



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**La continuità assistenziale nella gestione
delle Lesioni da Pressione: un opuscolo
informativo per la collaborazione ospedale-
territorio**

Relatore: Chiar.mo
Dott. Mercuri Maurizio

Tesi di Laurea di:
Farí Margherita

Correlatore: Chiar.mo
Prof. Scalise Alessandro

A.A. 2018/2019

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	1
2. CARATTERISTICHE DEFINENTI.....	4
3. PREVENZIONE	5
3.1 POSIZIONAMENTO.....	5
3.2 ALIMENTAZIONE.....	5
3.3 CURA DELLA PELLE	7
4. SCALE DI VALUTAZIONE.....	9
4.1 SCALE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO	9
4.2 SCALA DI VALUTAZIONE DELLA LDP	11
5. CLASSIFICAZIONE.....	13
5.1 STADIAZIONE	13
5.2 CLASSIFICAZIONE PER COLORE	18
6. T.I.M.E.....	20
7. MEDICAZIONI.....	22
8. INFERMIERE SPECIALIZZATO IN WOUND CARE	28
9. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	30
10. PROPOSTA	33
11. CONCLUSIONI	36
12. BIBLIOGRAFIA.....	
13. ALLEGATI.....	
14. RINGRAZIAMENTI.....	

1. INTRODUZIONE

Le lesioni da pressione sono un fenomeno molto diffuso dato dall'aumento dei fattori che portano al loro sviluppo. Analizzando più in generale, ad oggi, i pazienti portatori di lesioni da pressioni fanno parte della moltitudine di soggetti affetti da condizioni croniche, poiché nella quasi totalità dei casi questa tipologia di lesione tende a guarire con tempi molto lunghi. Si parla, infatti, in media di settimane/mesi per la risoluzione completa ed è per questo motivo che vengono definite croniche e non acute.

Alla base della situazione generatasi in Italia possiamo riscontare un elemento importante strettamente collegato all'aumento delle malattie croniche: l'aumento dell'età media.

È stato visto infatti che le patologie croniche sono più frequenti nelle fasce d'età adulta, in fasce d'età comprese tra 55-59 anni il 54.1% dei soggetti soffre di una condizione cronica, così come con l'aumentare dell'età notiamo anche l'aumento della percentuale, infatti sopra i 75 anni la percentuale aumenta del 86.9%.¹

La particolarità di questa condizione è che, oltre ad essere essa stessa una patologia cronica, viene molto spesso generata da condizioni croniche che comportano la sedentarietà del soggetto e uno stato nutrizionale non ottimale, entrambi fattori molto influenti nella formazione delle lesioni da pressione.

In generale le condizioni croniche non vengono più trattate completamente in ospedale per diversi motivi legati sia alla modalità di guarigione migliore per il paziente sia al costo che comporterebbe per l'azienda.

È stato visto che una degenza prolungata, molto spesso inutile, comporta l'aggravarsi delle condizioni psico-fisiche del paziente, che si trova ad affrontare la sua malattia in un ambiente a lui sconosciuto e lontano dagli affetti familiari.

Si preferisce affrontare con il paziente un percorso che vede in primo luogo l'attivazione del territorio e di tutte quelle che vengono considerate le cure domiciliari, queste forniscono la possibilità di erogare a domicilio servizi che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere. Un altro aspetto positivo del trattare il paziente in strutture e luoghi diversi da quello ospedaliero è l'aumento del *coping* da parte del soggetto stesso. Il termine indica *“l'insieme dei meccanismi psicologici*

¹ 2019. ANNUARIO STATISTICO ITALIANO. [S.l.]: IST NAZ DI STATISTICA.

adattativi messi in atto da un individuo per fronteggiare problemi emotivi ed interpersonali, allo scopo di gestire, ridurre o tollerare lo stress ed il conflitto “².

Dall'altra parte invece troviamo una conseguenza economica per l'azienda stessa; se ogni soggetto affetto da patologie croniche dovesse essere trattato in ospedale fino alla risoluzione della condizione le spese avrebbero un peso importante all'interno del bilancio aziendale, che ne risentirebbe modo significativo.

Per questo motivo ad oggi possiamo dire che in ospedale vengono trattate principalmente le condizioni acute mentre a livello territoriale vengono trattate le condizioni croniche. Di particolare importanza è il non considerare queste due realtà distinte tra loro in quanto esse entrano costantemente in relazione e ciò garantisce il miglior trattamento per il paziente.

In particolar modo per quanto riguarda i soggetti affetti da lesioni da pressione, questi vengono visitati periodicamente in centri specializzati per questa tipologia di ferita e in alcuni casi vengono trattati anche tramite intervento chirurgico, sempre all'interno dell'azienda ospedaliera. Per ciò che riguarda la gestione quotidiana della lesione, questa viene affidata a un *caregiver* che può essere sia un professionista che opera a livello territoriale sia un conoscente a cui si affida la gestione del paziente.

È importante quindi assicurare un'ottima collaborazione tra ospedale e territorio per poter garantire il miglior trattamento e la risoluzione del problema nel minor tempo possibile.

Per quanto riguarda quelli che sono i *caregiver informali*, ovvero tutti quei soggetti a cui viene affidato il paziente e che non hanno le conoscenze e competenze in materia, è importante fornire loro un modo semplice e sicuro d'informazione per l'applicazione di quelle che saranno le medicazioni ottimali. Ma non solo: dovranno riuscire a gestire tutte le accortezze da attuare con un paziente affetto da lesioni da pressione.

Per questo motivo è stato progettato un opuscolo informativo al fine d'informare su quelle che sono le nozioni base per la miglior assistenza e di conseguenza agevolare anche quello che sarà il lavoro del team ospedaliero.

