressione per favorire la descrizione dell'entità del danno a carico di cute e tessuti. Sono stati individuati 4 stadi nell'evoluzione delle ulcere da pressione:

Categoria/Stadio I: Eritema non sbiancante

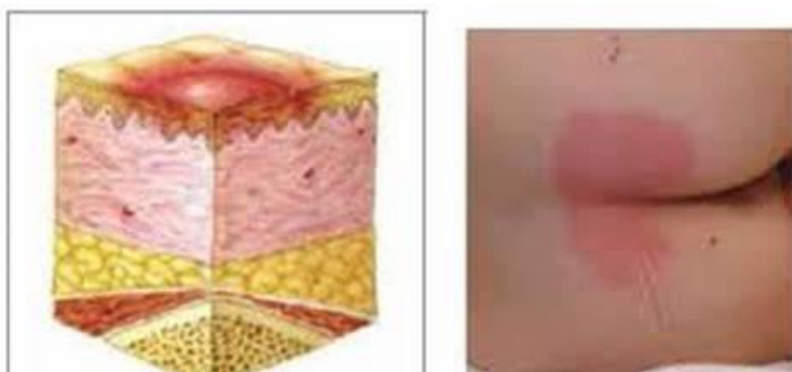


Figura 1 - Categoria I

Cute intatta con rossore non sbiancabile di una zona localizzata solitamente su una prominenza ossea. La cute pigmentata di scuro può non avere uno sbiancamento visibile; il suo colore può

differire dalla zona circostante. L'area può essere dolorosa, solida, morbida, più calda o più

³ <http://www.jgerontology-geriatrics.com/wp-content/uploads/2016/02/bernabei2.pdf> Visitato il giorno 05/03/2020

fredda rispetto al tessuto adiacente. Lo Stadio I può essere difficile da rilevare nei soggetti con tonalità di pelle scura. Può indicare persone "a rischio" (un segno foriero di rischio).

Categoria/Stadio II: Perdita Cutanea a Spessore Parziale

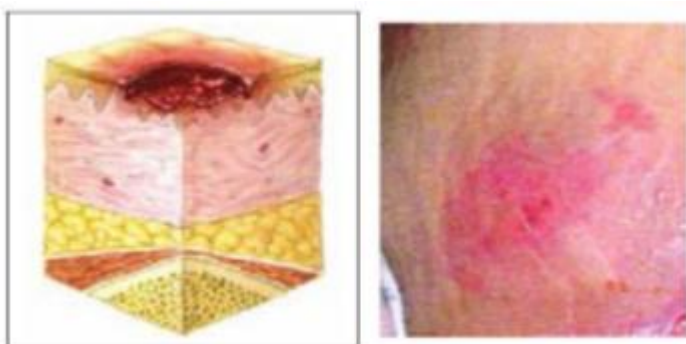


Figura 2 - Categoria II

Perdita di spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera aperta 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.

Si presenta come un'ulcera superficiale lucida o secca senza tessuto devitalizzato (slough) o ecchimosi.* Questo Stadio non deve essere usata per descrivere lacerazioni cutanee, ustioni, dermatiti perineali, macerazione o escoriazioni.

**L'ecchimosi indica una sospetta lesione dei tessuti profondi.*

Categoria/Stadio III: Perdita Cutanea a Spessore Totale

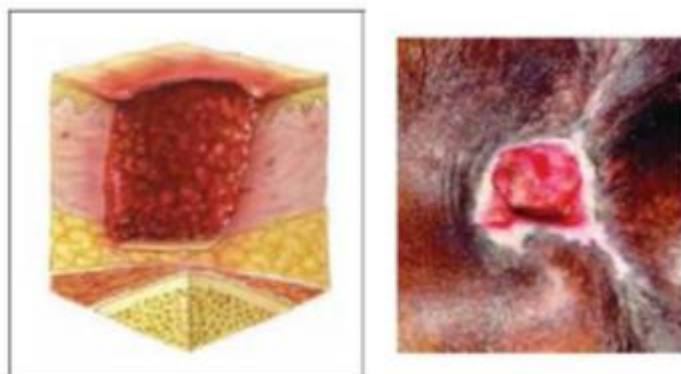
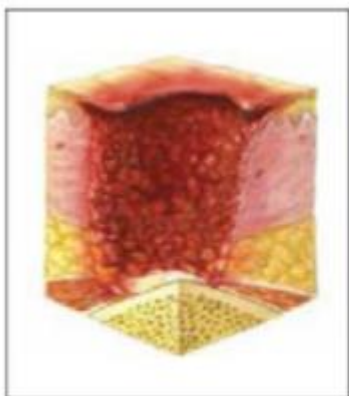


Figura 3 - Categoria III

Perdita di tessuto a spessore totale. Il grasso sottocutaneo può essere visibile ma le ossa, i tendini o i muscoli non sono esposti. Il tessuto devitalizzato (slough) può essere presente, ma non oscura la profondità della perdita di tessuto. Può includere sottominature e tunnelizzazioni.

La profondità del terzo stadio delle ulcere da pressione 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 Stadio III possono essere poco profonde. In contrasto, nelle aree di significativa adiposità si possono sviluppare ulcere da pressione estremamente profonde di Stadio III. Le ossa/tendini non sono visibili o direttamente palpabili.

Categoria/Stadio IV: Perdita di Tessuto a Spessore Totale



Perdita di tessuto a spessore totale con esposizione ossea, tendinea o muscolare. Il tessuto devitalizzato (slough) o l'escara possono essere presenti in alcune parti del letto della ferita. Spesso include lo scollamento e la tunnelizzazione dei tessuti.

Figura 4 - Categoria IV

La profondità delle ulcere da pressione di quarto stadio varia dalla posizione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e queste ulcere possono essere poco profonde. Le ulcere di Stadio IV possono estendersi nel muscolo e/o nelle strutture di supporto (ad esempio, la fascia, i tendini o la capsula articolare) favorendo l'osteomielite. Le ossa/tendini sono visibili o direttamente palpabili.

Non stadiabili: Profondità Sconosciuta

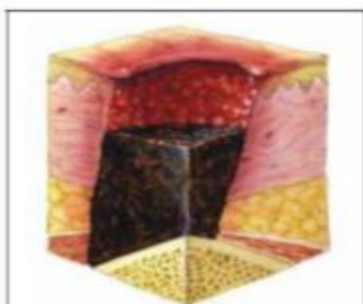


Figura 5 – Non stadiabile

Perdita di tessuto a spessore totale in cui la base dell'ulcera è coperta da tessuto devitalizzato (slough) (giallo, marrone chiaro, grigio, verde o marrone) e/o escara (marrone chiaro, marrone o nero) nel

letto della ferita. Fino al momento in cui lo slough e/o l'escara non vengono rimossi per rendere visibile la base dell'ulcera, la vera profondità e pertanto la Categoria/Stadio non può essere determinata. L'escara stabile (asciutta, aderente, intatta senza eritema o fluttuanza) sui talloni serve come "copertura naturale (biologica) del corpo" e non deve essere rimossa.

Sospetto Danno Profondo del Tessuto: Profondità Sconosciuta

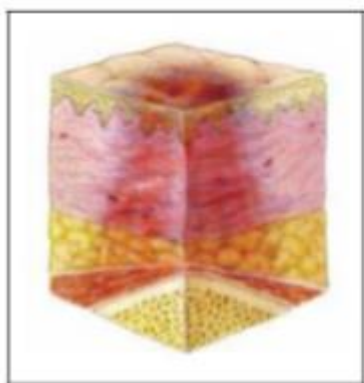


Figura 6 - Sospetto danno profondo del tessuto

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 doloroso, solido, pastoso, melmoso, più caldo o più freddo rispetto al tessuto adiacente. Le

lesioni del tessuto profondo possono essere difficili da rilevare negli individui con tonalità di pelle scura. L'evoluzione di questo stadio può includere una sottile vescica su un letto di ferita scuro. La ferita può evolvere ulteriormente coprendosi con un'escara sottile. L'evoluzione può essere rapida esponendo strati aggiuntivi di tessuto anche in presenza di un trattamento ottimale.

PREVENZIONE DELLE ULCERE DA PRESSIONE

La prevenzione delle lesioni da pressione svolge un ruolo determinante nel ridurre l'insorgenza delle ulcere o, nel caso in cui la lesione si sia già instaurata, nel limitare al minimo la sua progressione ed evitare la comparsa di eventuali complicanze (Linee Guida Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, APSS, Provincia Autonoma di Trento, 2001).

INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO E VALUTAZIONE DEL RISCHIO

A causa del peso e dell'impatto che lo sviluppo delle ulcere da pressione ha sia sui soggetti che sul servizio sanitario, è prassi accettata che la valutazione del rischio debba avere come obiettivo l'individuazione di coloro che sono potenzialmente a rischio in modo che possano essere pianificati ed avviati opportuni interventi preventivi individualizzati.

La valutazione sarà iniziale entro 6 ore dal ricovero, continua e finale. Si prendono in considerazione anche i fattori estrinseci ed intrinseci.

FATTORI DI RISCHIO LOCALI o SCATENANTI o ESTRINSECI:

- **Pressione:** quando la pressione esercitata dal peso corporeo sul piano d'appoggio supera le 2 ore con dei valori pressori che superano i 32mmHg, si crea una condizione di ischemia capillare che evolve fino a portare alla necrosi tissutale e alla formazione quindi dell'ulcera da pressione. La durata della pressione è più importante rispetto alla sua intensità: pressioni di bassa intensità prolungate nel tempo provocano con più frequenza danni tissutali rispetto a pressioni di elevata intensità esercitate per un periodo di tempo limitato.
- **Traumi ricorrenti** (soprattutto se la ferita si trova in corrispondenza di una zona soggetta a sfragamenti, frizioni o a traumatismi)
- **Aumento della temperatura locale:** all'aumentare della temperatura aumenta il metabolismo con conseguente esacerbazione degli effetti dell'ischemia, e aumenta anche la sudorazione con conseguente possibile macerazione cutanea.
- **Umidità:** la costante esposizione della cute all'umidità, per esempio dovuta ad una incontinenza urinaria o fecale, può macerare la cute stessa esponendola maggiormente a rischio di compressione o frizione.

- Corpi estranei presenti nel letto del malato, che possono provocare danni diretti alla cute del malato.

FATTORI DI RISCHIO SISTEMICI o PREDISPONENTI o INTRINSECI:

- Et : i soggetti anziani sono pi  predisposti a sviluppare una lesione da decubito a causa delle modifiche della cute legate all'invecchiamento, come la diminuzione del tessuto adiposo sottocutaneo, la diminuzione della percezione del dolore e della sensibilit , il rallentamento della guarigione delle ferite dovute alle comorit  legate sia all'et  sia alle patologie preesistenti, uno stato immunitario debole e una diminuzione dell'elasticit  cutanea.
- Riduzione della mobilit : ogni malattia o condizione che riduca nella persona l'abilit  di muoversi liberamente aggrava il rischio di insorgenza di una lesione. La compromissione dello stato mentale, malattie psichiatriche o neurologiche, la sedazione farmacologica, dolore o fratture ossee, sono tutti fattori di rischio per la comparsa di lesioni da pressioni, a causa dell'immobilit  e dell'allettamento che comportano.
- Stato nutrizionale: il paziente malnutrito ma anche il paziente obeso ha pi  rischio di sviluppare lesioni, ugualmente al paziente disidratato.
- Malattie preesistenti: le malattie cardiovascolari favoriscono condizioni di stasi venosa, quindi alterata circolazione ematica, peggiorando situazioni di ipossiemia e ipossia tissutale. Le malattie metaboliche, come il diabete mellito, comportano alterazioni del microcircolo, il rallentamento della guarigione, neuropatia e suscettibilit  dei tessuti alla compressione.
- Uso di farmaci corticosteroidi.

Dopo aver individuato i soggetti a rischio si passa alla immediata valutazione di questi, attraverso l'uso di appropriate scale di valutazione. L'utilizzo di appositi indicatori di rischio (scale) da applicare su assistiti precedentemente identificati per la loro potenzialit  a sviluppare ulcere da pressione, permette di valutare il rischio di insorgenza di una LdP, ci fornisce informazioni sul tipo di medicazione e nella scelta del tipo di presidio da impiegare. Ricordare che l'utilizzo delle scale si affianca, ma non sostituisce, il giudizio clinico. A prescindere che siano stati selezionati strumenti di valutazione come metodica di approccio

strutturato per la stima del rischio, una completa valutazione globale dei rischi deve comunque tenere in considerazione anche ulteriori fattori aggiuntivi (ad esempio, la perfusione, lo stato della cute e altri rischi rilevanti). Indipendentemente da come sia strutturata la valutazione, il giudizio clinico è essenziale.

Scala di Braden

La scala di Braden è stata realizzata nel 1987 da Braden e Bergstrom. Comprende complessivamente 6 indicatori: percezione sensoriale, umidità cutanea, attività (grado di attività fisica), mobilità (capacità di controllare e modificare la posizione del corpo), alimentazione, frizione e scivolamento. Tali parametri sono osservabili ed oggettivi; ciò rende questo strumento maggiormente riproducibile, ossia anche quando ripetuto da diversi operatori, il risultato sarà il medesimo. Per questo è la scala maggiormente affidabile, la più usata e quella maggiormente raccomandata dalla Linee Guida Internazionali.

Complessivamente consta di 23 variabili, con un punteggio minimo pari a 6. Ad ogni indicatore viene affibbiato un punteggio che va da 1 a 4, fatta eccezione per il fattore “frizione e scivolamento” che varia da 1 a 3. Questa scala si basa sul principio in cui minore è il valore, maggiore è il rischio. Si individua un cut-off ad un punteggio pari o inferiore a 16, sotto il quale i pazienti sono considerati quindi a rischio.

A seconda del punteggio si potranno distinguere diversi livelli di rischio:

punteggio 16 – 15: rischio basso

punteggio 14 – 13: rischio moderato

punteggio 12 – 10: rischio alto

punteggio \leq 9: rischio molto elevato.

PUNTEGGIO INDICATORI	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 ed esprimere il dolore o il disagio	Leggermente limitata Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione	Molto limitata Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi
UMIDITÀ 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 una volta al giorno	Spesso bagnato Pelle sovente, ma non sempre, umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno una volta per turno	Costantemente bagnato La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione dell'urina, ecc.. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova bagnato
ATTIVITÀ	Cammina frequentemente Cammina al di fuori della camera almeno due volte al giorno e dentro la camera una volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo)	Cammina occasionalmente Cammina occasionalmente durante il giorno ma per breve distanza con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia	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 ruote	Completamente allettato Costretto a letto
MOBILITÀ	Limitazioni assenti Si sposta frequentemente e senza assistenza	Parzialmente limitata Cambia frequentemente e la posizione con minimi spostamenti del corpo	Molto limitata Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto	Completamente immobile Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza
NUTRIZIONE	Eccellente Mangia la maggior parte del cibo. Non necessita di integratori	Adeguata Mangia più della metà dei pasti, quattro porzioni o più di proteine al giorno. Si alimenta artificialmente con nutrizione parenterale assumendo il quantitativo nutrizionale necessario	Probabilmente inadeguata Raramente mangia un pasto completo. Riceve una quantità non ottimale di dieta liquida o enterale (con sondino naso-gastrico)	Molto povera Non mangia mai un pasto completo. Assume pochi liquidi e nessun integratore. Oppure è a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di cinque giorni a settimana
FRIZIONE SCIVOLAMENTO		Senza problemi apparenti Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti	Problema potenziale Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola	Problema Richiede assistenza da moderata a massima nei movimenti. Scivola frequentemente nel letto o nella poltrona
PUNTEGGIO	Superiore a 15	13-14	10-12	Inferiore a 9
RISCHIO	BASSO	MEDIO	ALTO	MOLTO ALTO

Figura 7 - Scala di Braden.

Scala di Norton

L'indice di Norton è stato realizzato nel '59 quando un gruppo di infermieri e medici (Norton, McLaren ed Exton Smith) hanno iniziato a studiare in modo sistematico il problema delle lesioni da decubito, pubblicando a sintesi di tre progetti di ricerca nel '62 da cui è stata ricavata la scala attualmente conosciuta come Norton (Bellingeri, 2003).

È la più conosciuta e la più utilizzata in quanto rapida e semplice, anche se, a causa della sua limitata definizione dei parametri, risulta ancora dotata di una certa soggettività. È composta da 5 item (Condizioni Generali, Stato Psicologico, Deambulazione, Mobilità ed Incontinenza Sfinterica), per ognuno dei quali esistono 4 livelli di punteggio, che vanno dalla situazione peggiore sul piano clinico-funzionale (punteggio 1) a quello migliore (punteggio 4). Quello che conta non è il punteggio singolo, bensì quello totale (la somma dei singoli items), compreso tra 5 e 20. Viene utilizzato generalmente un punteggio uguale o minore di 14 per indicare i pazienti a rischio per lesioni da pressione. Un punteggio pari o inferiore a 12 corrisponde a un rischio estremamente elevato.

INDICATORI	VARIABILI			
	4	3	2	1
Condizioni fisiche	Buone	Discrete	Scadenti	Pessime
Stato mentale	Lucido	Apatico	Confuso	Stuporoso
Deambulazione	Normale	Cammina con aiuto	Costretto su sedia	Costretto a letto
Mobilità	Piena	Moderatamente limitata	Molto limitata	Immobile
Incontinenza	Assente	Occasionale	Abituale urine	Doppia

Figura 8 - Scala di Norton.

Scala di Norton modificata secondo Stotts

La Stotts rappresenta un'evoluzione della Norton originaria. Questa scala fu elaborata nel 1985 dall'infermiera Nancy Stotts. Considera gli stessi parametri della Norton, attribuendo alle variabili gli stessi punteggi. La differenza sta nelle specificazioni delle singole variabili e

dei punteggi, in modo da poter rendere più oggettiva l'utilizzazione della scala. Rimane comunque una certa soggettività di compilazione in relazione al fatto che alcuni elementi sono valutati dal compilatore e non osservabili oggettivamente.

La scala comprende risultati con un punteggio minimo di 5 e un massimo di 20, con un cut-off a 12 punti corrispondente a un rischio elevato.