Gli obiettivi principali, quindi, che si pongono sono quelli di valutare e visualizzare quelli che sono gli aspetti importanti per i soggetti aventi Lesioni da Pressione, questo comprende la definizione, prevenzione, classificazione e trattamento; riconoscere la figura dell'infermiere esperto in *wound care*; l'importanza della continuità assistenziale

² Weiten, Wayne, 1950-, Psychology applied to modern life : adjustment in the 21st century, 9th ed, Wadsworth Cengage Learning, 2009

per questa tipologia di paziente; sulla base di tutte queste nozioni informare il cittadino su cosa sono le lesioni da pressione (quali sono le accortezze quotidiane da dover attuare per evitare il peggioramento o lo stallo della condizione) ed infine il trattamento vero e proprio tramite l'insegnamento delle medicazioni difficili e della loro applicazione in base ai diversi casi (essendo un argomento vasto e materia di specializzazione in ambito infermieristico si tratterà in maniera semplificata in modo da dare nozioni basilari ma utili).

Il tutto viene svolto con la prospettiva di attuare un percorso caratterizzato dalla continuità assistenziale, evitando che il piano terapeutico si svolga esclusivamente nelle strutture ospedaliere, ma invitando il cittadino ad essere anche esso parte attiva di un processo che vede come elemento centrale il paziente. Il lavoro concreto su cui si basa questo progetto mira proprio al coinvolgimento dei *caregiver* in modo che essi possano attuare tutte quelle procedure che formano la continuità nel piano assistenziale del singolo paziente.

2. CARATTERISTICHE DEFINENTI

Con il termine Lesioni da Pressione “*s’intende una lesione localizzata alla cute e/o agli strati sottostanti, generalmente in corrispondenza di una prominenza ossea, quale risultato di pressione, o pressione in combinazione con forze di taglio*”³.

Le forze di cui si parla sono in particolar modo tre e vanno ad agire e influenzare la tolleranza dei tessuti, intesa come la capacità del tessuto di rimanere integro.

Queste forze sono: *forza di taglio* (è una forza esercitata alla pelle creata dalla forza di gravità che “spinge” il corpo contro la superficie); *forza d’attrito* (generata dal contatto di due superfici in movimento l’una contro l’altra); *umidità* (non è una forza fisica tramite la quale si può andare a decretare il danno tessutale, ma essa porta il tessuto ad essere più fragile e vulnerabile a quelle che sono le forze sopraelencate).

La combinazione di tutti questi fattori porta il soggetto a sviluppare inizialmente zone caratterizzate da *ipossia*, cioè una sofferenza del tessuto, data dalla carenza di ossigeno; successivamente in poco tempo (si tratta di circa 2 ore) si instaura nella stessa zona una condizione di *ischemia*; l’area risente della scarsa irrorazione e dopo 7 ore si forma l’*edema*, dato dalla raccolta di liquido linfatico nei tessuti, che può a sua volta degenerare e, in 18 ore, portare alla devitalizzazione del tessuto trasformandolo in *tessuto necrotico*.

Le forze sopraelencate fanno parte di quelli che sono i *fattori locali* che insieme a i *fattori sistemici* favoriscono la formazione delle Lesioni da Pressione.

Tra i *fattori sistemici* troviamo: età, riduzione della mobilità, malnutrizione, ipoalbuminemia, ipossideremia, incontinenza e stato immunitario.

Non tutti sono fattori su cui si può andare ad agire, come per esempio l’età, ma con molti altri si può fare un lavoro di prevenzione o correzione.

È da qui che inizia l’educazione del *caregiver*. Ciò che è stato sopra elencato sono caratteristiche che possono risultare ostili per soggetti che non hanno familiarità con questo ambito, ma le tecniche da utilizzare per evitare la degradazione della Lesione partono proprio da questi concetti, e sono procedure semplici da mettere in atto, ma se non spiegate vengono considerate trascurabili. Queste verranno trattate nei capitoli successivi.

³ definizione dell’European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)

3. PREVENZIONE

Il soggetto, come abbiamo precedentemente visto, è costantemente sottoposto a forze differenti ed è importante insegnare a “combattere” o “contrastare” queste forze e ciò che comportano.

3.1 POSIZIONAMENTO

Fondamentale è spiegare le tecniche di posizionamento e i tempi con cui devono essere eseguite.

È stato visto infatti che il nostro corpo può sopportare fino a una certa soglia di pressione superata la quale inizia a degradarsi.

In letteratura si considera una forza pari a 32 mmHg superati i quali il tessuto inizia a deteriorarsi.

La condizione patologica può essere evitata se si effettuano riposizionamenti del paziente con tempistiche accertate. Consideriamo che un paziente che giace a letto dovrebbe essere riposizionato ogni due ore, mentre un soggetto in carrozzina dovrà essere riposizionato ogni 30 minuti, in quanto la forza esercitata da questa posizione è nettamente maggiore rispetto a quella del paziente allettato.

Dovrà essere inoltre spiegato che ad essere riposizionata non dovrà essere solo la zona interessata dal danno, ma bensì tutto il corpo, perché il primo danno deve fungere da campanello d'allarme per capire che i tessuti del soggetto sono in una condizione di sofferenza.

3.2 ALIMENTAZIONE

Un altro elemento modificabile utile e semplice da attuare riguarda l'alimentazione. I nutrienti sono essenziali per il nostro organismo che li utilizza in tutte le funzioni, ognuno con il proprio compito.

Per quanto riguarda la dieta che dovrebbe seguire un paziente con Lesioni da Pressione troviamo l'aumento nell'assunzione di proteine, acqua, vitamine e minerali.

In una dieta normale il quantitativo di proteine è circa 0,8-1 g/kg, mentre nei pazienti in questione dovremmo aumentare a 1,25-1,50g/kg per riportare il bilancio azotato in positivo e per favorire la formazione del collagene.

Infatti tramite l'assunzione di proteine, date dalla dieta, il nostro organismo riesce a formare collagene, elastina e glucosaminoglicani a livello della lesione che permettono la formazione di quello che viene definito il *tessuto di granulazione*, ovvero un tessuto formato da neo-vasi molto fragili ma che permettono la vascolarizzazione del sito.

Per quanto riguarda l'assunzione di liquidi, sono importanti per svariati motivi: permettono di mantenere un buon stato della cute evitando che si creino zone "secche" e quindi più vulnerabili.