SCALA DI NORTON MODIFICATA SECONDO STOTTS				
Condizioni generali: livelli di assistenza richiesti per ADL, relativi a: igiene, nutrizione, medicazioni, movimenti	4 - Buone Abile a eseguire le proprie ADL.	3 - Discrete Necessita di assistenza per eseguire alcune ADL.	2 - Scadenti Richiede assistenza per più ADL.	1 - Pessime Totalmente dipendente su tutte le ADL.
Stato mentale Risponde alle domande relative al tempo, spazio e persone in modo soddisfacente e veloce	4 - Lucido Orientato nel tempo, spazio e persone. Risposta rapida.	3 - Apatico Orientato nel tempo, spazio e nelle persone, con una ripetizione della domanda.	2 - Confuso Parzialmente orientato nel tempo, spazio, persone. La risposta può essere rapida.	1 - Stuporoso Totalmente disorientato. La risposta può essere lenta o rapida. Il paziente potrebbe essere in coma.
Deambulazione Distanza e indipendenza nella deambulazione	4 - Normale Deambula fino a quando è affaticato. Cammina da solo o con l'assistenza di presidi (es. bastone).	3 - Cammina con aiuto Deambula finché è affaticato. Richiede l'assistenza di una persona per la deambulazione. Può usare anche un presidio.	2 - Costretto su sedia Cammina o si muove soltanto su sedia.	1 - Costretto a letto Confinato a letto per tutte le 24 ore.
Mobilità Quantità e controllo del movimento di una parte del corpo	4 - Piena Può muovere e controllare le estremità come vuole. Può o non può usare un presidio.	3 - Moderatamente limitata Può usare e controllare le estremità con la minima assistenza di un'altra persona. Può o non può usare un presidio.	2 - Molto limitata Limitata indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede maggior assistenza di un'altra persona. Può usare un presidio.	1 - Immobile Non ha indipendenza nel movimento o controllo delle estremità. Richiede assistenza per il movimento di ogni estremità.
Incontinenza Valutazione dell'insufficienza del controllo di urine e feci	4 - Assente Non incontinente di urine e/o feci. Può avere un catetere.	3 - Occasionale Incontinenza di urine 1-2 volte/die e/o feci 1 volta die.	2 - Abituale (urine) Incontinenza di urine e/o feci 2-3 volte/die, ma non sempre.	1 - Doppia Totale incontinenza di urine e feci.

Figura 9 - Scala Norton modificata secondo Stotts.

Scala di Norton Plus

Altra versione della Scala Norton, che necessita di più informazioni sul paziente risultando più tardiva la sua compilazione rispetto alle altre scale.

Consta di 2 sezioni: la Sezione A che corrisponde alla Scala Norton, ed una Sezione B composta da 6 parametri clinici e/o laboratoristici, alla cui singola presenza viene attribuito 1 punto: presenza di Diabete Mellito, presenza di Ipertensione Arteriosa, Albuminemia ($\leq 3,3$ mg/dl), Ematocrito basso ($M \leq 41\%$; $F \leq 36\%$), Temperatura Cutanea $\geq 37.6^{\circ}\text{C}$ e modificazione dello stato mentale nelle prime 24 ore con comparsa di confusione mentale o letargia. Quello che conta non è il punteggio singolo, bensì quello totale, ottenibile dalla differenza tra la Sezione A e la Sezione B, con un cut-off individuante il rischio a 10 Punti.

TABELLA A	1	2	3	4
CONDIZIONI GENERALI	PESSIME	SCADENTI	DISCRETE	BUONE
STATO MENTALE	STUPOROSO	CONFUSO	DISORIENTATO	LUCIDO
DEAMBULAZIONE	ALLETTATO	COSTRETTO SU SEDIA	COMMINA CON APPOGGIO	NORMALE
MOBILITA'	IMMOBILE	MOLTO LIMITATA	LEGGERMENTE LIMITATA	NORMALE
INCONTINENZA	DOPPIA	ABITUALE	OCCASIONALE	ASSENTE

TABELLA B *Attribuire un punto per ogni risposta positiva.*

DIAGNOSI DI DIABETE	SI
DIAGNOSI DI IPERTENSIONE ARTERIOSA	SI
EMATOCRITO BASSO ($M \leq 41\%$; $F \leq 36\%$)	SI
ALBUMINEMIA ($\leq 3,3$ mg/dl)	SI
TEMPERATURA CORPOREA $\geq 37.6^{\circ}\text{C}$	SI
MODIFICAZIONE DELLO STATO MENTALE NELLE ULTIME 24 ORE CON COMPARSA DI CONFUSIONE MENTALE E LETARGIA	SI

PUNTEGGI

PUNTEGGIO TABELLA A	
PUNTEGGIO TABELLA B	
A - B	

Figura 10 - Scala Norton Plus.

Scala Waterlow

La Scala Waterlow risulta più complessa delle precedenti, anche se apparentemente più completa. Vengono utilizzati parametri di varie tipologie (aspetto della cute, struttura fisica, sesso\età, continenza, nutrizione e mobilità) ai quali vanno aggiunti i punteggi relativi ad Altri Parametri\Fattori di Rischio, vale a dire la presenza di cachessia (8 punti), patologia cardiaca o vascolare (5 punti), anemia (2 punti), fumo (1 punto), recenti grossi interventi chirurgici\ortopedici (5 punti), deficit neurologici (4 punti), paraplegie (6 punti) ed utilizzo di farmaci cortisonici o citotossici (4 punti). La somma del punteggio relativo ai primi 6 parametri (stratificati in 4 classi di gravità di punteggio compreso tra 0 a 3), aggiunto alla somma relativa alla eventuale presenza degli altri Parametri\Fattori di Rischio, definisce il punteggio finale, compreso tra 0 e 53.

Scala di Waterlow Per la valutazione del rischio di LDO	0	1	2	3	Punti
ASPETTO DELLA CUTE	Sana	Edematosa	Pallida	Erosa	
STRUTTURA FISICA	Media	Sopra la media	Obeso	Sotto la media	
SESSO/ETA' (dopo i 64 anni aggiungere un punto ogni 10 anni)	Maschio	Femmina	14/49 anni	50/64 anni	
CONTINENZA	Cateterizzato	Incontinenza occasionale	Incontinenza solo fecale	Doppia incontinenza	
NUTRIZIONE	Regolare	Solo fluida	SNG - Flebo	Solo parenterale	
MOBILITA'	Plena	Agitata	Parziale	Immobile	
					Tot. ___

Al totale ottenuto sommare i seguenti punti, relativi ai fattori di rischio del paziente:

FATTORI DI RISCHIO	PUNTI
Cachessia	8
Patologia cardiaca/vascolare	5
Anemia	2
Fumo	1
Grossi interventi chirurgici/ortopedici (> 2 ore)	5
Deficit neurologici (diabete/ictus/sclerosi mult.)	4
Paraplegie	6
Farmaci cortisonici/citotossici	4

Figura 11 - scala di Waterlow.

Si valuta come paziente non a rischio quello il cui punteggio della Waterlow risulti inferiore a 10, mentre se >10, il rischio viene stratificato su 3 livelli:

a rischio (punteggio compreso tra 10-14)

ad alto rischio (punteggio compreso tra 15-19)

a rischio elevatissimo (>20).

Scala Knoll

La Scala Knoll valuta 8 parametri: Condizioni Generali di salute, Stato Mentale, Attività, Mobilità, Incontinenza, Alimentazione per os di solidi, Alimentazione per os di liquidi e malattie predisponenti (diabete, neuropatie, uremia, patologie vascolari). La scala è simile alla Norton, nei primi 5 parametri, con l'aggiunta di 3 items. Qui però il punteggio è compreso tra 0 e 3, direttamente proporzionato alla gravità ed il punteggio di Attività, Mobilità ed Incontinenza va raddoppiato per i punteggi 2 e 3 (Fig.15). In tal modo si ottiene un range del punteggio totale compreso tra 0 e 33 ed un punteggio uguale o superiore a 12 indica, in questo caso un paziente a rischio.

Parametri	0	1	2	3	Voto
Stato Generale Della salute	Buono	Discreto	Scadente	Pessimo	
Stato Mentale	Vigile	Letargico	Semicomatoso	Comatoso	
Attività	Deambulante	Deambulante con aiuto	Obbligatorio su una sedia	Allettato	
Mobilità	Completa	Limitata	Molto limitata	Immobile	
Incontinenza	Nessuna o catetere urinario	Occasionale	Normalmente urinaria	Urinaria totale e/o fecale	
Nutrizione orale di solidi	Buona	Discreta	Scarsa	Assente	
Nutrizione orale di liquidi	Buona	Discreta	Scarsa	Assente	
Predisposizioni a malattie	Assente	Bassa	Discreta	Elevata	

Figura 12 - Scala di Knoll; le parti evidenziate in grigio vanno raddoppiate.

VALUTAZIONE DELLA CUTE E DEI TESSUTI

La valutazione della cute è importante nella prevenzione, nella classificazione, nella diagnosi e nel trattamento delle ulcere da pressione, ed è necessaria al fine di rilevare i primi segni dei danni causati da pressione, specialmente a livello delle prominenze ossee.

Nei soggetti a rischio di ulcere da pressione, effettuare una valutazione completa della cute:

- ❖ appena possibile, comunque entro otto ore dal ricovero (o alla prima visita nei contesti comunitari);
- ❖ come parte di ogni valutazione del rischio;
- ❖ continua sulla base della situazione clinica e del grado di rischio del soggetto;
- ❖ prima della dimissione del soggetto.

Aumentare la frequenza delle valutazioni della cute in risposta a qualsiasi deterioramento delle condizioni generali.

Condurre una valutazione “dalla testa ai piedi” (head-to-toe) con particolare attenzione alla cute sulle prominenze ossee tra cui il sacro, le tuberosità ischiatiche, i trocanteri e i talloni. Ogni volta che il paziente viene riposizionato è un’opportunità per condurre una breve valutazione della cute. Attenzione: quando è possibile, evitare di posizionare il soggetto su un’area eritematosa.

Se presenti zone di arrossamento, distinguere se questo è sbiancabile o non sbiancabile attraverso l’uso di un dito o il metodo del disco:

Metodo della pressione con il dito - viene premuto il dito sull’eritema per tre secondi e lo sbiancamento viene valutato immediatamente dopo la rimozione del dito;

Metodo del disco trasparente - viene usato un disco trasparente con il quale si applica una pressione uniforme su un’area eritematosa ed è possibile osservare lo sbiancamento sotto il disco durante la sua applicazione.

Ogni qualvolta si valuta la cute includere anche la temperatura corporea (calore localizzato), presenza di edema, e la variazione della consistenza del tessuto rispetto al tessuto circostante (indurimento/durezza) nella valutazione completa della cute e dei tessuti. Questo

risulterà di particolare importanza nei soggetti con pelle scura, data l'impossibilità di poter vedere la presenza di eritemi cutanei.

Valutazione e trattamento del dolore sono di fondamentale importanza nella cura delle LdP: la presenza/assenza di dolore è un indice dello stato della lesione, di un suo progredire o meno, dell'insorgenza di un eventuale danno nervoso (assenza di dolore), o dell'insorgenza di un'infezione. Come da linee guida, bisogna valutare il dolore localizzato durante ogni valutazione cutanea: quando l'individuo è in grado di rispondere in maniera affidabile, chiedere di identificare eventuali aree di disagio o di dolore che potrebbero essere attribuiti al danno correlato alla pressione. Per la documentazione del dolore l'infermiere fa uso di apposite scale di rilevazione del dolore che devono essere valide, affidabili e sensibili per cogliere le variazioni dell'evento. Essendo il dolore il quinto parametro vitale, è necessario valutarlo e non sottostimarne, per rilevare il grado di compromissione utilizzando la migliore strategia di intervento personalizzabile e per garantire all'assistito una migliore qualità di vita.

Le scale di valutazione sono:

- *Unidimensionali* che misurano esclusivamente l'intensità del dolore e sono: NRS (Fig. 16)⁴, VAS (Fig. 17)⁵, VRS (Fig. 18)⁶, FPS (Fig. 19)⁷.



Figura 13 - Scala Numerale Verbale (NRS)

⁴ <https://www.fondazioneisal.it/valutazione-del-dolore/> Visitato il giorno 09/03/2020

⁵ Ibidem

⁶ Ibidem

⁷ Ibidem

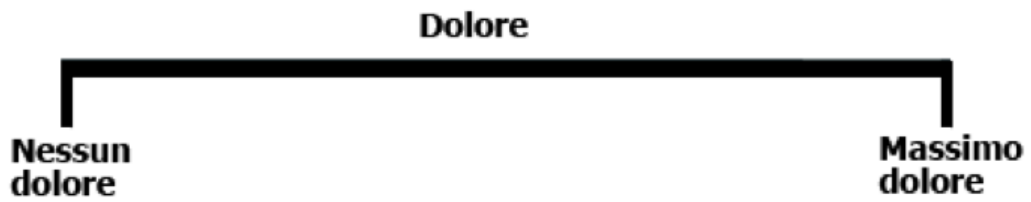


Figura 14 - Scala Analogico-visiva (VAS)

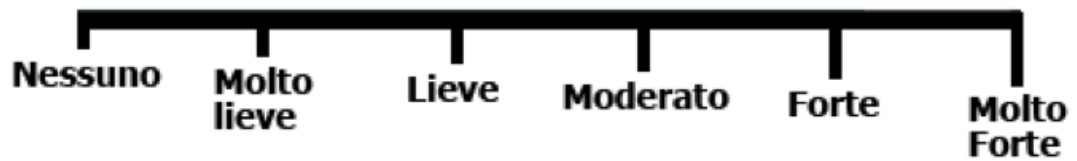


Figura 15 - Scala Verbale (VRS)

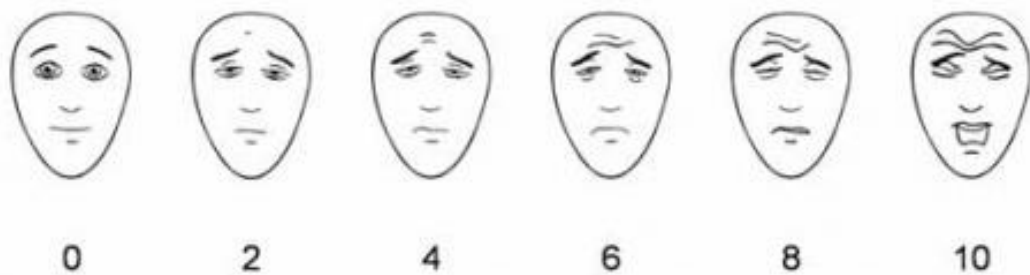


Figura 16 - Faces Pain Scale (FPS)

- *Multidimensionali* che valutano il dolore come esperienza sensoriale complessa e prendono in considerazione anche gli aspetti relazionali e della vita dei pazienti. Danno un quadro più preciso del problema presente ma richiedono un tempo di esame più lungo: MPQ, BPI e PAINAD. In particolare, la PAINAD

(Fig.20)⁸ è la scala multidimensionale maggiormente utilizzata in pazienti non collaboranti con deficit cognitivo severo e si basa sulla valutazione di cinque indicatori (respirazione, vocalizzazione, espressione del volto, linguaggio del corpo, consolazione). Alla fine della valutazione si sommano i valori corrispondenti ad ogni singola rilevazione. Il punteggio totale varia da 0 a 10, in cui un punteggio che va da 1 a 3 indica un dolore lieve, da 4 a 6 dolore moderato e da 7 a 10 un dolore severo.

	0	1	2
Respiro (indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di ipeerventilazione	Respiro alterato. Iperventilazione. Cheyne-Stokes
Vocalizzazione	Nessuna	Occasionali lamenti. Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami. Lamenti. Pianto
Espressione facciale	Sorridente o inespressiva	Triste ansiosa contratta	Smorfie
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso. Movimenti nervosi irrequietezza	Rigidità Agitazione Ginocchia piegate Movimento afinalistico, ascatti
Consolabilità	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si rassicura ne si distrae

Figura 17 - Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)

CURA PREVENTIVA DELLA CUTE

La cura della cute si basa sul presupposto che una pelle pulita ed asciutta sia fondamentale per assicurarne la massima vitalità (integrità ed elasticità). Le sostanze irritanti (incontinenza urinaria/fecale, sudorazione profusa), dovrebbero essere rimosse frequentemente così da limitarne l'irritazione dovuta ad un contatto prolungato. Pertanto, la cute dovrebbe essere pulita e asciugata non appena si sporca ed a intervalli regolari (LG Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, 2010).

⁸ <http://www.asl9.marche.it/territoriosenzadolore/Valutazione%20del%20dolore.pdf> Visitato il giorno 09/03/2020

Bisogna però considerare che durante il processo di igiene vengono rimosse alcune delle “barriere naturali” della cute: ciò rende la pelle più secca e vulnerabile alle sostanze irritanti esterne. È quindi indicato che durante la detersione quotidiana vengano utilizzati detergenti non aggressivi, a pH bilanciato, non sensibilizzanti e acqua tiepida. La cute secca che si sfalda e si squama è inoltre un fattore di rischio per l’insorgenza delle ulcere da pressione: una ridotta idratazione della cute ne riduce l’elasticità e la secchezza ne aumenta il rischio di sviluppare lesione. Quindi bisogna eseguire un’adeguata idratazione, tramite l’applicazione di soluzioni idratanti non contenenti alcoli ed emollienti (es. olio di mandorle, crema base, etc.) nelle aree di maggior secchezza, facendo attenzione a non frizionare energeticamente la cute o massaggiare aree situate sulle prominente ossee.

GESTIONE DELL’INCONTINENZA E DELL’UMIDITÀ

Ridurre al massimo l’esposizione della cute all’incontinenza fecale/urinaria, sudorazione profusa e secrezioni delle lesioni. La cute a contatto con feci, urine e sudore, a causa dell’alterazione del pH cutaneo dovuto alla trasformazione dell’urea in ammoniaca, diventa fragile e suscettibile alle irritazioni, alle infezioni batteriche e alle micosi locali. Quando la sorgente di umidità non può essere tenuta sotto controllo, si raccomanda l’uso di barriera protettiva (pasta all’ossido di zinco e film di poliuretano). La gestione efficace della continenza del paziente costituisce una componente essenziale della cura della cute⁹.

L’uso del pannolone nella gestione dell’incontinenza urinaria in pazienti con lesioni è problematico, in quanto provocando la riduzione del passaggio di aria, accentua le condizioni di umidità della cute e vanifica gli effetti delle superfici antidecubito, oltre il fatto che tantissime persone soffrono di “sfregamento da pannolone” causato dall’allettamento. Per gestire l’incontinenza si può ricorrere a dispositivi esterni per la raccolta di urine (es. condom) o feci. Qualora tali metodi risultino inefficaci e l’incontinenza abbia contribuito o possa contribuire alla macerazione cutanea e alla conseguente insorgenza di ulcere da pressione, può essere

9

<https://www.ordineinfermieribologna.it/public/Doc/formazione/pubblicazione%20materiali/2013/Corso%20IPASVI%2026%20sett%209%20ott%20LDP-RSA-%20Copia.pdf> Visitato il giorno 10/03/2020

necessario considerare l'opportunità di posizionare un catetere vescicale a permanenza¹⁰.
(Linee Guida Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, 2010)

TERAPIE INNOVATIVE PER LA PREVENZIONE DELLE ULCERE DA PRESSIONE

Controllo del microclima

Qualsiasi superficie che viene a contatto con la cute potrà influenzare potenzialmente il microclima (umidità e temperatura), cambiando la velocità di evaporazione dell'umidità e la percentuale con la quale il calore si disperde dalla cute. L'effetto generale dipende dalla natura della superficie di supporto e dal suo tipo di copertura.

Non applicare dispositivi che generano calore (ad es. borse dell'acqua calda, pezze riscaldate, coperte per letti riscaldate) direttamente sulla superficie cutanea o su ulcere da pressione: il calore aumenta il metabolismo, induce sudorazione e diminuisce la tolleranza del tessuto alla pressione.

Medicazioni preventive

Per medicazioni preventive si intendono quelle medicazioni che vengono utilizzate in zone a rischio di sviluppo di ulcere da pressione, per prevenirne l'insorgenza. Sono indicate sia in fase preventiva per la prevenzione delle ulcere da pressione in zone anatomiche frequentemente sottoposte a frizione e forze di taglio (ad es. talloni e sacro), sia in presenza di una lesione di I° stadio per evitare un progredimento verso i successivi stadi.

Quando si seleziona una medicazione preventiva considerare:

- la capacità della medicazione di gestire il microclima;
- la facilità d'applicazione e di rimozione (atraumaticità);
- la capacità di consentire una valutazione periodica della cute;
- la sede anatomica in cui verrà applicata la medicazione;

10

<https://www.ordineinfermieribologna.it/public/Doc/formazione/pubblicazione%20materiali/2013/Corso%20IPASVI%2026%20sett%209%20ott%20LDP-RSA-%20Copia.pdf> Visitato il giorno 10/03/2020

- la corretta dimensione della medicazione.

Le medicazioni preventive differiscono in qualità, quindi è importante scegliere una medicazione che sia appropriata al soggetto e all'uso clinico. In commercio abbiamo i film in poliuretano specifici per prevenire la macerazione e l'attrito; idrocolloide sottile per proteggere la cute fragile e sottile; e in caso di pazienti molto magri con prominenze ossee particolarmente sporgenti si possono applicare dei cuscinetti protettivi che riducono sia l'attrito che la pressione, sostituendosi allo strato di grasso sottocutaneo mancante: cuscinetti autoadesivi non sterili di schiuma di poliuretano, cuscinetti di polimeri riutilizzabili non adesivi (occorre fissarli con cerotto) e medicazioni in schiuma di poliuretano eventualmente conformata al tallone/gomito.

Valutare la cute alla ricerca di segni di sviluppo di ulcere da pressione ad ogni cambio di medicazione, o almeno giornalmente, e confermare l'adeguatezza dell'attuale regime della medicazione preventiva. Sostituire la medicazione preventiva se è danneggiata, spostata, allentata o eccessivamente umida. Le medicazioni preventive non precludono la necessità di una valutazione approfondita e regolare della cute, quindi la loro forma spesso facilita le valutazioni regolari della cute (ad es. i bordi in morbido silicone sono facili da sollevare per i controlli di routine della cute senza creare ustioni da cerotto o altre lesioni cutanee).

Stimolazione elettrica dei muscoli per la prevenzione delle ulcere da pressione

Nuove evidenze hanno dimostrato che la stimolazione elettrica induce contrazioni muscolari tetaniche intermittenti e riduce il rischio di sviluppo di ulcere da pressione su parti del corpo a rischio, soprattutto in soggetti con lesioni del midollo spinale.

VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE

Esiste una forte relazione fra lo stato nutrizionale e d'idratazione e lo sviluppo delle ulcere da pressione: la nutrizione contribuisce infatti al mantenimento dell'integrità dei tessuti e rappresenta un importante fattore reversibile sul quale intervenire precocemente. (Baath et al., 2008). In particolar modo la carenza di specifici nutrienti, come le proteine, vitamine e oligominerali, può predisporre ad un aumentato rischio di danno da pressione (Baath et al., 2008). Le proteine sono elementi di estrema importanza nel processo di cicatrizzazione,

rivascolarizzazione e rigenerazione dei tessuti. Le vitamine (A, C, E) stimolano la sintesi di collagene e intervengono nel processo di riepitelizzazione.

Effettuare uno screening dello stato nutrizionale per ogni soggetto a rischio o con ulcere da pressione:

- al momento del ricovero in una struttura sanitaria;
- ad ogni cambiamento significativo delle condizioni cliniche;
- quando non si osserva alcun progresso verso la riparazione delle ulcere da pressione.

Lo screening nutrizionale è il processo utilizzato per identificare le persone che necessitano di una valutazione globale a livello nutrizionale a causa di quelle caratteristiche che li pongono in una potenziale condizione di rischio nutrizionale. Ogni membro qualificato del team sanitario può completare lo screening nutrizionale, ed esso dovrebbe essere condotto durante l'ammissione nella struttura sanitaria o alla prima visita nei contesti domiciliari.

Lo strumento che si utilizza per effettuare lo screening nutrizionale deve essere valido e affidabile: *la scala di Plymouth (Fig. 21)*, in cui un punteggio che va da 0 a 10 indica un rischio minimo, da 11 a 18 un rischio moderato, da 19 a 24 un rischio elevato.

La valutazione dello stato nutrizionale deve essere fatta all'ingresso del paziente in unità operativa e a intervalli regolari. Questi cambiano in base al quadro clinico del paziente, le condizioni generali e su eventi che possono modificare il suo fabbisogno proteico-energetico (intervento chirurgico, infezione, altre situazioni ipercataboliche).

La valutazione comprende:

- ✓ la registrazione del peso e dell'altezza per il calcolo del Body Mass Index (BMI). Il peso in rapporto all'altezza è un valido indicatore della percentuale di grasso corporeo. Un BMI <19 indica la necessità di un supporto nutrizionale.

ETA'	31-44 anni	45-60 anni	61-70 anni	>70 anni <30 anni	Punteggio totale
PESO	Peso abituale e stabile 1	Perdita di peso >10% negli ultimi 3 mesi 2	Perdita di peso >10% nelle ultime 4 - 6 settimane 3	Estremamente magro emaciato o cachettico 4	
APPETITO	Appetito abituale capacità di mangiare tutto il cibo e le bevande offerte ai pasti e tra i pasti 1	Appetito ridotto; lascia la metà della quantità di cibo offerto ai pasti 2	Appetito scarso; lascia la maggior parte del cibo offerto ai pasti. Riluttante al bere 3	Appetito poco o nullo; rifiuta i pasti e le bevande; incapacità di mangiare (es. incoscienza) 4	
ABILITA' A MANGIARE	Capace di mangiare e bere normalmente 1	Richiede aiuto per tagliare gli alimenti e portare il cibo alla bocca 2	Ha difficoltà a masticare ed ha bisogno di una dieta liquida 3	Incapace di mangiare e bere 4	
CONDIZIONE MEDICA E TRATTAMENTO	Condizione medica non complicata per esempio: infarto miocardico, aritmie, asma. Non interruzione dell'alimentazione 1	Post-intervento di chirurgia minore. Malattie gastrointestinali. Infezioni di gravità moderata. Fratture delle ossa lunghe. Talora interruzione dell'alimentazione per eseguire esami 2	Post-operatorio di chirurgia massiva. Fratture multiple. Numerosi periodi di interruzione dell'alimentazione per eseguire esami 3	Ustioni, cancro, fratture multiple, radioterapia, chemioterapia, interruzione dell'alimentazione per più di 24 ore 4	
FUNZIONE INTESTINALE	Funzione intestinale normale 1	Nausea 2	Diarrea e/o vomito 3	Profusa diarrea e vomito o non funzionalità intestinale 4	

Figura 18 - Scala di Plymouth.

- ✓ L'individuazione di un eventuale calo ponderale: una riduzione del peso corporeo $\geq 10\%$ nei sei mesi precedenti o $\geq 5\%$ nell'ultimo mese è indice di deficit nutritivo.
- ✓ La registrazione delle quantità di cibo e liquidi assunti giornalmente: l'assunzione di alimenti è ritenuta non adeguata se per due-tre giorni consecutivi l'assistito assume meno della metà dei pasti. Lo stato di idratazione è fondamentale. Controllare segni e sintomi di disidratazione: turgore della pelle, diuresi, ipersodiemia e/o con il calcolo dell'osmolarità sierica. Attenzione ai soggetti con vomito, diarrea, diaforesi, ipertermia e con ulcere fortemente essudanti.

Per una valutazione più approfondita eseguire uno screening ematochimico: emocromo, glicemia, azotemia (bilancio azotato), creatininemia, uricemia, Na, K, albuminemia, PCR, AST, ALT, amilasi, TSH, colesterolo totale, transferrina plasmatica, esame completo delle urine con urinocoltura. Individuati i soggetti a rischio di malnutrizione, sottoporli alla visita di un dietista

o di un team interprofessionale di nutrizionisti per sviluppare e documentare un piano di intervento nutrizionale individualizzato in base alle esigenze individuali, alimentando percorsi e obiettivi di cura, così come individuato dalla valutazione nutrizionale¹¹.

In presenza di ulcere da pressione fornire almeno:

- 30 – 35 kcal/kg/die
- 1.2 – 1.5g di proteine/kg/die
- 20 – 40ml di acqua/kg/die
- Integrazione costante di vitamine e oligoelementi quali: ferro, zinco, magnesio, vit C, A, D, E, e complesso vitamina B.

Il successo degli interventi nutrizionali è segnalato da un aumento ponderale, migliore funzionalità motoria e/o migliore qualità di vita legata alle condizioni di salute, da una ridotta incidenza di nuove LdP e dalla guarigione di LdP precedenti. La valutazione degli effetti degli interventi nutrizionali deve essere fatta regolarmente ma si deve tener presente che i risultati possono non comparire immediatamente, perché vi è dapprima la necessità di reintegrare le riserve perdute.

RIPOSIZIONAMENTO E MOBILIZZAZIONE PRECOCE

Il riposizionamento di un soggetto è intrapreso al fine di ridurre la durata e la portata della pressione sopra le aree vulnerabili del corpo e per migliorare il comfort, l'igiene, la dignità e la capacità funzionale. Poiché non è sempre possibile riposizionare regolarmente alcuni soggetti a causa delle loro condizioni mediche, potrebbe rendersi necessario considerare una strategia di prevenzione alternativa come un materasso ad alta densità o un letto specifico.

Frequenza del riposizionamento

Determinare la frequenza del riposizionamento considerando i seguenti fattori del soggetto:

- tolleranza dei tessuti;

¹¹ <http://www.lesionicutaneecroniche.it/PDF%20LINEE%20GUIDA/protocolli/LG%20VENETO.pdf>
Visitato il giorno 09/03/2020

- livello di attività e mobilità;
- condizioni mediche generali;
- obiettivi complessivi del trattamento;
- condizione della cute;
- comfort.

Stabilire orari di scarico della pressione specificando la frequenza e la durata dei momenti di carico: educare le persone ed indicare loro il metodo più indicato per fare movimenti di scarico della pressione e altri per alleviare il carico.

Valutare regolarmente la condizione della cute del soggetto e il comfort generale. Riconsiderare frequenza e metodo se l'individuo non risponde come previsto al regime di riposizionamento. La frequente valutazione della condizione della cute dell'individuo aiuterà ad identificare i primi segni di danni da pressione e come tale la tolleranza al programma di riposizionamento pianificato. Se si dovessero verificare cambiamenti nella condizione della cute, il piano di riposizionamento deve essere rivalutato.

Tecniche di riposizionamento

Quando si sceglie una particolare posizione, è importante valutare se la pressione sia realmente alleviata o ridistribuita, quindi riposizionare il soggetto in modo tale che la pressione sia ridotta o ridistribuita.

Evitare di posizionare il soggetto su prominenze ossee che presentano eritema non sbiancabile. L'eritema non sbiancabile è un'indicazione di danno precoce nelle ulcere da pressione. Se un individuo è posizionato direttamente sulle prominenze ossee con un eritema pre-esistente che non sbianca, la pressione e/o le forze di taglio ostacoleranno ulteriormente l'afflusso di sangue alla cute peggiorando così il danno con conseguente aggravamento delle ulcere.

Durante il riposizionamento non trascinare il soggetto, ma sollevarlo. In tal modo si riducono l'attrito e le forze di taglio. Nella maggior parte dei casi è possibile utilizzare semplici tecniche come teli di sollevamento. Se disponibile, utilizzare un sollevatore meccanico per trasferire il soggetto sulla sedia a rotelle o sul letto quando esso necessita di assistenza totale durante il trasferimento. Ricordarsi di togliere l'imbracatura immediatamente dopo il

trasferimento, a meno che non sia stata specificamente progettata per questo scopo. Tenere a mente che queste tecniche vengono utilizzate col fine di garantire sicurezza sia al paziente sia all'operatore per una corretta movimentazione e gestione dei carichi.

Attenzione, se presenti dispositivi medici quali sistemi di drenaggio, catetere vescicale, o altri tubi, evitare di posizionare il paziente direttamente sopra a questi per il rischio che decubitino.

Riposizionamento dei soggetti allettati

Se l'assistito è costretto a letto e le condizioni cliniche lo consentono, la postura andrebbe modificata almeno ogni 2 ore, evitando l'appoggio sulle zone a maggior rischio o quelle eventualmente già arrossate.

Utilizzare la posizione inclinata di 30° sul lato (alternativamente, a destra, supina, a sinistra) o la posizione prona se il soggetto riesce a tollerarla e le sue condizioni cliniche lo consentono. Se il paziente è in grado di muoversi autonomamente, incoraggiare a dormire in una posizione semi-laterale o completamente piatta se non è controindicato. Attenzione però ad evitare posture da sdraiati che aumentino la pressione, come la posizione laterale a 90° o la posizione semi-seduta. La testiera del letto deve essere elevata per un massimo di 30° (posizione Semi-Fowler), a meno che non sia controindicato dalle condizioni mediche o da eventuali considerazioni nutrizionali e digestive. L'elevazione della testa del letto può essere clinicamente necessaria per facilitare la respirazione e/o prevenire il rischio d'aspirazione e polmoniti associate alla ventilazione. Se è necessario adottare la posizione seduta, evitare di elevare la testiera del letto o di assumere una posizione a penzolari poiché in grado di creare pressione e forze di taglio sul sacro e sul coccige.

Nei soggetti allettati o completamente immobili i talloni devono essere sempre sollevati dal piano del letto mediante un cuscino (normale o in schiuma) posizionato sotto alla gamba, dalla coscia alla caviglia, evitando che appoggi esclusivamente sul tendine d'Achille.

Gli individui dovrebbero essere posizionati e supportati per prevenire lo scivolamento durante la permanenza a letto e la creazione di forze di taglio.

Posizione prona

La posizione prona è indicata per una ventilazione di maggior efficacia. Bisogna però prestare attenzione poiché i pazienti collocati nella posizione prona sono più a rischio di sviluppare ulcere da pressione. Ad ogni rotazione infatti, ispezionare la cute, soprattutto a livello delle regioni maggiormente a rischio, quali: viso, clavicola, cresta iliaca, ginocchia, sinfisi pubica e dita dei piedi.

Riposizionamento dei soggetti seduti

La posizione seduta è importante per ridurre i rischi di immobilità, poiché essa facilita la nutrizione e l'attività respiratoria e inoltre promuove la riabilitazione. Se è necessario posizionare il paziente nella posizione seduta, far sì che questa sia accettabile per l'individuo e che minimizzi le pressioni e le forze di taglio esercitate sulla pelle e sui tessuti molli: fornire un'adeguata inclinazione del sedile per evitare che scivoli in avanti sulla sedia a rotelle o sulla sedia, regolare i poggiatesta e i braccioli per mantenere la corretta postura e la redistribuzione della pressione. Ricordare che le prominenze ischiatiche sostengono un'intensa pressione quando l'individuo è seduto. Porre maggior attenzione quando l'individuo è paralizzato poiché la pressione non viene scaricata in quanto i piccoli movimenti involontari che ripristinano il flusso sanguigno nei tessuti sono assenti. La scelta della sedia a rotelle è molto importante, e varia in base al paziente e alle proprie condizioni cliniche: per evitare forze di taglio e di frizione, selezionare una sedia con una appropriata altezza del sedile dal pavimento; se i piedi dell'individuo non possono essere posizionati direttamente sul terreno, l'altezza delle pedane deve essere regolata in modo da inclinare leggermente il bacino in avanti posizionando le cosce leggermente più in basso della linea orizzontale.

Gli individui che sono in grado, dovrebbero essere educati o stimolati a cambiare spontaneamente i punti d'appoggio in posizione seduta ogni 15 minuti o ad alternare la postura seduta con altre posture, sempre se consentito dalla propria condizione clinica.

Se la posizione seduta è necessaria per i soggetti con ulcere da pressione sul sacro/coccige o sull'ischio, limitare la seduta a tre volte al giorno per periodi di 60 minuti o meno. Consultare uno specialista per la prescrizione di una appropriata superficie per la seduta e/o per l'uso di corrette tecniche di posizionamento per evitare o minimizzare la pressione sull'ulcera.

Mobilizzazione

Gli individui allettati dovrebbero passare dalla posizione seduta alla deambulazione il più rapidamente possibile in base alla loro tolleranza e condizione clinica. Per questo, ad ogni soggetto a rischio di sviluppare lesioni da decubito devono essere garantiti l'attuazione e la documentazione di un programma di mobilizzazione personalizzato, stabilito in base ai risultati pervenuti all'ispezione della cute e dalle necessità individuali. I programmi di deambulazione possono aiutare a compensare il deterioramento clinico, spesso osservato in soggetti sottoposti a prolungato riposo a letto. La mobilizzazione precoce è importante tanto per la respirazione e la ripresa della peristalsi in un paziente nel post-operatorio, quanto per un paziente portatore o meno di ulcere in quanto migliora la circolazione sanguigna.

Mobilizzazione e riposizionamento devono essere sempre documentati in cartella clinica ed infermieristica: documentare il regime di riposizionamento, specificando la frequenza e la posizione adottata, ed includere una valutazione del risultato dell'intervento attuato.