Si è visto che una buona idratazione è fondamentale per mantenere l'integrità della cute, ma non bisogna sfociare né in un'eccessiva né in una scarsa idratazione, appunto perché si rischierebbe di creare zone o secche o umide che sono entrambe deleterie per la cute. Inoltre l'acqua serve anche nei processi metabolici per trasportare i nutrienti e per eliminare le sostanze definite di rifiuto.

Ci si potrebbe trovare di fronte a soggetti con patologie o condizioni che non permettono l'assunzione volontaria di liquidi. In questo caso si dovrebbe consigliare l'utilizzo di addensanti oppure pensare all'introduzione di presidi per garantirne l'assunzione.

I minerali e le vitamine vengono assunti quotidianamente all'interno della dieta ma ognuno di essi ha dei compiti ben distinti.

Nel caso delle Lesioni da Pressione importante è l'assunzione, nello specifico, di vitamine A, C ed E. Analizzate singolarmente ogni vitamina ha un ruolo preciso all'interno del nostro organismo (che verranno elencate in seguito). Per quanto riguarda la funzione specifica nel processo di risoluzione esse permettono la formazione di collagene.

Le principali funzioni della vitamina A sono: la regolazione della crescita e del differenziamento cellulare, il mantenimento della visione normale e la regolazione del metabolismo dei lipidi.

Le principali funzioni della vitamina C sono: l'attivazione degli enzimi prolil e lisil idrossilasi che permettono l'idrossilazione del procollagene, che ha proprietà antiossidanti e ha un ruolo importante nell'eliminazione dei radicali liberi.⁴

⁴ "Le basi patologiche delle malattie. Patologia generale." a cura di Vincenzo Eusebi

Le funzioni della vitamina E sono: proprietà antiossidanti, eliminazione dei radicali liberi e favorisce il rinnovo cellulare.

3.3 CURA DELLA PELLE

Come è stato visto precedentemente, un trattamento adeguato per il buon mantenimento dello stato di idratazione della cute è fondamentale per prevenire la formazione di Lesioni da Pressione.

Bisogna evitare che il paziente si trovi in condizione di secchezza o eccessiva umidità, in quanto entrambe queste condizioni portano a un maggior rischio di lacerazione e danno del tessuto.

Per trattare la secchezza è fondamentale assicurare una buona idratazione, in alcuni casi anche con l'utilizzo di appositi presidi come sondino naso/bocca gastrico, sondino naso/bocca digiunale, PEG e PEJ (la scelta verrà effettuata considerando le condizioni del paziente, la funzionalità gastrica e la durata del trattamento). Oltre all'assunzione di liquidi si dovrebbe consigliare l'uso di unguenti e creme idratanti da applicare giornalmente. Va evitata l'applicazione eccessiva in tutte le zone dove si potrebbe creare troppa umidità e quindi creare il problema opposto, come ad esempio a livello dello spazio interdigitale dei piedi.

D'altro canto, invece, troviamo l'eccessiva idratazione e quindi l'eccessiva umidità che porta allo stesso risultato di un'eccessiva secchezza, cioè l'aumento della vulnerabilità dei tessuti nei confronti delle forze che agiscono sul corpo.

I pazienti particolarmente a rischio, sotto questo aspetto, sono tutti i portatori di pannoloni o più in generale i soggetti incontinenti.

L'utilizzo del pannolone, infatti, per quanto utile in determinate condizioni, si è dimostrato anche fonte di eccessiva umidità nella zona dove viene posizionato. Va evitato il suo utilizzo se non in condizioni di evidente necessità. La creazione di una zona umida sottostante al presidio porta ad una prima complicanza, che è quella dell'umidità già enunciata, e a ciò si aggiunge la presenza di materiale biologico, come urine e feci, estremamente deleterie per la cute, considerando la differenza di ph. Normalmente la pelle ha un ph acido di circa 4,5 / 5,7 che si dissocia molto dal ph delle urine che è circa 6 / 8 (può variare in base all'alimentazione e alla presenza di patologie)

e da quello delle feci che solitamente è neutro. Questo comporta già da sé un'irritazione che si trasforma in vero e proprio danno nel momento in cui il tessuto irritato è già alterato dall'umidità.

Questa non è l'unica condizione in cui si vanno a creare zone troppo umide, si dovrà porre particolare attenzione anche nel momento dell'igiene del paziente in quanto potrebbero rimanere zone bagnate che poi rischiano di macerare e quindi è necessario asciugare con cura il paziente. Sempre in questo momento si può eseguire l'ispezione del corpo, che può essere fatta in qualsiasi momento della giornata per almeno due volte al giorno.

L'ispezione della cute è un momento molto importante nella gestione del paziente, infatti è proprio tramite questa procedura che andiamo ad individuare quelle che sono le zone a rischio o che già hanno subito un danno. Valutare in modo continuativo la cute ci permette di andare ad individuare i primi segni di una possibile lesione, specialmente in corrispondenza delle prominenze ossee. Dovrebbe essere eseguita seguendo l'ordine testa-piedi, in modo da ispezionare tutti i distretti corporei, permettendo un'osservazione completa delle zone più o meno a rischio. È utile svolgere questa operazione documentando i risultati ogni qual volta si effettua il controllo e soffermandosi in particolar modo nelle zone eritematose (possibile degenerazione e formazione di una lesione). Quest'ultimo segno ci indica che il corpo ha esercitato forze troppo elevate in quel punto e quindi è sconsigliabile riposizionare il paziente su quell'aerea così da scongiurare il danno anossico.

All'interno dell'opuscolo sono state evidenziate anche alcune precauzioni e accortezze da mettere in atto per aiutare il *caregiver* nella gestione, come: effettuare l'igiene utilizzando sapone neutro, evitare la formazione di pieghe negli indumenti e lenzuola, mantenere la cute pulita e asciutta, gestire l'incontinenza (cambiare spesso il pannolino per evitare che la cute rimanga troppo tempo a contatto con materiale irritante come sudore, urine e feci), utilizzare creme idratanti per idratare la cute secca e non massaggiare la cute in corrispondenza delle prominenze ossee.