SUPERFICI DI SUPPORTO

Durante la formulazione del piano di prevenzione, l'infermiere deve valutare la necessità di utilizzare dispositivi atti a ridurre o alleggerire la pressione sui tessuti. Le superfici di supporto sono dispositivi specializzati per la redistribuzione della pressione, progettati per la gestione dei carichi sul tessuto, del microclima senza tralasciare il comfort fisico del paziente (ne fanno parte: qualsiasi materasso, sistema di letto integrato, materasso sostitutivo, sovrामaterasso, cuscino per sistema di seduta o sovracuscino per sistema di seduta). La sua funzione principale si esplica in "prevenzione", ma è documentato che l'utilizzo di tali sistemi, se di ultima generazione, migliorano i processi di guarigione di lesioni già esistenti favorendo la granulazione e svolgendo anche un'attività terapeutica sul dolore. Rispetto ai materassi tradizionali, le superfici antidecubito sono dispositivi medici progettati appositamente per redistribuire le pressioni attraverso l'adattamento della superficie all'anatomia del corpo umano, in modo che la stessa sia la più ampia possibile. Tali condizioni vengono meno nel momento in cui non c'è proporzione tra il peso del paziente ed il volume occupato (ad es. paziente amputato o paziente con marcata obesità addominale e quando il peso del paziente eccede la portata terapeutica della superficie), anche quando il paziente assume la posizione

semiseduta (questa evenienza non accade nelle superfici completamente automatiche) ed infine quando la superficie risulta essere sgonfia per errata regolazione (cella unica a salsicciotto). È importante evidenziare i materiali con cui è fabbricato il dispositivo e le sue caratteristiche tecniche che ne sottolineano la capacità di assecondare le curvature fisiologiche del corpo che si stende sul supporto¹².

La scelta della superficie antidecubito deve essere effettuata in base all'esame complessivo del paziente, comprensivo della valutazione del rischio e prendendo in considerazione gli obiettivi assistenziali prefissati.

Possiamo suddividere i presidi di supporto in:

- *Superfici statiche*: “senza movimento” tranne in risposta ai movimenti del paziente che condizionano la redistribuzione della pressione (materassi a cessione d'aria, letti fluidizzabili, superfici in schiuma, in fibra, in gel e altri materiali)
- *Superfici dinamiche*: si muovono in modo ciclico indipendentemente dalla presenza e dalla posizione del paziente (superfici a pressione alternata). Il meccanismo di compressione e decompressione riproduce il comportamento di un individuo sano. Sono dispositivi indicati soprattutto per soggetti a medio ed elevato rischio.

La selezione di una superficie di supporto, come già detto, deve essere individualizzata e personalizzata in base alle caratteristiche cliniche del paziente e agli obiettivi che si vogliono raggiungere. Deve quindi fare in modo che soddisfi i bisogni dell'individuo.

Nella scelta del presidio entrano in gioco diversi fattori:

- livello di immobilità e di inattività del soggetto;
- necessità di controllare il microclima e ridurre le forze di taglio;
- dimensioni e peso dell'individuo;

¹² <https://www.servicemed.it/il-ruolo-delle-superfici-antidecubito-nel-wound-care/> Visitato il giorno 10/03/2020

- rischio di sviluppare nuove ulcere da pressione;
- numero, gravità e localizzazione dell'ulcera/ulcere se presenti.

Per evitare che le superfici risultino inefficaci dal punto di vista preventivo e/o terapeutico è necessario: posizionare il minor strato possibile di lenzuola nelle zone di contatto con il paziente, evitare l'uso di traverse assorbenti e pannoloni in modo da poter consentire l'affondamento massimo dell'individuo nella superficie favorendo la distribuzione del carico e la riduzione della pressione di contatto, ed evitare la manovra di rimbocco delle lenzuola sotto il materasso per evitare quello che viene definito "effetto amaca", in quanto annulla l'azione di ridistribuzione del carico sulla superficie e aumenta la concentrazione della pressione sulle prominente ossee. (Linee Guida Friuli Venezia Giulia, 2013)

Ricordare che l'utilizzo delle superfici di supporto non esenta l'infermiere dalle normali attività che deve svolgere, tra cui: una continua valutazione della cute, controllare il corretto funzionamento del presidio di supporto ad ogni visita/accesso, frequenti cambi di riposizionamento in base alle condizioni cliniche in atto.

EDUCAZIONE SANITARIA

Per un infermiere è fondamentale conoscere della persona malata lo stato psico-sociale, funzionale, cognitivo, emotivo, le abilità per il self-care ed è necessaria un'educazione terapeutica dell'assistito in maniera tale che possa acquisire le abilità per gestire al meglio la propria malattia: l'obiettivo è quindi comprendere la situazione in atto, che l'assistito cooperi con l'infermiere e che migliori la sua qualità di vita. Si tratta di una vera e propria delega alla persona che guida il suo percorso terapeutico e ed evita le complicanze affinché raggiunga il suo traguardo di salute: *"bisogna curare l'intera persona, non pochi centimetri di pelle"*^{13 14}.

Si intuisce quindi che il progetto di gestione sia molto più complesso: non più solo l'applicazione della medicazione, anche se correttamente condotta, ma anche l'intero aspetto del sostenimento del paziente e dei parenti, educandoli, coordinandoli e con un sorriso essere

¹³ <https://www.nursetimes.org/ulcere-venose-linfermiere-scende-in-campo-con-leducazione-sanitaria/35729> Visitato il giorno 11/03/2020

¹⁴ www.evidencebasednursing.it/ Visitato il giorno 11/03/2020

in grado di porre attenzione alle loro richieste. Prima di tutto educare paziente e parenti a ridurre l'ansia e le paure che insorgono man mano che si procede nel trattamento dell'ulcera, offrendo l'aiuto psicologico che poi li renderà partecipi attivamente nell'atto della medicazione. Spesso si viene chiamati d'urgenza per la comparsa di essudato, piccoli sanguinamenti, bruciore e dolore: educarli a tali evenienze riduce la loro ansia. Inoltre, renderli partecipi attivamente alla medicazione rassicura e tranquillizza i pazienti e i parenti. Modificare lo stile di vita facendolo adeguare al problema in corso è uno degli obiettivi principali dell'educazione sanitaria compartita dall'infermiere al paziente, in quanto è un fattore favorente la guarigione delle lesioni: il cambio frequente di posizione, muovere nel letto con regolarità gli arti o le zone di appoggio. L'infermiere si dovrà occupare anche di coordinare paziente e parenti a rispettare il programma terapeutico pianificato (orari della medicazione, tipo di medicazione, corretta esecuzione, correttezza dell'utilizzo dei presidi, tipo di alimentazione, etc.) e simultaneamente garantire disponibilità fornendo contatti telefonici per risolvere i problemi quando insorgono.

Un valido supporto potrebbe essere garantito anche attraverso l'utilizzo di opuscoli informativi rivolti a tutti con dei suggerimenti di buone pratiche quotidiane senza spiegazioni mediche indecifrabili, ma semplicemente consigli da personale ben formato (*vedi Allegato 1¹⁵*).

Altro mezzo per fare educazione sanitaria sono anche i programmi di educazione alla prevenzione delle ulcere da pressione sia al singolo o in gruppo. Questi devono essere strutturati, organizzati, completi e messi a disposizione degli assistiti, dei loro familiari e dei responsabili delle cure sanitarie. I programmi educativi di promozione della salute dovrebbero comprendere informazioni riguardanti i seguenti punti:

- eziologia e fattori di rischio per le ulcere da decubito;
- valutazione e cura della cute;
- scelta e/o uso di ausili per la distribuzione della pressione e di altri sistemi di supporto;
- dimostrazione delle tecniche di posizionamento per ridurre il rischio di insorgenza di ulcere;

¹⁵ <https://aislec.it/ricerca-scientifica/sos-prevenzione/> Visitato il giorno 11/03/2020

- promozione di un corretto stile di vita;
- promozione di una nutrizione adeguata;
- esecuzione di una corretta ed adeguata igiene personale;

Alla fine della brochure o al termine del programma educativo, è bene dispensare contatti e informazioni riguardanti come comportarsi in caso di urgenze, come l'insorgenza di una ulcera da pressione o un peggioramento della stessa.

L'auspicio è che questi strumenti come opuscoli informativi, programmi educativi, indicazioni e semplici brochure possano fare da corredo alle informazioni e all'educazione che l'infermiere in qualità di promotore della salute da sempre dispensa agli assistiti per la prevenzione delle ulcere da pressione.

Il ruolo del caregiver

Secondo l'Istat, nel 2017 la speranza di vita alla nascita risulta pari a 80,6 anni per gli uomini, e a 84,9 anni per le donne. Al 1° gennaio 2018, il 22,6% della popolazione ha un'età compiuta superiore o uguale ai 65 anni. L'invecchiamento della popolazione è un trionfo dello sviluppo, si vive più a lungo grazie ad una migliore alimentazione, igiene, progressi nel campo della medicina delle cure mediche, ma presenta anche sfide sociali, economiche e culturali, a individui, famiglie e all'intera società, è uno dei fenomeni più significativi del 21esimo secolo. Fino a pochi anni fa l'assistenza sanitaria in Italia era basata su un modello in cui l'ospedale era al centro del servizio sanitario nazionale (Legge 833/78) e la medicina del territorio erogava servizi extra-ospedalieri, con il cambiamento evolutivo e la conseguente nuova domanda di salute le leggi successive hanno spostato l'asse della centralità dell'assistenza. Oggi il territorio e di conseguenza la famiglia hanno assunto un ruolo fondamentale e in continua crescita nella “presa in carico” di un anziano. Da tutto ciò emerge l'importanza di quella persona che all'interno della famiglia assiste un congiunto ammalato e/o disabile, il “caregiver” termine anglosassone con il quale si intende “colui che si prende cura”.

I caregiver sono in genere donne (74%), di cui il 31% di età inferiore ai 45 anni, il 38% di età compresa tra i 46 e i 60, il 18% tra 61 e 70 e ben il 13% oltre i 70.

Assistere una persona cara non autosufficiente ed esserle di aiuto nelle difficoltà di gestione della vita quotidiana costituisce una funzione cardine delle relazioni di convivenza, basate sulla libera scelta e alimentate da motivazioni affettive e sentimentali, pertanto questa funzione di aiuto assume connotati di impegno tali da rendere necessari interventi di sostegno da parte delle istituzioni pubbliche.

Tanto è importante la figura del caregiver che l'ultima Legge di Bilancio (Legge 27 dicembre 2017, n. 205) ha inserito questa mansione fra i lavori gravosi in modo che questa particolare categoria di persone, a tutti gli effetti lavoratori, possano accedere a un indennizzo di tipo pensionistico (proposta di legge). L'Emilia-Romagna inoltre, si è dotata di una propria legge regionale (Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare) per sostenere psicologicamente ed economicamente queste persone, istituita anche la Giornata del caregiver, che si tiene nell'ultimo sabato di Maggio.

Durante lo svolgimento delle attività assistenziali, spesso ci si rende conto dello smarrimento delle persone quando gli viene comunicato che si avvicina il momento della dimissione, smarrimento che si attenuava solo dopo aver ricevuto le informazioni necessarie a poter assistere in modo adeguato il proprio caro a casa, tali informazioni però, per mancanza di tempo dovuta all'eccessivo carico di lavoro spesso non vengono fornite nel modo più adeguato, non ci sono operatori addetti alla formazione dei caregiver familiari, per cui succede frequentemente che il senso di smarrimento non passa e i caregiver ed i pazienti stessi se lo portano a casa. Spesso si presta molta attenzione alla formazione dei familiari degli ospiti, i caregiver hanno modo di vedere le manovre corrette, l'utilizzo dei presidi necessari, come potrebbe essere un sollevatore, come provvedere alle cure igieniche del paziente allettato... Abbiamo visto che i caregiver pongono continuamente domande ed hanno bisogno di risposte precise.

Per questo motivo si è deciso di organizzare un corso di formazione per caregiver, che è l'argomento di questa tesi. Nella stesura di tale procedura è stata analizzata una panoramica del cambiamento socio-sanitario che da anni sta attraversando il nostro paese e di conseguenza dei cambiamenti delle strutture ospedaliere, sottolineando chi è e cosa fa un caregiver toccando ogni aspetto della vita quotidiana di questa figura, per finire riportando come è stato organizzato il corso per il quale sono stati necessari diversi incontri per decidere gli argomenti da trattare, come esporli e gli obiettivi da raggiungere. La finalità del corso è quella di fornire le giuste

informazioni ai caregiver in modo da renderli sicuri rispetto al proprio operato così da prestare la migliore assistenza possibile al proprio caro, di far capire loro che non sono soli, che ci sono delle strutture e dei professionisti ai quali rivolgersi, e soprattutto di dare loro i mezzi per non incorrere in situazioni troppo stressanti che li farebbero andare incontro ad uno stato di Burnout.

Caregiver è un termine inglese introdotto da L. Pearlin nel 1990 che deriva da due verbi: *to care* che significa “assistere” e *to give* che significa “dare”. Il caregiver è un “donatore di cura”, quindi con questo termine si indicano familiari, i parenti, gli amici di una persona anziana o non autosufficiente che la aiutano a svolgere le normali attività della vita quotidiana, spesso si tratta di assistenza continua, giorno e notte, in virtù di forti legami affettivi. Le persone coinvolte nella relazione, il caregiver e l'anziano assistito, hanno pari dignità, ma vivono in una situazione di grande disparità. Il ruolo del caregiver è quello di fornire supporto assistenziale oltre che sostegno psicologico e affettivo all'assistito. Entrano così in gioco numerose abilità e competenze: saper comunicare, sviluppare empatia, saper ascoltare e saper riconoscere le proprie emozioni.

Nel nostro paese sono prevalentemente le famiglie a occuparsi degli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti, garantendo direttamente l'assistenza, solitamente sono le mogli, i figli, le conviventi, le madri nei casi di disabili giovani, e a volte (oggi sempre più spesso) vengono assunte delle badanti. In generale, colui che viene riconosciuto come caregiver assume il ruolo di responsabile attivo nella presa in carico di un secondo individuo, e si impegna a svolgere una funzione di supporto e cura nei confronti di una persona che si trova in una condizione di difficoltà.

Secondo l'Istat, in Italia ci sono oltre 3 milioni di caregiver, che prestano a titolo gratuito assistenza a un proprio caro malato, anziano, fragile o disabile. È grazie alla loro attività che è possibile sostenere l'intero sistema di welfare nazionale. Di solito sono persone non più giovani, ma sempre l'Istat stima che in Italia ci sono circa 170 mila caregiver con un'età tra i 15 e i 24 anni: questi giovani si prendono cura di un familiare bisognoso di assistenza con responsabilità da adulti, con conseguenze significative nella loro vita quotidiana, a scuola, a lavoro e nelle relazioni sociali.

Le attività svolte dal caregiver consistono nel prestare cure e sostegno a persone non più in grado di svolgere le “attività di vita quotidiana” e sono divise in basilari (vestirsi, alimentarsi, lavarsi, usare la toilette, muoversi in casa, ecc...) e strumentali (uso del telefono, fare acquisti,

cucinare, lavare, governare la casa, uscire di casa, maneggiare medicinali, ecc...). Sempre più spesso il caregiver familiare è impegnato anche nel fornire prestazioni a carattere sanitario, sulla base di specifiche indicazioni degli operatori sanitari di riferimento. Non dimentichiamo inoltre, la difficile gestione delle persone assistite in presenza di disturbi mentali.

Con “caregiver burden” si fa riferimento al carico assistenziale del caregiver e descrive la sofferenza del caregiver a livello emotivo, fisico, di vita sociale o finanziario. Il carico assistenziale del caregiver se non adeguatamente gestito a livello emotivo, può portare alla “sindrome del burnout” che letteralmente significa “bruciarsi” e che secondo Cherniss nel 1980, è il culmine di un processo stressogeno che si articola in tre fasi :

- percezione del processo stressante: cioè il soggetto sente un disagio causato dalla differenza tra risorse personali e richieste ambientali;
- emotività negativa: cioè il soggetto sperimenta un disagio emotivo caratterizzato da tensione e ansia;
- coping: cioè il soggetto di fronte ad una situazione stressante evita il problema attraverso il disimpegno e il distacco emotivo.

Il benessere del caregiver è fondamentale anche per il benessere della persona assistita che va tutelata nella sua dignità e nella sua qualità di vita. L'azione dei caregiver non può essere guidata solo da affetto e buon senso, devono essere informati, istruiti e sostenuti per affrontare insieme all'assistito, le difficoltà della vita quotidiana.

Il progetto allestito e di seguito descritto in questa tesi prevede un corso di formazione, sensibilizzazione ed empowerment volto a migliorare le capacità di assistenza dell'anziano, dal punto di vista tecnico e psicologico (*vedi Allegato 3*).

FORMAZIONE SPECIALISTICA DEGLI OPERATORI

Gli infermieri che si occupano di prevenire e curare le ulcere da pressione sono operatori specializzati in tale campo, che hanno esperienza professionale ed hanno eseguito il Master di I livello nel *Wound Care*. L'espressione *Wound Care* è formata da due termini di lingua inglese: "*Wound*" che significa "*lesione della pelle*" e "*Care*" che significa "*prendersi cura di qualcosa o qualcuno*". Questo può essere tradotto in italiano come "assistenza a persone con problemi di lesioni cutanee"¹⁶.

La storia dietro il *Wound Care* risale al 2000 a.c. con gli egiziani che utilizzavano delle foglie per coprire le ferite della pelle sotto forma di impiastrici o decotti, mischiate a fango o ad escrementi di animali e poste direttamente sulla superficie della ferita. Nel corso dei secoli, in tutte le civiltà conosciute, le ferite della pelle sono state oggetto di mistificazioni e allegorie di ogni genere, e di pari passo anche il loro trattamento ha subito notevoli modificazioni. Un punto di svolta è stato segnato nel 1969 in Gran Bretagna, da George D. Winter, membro del dipartimento di ingegneria biomedica del Royal Orthopaedic Hospital a Stanmore. Egli eseguì uno studio che gettò le fondamenta del concetto moderno della guarigione delle ferite in ambiente umido. Con i risultati dei suoi esperimenti, egli di fatto pose le basi del *Wound Care* moderno così come lo si conosce ai nostri giorni. Il *Wound Care* moderno si basa sulla formazione specialistica degli operatori sanitari e sempre di più sull'utilizzo di evidenze scientifiche, ossia del risultato dei più attuali e autorevoli studi di ricerca e sperimentazioni cliniche che rendono sempre di più gli interventi di prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee efficaci, efficienti, riproducibili e personalizzabili¹⁷.