4. SCALE DI VALUTAZIONE

Le scale di valutazione sono uno strumento tramite il quale il professionista può valutare oggettivamente un rischio o una condizione caratteristica del paziente. Possono indagare differenti aspetti, come appunto il rischio per il soggetto di sviluppare una determinata patologia, possono andare a valutare l'andamento di una condizione, quindi la progressione o regressione della patologia oppure classificare la funzionalità. Nel momento in cui si prende in carico un paziente la somministrazione di scale di valutazione è estremamente importante per andare a visualizzare gli aspetti sopraindicati. Nello specifico si dovrebbero somministrare scale per la valutazione del rischio di sviluppo di Lesioni da Pressione oppure, nel caso in cui il paziente abbia già una ferita, scale che ne permettano la classificazione e l'andamento.

4.1 SCALE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le scale di valutazione del rischio di sviluppo delle Lesioni da Pressione permettono di andare ad identificare, tramite l'osservazione dei fattori di rischio, tutti quei pazienti che potenzialmente hanno un rischio di ulcerazione maggiore rispetto ad altri. Queste tipologie di scale dovrebbero essere usate appena si prende in carico il paziente, ogni qual volta che la situazione clinica del soggetto muta e ogni 14 giorni.

In campo medico sono riconosciute numerose scale, tra cui ricordiamo: Norton, Braden, Knoll, Waterlow, Exoton-Smith.

La scala di Norton prende in considerazione 5 item: condizione fisica, stato mentale, deambulazione, mobilizzazione e incontinenza. Ad ogni item può essere assegnato un punteggio da 1 a 4, la somma di tutti i valori assegnati va a determinare l'indice di rischio.

Per punteggi compresi tra 14 e 12 si considera un "basso rischio", punteggi tra 10 e 11 "medio rischio", punteggi tra 8 e 9 "alto rischio", punteggi inferiori ad 8 "altissimo rischio"

La scala di Braden prende in considerazione 6 item nell'adulto e 7 nella versione pediatrica (Braden Q) e sono: percezione sensoriale, umidità, attività, mobilità, alimentazione, frizione e scivolamento.

Ad ogni item verrà assegnato un punteggio che varia da 1 a 4, fatta eccezione per “frizione e scivolamento” a cui può essere assegnato un valore massimo di 3.

La valutazione del rischio cambia, per la Braden: punteggio superiore a 18” non presenta rischio”; punteggio compreso tra 16 e 18 “lieve rischio”; punteggi uguali a 16 “a rischio”; punteggi inferiori a 16 “grave rischio “.

Nel pediatrico (Braden Q) viene aggiunto come item “perfusione tissutale” e i valori di rischio sono differenti.

Consideriamo punteggi superiori o uguali a 20 “basso rischio”, punteggi compresi tra 16 e 20 “medio rischio”, valori compresi tra 11 e 15 “alto rischio”, valori uguali o inferiori a 10 “altissimo rischio”.

La scala di Knoll valuta otto aspetti: stato di salute generale, stato di coscienza, attività, mobilità, incontinenza, alimentazione, assunzione di liquidi per os. e malattie predisponenti.

Ogni item ha un punteggio che varia da 1 a 3 e il paziente deve essere considerato a rischio di sviluppare Lesioni da Pressione se raggiunge valori superiori a 12.

La scala di Waterlow considera 6 item: corporatura del soggetto, aspetto della cute, sesso ed età, continenza, mobilità, tipo di nutrizione e presenza di particolari elementi di rischio.

Ad ogni item potrà essere assegnato un punteggio che varia da 1 a 5 dove con punteggi compresi tra 10 e 14 si ha “rischio”, valori compresi tra 15 e 19 “alto rischio, valori superiori a 20 “altissimo rischio”.

La scala Exoton-Smith prende in esame 5 parametri: condizioni cliniche generali, stato mentale, attività, mobilità e incontinenza.

Ad ogni item può essere assegnato un punteggio compreso tra 1 e 4 dove valori compresi tra 16 e 20 indicano “minimo rischio”, tra 10 e 15 “rischio moderato, tra 5 e 9 “alto rischio”.

Le più comunemente usate sono le scale di Norton e di Braden. All’interno dell’opuscolo è stata inserita la scala di valutazione di Braden in quanto va a considerare quasi gli stessi aspetti della Norton ma con l’aggiunta di “frizione e scivolamento” che è stato visto essere un evidente fattore di rischio. Questa scala permette di andare a riconoscere e classificare tutti i maggior fattori di rischio che possono portare allo sviluppo della Lesione.

Il limite di questa scala è la possibilità di somministrazione solo dopo 24 ore dalla presa in carico del paziente, in quanto solo dopo questo lasso di tempo si riescono a valutare oggettivamente tutti i parametri presi in considerazione.

4.2 SCALA DI VALUTAZIONE DELLA LDP

La scala di valutazione della Lesione da Pressione è uno strumento tramite il quale si possono andare a valutare le caratteristiche di una lesione già esistente.

Ad essere presa in considerazione sarà la Push tool, scala riconosciuta per l'osservazione e la misurazione della ferita.

Questa scala valuta le proprietà della lesione ovvero: lunghezza, larghezza, quantità di essudato e tipo di tessuto.

Con lunghezza e larghezza si intende andare a stimare l'area interessata dalla lesione misurando la massima larghezza e la massima lunghezza utilizzando un righello e moltiplicando i due valori ottenuti per ricavarne una stima dell'area lesionata.

La quantità di essudato viene valutata dopo aver rimosso la medicazione “vecchia” e subito prima di aver posizionato la “nuova”. Lo si valuta come: abbondante, moderato, scarso o assente. In questo caso va comunque considerato che presenza di essudato non è sinonimo di peggioramento, in quantitativo moderato permette la formazione di un ambiente ottimale per l'attivazione di tutti i processi riparativi. Al contrario un ambiente secco e quindi privo di essudato porta allo stallo della ferita e un ambiente troppo umido porta alla macerazione della cute e di conseguenza a un'ulteriore degradazione del tessuto.

Con il tipo di tessuto colpito si va ad attribuire un punteggio in base alla tipologia di tessuto presente all'interno della lesione.