Questa tipologia di percorso formativo post-laurea ha una durata variabile da uno a due anni all'interno della facoltà di Medicina e Chirurgia, e comporta l'acquisizione di competenze specifiche, quali:

¹⁶ <http://www.studioinfermieristicoturconi.it/cos-e-il-wound-care.html#.XmkB56hKjIU> Visitato il giorno 11/03/2020

¹⁷ <http://www.studioinfermieristicoturconi.it/cos-e-il-wound-care.html#.XmkB56hKjIU> Visitato il giorno 11/03/2020

- Saper effettuare una valutazione complessiva del rischio di sviluppo di lesioni cutanee nei pazienti in situazioni clinico-assistenziali predisponenti a tali fenomeni.
- Conoscere e utilizzare gli strumenti infermieristici per la pianificazione assistenziale nel Wound Care.
- Conoscere, saper selezionare e utilizzare gli strumenti e gli ausili idonei per la prevenzione delle lesioni da pressione.
- Essere in grado di effettuare una valutazione delle diverse tipologie lesioni cutanee croniche correlate a stati patologici (lesioni da pressione, vascolari, diabetiche, da ustione, traumatiche e neoplastiche).
- Impostare il trattamento di lesioni cutanee croniche nella situazione specifica, in collaborazione con le altre figure professionali componenti l'équipe.
- Contribuire al miglioramento continuo della qualità assistenziale, attraverso l'utilizzo nella pratica clinica di conoscenze validate secondo i criteri dell'evidenza scientifica e la revisione periodica degli strumenti operativi in uso nelle Unità Operative.
- Fornire consulenza per la valutazione e il trattamento delle lesioni cutanee croniche.
- Partecipare ad attività di ricerca infermieristica nella situazione specifica¹⁸.

Attualmente in Italia contrariamente a ciò che già avviene in altri paesi, per il professionista sanitario specialista che abbia concluso un percorso formativo di Master di I Livello, non è previsto un inquadramento professionale e contrattuale all'interno dei contratti collettivi di sanità pubblica e privata del Sistema Sanitario Nazionale. Il riconoscimento professionale e contrattuale delle competenze acquisite viene quindi esplicitato solamente a carattere locale di ASL, Azienda Ospedaliera, struttura sanitaria accreditata o privata oppure a livello di libera professione sia in forma individuale che associata¹⁹.

¹⁸<http://www.studioinfermieristicoturconi.it/1-infermiere-specialista-in-wound-care.html#.XnDyUahKjIU> Visitato il giorno 11/03/2020

¹⁹ Ibidem

INDAGINE DI PREVALENZA DELLE ULCERE DA PRESSIONE

Il monitoraggio e la sorveglianza delle ulcere da pressione rappresentano un aspetto importante del grado di attenzione che un servizio sanitario riesce a esprimere nei confronti dei propri pazienti. Infatti, la prevenzione delle ulcere da pressione richiede non soltanto la disponibilità di strumenti tecnici adeguati, ma anche di una cultura professionale attenta al fenomeno e in grado di identificare i pazienti a rischio attraverso l'adozione di specifici strumenti quali le scale di valutazione, e di un assetto organizzativo in grado di sostenere il mantenimento di buone pratiche di assistenza infermieristica.

La prevenzione ed il trattamento delle ulcere da pressione rappresentano, in tutti i setting di cura, a partire dall'ambito ospedaliero fino all'assistenza domiciliare o alle Strutture Residenziali, un problema rilevante, che richiede un notevole impegno gestionale in termini di risorse umane, materiali e tecnologiche. Un'analisi della letteratura, evidenzia che a tutt'oggi gli approcci di prevenzione e di cura sono disomogenei e molte volte si osserva una assoluta mancanza di uniformità nei comportamenti assistenziali, terapeutici e diagnostici malgrado i numerosi studi condotti sull'argomento. Le varie figure professionali coinvolte e l'ampia disponibilità di ausili e presidi reperibili sul mercato, incrementano una difformità di approccio con conseguenze dolorose per il soggetto che si trova a rischio o è affetto da ulcere da pressione. Risulta quindi, chiaramente prioritario ottenere dati locali sulla prevalenza delle ulcere da pressione al fine di indirizzare, orientare, uniformare ed ottimizzare gli interventi assistenziali.

A tal fine l'Azienda Sanitaria Unica della Regione Marche ha iniziato un percorso di studio di prevalenza delle lesioni da pressione, con un monitoraggio annuale: è stata eseguita una rilevazione trasversale in tutti i presidi ospedalieri ASUR, in tutte le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) a gestione diretta e in tutti gli ospedali di comunità ASUR Marche, Area Vasta 2: la settimana di prevalenza è la seconda del mese di Febbraio di ogni anno; lo studio è iniziato nel 2018, proseguito nel 2019 e 2020. Gli obiettivi dell'indagine sono principalmente tre:

- ✓ Le ulcere da pressione rappresentano un problema clinico-assistenziale rilevante ed evitabile.
- ✓ Le ulcere da pressione sono un indicatore della qualità dell'assistenza e un esito sensibile alle Cure Infermieristiche.

- ✓ Infine, per creare un sistema di relazione tra professionisti esperti e formati.

Ricordiamo che, come la letteratura ci dice, la prevalenza delle ulcere da pressione è molto variabile e dipende da numerosi fattori: il setting di rilevazione, le condizioni cliniche dei pazienti e la metodologia utilizzata per la rilevazione.

Nell'indagine sono state coinvolte precisamente 13 strutture: 3 Presidi Ospedalieri per acuti, 4 Ospedali di Comunità, e 6 RSA, con un totale di pazienti arruolati di 1768 nel 2018 e 1654 nel 2019 (i dati del 2020 purtroppo non sono stati analizzati per il blocco delle attività dovuto al COVID-19).

2018

Tipologia struttura	Area Vasta				
	1	2	3	4	5
ODC Cure Intermedie	52	60	32	29	1
ODC Lungodeg riabil		23			
OdC Riabilitazione			9		
ODC RSA		33	10		
Ospedale	144	282	314	154	231
RSA	130	116	11	16	98
Riabilitazione est	13				
Riabilitazione int	10				
Tot	349	514	376	199	330

2019

Tipologia struttura	Area Vasta				
	1	2	3	4	5
ODC Cure Intermedie	43	41	34	31	4
ODC Lungodeg Riabil		23			
ODC Riabilitazione			8		
ODC RSA		23	6		
Ospedale	133	267	273	180	280
RSA	126	86	16		80

Figura 19 - Tipologia di strutture.

2018

Area Vasta	Nessun punteggio rilevato	% sul totale dei pazienti per Av
1	78	22,35%
2	218	42,41%
3	96	25,53%
4	60	30,15%
5	0	

2019

Area Vasta	Nessun punteggio rilevato	% sui pazienti di Area Vasta
1	14	4,64
2	68	15,45
3	67	19,88
4	12	5,71
5	55	15,11
ASUR	216	13,07

Figura 20 - Rilevazione Scala di Braden.

2018

Area Vasta	N totale lesioni presenti	Prevalenza sul totale dei pazienti	N lesioni setting ospedaliero	Prevalenza setting ospedaliero	N lesioni setting territoriale	Prevalenza a setting territoriale	Lesioni insorte in ospedale	Prevalenza setting ospedaliero (lesioni insorte in ospedale)	Lesioni insorte in struttura	Prevalenza setting territoriale (lesioni insorte in struttura)
1	81	23,21%	21	14,58%	60	29,27%	13	9,03%	27	13,17%
2	144	28,02%	67	23,76%	77	36,84%	33	10,82%	21	10,05%
3	64	17,02%	45	14,33%	19	30,65%	22	7,01%	5	8,06%
4	35	17,59%	20	12,99%	15	33,33%	7	4,55%	4	8,89%
5	49	14,85%	35	15,15%	14	14,14%	18	7,79%	3	3,03%
ASUR	373	21,10%	188	16,38%	185	29,84%	93	8,10%	60	9,68%

2019

Area Vasta	N totale lesioni presenti	Prevalenza sul totale dei pazienti	N lesioni setting ospedaliero	Prevalenza setting ospedaliero	N lesioni setting territoriale	Prevalenza a setting territoriale	Lesione insorta in ospedale	Prevalenza setting ospedaliero (lesioni insorte in H)	Lesione insorta in struttura	Prevalenza setting territoriale (lesioni insorte in struttura)
1	76	25,17%	17	12,78%	59	34,91%	6	4,51%	7	4,14%
2	134	30,45%	68	23,45%	66	44,00%	35	12,07%	11	7,33%
3	56	16,62%	45	16,48%	11	17,19%	23	8,42%	3	4,69%
4	41	19,52%	20	11,17%	21	67,74%	11	6,15%	8	25,81%
5	71	19,51%	51	18,21%	20	23,81%	14	5,00%	8	9,52%
ASUR	378	22,87%	201	17,40%	177	35,54%	89	7,71%	37	7,43%

Figura 21 - Prevalenza.

2018

scheda lesione				
Area Vasta	Ospedale		Territorio	
	N	%	N	%
1	11	19,30%	51	35,92%
2	46	36,51%	57	40,71%
3	19	19,79%	10	27,78%
4	8	11,59%	14	42,42%
5	24	24,00%	14	21,21%
ASUR	108	57,45%	146	78,92%

2019

Area Vasta	Ospedale		Territorio	
	N	%	N	%
1	15	88,24	51	86,44
2	30	44,12	63	95,45
3	36	80,00	2	18,18
4	10	50,00	17	80,95
5	47	92,16	16	80,00
ASUR	138	68,66	149	84,18

Figura 22 - Schede lesioni.

Area Vasta	Misurazione albuminemia	
	N	% (pz a rischio e con lesioni)
1	91	48,40
2	154	60,63
3	114	79,17
4	42	42,42
5	117	60,31
ASUR	518	58,93

Area Vasta	Integratori	NE	NPT
	N	N	N
1	2	44	7
2	7	62	17
3	15	18	10
4	0	32	6
5	16	52	17
ASUR	40	208	57

Area Vasta	Comune	Digiuno/Idrica	Semiliquida	Specifica per patologia
	N	N	N	N
1	61	3	45	22
2	93	5	49	33
3	55	8	25	29
4	35	8	26	6
5	98	13	59	25
ASUR	342	37	204	115

Figura 23 - Albuminemia e integratori.

L'analisi dei dati tra i primi due anni di rilevazioni dei dati dell'Area Vasta 2 mostra: (2019 vs 2018):

- Pazienti arruolati: **440** pazienti (vs 514)
- Coinvolte **13 strutture** (3 presidi ospedalieri per acuti, 4 ospedali di comunità e 6 RSA).
- I pazienti che non hanno una rilevazione dell'indice di rischio sono **68 = 15,45%** (vs 218 = 42,41%).
- Il numero totale delle lesioni presenti è **134 = 30,45%** (vs 144 = 28,02%).
- Il numero delle lesioni nel setting ospedaliero è **68 = 23,45%** (vs 67 = 23,76%).

- Il numero delle lesioni nel setting territoriale è **66 = 44%** (vs 77 = 36,84%).
- Il numero delle lesioni insorte in ospedale è **35 = 12,07 %** (vs 33 = 10,82 %).
- Il numero delle lesioni insorte nelle strutture residenziali è **11 = 7,33%** (vs 21 = 10,05%).
- Il numero delle schede valutazione lesione in ospedale è **30 = 44,12%** (vs 46 = 36,51%).
- Il numero delle schede di valutazione lesione nelle strutture residenziali è **63 = 95,45%** (vs 57 = 40,71%).

Un'analisi dei dati evidenzia la correlazione stretta tra la compilazione di schede di valutazione e la presenza di lesioni da pressione, segno evidente che un'attenta presa in carico del paziente aiuta anche in maniera positiva il processo assistenziale.

I valore di prevalenza delle lesioni da pressione nel 2019 si scostano di poco dai valori del 2018 (*Fig. 22*); la prevalenza è un indice che deve essere costantemente monitorato con l'obiettivo di una ulteriore riduzione, in quanto la lesione da pressione è un fattore di comorbidità importante, che può determinare un prolungamento di ricovero, costi aggiuntivi per l'uso di dispositivi specifici e di assistenza infermieristica, disagio del paziente e talvolta complicanze importanti che possono portare anche a sepsi e decesso.

La realizzazione di questo studio è una tappa fondamentale per l'ASUR Marche sulla conoscenza della problematica delle ulcere da pressione nelle strutture di riferimento e rappresenta lo stimolo per poter migliorare in ogni ambito: nella prevenzione e nel trattamento, integrando, modificando e omogeneizzando le procedure, le raccomandazioni, la sensibilizzazione del personale e, non ultimo, la cultura dei vari professionisti che si avvicinano sia in ospedale sia sul territorio nella gestione della popolazione a rischio o già affetta dalle ulcere da pressione.

OBIETTIVO

L'obiettivo di questo studio è quello di evitare, attraverso la prevenzione e l'educazione terapeutica, un peggioramento delle lesioni già presenti e di prevenirne l'insorgenza. Il fine che ogni professionista della salute si propone è il miglioramento della qualità di vita dell'assistito e a tal proposito, con l'educazione sanitaria e l'identificazione di un caregiver, l'obiettivo di base è quello di garantire un miglioramento del comfort, delle attività di vita quotidiana e fornire assistenza sanitaria a pazienti a rischio di sviluppare un'ulcera da pressione. Il supporto sanitario include la minimizzazione del rischio attraverso la valutazione del rischio, interventi terapeutici, suggerimenti per cambiamenti nello stile di vita tra cui esercizio fisico e abitudine alimentare. Tutti questi sono stati presi di mira con l'obiettivo di fornire una valutazione tempestiva delle ulcere da pressione nei pazienti ad alto rischio e suggerire interventi terapeutici per il trattamento tempestivo della condizione.

DISEGNO DELLO STUDIO

Il disegno di ricerca è il punto di snodo dello studio che mira a visualizzare la strategia adottata per condurre l'indagine. Questo lavoro è stato suddiviso in due parti principali: una prima parte caratterizzata da una ricerca in letteratura delle migliori evidenze scientifiche, e una seconda parte caratterizzata da uno studio retrospettivo analizzando un case-report di un paziente portatore di ulcere da pressione.

Campione dello studio

Lo studio retrospettivo è stato eseguito su un paziente riconosciuto come paziente a rischio, alla cui dimissione non conosceva la presenza di alcuna ulcera da pressione. Dopo due giorni di allettamento e condizione cliniche gravi si evidenzia l'insorgenza di due ulcere da pressione non stadiabili.

Limiti dello studio

Il case report è una tipologia di studio relativa ad un singolo paziente, infatti la numerosità del campione si attesta sempre sull'unità. I dati raccolti in modalità sistematica, come in questo caso, possono essere analizzati e strutturati in modo tale da incrementare la loro capacità di identificare rischi e benefici degli interventi messi in atto. Alla luce di quanto appena detto, la numerosità del campione (in questo caso 1 paziente), non rappresenta un limite per il presente studio.

Tempo dello studio

Il presente case report è stato strutturato su un arco temporale di 5-6 settimane: dal 5 Dicembre 2019 al 17 Gennaio 2020.

Setting dello studio

Lo studio è stato condotto all'interno dell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Infermieristica appartenente all'Asur Marche, Area Vasta 2, distretto di Jesi. Ho scelto questa sede perché durante il tirocinio del secondo anno ho potuto osservare ed apprezzare il lavoro che veniva svolto infermieri specialisti in wound care nella gestione dei pazienti afferenti all'Ambulatorio Infermieristico Specialistico Ferite Difficili. Il Distretto funziona in modo tale che il Martedì e il Giovedì, di pomeriggio dalle 14:00 alle 20:00 ci sia un ambulatorio a

disposizione per il trattamento delle lesioni, tra cui le ulcere da pressione, alle quali presto la mia attenzione. Le infermiere prestano poi la loro attività presso il servizio di Cure Domiciliari.

Materiali e metodi

Per condurre il presente studio è stata utilizzata la metodologia del case report che fornisce i dati raccolti nel corso della durata totale dell'osservazione supportati da materiale fotografico. Tale metodologia risulta una forma strutturata di comunicazione scientifica e professionale incentrata su un singolo evento (paziente o situazione clinica). Al termine dello studio si otterrà un rapporto dettagliato del caso clinico condivisibile per scopi medici, scientifici o educativi.

Per quanto riguarda al materiale utilizzato per condurre il presente studio, sono stati scelti una revisione dettagliata delle ultime Linee Guida relative a prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione (rilasciate nel Novembre 2019), protocolli ospedalieri relativi a specifiche procedure infermieristiche e consultazione di articoli scientifici e libri di testo riportati al capitolo Bibliografia. Inoltre, è stato utilizzato altro materiale ottenuto da sitografia riportata all'apposito capitolo Sitografia.

RISULTATI DELLO STUDIO

Nel suddetto capitolo si osservano i risultati ottenuti.

Inoltre, per valutare il decorso del caso in relazione alle procedure messe in atto dagli operatori, ogni fase è stata definita da un arco temporale, al fine di disporre in un ulteriore elemento da aggiungere all'analisi.

Presentazione del caso clinico

Il paziente preso in esame è un uomo di 82 anni, affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA). Dopo una prima fase acuta che ha reso necessario il ricovero in una U.O. Ospedaliera per la diagnosi ed il trattamento del caso, il paziente stabilizzato rientra al proprio domicilio. A casa convive con la moglie e un figlio con problematiche psichiatriche.

Alla dimissione (T=0²⁰) il paziente risulta avere:

- PEG per alimentazione,
- Tracheotomia con respiro spontaneo,
- Dispositivo esterno per l'incontinenza urinaria (conveen),
- Assenza di ulcere da pressione.

Al T=0 tutti i fattori di rischio sono quindi presenti.

Al T=1²¹ il Medico di Medicina Generale (MMG) alla prima visita domiciliare, dopo 2 giorni dalla dimissione, attiva il servizio delle Cure Domiciliari reputando necessario un supporto professionale per la gestione dei devices, nonostante i parenti abbiano avuto un supporto educativo in ospedale.

Si definisce così un PAI (Piano di Assistenza Individuale), compilando le schede che porteranno alla pianificazione assistenziale (*dalla Fig. 25 alla Fig. 36*).

²⁰ Tempo zero (alla dimissione) = tutti i fattori di rischio sono presenti.

²¹ Tempo 1 (alla presa in carico) = colloquio con il MMG e istruzione del PAI.

Informazioni generali	Autonomia	Riabilitazione	Apparato respiratorio	Stato nutrizionale	Apparato gastrointestinale	Apparato genitourinario	Apparato tegumentario	Comportamento
Ritmo sonno/veglia - Rischio infettivo Oncologico/terminale Prestazioni								
Informazioni generali								
Motivo valutazione	Valutazione iniziale			Convalida UVI dd/MM/yyyy				
Dove vive	Casa/appartamento di proprietà o in affitto							
Attualmente vive	Con il coniuge ed altri							
Sit. abitativa cambiata rispetto a 90 gg prima	No							
Sit. abitativa migliore se vivesse altrove	No							
Ultimo ricovero	Negli ultimi 7 giorni							
Supporto al caregiver	Assente							
Educazione terapeutica	Presente							
Supporto sociale	Non presente							
Informazioni sanitarie								
Emiplegia	Non presente							
Sclerosi multipla	Motivo presa carico							
Quadriplegia	Non presente							
Delirio	Non presente							

Figura 24 - Compilazione scheda per definire il PAI.

Informazioni generali	Autonomia	Riabilitazione	Apparato respiratorio	Stato nutrizionale	Apparato gastrointestinale	Apparato genitourinario	Apparato tegumentario	Comportamento
Ritmo sonno/veglia - Rischio infettivo Oncologico/terminale Prestazioni								
Bisogno			RUG III-HC			Flusso SIAD		
Autonomo	<input type="radio"/>		Preparazione dei pasti:			Grado mobilità:	Non si sposta	
Parzialmente autonomo	<input type="radio"/>		Gestione dei farmaci:			Autonomia:	Totalmente dip.	
Totamente dipendente	<input checked="" type="radio"/>		Uso del telefono:			Supervisione continua:	Presente	
Stato vegetativo	<input type="radio"/>		Trasferimento sul w.c.:			Ass. nelle IADL:	Presente	
			Uso del w.c.:			Ass. nelle ADL:	Presente	
			Mobilità a letto:					
			Mangiare:					
			Problemi ai piedi:					

Figura 25 - Compilazione scheda per definire il PAI.

Informazioni generali	Autonomia	Riabilitazione	Apparato respiratorio	Stato nutrizionale	Apparato gastrointestinale	Apparato genitourinario	Apparato tegumentario	Comportamento
Ritmo sonno/veglia - Rischio infettivo Oncologico/terminale Prestazioni								
Bisogno			RUG III-HC			Flusso SIAD		
Nessuna Riabilitazione	<input type="checkbox"/>					Tratt. riabil. neurologico:	Presente	
Riabilitazione Neurologica	<input checked="" type="checkbox"/>							
Afasia	<input type="checkbox"/>		Afasia:	Non presente		Tratt. riabil. ortopedico:	Assente	
Riabilitazione Ortopedica	<input type="checkbox"/>					Tratt. riabil. di mantenimento:	Assente	
Riabilitazione di Mantenimento	<input type="checkbox"/>							

Figura 26 - Compilazione scheda per definire il PAI.

Bisogno		RUG III-HC		Flusso SIAD	
Normale	<input type="checkbox"/>	Aspirazione:	Effettuati quotidianamente	Broncospirazione:	Presente
Tosse e secrezioni (aspirazione)	<input checked="" type="checkbox"/>	Ossigeno-terapia:	Non effettuati, non progra	Ossigeno terapia:	Assente
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/>	Ventilazione Assistita:	Effettuati quotidianamente	Ventiloterapia:	Presente
Ventiloterapia	<input checked="" type="checkbox"/>	Cura della Tracheostomia:	Effettuati quotidianamente	Tracheotomia:	Presente
Tracheostomia	<input checked="" type="checkbox"/>				

Figura 27 - Compilazione scheda per definire il PAI.

Bisogno		RUG III-HC		Flusso SIAD	
Normale	<input type="checkbox"/>	Perdita di peso >= 5%:		Alimentazione assistita:	Presente
Dimagrimento	<input type="checkbox"/>	Disidratazione:		Alimentazione enterale:	Presente
Disidratazione	<input type="checkbox"/>	Deglutizione:	Solo nutrizione tramite	Alimentazione parenterale:	Assente
Nutrizione/Disfagia	PEG <input checked="" type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> Normale Non valutabile Necessita di modifiche dietetiche per cibi solidi Necessita di modifiche dietetiche per cibi liquidi Necessita di modifiche dietetiche per cibi solidi e liquidi Nutrizione combinata orale e enterale Nutrizione combinata orale e parenterale Solo nutrizione tramite sondino naso-gastrico Solo nutrizione tramite gastrostomia (es. PEG) Solo nutrizione parenterale Nessun apporto di cibo per via orale e nessun tipo di nutrizione artificiale 		
Obesità > 130kg	<input type="checkbox"/>				

Figura 28 - Compilazione scheda per definire il PAI.

Bisogno		RUG III-HC		Flusso SIAD	
Normale	<input type="checkbox"/>	Vomito:		Gestione della stomia:	Assente
Incontinenza fecale	Occasionale <input checked="" type="checkbox"/>	Sanguinamento gastro-intestinale:		Eliminazione urinaria / intestinale:	Assente
Vomito	<input type="checkbox"/>				
Sanguinamento gastrointestinale	<input type="checkbox"/>				
Stomia	<input type="checkbox"/>				
Stipsi	<input type="checkbox"/>				
Diarrea	<input type="checkbox"/>				

Figura 29 - Compilazione scheda per definire il PAI.

Bisogno		RUG III-HC		Flusso SIAD	
Normale	<input type="checkbox"/>	Sanguinamento genito-urinario:		Eliminazione urinaria / intestinale:	Assente
Incontinenza urinaria	<input checked="" type="checkbox"/>	Dialisi:		Gestione della stomia:	Assente
Cateterismo vescicale	<input type="checkbox"/>				
Urostomia	<input type="checkbox"/>				
Ematuria	<input type="checkbox"/>				
Dialisi	<input type="checkbox"/>				
Dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/>				

Figura 30 - Compilazione scheda per definire il PAI.

Bisogno		RUG III-HC	Flusso SIAD
Normale	<input type="checkbox"/>		
Ulcere cutanee 1° e 2° Grado	<input checked="" type="checkbox"/>		Ulcere cutanee 1° e 2° Grado: Presente
Ulcere cutanee 3° e 4° Grado	<input type="checkbox"/>		Ulcere cutanee 3° e 4° Grado: Assente
Ulcera NON STADIABILE	<input type="checkbox"/>	Stadio più grave: Arrossamento cutaneo persistente	
Lacerazioni o tagli non chirurgici	<input type="checkbox"/>	Lacerazioni o tagli: Area di arrossamento cutaneo persistente	
Altri problemi cutanei	<input type="checkbox"/>	Altri problemi cutanei: Parziale perdita di strati di cute	
Cura della ferita	<input type="checkbox"/>	Cura della ferita: Presenza di profondo cratere cutaneo	
			Ferita a tutto spessore di cute e sottocute con esposizione di muscolo ed osso
			Non stadiabile (es. per la presenza di predominante escara necrotica)

Figura 31 - Compilazione scheda per definire il PAI.

Bisogno		RUG III-HC	Flusso SIAD
Normale	<input checked="" type="checkbox"/>		
Disturbo cognitivo moderato	<input type="checkbox"/>	Capacità decisioni quotidiane:	Cognitivi: Assenti/Lievi
Disturbo cognitivo grave	<input type="checkbox"/>	Vagabondaggio:	
		Aggressività verbale:	
		Aggressività fisica:	
Disturbo comportamentale (BPSD)	<input type="checkbox"/>	Comp. sociale inadeguato:	Comportamentali: Assenti/Lievi
		Comp. socio-sessuale inadeguato:	
		Rifiuto dell'assistenza:	
Disturbo psichiatrico	<input type="checkbox"/>	Illusioni:	
		Allucinazioni:	

Figura 32 - Compilazione scheda per definire il PAI.

Bisogno		RUG III-HC	Flusso SIAD
Ritmo sonno/veglia alterato	<input checked="" type="checkbox"/>		Alterazione ritmo sonno / veglia: Presente
Rischio infettivo presente	<input type="checkbox"/>		Rischio infettivo: Assente
Febbre	<input type="checkbox"/>	Febbre:	

Figura 33 - Compilazione scheda per definire il PAI.

Bisogno		RUG III-HC	Flusso SIAD
Prelievo venoso non occasionale	<input checked="" type="checkbox"/>		Prelievi venosi non occasionali: Presente
ECG	<input type="checkbox"/>		ECG: Assente
Telemetria	<input type="checkbox"/>		Telemetria: Assente
Trasfusioni	<input type="checkbox"/>	Trasfusioni:	Trasfusioni: Assente
Terapia EV	<input type="checkbox"/>	Terapia EV:	
Terapia sottocutanea/intram.	<input type="checkbox"/>		Proc. terap. sottocut./intramusc.: Assente
Gestione CVC	<input type="checkbox"/>		Catetere centrale: Assente
Altri trattamenti	<input checked="" type="checkbox"/>		Altri trattamenti: Presente

Figura 34 - Compilazione scheda per definire il PAI.

Figura 35 - Compilazione scheda per definire il PAI.

Si somministra poi la scala di Braden per evidenziare i fattori di rischio presenti per sviluppare un'ulcera da pressione (Fig. 37). Questo strumento ha consentito la previsione precoce delle ulcere da pressione e quindi l'introduzione di interventi precoci prima dello sviluppo delle complicanze.

Figura 36 - Somministrazione scala di Braden.

Si compila la scheda di presenza delle ulcere da pressione (Fig. 38), evidenziando l'esistenza di due ulcere: la prima al sacro (Fig. 39) non stadiabile, la seconda al tallone sinistro (Fig. 40), anch'essa non stadiabile.

LOCALIZZAZIONE LESIONI DA DECUBITO		GRADO					
<input type="checkbox"/>	Prominenza occipitale		<input type="radio"/> 1*	<input type="radio"/> 2*	<input type="radio"/> 3*	<input type="radio"/> 4*	<input type="radio"/> non stadiabile
<input type="checkbox"/>	Scapola sinistra	<input type="radio"/> sx <input type="radio"/> dx	<input type="radio"/> 1*	<input type="radio"/> 2*	<input type="radio"/> 3*	<input type="radio"/> 4*	<input type="radio"/> non stadiabile
<input type="checkbox"/>	Processo spinoso		<input type="radio"/> 1*	<input type="radio"/> 2*	<input type="radio"/> 3*	<input type="radio"/> 4*	<input type="radio"/> non stadiabile
<input type="checkbox"/>	Gomito sx	<input type="radio"/> sx <input type="radio"/> dx	<input type="radio"/> 1*	<input type="radio"/> 2*	<input type="radio"/> 3*	<input type="radio"/> 4*	<input type="radio"/> non stadiabile
<input checked="" type="checkbox"/>	Sacro		<input type="radio"/> 1*	<input type="radio"/> 2*	<input type="radio"/> 3*	<input type="radio"/> 4*	<input checked="" type="radio"/> non stadiabile
<input type="checkbox"/>	Cresta iliaca sx	<input type="radio"/> sx <input type="radio"/> dx	<input type="radio"/> 1*	<input type="radio"/> 2*	<input type="radio"/> 3*	<input type="radio"/> 4*	<input type="radio"/> non stadiabile
<input type="checkbox"/>	Trocantere sx	<input type="radio"/> sx <input type="radio"/> dx	<input type="radio"/> 1*	<input type="radio"/> 2*	<input type="radio"/> 3*	<input type="radio"/> 4*	<input type="radio"/> non stadiabile
<input type="checkbox"/>	Ischio sx	<input type="radio"/> sx <input type="radio"/> dx	<input type="radio"/> 1*	<input type="radio"/> 2*	<input type="radio"/> 3*	<input type="radio"/> 4*	<input type="radio"/> non stadiabile
<input type="checkbox"/>	Piegia glutea sx	<input type="radio"/> sx <input type="radio"/> dx	<input type="radio"/> 1*	<input type="radio"/> 2*	<input type="radio"/> 3*	<input type="radio"/> 4*	<input type="radio"/> non stadiabile
<input type="checkbox"/>	Ginocchio sx	<input type="radio"/> sx <input type="radio"/> dx	<input type="radio"/> 1*	<input type="radio"/> 2*	<input type="radio"/> 3*	<input type="radio"/> 4*	<input type="radio"/> non stadiabile
<input type="checkbox"/>	Cresta tibiale sx	<input type="radio"/> sx <input type="radio"/> dx	<input type="radio"/> 1*	<input type="radio"/> 2*	<input type="radio"/> 3*	<input type="radio"/> 4*	<input type="radio"/> non stadiabile
<input type="checkbox"/>	Arto inferiore dx		<input type="radio"/> 1*	<input type="radio"/> 2*	<input type="radio"/> 3*	<input type="radio"/> 4*	<input type="radio"/> non stadiabile
<input type="checkbox"/>	Arto inferiore sx		<input type="radio"/> 1*	<input type="radio"/> 2*	<input type="radio"/> 3*	<input type="radio"/> 4*	<input type="radio"/> non stadiabile
<input type="checkbox"/>	Malleolo dx	<input type="radio"/> interna <input type="radio"/> esterna	<input type="radio"/> 1*	<input type="radio"/> 2*	<input type="radio"/> 3*	<input type="radio"/> 4*	<input type="radio"/> non stadiabile
<input type="checkbox"/>	Malleolo sx	<input type="radio"/> interna <input type="radio"/> esterna	<input type="radio"/> 1*	<input type="radio"/> 2*	<input type="radio"/> 3*	<input type="radio"/> 4*	<input type="radio"/> non stadiabile
<input checked="" type="checkbox"/>	Tallone sx	<input checked="" type="radio"/> sx <input type="radio"/> dx	<input type="radio"/> 1*	<input type="radio"/> 2*	<input type="radio"/> 3*	<input type="radio"/> 4*	<input checked="" type="radio"/> non stadiabile

Figura 37 - Compilazione scheda di presenza ulcera da pressione.



Figura 38 - Ulcera non stadiabile al sacro (T=1).



Figura 39 - Area livida nel tallone sinistro (T=1).

Viene infine definito il PAI.

Assistito	Totamente dipendente		Altri trattamenti		Tracheostomia		Catereterismo vescicale	
	Ulcere cutanee 1°-2° grado		Riabilitazione di Mantenimento		Incontinenza fecale		Tosse e secrezioni (aspirazione)	
Lista attività	Ritmo sonno/veglia alterato		Ventiloterapia		Nutrizione/Disfagia			
Lista casi COVID	Calcola Prestazioni dai bisogni							
Lista assistiti	<input checked="" type="checkbox"/>	Cod	Prestazione	Figura professionale	Data inizio	Data fine	Frequenza	
Ricerca assistito	<input type="checkbox"/>	INF111	ISTRUZ GEST DOM NUTRIZ ENTER	Infermiere	29/02/2020	27/02/2021	su chiamata	
Scheda assistito	<input type="checkbox"/>	INF138	MOBILIZZAZIONE PASSIVA A LETTO	Infermiere	29/02/2020	27/02/2021	settimanale	
Scheda corrente	<input type="checkbox"/>	INF16	EDUC CG CORRETTA MOB/POST	Infermiere	29/02/2020	27/02/2021	su chiamata	
Storico schede	<input type="checkbox"/>	INF18	EDUC CG GEST DERIVAZ URINAR	Infermiere	29/02/2020	27/02/2021	su chiamata	
Diario	<input type="checkbox"/>	INF27	EDUC CG TRACHEO/BRONCOASPIRAZ	Infermiere	29/02/2020	27/02/2021	su chiamata	
Richieste MMG/PLS	<input type="checkbox"/>	INF28	COLLOQUIO CON FAMILIARE/CAREG	Infermiere	29/02/2020	27/02/2021	settimanale	
Intolleranze allergie	<input type="checkbox"/>	INF5	COMPILAZIONE DIARIO CLINICO	Infermiere	29/02/2020	27/02/2021	settimanale	
Piano interventi	<input type="checkbox"/>	INF58	GESTIONE TRACHEOSTOMIA	Infermiere	29/02/2020	27/02/2021	settimanale	
Segnalazioni	<input type="checkbox"/>	INF74	GESTIONE PEG/PEJ	Infermiere	29/02/2020	27/02/2021	settimanale	
Gestione eventi	<input type="checkbox"/>	INF76	CONTR PER ANCORAGGIO PEG/PEJ	Infermiere	29/02/2020	27/02/2021	settimanale	
Riepilogo Accessi	<input type="checkbox"/>	INF78	POSIZ/SOST/GEST CATET VESCIC	Infermiere	29/02/2020	27/02/2021	su chiamata	
Consultazione Ausili	<input type="checkbox"/>	INF87	MEDICAZIONI COMPLESSE	Infermiere	29/02/2020	27/02/2021	settimanale	
Fascicolo	<input type="checkbox"/>	INF88	TOL FEEE LEGONE SENTE SUPERF	Infermiere	29/02/2020	27/02/2021	settimanale	

Figura 40 - Definizione del PAI.

I problemi che emergono in maniera evidente, sono:

- il controllo dell'utilizzo del pannolone, difficoltà accentuata dall'incontinenza fecale ed urinaria, per cui la moglie pensa di risolvere il problema stringendo troppo gli adesivi di fissaggio;
- la difficoltà di mobilizzazione: le dietiste, tra le altre raccomandazioni, hanno dato quella della posizione semiseduta durante la somministrazione della NET;
- la non completa conoscenza del materasso antidecubito (di classe 3) per cui sotto i talloni aggiungono il posizionamento di un cuscino.

Al T=2²² si inizia un processo di educazione della moglie, che in questo caso svolge il ruolo di caregiver, attraverso la stipulazione di un Piano di Addestramento (*Tabella 1*).

PIANO ADDESTRAMENTO DEL CAREGIVER				
DATI PAZIENTE:		DATI CAREGIVER:		
COGNOME		COGNOME		
NOME		NOME		
DATA DI NASCITA		RECAPITO TELEFONICO		
CONSEGNATO QUADERNO DEL CAREGIVER:				
X alimentazione a domicilio				
X cure igieniche a domicilio				
X gestione cute fragile				
X mobilizzazione a domicilio				
X gestione tracheostomia				
BISOGNO INFERMIERISTICO INDIVIDUATO E INTERVENTI EFFETTUATI	DATA I°: 12/12/2019 addestramento e firma	DATA II°: 20/12/2019 addestramento e firma	DATA III°: 27/12/2019 addestramento e firma	DATA IV°: 09/01/2020 addestramento e firma
Istruire il care-giver alle attività di nursing (cure igieniche): lavaggio viso, orecchie, cavo orale, capelli, mani e unghie, igiene intima.	×	×		
Istruire il care-giver alla corretta mobilizzazione e/o postura del paziente: corretto riposizionamento nel letto	×	×		

²² Il giorno seguente = impostazione del programma di educazione del caregiver.