0 -CHIUSA: Una lesione che è richiusa tramite la formazione di tessuto neo-epiteliale

1 -TESSUTO EPITELIALE: Il tessuto neo-epiteliale non ricopre tutta l'area ma è presente ai bordi o come isole all'interno della lesione

2 -TESSUTO DI GRANULAZIONE: La ferita presenta un tipo di tessuto di colore rosso intenso e dall'aspetto lucido

3 -SLOUGH: tessuto giallo o bianco che aderisce al letto della ferita e si presenta come filamenti o in ammassi ispessiti

4 -TESSUTO NECROTICO: Tessuto di colore nero o marrone che aderisce al letto della ferita

Anche questa scala dovrebbe essere applicata nel momento in cui si prende in carico il paziente per avere una valutazione iniziale dello stato della ferita. Il periodo con la quale questa scala deve essere utilizzata per effettuare una rivalutazione è di una volta a settimana o ogni qual volta si notino dei cambiamenti al livello della ferita.

5. CLASSIFICAZIONE

La classificazione viene utilizzata con questa tipologia di ferita per andare ad indicare il grado di severità o per indicare la situazione della ferita.

In base alla modalità di classificazione ci si focalizza su aspetti differenti, ad oggi le classificazioni più utilizzate sono la classificazione tramite stadiazione, fatta dal NPAP-EPUAP, e la classificazione per colore.

5.1 STADIAZIONE

Tramite la stadiazione effettuata dal NPUAP/EPUAP possiamo distinguere 4 stadi a cui attribuire varie tipologie di lesione da pressione.

(la definizione e le immagini relative agli stadi: I, II, III, IV, non stadiabili e sospetto danno profondo; sono state ottenute tramite la consultazione del documento “Prevenzione e Trattamento delle Ulcere da Pressione: Guida Rapida di Riferimento”⁵)

Categoria/Stadio I: Eritema non sbiancabile

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



⁵ “Prevenzione e Trattamento delle Ulcere da Pressione: Guida Rapida di Riferimento” 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.

Categoria/Stadio II: Perdita Cutanea a Spessore Parziale

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*⁶ Questo Categoria/Stadio non deve essere usata per descrivere lacerazioni cutanee, ustioni, dermatiti perineali, macerazione o escoriazioni.



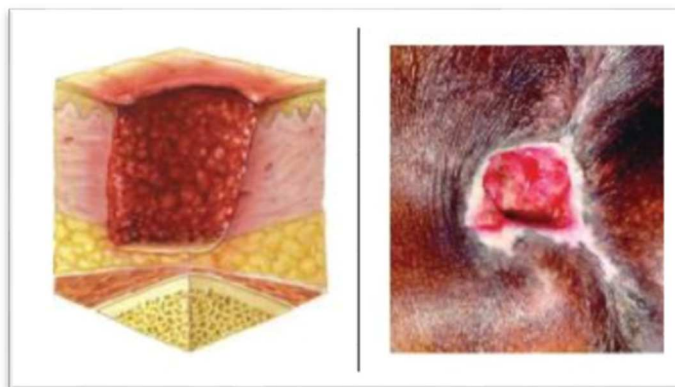
Categoria/Stadio III: Perdita Cutanea a Spessore Totale

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 della Categoria/Stadio III 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 Categoria/Stadio III possono essere poco profonde. In contrasto, nelle aree di significativa adiposità si possono sviluppare ulcere da pressione estremamente profonde di Categoria/Stadio III.

Le ossa/tendini non sono visibili o direttamente palpabili.

⁶ L'ecchimosi indica una sospetta lesione dei tessuti profondi.



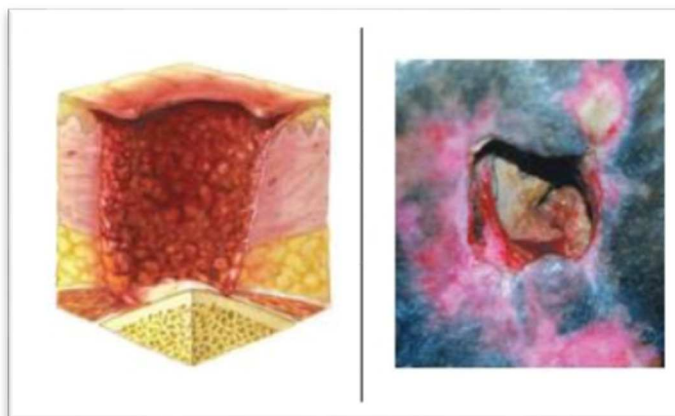
Categoria / Stadio IV: Perdita di Tessuto a Spessore Totale

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.

La profondità delle ulcere da pressione di Categoria/Stadio IV 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 Categoria/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.

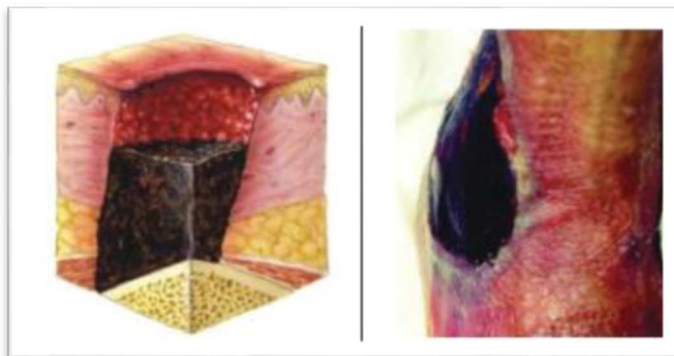


Non stadiabili: Profondità Sconosciuta

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.

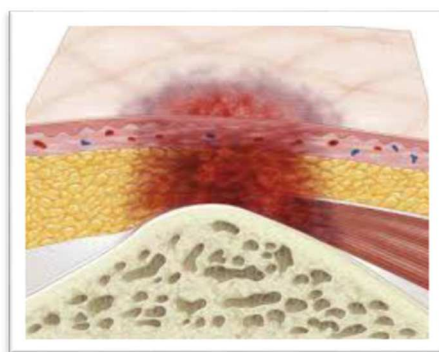
L'escara stabile (asciutta, aderente, intatta senza eritema o fluttuanza) sui talloni serve come “copertura naturale (biologica) del corpo” e non deve essere rimossa.