Istruire il care-giver al corretto utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente: trasferimento.			×	×
Istruire il care-giver alla gestione cute fragile, alla prevenzione lesioni da pressione, skin tears ed ustioni domestiche; gestione della medicazione su indicazione dell'infermiere	×	×	×	×
Istruire il care-giver alla corretta gestione dell'incontinenza fecale e urinaria: pannolone, condom, catetere vescicale: svuotamento e sostituzione sacca	×	×	×	×
Istruire il care-giver alla corretta della pompa per NE e alla somministrazione del nutrimento, acqua e farmaci per SNG, PEG, PEJ.	×	×	×	×
Istruire il care-giver alla tecnica di somministrazione di farmaci per via sottocutanea				×
Istruire il care-giver all'uso e alla gestione dell'ossigenoterapia a domicilio	×	×	×	×
Istruire il care-giver alla corretta gestione della tracheotomia: aspirazione, medicazione della stomia, gestione e pulizia della controcanula.	×	×	×	×
Attività di informazione e orientamento all'utilizzo dei Servizi Sanitari Pubblici				×

Tabella 1 – Piano di Addestramento del caregiver.

T=4 è il momento della rivalutazione del paziente che si svolge attraverso la somministrazione delle scale di valutazione. In particolare, si somministra la scala di Braden per osservare la presenza di fattori di rischio dopo 6 settimane (Fig. 42).

The image shows a screenshot of a software interface for the Braden scale assessment. On the left is a sidebar menu with options like 'Assistito', 'Lista attività', 'Lista casi COVID', 'Lista assistiti', 'Ricerca assistito', 'Schema assistito', 'Storico schede', 'Diario', 'Richieste MMG/PLS', 'Intolleranze allergie', 'Piano interventi', 'Segnalazioni', and 'Gestione eventi'. The main area contains several sections with radio button options:

- Percezione sensoriale:** Completamente limitata, Molto limitata, Leggermente limitata, Nessuna limitazione
- Macerazione:** Costantemente umida, Molto umida, Occasionalmete umida, Raramente umida
- Attività:** Allettato, In poltrona, Cammina occasionalmente, Cammina di frequente
- Mobilità:** Completamente immobile, Molto limitata, Parzialmente limitata, Limitazioni assenti
- Nutrizione:** Molto povera, Probabilmente inadeguata, Adeguata, Eccellente
- Frizione e scivolamento:** Problema, Problema potenziale, Senza problemi apparenti

At the bottom, there is a 'Calcola Punteggio' button, a score of '18', and the label 'RISCHIO MEDIO'.

Figura 41 - Somministrazione della scala di Braden.



Figura 42 – Rivalutazione ulcera al sacro a T=4.



Figura 43 - Rivalutazione tallone sinistro a T=4.

DISCUSSIONE

Il paziente preso in questione è un uomo di 82 anni affetto da SLA, allettato, accudito dalla moglie e dal figlio che si prendono cura di lui svolgendo tutte quelle attività di vita quotidiana che ora non può svolgere in autonomia, compresa la mobilizzazione da letto a carrozzina e, viceversa, da carrozzina a letto usufruendo di un sollevatore per evitare problemi da frizione o sfregamento. È considerato un paziente a rischio di sviluppo di ulcere da pressione, in quanto, come da definizione, si intende un soggetto che al momento del ricovero o durante la degenza presenti o sviluppi condizioni cliniche che possano causare o contribuire allo sviluppo di un'ulcera da pressione. Sono inclusi in questo percorso tutti i pazienti costretti a letto e/o in carrozzina; individui con limitazioni della mobilità o delle attività (ad es: riduzione della mobilità degli arti e della capacità di cambiare la posizione in autonomia); individui con ridotto stato cognitivo, non in grado di percepire e/o riferire ed esprimere il proprio stato fisico; pazienti candidati a interventi di chirurgia maggiore, protesica o di durata superiore alle due ore; pazienti bariatrici; pazienti con lesioni al midollo spinale; pazienti in terapia intensiva; pazienti di età superiore ai 70 anni con comorbilità.

Ritornando al capitolo precedente Risultati dello studio, i problemi che erano emersi in maniera evidente erano rappresentati da:

- il controllo dell'utilizzo del pannolone, difficoltà accentuata dall'incontinenza fecale ed urinaria, per cui la moglie pensa di risolvere il problema stringendo troppo gli adesivi di fissaggio;
- la difficoltà di mobilizzazione: la necessità di cambiare punto di appoggio e scaricare la pressione ogni 2 ore, l'utilizzo di un sollevatore per movimentare correttamente il paziente (non veniva utilizzato affatto, pur essendo stato dato in dotazione) ed infine le raccomandazioni delle dietiste, che tra le altre, hanno dato quella della posizione semiseduta durante la somministrazione della NET;
- la non completa conoscenza del materasso antidecubito (di classe 3) per cui sotto i talloni aggiungono il posizionamento di un cuscino, rendendo così inefficace il corretto utilizzo.

Dopo la valutazione delle condizioni del paziente, si procede col fornire informazioni su interventi ed approcci preventivi per le ulcere da pressione. In primo luogo, al paziente è

stato fornito un letto articolato con materassi antidecubito per alleviare la pressione. Ciò contribuirebbe a ridurre al minimo l'attrito tra il corpo del paziente e il letto ridistribuendo la pressione, e quindi a ridurre il rischio di ulcere da decubito. Sono state suggerite diverse raccomandazioni per la cura della pelle, come l'uso di detergenti delicati per ridurre al minimo l'irritazione e la secchezza della pelle e l'eccessiva umidità. Ai membri della famiglia è stato consigliato di girare frequentemente e riposizionare il paziente mentre era a letto. Inoltre, è essenziale che i pazienti assumano livelli adeguati di macro e micronutrienti per prevenire complicanze delle ulcere da pressione. Pertanto, dietro raccomandazioni delle dietiste, i familiari sono stati addestrati a somministrare la NET attraverso la PEG posseduta dal paziente, e occuparsi della cura di quest'ultima. Infine, l'attenzione è stata rivolta all'educazione del familiare, in questo caso la moglie, nella gestione delle ulcere da pressione. Sia il caregiver che il resto della famiglia sono stati resi consapevoli dei fattori di rischio delle ulcere da pressione. Inoltre, sono stati istruiti e resi consapevoli dei siti più vulnerabili del corpo che sono a rischio di sviluppare ulcere da decubito. A fronte di questo, è stato impartito un addestramento generale su come prendersi cura delle pelli e dei metodi per la riduzione della pressione.

Con l'impostazione del programma di educazione del caregiver, che ricordiamo in questo caso è la moglie, si mira a minimizzare tutti i problemi sopra elencati. Questo consta di 4 incontri, tutti i quali devono essere controfirmati per assicurare la frequenza della caregiver. Ogni incontro tratta argomenti diversi: al superamento di ogni incontro la caregiver si troverà a trattare argomenti sempre più complessi e dettagliati, al fine di rafforzare il ruolo che questa assumerà. Nel primo e nel secondo incontro si parlerà in entrambi di assistenza di base (cure igieniche, corretta mobilizzazione a letto, gestione della cute fragile, dell'incontinenza, gestione della nutrizione enterale totale, dell'ossigenoterapia a domicilio e cura della tracheostomia). Sempre osservando la *Tabella 1* nel paragrafo Presentazione del caso clinico del capitolo Risultati dello studio, possiamo vedere che nel terzo incontro si continuerà a trattare la maggior parte degli argomenti appena citati, con l'aggiunta del corretto utilizzo degli ausili per il trasferimento del paziente. Durante il quarto incontro si affronteranno sempre gli stessi argomenti, con l'aggiunta di due procedure pratiche: somministrazione di farmaci per via sottocutanea e l'orientamento all'utilizzo dei Servizi Sanitari Pubblici. Analizzando questa Tabella possiamo notare che gli argomenti del primo incontro si protraggono fino alla fine di

tutto il piano di addestramento: questo perché il caregiver dovrà sapersi orientare sempre nell'assistenza nursing di base per poi raggiungere quella avanzata. Il caregiver non è però l'unico a doversi prendere cura di qualcuno, ma è anche lui un "assistito". Per capirci meglio, la presa in carico di un paziente comporta, seppur in maniera implicita, la presa in carico anche del caregiver: se da un lato l'infermiere educa il caregiver, dall'altro deve anche prendersene carico. È importante ricordare, inoltre, che il benessere del caregiver è fondamentale per il benessere della persona malata: egli deve poter ritagliarsi del tempo per sé stesso, mantenere le proprie relazioni sociali e chiedere aiuto a sua volta. Ricordiamo che un caregiver formato segue meglio i consigli sanitari con: minor tempi di guarigione, minor spreco di materiali/medicazioni, maggior autonomia, minor accessi infermieristici, minor ricoveri in strutture protette.

Alla luce di tutto ciò, possiamo quindi riassumere che l'educazione alla caregiver si concretizza maggiormente nella gestione di:

- controllo dell'utilizzo del pannolone;
- posizionamento e educazione al corretto utilizzo di un catetere vescicale esterno (conveen) per l'incontinenza urinaria;
- utilizzo corretto del materasso antidecubito, facendo particolare attenzione al controllo delle celle;
- educazione sulle corrette posture da assumere (*vedi Allegato 4*);
- applicazione di una medicazione preventiva al tallone (*Fig. 45 e 46*);
- applicazione dei protocolli aziendali di trattamento delle ulcere da pressione.



Figura 44 - Medicazione preventiva in schiuma di poliuretano e silicone applicata al tallone sinistro (Molnlycke).



Figura 45 - Medicazione preventiva in schiuma di poliuretano e silicone applicata al tallone sinistro (Molnlycke).

CONCLUSIONE

La cute è la prima difesa che il corpo umano possiede contro le minacce dell'ambiente esterno; la sua compromissione, dunque, porta al rischio di sviluppare infezioni, dolore nonché l'insorgenza di complicanze da un punto di vista fisico e psichico. Particolare rilevanza rivestono in questo ambito le ulcere da pressione. I dati sulla loro prevalenza, nonostante siano vari, forniscono un'immagine dell'estensione del fenomeno. Da ciò si evince che prevenirne lo sviluppo risulti una sfida clinica complessa e fondamentale. La lotta alle ulcere da pressione ricopre, difatti, un ruolo molto importante nell'ottica del miglioramento della qualità dell'assistenza erogata dai Sistemi Sanitari Nazionali e nella riduzione della spesa sanitaria, nonché nel garantire e tutelare la qualità della vita di ciascun individuo. Parallelamente ad un approccio multidimensionale che rimane fondamentale nell'identificazione del progetto assistenziale migliore e specifico per ciascun paziente, la prevenzione rimane ad oggi la tappa fondamentale e più importante di questa lotta. Essa dovrebbe essere sostenuta da adeguati programmi educativi che coinvolgano non solo il personale sanitario, ma anche le persone a rischio, le loro famiglie e soprattutto le persone coinvolte nell'assistenza. Campagne d'informazione volte a sensibilizzare circa le possibili complicanze delle ulcere da pressione, le posizioni che ne determinano più facilmente l'insorgenza, la corretta modalità di ispezione e cura della cute, le strategie da adottare per ridurre il fattore di rischio pressione, e l'importanza di avvertire tempestivamente il personale sanitario ai primi segni di danno cutaneo, dovrebbero essere attuate su scala nazionale.

Da questo lavoro risulta evidente come l'introduzione di appropriati strumenti e metodiche riguardanti prevenzione e addestramento del caregiver richiede uno specifico accompagnamento formativo non solo teorico ma anche applicativo proprio della formazione sul campo, in modo tale da poter aver in mano le competenze adeguate per una valutazione globale ed adeguata della persona assistita.

BIBLIOGRAFIA

- Linee guida NPUAP/EPUAP “Prevenzione e Trattamento delle ulcere da pressione”, pubblicato nel Novembre 2019
- M.D. Medicinae Doctor - Anno XV numero 28 - 8 ottobre 2008 “l’infermiere di famiglia nella gestione delle ulcere croniche”
- National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer. Advisory Panel. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Washington, DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2014.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Pressure ulcers: prevention and management; 2014
- Agenzia Regionale della Sanità Regione Friuli Venezia Giulia. (2006) Superfici antidecubito: caratteristiche e criteri di scelta per l’utilizzo e l’acquisizione.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009
- SNLG Regioni 3 - Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento – Linee guida Regione Toscana
- Superfici antidecubito: caratteristiche e criteri di scelta per l’utilizzo e l’acquisizione. Agenzia regionale della sanità – programma di prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito. Febbraio 2006 e lesioni da pressione reg. Lombardia di O. Forma e A. Bellingeri;
- Prevenzione e Trattamento delle lesioni da decubito – Linee guida integrali dell’ A.H.C.P.R.- versione italiana di A. Calosso e E. Zanetti;
- Guida Clinica alla cura delle lesioni cutanee di C.T. Hess versione italiana di A. Bellingeri;
- Bours G.J.J.W., De Laat E., Halfens R.J.G., Lubbers M., “Prevalence, risk factors and prevention of pressure ulcers in Dutch intensive care units”, Intensive Care Medicine, 27: 1599- 1605, 2001

- AIUC – AISLEC, Guidelines for the management of pain in the patient with chronic skin lesions, 2010.
- Amendolara R., (2013). Ulcere venose. Evidence based nursing. (N.5). Tratto da NURSINGFAD IPASVI MI-LO-MB “Quesiti clinico-assistenziali”.
- Di Stasio,G. (dicembre 2004) . Le medicazioni nelle ulcere croniche. Napoli.
- Dizionario di Medicina, Treccani (2010).
- Bernabei, 2011.
- European Wound Management Association (EWMA). Documento di posizionamento: Il dolore in sede di cambio della medicazione.
- Garbagnate, M.se. (22 gennaio 2011) . Ulcere arti inferiori:epidemiologia e inquadramento diagnostico. Milano.
- Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C, Defloor T, Nixon J; European Quality of Life Pressure Ulcer Project group. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2009 Jul;57(7):1175-83.
- AWMA. Pan Pacific Clinical Practice Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury. Osborne Park, WA: Cambridge Media; 2012.
- Wounds International. International Review. Pressure ulcer prevention: pressure, shear, friction and microclimate in context. A consensus document. London: Wounds International 2010.
- Thomas DR, Cote TR, Lawhorne L, Levenson SA, Rubenstein LZ, Smith DA, Stefanacci RG, Tangalos EG, Morley JE. Understanding clinical dehydration and its treatment. Journal of the American Medical Directors Association. 2008;9(5):292-301.
- Defloor T. The effect of position and mattress on interface pressure. Applied Nursing Research. 2000;13(1):2-11.

- NPUAP. 2007. National Pressure Ulcer Advisory Panel Support Surface Standards Initiative - Terms and Definitions Related to Support Surfaces.
- Black J, Alves P, Brindle CT, Dealey C, Santamaria N, Call E, Clark M. Use of wound dressings to enhance prevention of pressure ulcers caused by medical devices. *International Wound Journal*. 2013.
- Almirall S, Leiva R, Gabasa P. Apache III Score: A prognostic factor in pressure ulcer development in an intensive care unit. *Enferm Intensiva*. 2009;20(3):95-103.
- Bellingeri A. *Il prontuario per la gestione delle lesioni cutanee*. CdG Editore; Pavia 2013: pp.14
- Calosso A. *Le lesioni cutanee*. Carocci Faber; Roma 2004: p.100
- Coleman S, Gorecki C, Nelson EA, et al. Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review. *Int J Nurs Stud* 2013; 50:974-1003
- International Consensus Panel Ulcere da Pressione. Agosto 2013; Seconda Edizione
- International review. Pressure ulcer prevention: pressure, shear, friction and microclimate in context. A consensus document. London: Wounds International, 2010.
- Linea guida Regione Friuli Venezia Giulia. Lesioni da pressione: prevenzione e trattamento. Trabona R, Agnoletto AP, Bertola D, Fregonese F, Papa G, Prezza M, VallanM; 2013.
- Linee Guida Integrali dell'AHRQ per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito. IV° Edizione della versione Italiana Integrata con fisiopatologia e profilassi. A cura di Calosso A. e Zanetti E. Editore da AISLEC, Pavia 2006
- Moore Z, Webster J. Dressing and topical agents for preventing pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 18(8): CD009362.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2014. Pressure ulcer: prevention and management. Clinical Guideline. Published: 23 aprile 2014

Santullo A. Le scale di valutazione in sanità. Milano. Mc Graw-Hill, 2009; pp19-23

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Consensus Document. Role of dressings in pressure ulcer prevention. Wounds International, 2016

SITOGRAFIA

- <https://nhs.stopthepressure.co.uk/>
- <http://www.npuap.org/>
- <http://www.jgerontology-geriatrics.com/>
- <https://www.fondazioneisal.it/>
- <http://www.asl9.marche.it/>
- <https://www.ordineinfermieribologna.it/>
- <http://www.lesionicutaneecroniche.it/>
- <https://www.servicemed.it/>
- <https://www.nursetimes.org/>
- www.evidencebasednursing.it/
- <https://aislec.it/>
- <http://www.studioinfermieristicoturconi.it/>

ALLEGATI

Allegato 1 Scheda mobilitazione

Allegato 2 Brochure AISLEC “Guida per prevenire le ulcere da pressione”

Allegato 3 Piano di addestramento del caregiver

Allegato 4 Corretta procedura di posizionamento del paziente

Allegato 5 Progetto formativo e di orientamento

Questione di Pelle SOS PREVENZIONE

Guida per prevenire le lesioni/ulcere da pressione (da decubito)

**Indicazioni
per chi
si prende cura
delle persone
ferme a letto
o sedute per
lungo tempo**



Bibliografia

- *National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers. Clinical Practice Guideline.* Washington, DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2014.
- *NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Pressure ulcers: prevention and management;* 2014

Testi di:

Silvia Bond, infermiera specialista in wound care socio AISLeC PN
Lucia Sassi, infermiera specialista in wound care socio AISLeC MI
Deborah Granara, infermiera specialista in wound care Consigliere AISLeC GE

Revisione:

Chiara Cipolat MSc, Emanuela Ferrarini, Bibliotecarie (Biblioteca Scientifica e per Pazienti, CRO Aviano PN)

Guida valutata per stile comunicativo da pazienti e cittadini.