Sospetto Danno Profondo del Tessuto: Profondità Sconosciuta

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.



Skin tears:

Sono ferite causate "da taglio, frizione" e/o corpo contundente con la conseguente separazione di strati di pelle.

Una skin tears può essere a spessore parziale (separazione dell'epidermide dal derma) o a spessore intero (separazione dell'epidermide e del derma dalle strutture sottostanti).



5.2 CLASSIFICAZIONE PER COLORE

La stadiazione tramite questa metodica prevede la classificazione della Lesione mediante l'attribuzione di un colore identificativo.

Inizialmente i colori utilizzati nella classificazione erano tre e andavano a identificare in modo generale le situazioni più evidenti: rosso, giallo e nero. Solo successivamente sono stati aggiunti altri colori come rosa e verde che hanno reso la classificazione più idonea e specifica nel riconoscimento di tutte le condizioni possibili.

Questa metodologia, ad oggi, conta cinque colori tramite i quali vengono studiate le Lesioni: rosa, rosso, giallo, nero e verde (rispettivamente elencati per ordine di gravità, dal meno al più severo). Si può aggiungere anche la condizione "lesione mista". Tramite questo termine si va ad indicare una condizione per cui non è possibile attribuire un unico colore perché all'interno della Lesione coesistono due o più tipologie di classi. Questa metodica di stadiazione, a differenza di quella trattata precedentemente, non valuta la profondità della lesione ma come si presenta il letto della ferita.

ROSA: vengono identificate così le lesioni che presentano il letto della ferita con tessuto roseo, questo colore indica la presenza di tessuto epiteliale.

ROSSO: questa tipologia di ferita è caratterizzata dalla presenza di tessuto rosso intenso tipico del tessuto di granulazione. Nel momento in cui si presenta una ferita con questa tipologia di tessuto bisogna essere il più a-traumatico possibili, per evitare che i vasi neoformati, utili per la vascolarizzazione del sito, vengano lesionati.

GIALLO: in questo caso la ferita non per forza presenterà un fondo di colore esclusivamente giallo, potrà presentarsi anche di colore biancastro, verdognolo o marroncino. Questa particolarità è dovuta alla presenza di *slough**⁷ nel letto della ferita. In base al quantitativo, in percentuali differenti, dei materiali che compongono lo *slough*, il colore potrebbe variare con le tonalità sopraindicate.

NERO: questo colore è tipico delle lesioni con tessuto necrotico, quindi tessuto ormai devitalizzato e disidratato. Questa tipologia di tessuto è anche riconosciuto con il termine *escara*.

⁷ *con il termine *slough* si fa riferimento a un tessuto non vitale caratterizzato dalla presenza di batteri e leucociti.

VERDE: indica una lesione caratterizzata dalla presenza di colonizzazione, che non per forza si presenta di colore verdastro. In questo caso il colore è indicativo della condizione e non del colore nel letto della ferita.

All'interno dell'opuscolo è stata introdotta la classificazione effettuata dal NPUAP, EPUAP, PPPIA e dagli stakeholders internazionali per facilitare il destinatario nel riconoscimento dello stadio ed agevolarlo nel confezionamento della medicazione.

6. T.I.M.E

Prima di trattare l'aspetto della medicazione vera e propria è importante analizzare l'acronimo T.I.M.E.

T.I.M.E è l'acronimo che va ad analizzare in modo dettagliato tutti gli aspetti essenziali della *wound bed preparation*, ovvero la preparazione del letto della ferita, fondamentale per iniziare il trattamento e la gestione della lesione.

Questa fase prevede l'eliminazione di tutti quei fattori che vanno ad influenzare la possibilità di guarigione e ad aumentare le probabilità di peggioramento.

Il primo elemento analizzato è la T ovvero *debridment* o *sbrigliamento della ferita*.

Questa tipologia di tessuto, tipico delle lesioni necrotiche o di colore nero, impedisce la valutazione del fondo della ferita e delle strutture interessate, blocca i processi riparativi e facilita la regressione della condizione.

Il *debridment* è il processo tramite il quale viene rimosso il tessuto necrotico e può essere di vario tipo.

Debridment chirurgico: consiste nella rimozione tramite procedura e strumentario chirurgico. È raccomandata per Lesioni molto estese o a elevato rischio di infezione, pazienti con età inferiore a 65 anni, buona funzionalità cardiaca e respiratoria e con buoni livelli di emoglobina ed elettroliti.

Generalmente viene utilizzato il cucchiaio di Volkmann o in alternativa il bisturi retto o ricurvo e si grattano i margini.

Debridment enzimatico: sfrutta l'utilizzo di enzimi *proteolitici* che permettono la combinazione tra enzimi *esogeni* ed *endogeni* che vanno ad intaccare il tessuto devitalizzato senza lesionare il tessuto di granulazione; viene considerato un *debridment* selettivo proprio per questa sua caratteristica.

Per essere efficace bisogna assicurare il giusto grado di umidità e monitorare la cute perilesionale per osservare possibili condizioni di peggioramento. Il limite è che ha bisogno di tempi lunghi per il raggiungimento dell'obiettivo.

Debridment autolitico: con questa tipologia ad essere utilizzati sono gli enzimi *endogeni*, tramite l'applicazione di idrogeli e/o idrocolloidi si va ad ammorbidire l'*escara*, attivare gli enzimi normalmente coinvolti del processo riparativo e richiamare i *macrofagi*.

Debridment meccanico: è quello meno consigliato di tutti, in quanto utilizza un metodo molto traumatico e doloroso. Viene eseguito tramite l'applicazione di garze imbevute di soluzione salina che vengono rimosse solo nel momento in cui si presentano asciutte. In questo modo il tessuto necrotico aderisce alla garza che, nel momento in cui verrà rimossa, porta con sé anche il tessuto sradicandolo dal letto della ferita. Questo però comporta la rimozione anche di tessuto sano che quindi creerà un'ulteriore danno e molto dolore al paziente.

Debridment biologico: utilizza le larve di *Lucilla Sericata* che si nutrono di tessuto necrotico e producono enzimi *proteolitici* che continuano il processo di sbrigliamento andando però a risparmiare il tessuto vitale.

Il secondo elemento, identificato con la lettera I è INFEZIONE E INFIAMMAZIONE. Questi due elementi appena citati sono le cause principali di ritardo nel processo di guarigione. L'obiettivo in questa fase è andare a controllare e limitare l'infezione e l'infiammazione (considerata fisiologica se perdura per 3/5 giorni).

Normalmente la detersione prevede l'utilizzo di soluzione salina ma per quanto riguarda le lesioni che presentano almeno due segni di infezione, e che quindi vengono considerate tali, bisogna utilizzare soluzione antisettica a base acquosa e devono essere lasciate agire con i tempi indicati dal produttore e poi risciacquate con soluzione salina (devono essere evitati i prodotti a base di PHMB).

In questo caso potranno essere utilizzati prodotti a base di: *iodiopovidone 10%*, *sodio ipoclorito 0.05%* e *clorexidina 0.02%*.

La lettera M indica GESTIONE DELL'ESSUDATO, ovvero come deve essere gestito il quantitativo di essudato presente all'interno della ferita.

Come ribadito precedentemente, la presenza di essudato in quantitativo moderato è un elemento positivo per il processo di riparazione, mentre quantitativi eccessivi o scarsi sono deleteri.

In questa fase oltre al quantitativo deve essere analizzato anche l'aspetto con cui si presenta. In base al colore possiamo andare a individuare diverse condizioni come: giallo, tipico dell'essudato sieroso ma spesso normale; torbido cremoso, indica presenza di filamenti di fibrina tipica delle infezioni; rosato/rosso, indica un danno capillare con presenza di eritrociti; giallo/marrone, presenza di slough.

E considera la VALUTAZIONE DELL'EPIDERMIDE, va ad analizzare la mancanza di proliferazione da parte dei *cheratinociti* del tessuto perilesionale che porta alla mancata risoluzione e quindi riepitelizzazione della ferita.

7. MEDICAZIONI

Comunemente le medicazioni vengono intese come “*applicazione terapeutica locale atta a proteggere tessuti lesionati e a favorire i processi riparativi*”⁸, nel momento in cui trattiamo ferite difficili, come le Lesioni da Pressione, non parliamo più di semplice medicazione ma di *medicazione avanzata*.

Con il termine *medicazione avanzata* si intende l’applicazione di materiali di copertura con caratteristiche di *biocompatibilità*, che permettono la formazione di un microambiente umido e promuovono il processo di riparazione tissutale.

Le medicazioni avanzate agiscono in modo mirato e per questo non possono essere usate tutte nello stesso modo, la scelta di questi presidi si basa sulla condizione con cui si presenta la ferita.

È importante la conoscenza delle medicazioni avanzate, il loro principio attivo e il meccanismo d’azione in quanto, se applicate scorrettamente, potrebbero andare a creare una fase di stallo nel processo riparativo oppure, addirittura, creare un peggioramento.

Vengono utilizzate medicazioni *primarie* e *secondarie*; la differenza è che le *medicazioni primarie* sono medicazioni che vengono applicate a diretto contatto con il letto della ferita, mentre le *medicazioni secondarie* servono per il mantenimento in sede della prima e permettono il controllo dell’umidità all’interno della lesione.

Di seguito verranno analizzate le principali classi di *medicazioni avanzate*.

ALGINATI

Sono *medicazioni primarie* che necessitano di una *medicazione secondaria* nel momento in cui vengono applicate, sono fibre di alginato di calcio e sodio che a contatto con l’essudato si sciolgono formando un gel che permette la formazione di un ambiente umido.

Sono indicati per le lesioni ipersecernenti e lievemente sanguinanti, al contrario è da evitare il loro utilizzo in ferite con scarso essudato e molto sanguinanti.

IDROCOLLOIDI

Possono essere medicazioni sia *primarie* che *secondarie* in base alla loro conformazione, se sono placche vengono utilizzate come *medicazioni secondarie*, invece se si presentano con polvere o gel hanno il compito di *medicazione primaria*.

⁸ Treccani.it. 2020. Medicazione In Vocabolario - Treccani. [online] Available at: <<http://www.treccani.it/vocabolario/medicazione/>> [Accessed 25 March 2020].

Per quanto riguarda le placche sono formate da uno strato interno di idrocolloide e da uno esterno di pellicola di poliuretano. Permettono l'assorbimento di quantità moderate di essudato, ad avere la stessa funzione è la versione gel o polvere, che applicati in corrispondenza del letto della ferita ne assorbono l'essudato.

Non vanno utilizzate in lesioni infette e non sono indicati in lesioni che si trovano in corrispondenza di muscoli e tendini.

CARBOSSIMETILCELLULOSA SODICA

Sono *medicazioni primarie* che necessitano di una *medicazione secondaria*, solitamente schiuma di poliuretano.

Vengono utilizzate in svariate situazione come: lesioni da pressione, vascolari, diabetiche, ma che hanno come caratteristica comune la presenza di essudato medio/abbondante.

GEL IDROGILO

Sono *medicazioni primarie* a base di acqua e specifiche per le lesioni secche e/o necrotiche (*debridment autolitico*). Hanno lo scopo di creare un ambiente umido e di ammorbidire il tessuto necrotico se presente.

POLIURETANO

Sono medicazioni che si presentano o come schiuma o come film e agiscono in modo diverso in base alla conformazione.

Per quanto riguarda le schiume, sono formate da uno strato di film che rende la medicazione impermeabile a gas e liquidi, ma idropellente ai microorganismi. Vengono utilizzate in lesioni che presentano essudato medio/abbondante.

I film sono medicazioni indicate del trattamento delle lesioni di primo stadio o lesioni in fase di riepitelizzazione in quanto non hanno capacità assorbenti e non devono essere impiegate in medicazioni secernenti; il loro scopo principale è quello di proteggere i tessuti per evitare la lacerazione.

All'interno dell'opuscolo è stata inserita una tabella per ogni stadio e all'interno di essa sono elencati gli obiettivi e le corrispettive medicazioni.

Sotto ogni tabella è stata inserito anche il nome commerciale, corrispondente alla medicazione indicata, per facilitare il *caregiver* nell'utilizzo e nella scelta del prodotto.