Verifica requisiti ETHIC per la valutazione della comprensibilità, trasparenza e appropriatezza:

Pierpaolo Pelaggi (Biblioteca CRO Aviano PN)

Grafica e impaginazione:

Nancy Michilini (Biblioteca CRO Aviano PN)

Immagini:

Pixabay®, Riccardo Bianchet® (Direzione Scientifica CRO Aviano PN)



ASSOCIAZIONE INFERMIERISTICA
PER LO STUDIO DELLE LESIONI CUTANEE
Società scientifica italiana a carattere interdisciplinare

Questo materiale è stato prodotto nel mese di novembre 2019.

Gli autori dichiarano che le informazioni contenute nella presente pubblicazione sono prive di conflitti d'interesse.

Queste informazioni intendono favorire la comunicazione tra medico e paziente e non sostituiscono quanto il medico può indicare alla singola persona.

ALIMENTAZIONE

- È importante che il tuo familiare/assistito mangi tutti i tipi di nutrienti: proteine (uova, carne, pesce, legumi, formaggi), vitamine (frutta e verdure), carboidrati (pasta, pane e riso) e grassi (per esempio olio extravergine di oliva); cerca di comporre i pasti in modo che siano presenti tutti i tipi di nutrienti;
- se fa fatica a mangiare tutto variato chiedi consiglio al medico curante;
- se non ha appetito, proponigli pasti piccoli e frequenti durante il giorno;
- fai bere almeno 6-8 bicchieri al giorno (acqua, tè, succhi di frutta), soprattutto se ha febbre, sudorazione, diarrea;
- consulta il medico in caso di vomito, stipsi o diarrea persistenti, perdita di peso, aumento di peso e in ogni caso se hai dei dubbi.

Cosa fare quando si presenta una lesione da pressione?

Se noti qualche arrossamento nella pelle del tuo familiare/assistito o hai il dubbio che si stia formando una lesione da pressione, non aspettare perché potrebbe peggiorare in pochissimo tempo quindi rivolgiti al tuo medico, al servizio infermieristico distrettuale o direttamente all'infermiere esperto di "Questione di pelle" della tua zona o cerca in www.aislec.it

CONTATTI e INFORMAZIONI

www.aislec.it
segreteria@aislec.it

Via Antonio da Recanate, 2 - 20124 Milano MI
Tel +390266703640

Materassi e cuscini ANTIDECUBITO

- Utilizza materassi e cuscini speciali che aiutano a prevenire le lesioni da pressione.
- Puoi fare richiesta per l'utilizzo di questi materassi e cuscini speciali rivolgendoti al medico di medicina generale e poi al servizio infermieristico del tuo Distretto Sanitario.
- Ricordati di non utilizzare, sotto il sedere, le cianbelle ad aria o il vello di montone/pecora naturale, perché creano arrossamenti e lesioni.

Esistono materassi che funzionano con la corrente elettrica e si gonfiano e sgonfiano in modo leggero, quindi è necessario ricordarsi di verificare che il motorino funzioni, che il materasso sia gonfio e che non sia troppo gonfio o bucatto perché potrebbe favorire la comparsa di una lesione. Esistono vari modelli di cuscini speciali: adatti alle sedie.

IGIENE PERSONALE

- controlla ogni giorno la pelle del tuo familiare/assistito nelle zone maggiormente a rischio di sviluppare le lesioni e che non ci siano arrossamenti (vedi immagini);
- mantieni la tua pelle sempre pulita: per lavarlo usa acqua tiepida e sapone neutro (pH 5.5);
- utilizza un panno delicato per asciugargli la pelle, cerca di non strofinarla e fai attenzione alle zone tra le pieghe (inguine, glutei, addome);
- non usare il talco perché secca la pelle e la irrita.
- Preferisci l'uso di creme idratanti;
- evita che la sua pelle rimanga a contatto con urine e feci quindi esegui l'igiene e cambialgli il pannolone;
- puoi utilizzare creme o spray barriera (pasta o spray all'ossido di zinco) per proteggere dall'azione irritante di feci e urine.

RICORDA: La pelle secca e con poca igiene facilita la formazione di ferite e lesioni!

Perché è importante mantenere la pelle sana e integra?

La pelle è una barriera naturale che protegge il corpo da fattori esterni potenzialmente dannosi (per esempio germi, sostanze chimiche, urine, punture di insetto e traumi).

La pelle inoltre contribuisce al mantenimento della temperatura corporea, elimina una grande quantità di tossine attraverso il sudore e "percepisce" le diverse sensazioni come il caldo, freddo, dolore, bruciore.

Per questo è importante mantenere la pelle sana, integra e libera da lesioni!

La lesione da pressione: che cos'è e come si forma?

La lesione da pressione, che una volta era conosciuta come ulcera o piaga da decubito, è una ferita della pelle più o meno profonda.

- Le cause principali possono essere:
- rimanere fermi nella stessa posizione, distesi o su una sedia, per molto tempo (più di 2 ore);
 - lasciare la pelle a contatto prolungato con sudore, urine e feci;
 - stare seduti su sedile troppo rigido o senza cuscino, stare stesi su materassi rigidi e poco morbidi.

Quando la persona rimane immobile per lungo tempo nella stessa posizione appoggiata su superfici rigide la pelle non riceve abbastanza ossigeno e può crearsi un arrossamento che non scompare.

Di seguito può formarsi una bolla simile a quella che si crea dopo una scottatura. Se la bolla si rompe può svilupparsi una lesione, cioè una ferita che può aggravarsi fino ad arrivare al muscolo e all'osso e diventare di grandi dimensioni.

La lesione può svilupparsi anche quando si usano per un lungo periodo materiali sanitari che rimangono a contatto continuo con la pelle (ad es. sondino per nutrizione e catetere vescicale).

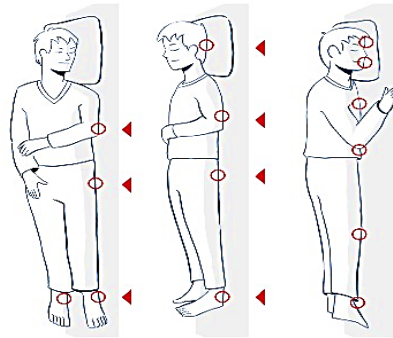
È quindi importante prevenire la comparsa della lesione, perché è molto dolorosa ed è difficile da guarire.

Dove si sviluppano le lesioni da pressione?

I principali punti a rischio di sviluppare una lesione da pressione sono:

- l'osso sacro e la zona attorno ad esso,
- i talloni,
- le caviglie / i malleoli,
- le anche e le ossa del bacino,

come evidenziato dai disegni oppure altre zone dove si appoggiano in modo continuo dei materiali sanitari (per esempio il sondino naso-gastrico sulla narice).



Chi sono le persone a rischio di sviluppare una lesione da pressione?

Spesso le persone a rischio sono quelle che rimangono ferme per lungo tempo a letto o sedute nella stessa posizione.

- Il rischio aumenta se la persona:
- fa fatica a mangiare e a bere;
 - ha la pelle umida o rovinata a causa del contatto prolungato con urine, feci o sudore;
 - ha la pelle insensibile al caldo o al freddo e non sente il bisogno di cambiare posizione;
 - ha la febbre, il diabete, ha malattie neurologiche, polmonari o cardiache;

- è in sovrappeso o è troppo magra;
- ha già una lesione da pressione o l'ha avuta in passato.

In che modo puoi aiutare il tuo familiare/assistito a prevenire le lesioni da pressione?

Per prevenire le lesioni da pressione è importante seguire questi accorgimenti:

MOVIMENTO a letto

- stimola il tuo familiare/assistito a fare piccoli movimenti;
- aiutalo a cambiare spesso (almeno ogni 2 ore) la posizione ricordandoti di non trascinarlo per evitare che la pelle si rovini sulle lenzuola;
- fai attenzione a non farti male alla schiena e se fai fatica a sollevarlo, fatti aiutare;
- lascialo seduto sul letto solo per poco tempo;
- preferisci la posizione semi-seduta (con la testata del letto alzata di 30°): in questo caso fai attenzione che non scivoli sul letto;
- mettilgli un cuscino sotto le gambe per tenere sollevati i talloni.

MOVIMENTO da seduti





- è importante fargli fare piccoli movimenti/spostamenti ogni 15/20 minuti. Per esempio suggeriscigli di sollevarsi di poco, appoggiandosi sui braccioli e alzando il sedere dalla sedia. Questi piccoli movimenti aiutano a diminuire la pressione continua;
- fagli appoggiare bene i piedi sul pavimento, sul poggiatesta della carrozzina o su uno sgabello.

PIANO ADDESTRAMENTO DEL CAREGIVER

DATI PAZIENTI:				
COGNOME				
NOME				
DATA DI NASCITA				
DATI CAREGIVER: COGNOME NOME RECAPITO TELEFONICO				
CONSEGNA TO QUADERNO DEL CAREGIVER: <input type="checkbox"/> alimentazione a domicilio <input type="checkbox"/> cure igieniche a domicilio <input type="checkbox"/> gestione cute fragile <input type="checkbox"/> mobilizzazione a domicilio <input type="checkbox"/> gestione tracheostomia				
BISOGNO INFERMIERISTICO INDIVIDUATO E INTERVENTI EFFETTUATI	DATA I° addestramento e firma	DATA II° addestramento e firma	DATA III° addestramento e firma	DATA IV° addestramento e firma
Istruire il care-giver alle attività di nursing (cure igieniche): lavaggio viso, orecchie, cavo orale, capelli, mani e unghie, igiene intima.				
Istruire il care-giver alla corretta mobilizzazione e/o postura del paziente: corretto riposizionamento nel letto				
Istruire il care-giver al corretto utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente: trasferimento.				
Istruire il care-giver alla gestione cute fragile, alla prevenzione lesioni da pressione, skin tears ed ustioni domestiche; gestione della medicazione su indicazione dell'infermiere				
Istruire il care-giver alla corretta gestione dell'incontinenza fecale e urinaria: pannolone, condom, catetre vescicale: svuotamento e sostituzione sacca				
Istruire il care-giver alla corretta gestione e utilizzo del SNG: controllo dell'ancoraggio al naso e sua sostituzione; controllo numero di riferimento di posizionamento				
Istruire il care-giver alla corretta della pompa per NE e alla somministrazione del nutrimento, acqua e farmaci per SNG, PEG, PEJ.				
Istruire il care-giver alla preparazione di diete con consistenza modificata e alla somministrazione di pasti e farmaci con postura facilitata				
Istruire il care-giver alla tecnica di somministrazione di farmaci per via sottocutanea				
Istruire il care-giver all'autocontrollo della glicemia				
Istruire il care-giver all'uso e alla gestione dell'ossigenoterapia a domicilio				
Istruire il caregiver alla corretta gestione della tracheostomia: aspirazione, medicazione della stomia, gestione e pulizia della controcanula.				
Attività di informazione e orientamento all'utilizzo dei Servizi Sanitari Pubblici				

CORRETTA PROCEDURA DI POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE

Le zone maggiormente a rischio di sviluppare LdP sono strettamente correlate alla posizione che assume il paziente, sia sdraiato che seduto.

POSIZIONE	AREE A RISCHIO	IMMAGINE
SUPINA	Nuca	
	Scapole	
	Processi spinosi	
	Gomiti	
	Sacro	
	Polpaccio	
	Tallone	
PRONA	Guance e orecchio	
	Processo acromiale	
	Torace anteriore	
	Cresta iliaca	
	Coscia	
	Ginocchia	
	Dorso del piede e caviglia	
LATERALE	Orecchio	
	Processo acromiale	
	Coste	
	Grande trocantere	
	Condili mediali e laterali	
	Malleolo	
SEDUTA	Scapola	
	Sacro e coccige	
	Cavo popliteo	
	Zone ischiatiche	
	Talloni e punta del piede	

E' quindi di fondamentale importanza prestare attenzione al corretto posizionamento e alla corretta movimentazione del paziente.

A seguito vengono fornite alcune indicazioni utili all'operatore.

Posizione supina

Arti inferiori

	PROCEDURA AV2: PREVENZIONE E CURA LESIONI DA PRESSIONE (LdP)	Prof San AIO AV2/03 Del 14/12/2018 Pagina 33 di 130
---	---	---

Mantenere in scarico gli arti se presentano paresi o grave flaccidità, utilizzando cuscini come sostegno oppure alzando la pediera del letto, se possibile. E' necessario evitare flessione del piede: utilizzare un archetto per sostenere le coperte in modo che non pesi sul collo dello stesso.

Arti superiori

Mantenere in scarico gli arti se presentano paresi o grave flaccidità, utilizzando cuscini come sostegno, allineati lungo il tronco, partendo subito al di sotto dell'articolazione scapolo-omerale, con la mano in scarico e con le dita aperte.



Corretto posizionamento del paziente allettato sul fianco (decubito laterale)



Il paziente va posizionato con l'ausilio di cuscini. E' fondamentale mettere sempre un cuscino tra gli arti inferiori, per contenerne l'adduzione e il contatto.

Un altro cuscino va posto dietro il rachide per permettere un appoggio del paziente ed evitare il sovraccarico eccessivo sulla spalla a contatto con il letto.

Un ultimo cuscino va eventualmente posto sotto l'arto superiore per mantenerlo in scarico ed allineato.



PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

Nominativo del tirocinante... SARA GALEAZZI.....
 Nato a... ANCONA..... il... 31/08/1996..... Iscritto/a nell'a.a. 2016... al 2020.. anno del
 CdL in INFERMIERISTICA..... della Facoltà di Medicina e Chirurgia
 dell'Università Politecnica delle Marche, matricola n. 51080309.....
 Residente a SAN MARCELO..... Via CARIBALDI..... n. 15
 Azienda Ospitante..... Sede della frequenza.....
 Periodo di frequenza nella U.O. / S.O.D. dal..... al.....

Polizze assicurative:

Estremi polizza di assicurazione cumulativa per infortuni nr. 1/52784/77/146835961
 Estremi polizza Responsabilità Civile cumulativa - Compagnia di Assicurazione UNIPOL SAI
 nr. 1/2518/65/146835427 – scadenza 31 Dicembre 2021

Obiettivi:

- 1) Integrare le competenze teoriche acquisite nel corso delle lezioni con attività clinica applicata, potenziando le capacità di autoapprendimento e di autovalutazione;
- 2) Garantire la crescita professionale (assessment e concettualizzazione del caso, programmazione e verifica dell'intervento terapeutico) e di una sensibilità deontologica verso i pazienti;
- 3) Apprendere le basi semeiologiche delle scienze cliniche attraverso una attività di affiancamento al letto del malato;
- 4) Sviluppare conoscenze della buona pratica clinica basata sulle evidenze scientifiche;
- 5) Acquisire crescenti capacità comunicative, di contatto umano e conoscenze della pratica di lavoro interdisciplinare e interprofessionale;

Obblighi del tirocinante:

- 1) Svolgere le attività previste dal progetto formativo e di orientamento;
- 2) Rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
- 3) Mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti, acquisiti durante lo svolgimento dell'attività di frequenza autorizzata

Data 19/02/2020

Firma studente Sara Galeazzi
 ASUR MARCHE - AREA VASTA 2
 COORDINATORE AZIENDALE
 U.O.C. AREA INFERMIERISTICA
 LE COORDINANTE
 Firma Tutor Aziendale Dr.ssa Angela Giacometti
 Firma Presidente CDL in _____

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio in primis il mio relatore Giordano Cotichelli, che anche in un momento così difficile come quello che stiamo passando, è sempre stato disponibile ed esaustivo. Lo ringrazio anche per tutto l'amore e dedizione che mette nel suo lavoro: questo mi ha aiutato ad imparare sin dal primo anno, durante le sue lezioni, ad apprezzare quello che avevo e ad amare quello che diventerò.

Un grazie speciale va alle infermiere dell'ambulatorio infermieristico delle ferite difficili di Jesi, Donatella Rossolini e Pamela Orazi, che mi hanno sostenuto in questo percorso. Grazie per la pazienza e la professionalità che mettete nel vostro lavoro. Durante un mese di tirocinio, al mio secondo anno di università, mi hanno trasmesso il loro amore verso quello affrontano ogni giorno, e questo ha fatto crescere sempre di più la mia curiosità e l'interesse verso il mondo del wound-care.

Ringrazio le mie compagne di corso, le quali non dimenticherò mai. Ne abbiamo passate di cotte e di crude tra esami, laboratori e tirocinio. Mi mancherà tornare a casa e chiedere come è andata la notte appena passata e raccontarci quello che abbiamo fatto, quanti cvp o cateteri vescicali siamo riuscite a mettere, oppure organizzarsi per incontrarsi e poter studiare insieme. Ringrazio Alessia, una persona speciale, senza la quale l'intera esperienza universitaria non sarebbe stata la stessa. Con lei ho incontrato un'amica solare e sempre pronta a sostenerti e starti accanto in qualunque momento. Ringrazio Veronica, Sharon, Giada e Anna. Infine ringrazio Anastasia, con la quale ho passato un ultimo periodo di studio intenso tra esami di ogni tipo. Ci siamo spalleggiate a vicenda e date coraggio l'un l'altra fino alla fine.

Ringrazio infinitamente anche la mia famiglia, che mi ha sempre supportato e permesso di continuare a seguire i miei sogni, di andare all'università e infine potermi laureare.

Ringrazio Niko, l'amore della mia vita, per avermi sempre sopportato nei momenti d'ansia pre-esame, o quando al ritorno da tirocinio ha subito più volte una soddissatissima *me* che raccontava il turno appena concluso (ovviamente dettagli inclusi, che non lo hanno mai entusiasmato essendo molto suscettibile). Ma lo ringrazio soprattutto per avermi incoraggiato sempre anche quando non mi sentivo all'altezza, e per avermi spiegato come si mettevano i guanti sterili prima di una certificazione, in preda a un momento di quelli citati sopra.

Grazie alle mie amiche di sempre, che anche in questo periodo strano, in cui non ci vediamo ormai da più di un mese, mi sostengono a distanza e mi dimostrano la loro solidarietà in questo mio grande giorno.

Grazie a tutti, anche a quelli non presenti fisicamente, ma che mi stanno vicino con il pensiero.

Grazie a chi ha avuto fiducia in me.

Per il futuro mi auguro sempre di essere all'altezza della divisa che indosserò e della persona che avrò davanti, dandole il benvenuto col sorriso sulle labbra e la gentilezza che spero mai mi abbandonerà.