Per ogni stadio e stato poi indicato un *alert*, con lo scopo di istruire il *caregiver* nell'evitare comportamenti considerati deleteri per la lesione.

Per quanto riguarda il primo stadio sono stati posti come obiettivi:

- **prevenire la degenerazione della lesione**, che dovrebbe essere trattata con il riposizionamento del paziente con le tempistiche dette precedentemente.
- **Salvaguardare la cute**, in questo stadio il tessuto ancora è integro e bisogna evitare che si vadano a creare situazioni che potrebbero alterare la resistenza, per questo come intervento è stato consigliato l'utilizzo di creme e unguenti che permettono l'idratazione della cute.
- **Aumentare la protezione**, intesa come l'applicazione di dispositivi che vadano a isolare e proteggere la zona interessata, è stato consigliato l'utilizzo di idrocolloide, idrocolloide extrasottile e schiuma di poliuretano. Come descritto precedentemente questa tipologia di medicazioni possono fungere da barriera tra la cute e la superficie esterna, permettendo la salvaguardia della zona eritematosa.
- **Ridurre la frizione**, in questo caso è stato consigliato comunque una medicazione a barriera ma specifica per questa tipologia di forza. Il film semipermeabile trasparente infatti è molto più sottile delle schiume o degli idrocolloidi e quindi tende ad essere più utilizzato per la protezione della cute in correlazione con questa forza.
- **Gestione del dolore**, questo obiettivo è stato inserito all'interno di tutte le tabelle perché dobbiamo considerare che questa tipologia di lesione è particolarmente dolorosa e quindi è giusto valutare anche questo aspetto.

Per le lesioni di secondo stadio gli obiettivi posti sono simili a quelli dati nel primo stadio, e sono:

- **Prevenire la degradazione della lesione**, anche in questo caso è stato consigliato il riposizionamento del paziente con le tempistiche definite.
- **Ripristinare la vascolarizzazione e favorire la ricostruzione tessutale**. In questo stadio si ha già una lesione a spessore parziale che quindi vede la degradazione del tessuto e una scarsa vascolarizzazione della zona. Per raggiungere questi obiettivi è stato consigliato l'utilizzo di due medicazioni. La medicazione primaria con l'applicazione di idrocolloidi, collagene o idrogeli, queste medicazioni hanno funzioni molto diverse tra loro ma sono state indicate tutte e tre proprio per la varietà delle condizioni con cui si potrebbe presentare la lesione. Per quando riguarda la medicazione secondaria è stato indicato l'utilizzo di schiuma di poliuretano, utile nel caso di presenza di essudato ma altrettanto utile come barriera per evitare la degenerazione della ferita.

- **Evitare la rottura delle flittene**, come è stato visto le lesioni di questo stadio si possono presentare sia aperte che chiuse (flittene). È possibile quindi che la ferita si presenti chiusa come flittena, in questo caso le medicazioni non seguono più le indicazioni date precedentemente, ma si suggerisce l'uso di schiuma di poliuretano, idrocolloidi e garze a bassa aderenza; tutte medicazioni che hanno lo scopo di evitare che la flittena si rompa.

- **Gestione del dolore**

Il terzo stadio è stato unito al quarto in quanto, le medicazioni indicate per entrambi i gradi di severità, corrispondono. Entrambi rappresentano un danno importante ma che considera tessuti differenti, il danno esteso però porta entrambe le condizioni ad avere gli stessi obiettivi e di conseguenza le stesse indicazioni.

Tali obiettivi con le rispettive indicazioni sono:

- **Prevenire la degradazione della lesione**, tramite il riposizionamento con le tempistiche indicate.
- **Mantenere un ambiente adeguatamente umido e favorire la formazione di tessuto di granulazione**. In questo caso bisogna considerare tutte le possibilità con cui si potrebbe presentare la ferita, intesa come la quantità di essudato che potrebbe mostrare. Nel caso in cui ci fosse scarso o assente essudato è stato consigliato l'uso di idrogel come medicazione primaria e idrocolloidi per la medicazione secondaria. Queste medicazioni contrastano la secchezza e permettono la formazione di un ambiente umido.

Una ferita che presenta un essudato modesto è considerata positivamente, per questo è consigliato l'uso di collagene come medicazione primaria e idrocolloidi come medicazione secondaria. Questa tipologia di medicazione permette la progressione della ferita nel processo riparativo, collabora nel mantenimento di un ambiente umido ed evita lo stallo della condizione.

Una ferita con molto essudato è una ferita a rischio di macerazione è utile quindi applicare medicazioni che assorbano e riducano l'umidità eccessiva della zona. Per questo è stato consigliato come medicazione primaria l'uso di alginati e come medicazione secondaria l'applicazione di schiuma di poliuretano.

In fine la ferita potrebbe presentare un letto ricco di vasi neoformati e quindi di tessuto di granulazione. In questo caso è fondamentale preservare questa condizione al fine di promuovere il processo riparativo. Con questa finalità sono state indicate come

medicazioni primarie o l'applicazione di alginati o di collagene, in entrambi i casi come medicazione secondaria è stato indicato l'utilizzo di schiuma di poliuretano.

- **Gestione del dolore**

Per la lesione caratterizzata da tessuto necrotico l'obiettivo principale è quello di cercare di rimuovere il tessuto non vitale tramite il *debridment*. Come visto precedentemente, questa manovra può essere eseguita con diverse modalità, molte di queste devono essere attuate da personale esperto. Per questo motivo, nella scheda rappresentativa di questo stadio, sono stati consigliati *debridment autolitico o enzimatico* che richiedono l'applicazione di medicazioni attuabili anche da soggetti non esperti.

Più nello specifico la tabella in questione di pone come obiettivi:

- **Rimozione del tessuto necrotico** tramite l'applicazione di collagenasi, che permette la realizzazione di un *debridment* di tipo *enzimatico*
- **Favorire la proliferazione di tessuto sano e prevenire le infezioni.** È stato indicato come medicazione primaria idrogel, che hanno il compito di fornire un *debridment* di tipo *autolitico*. Come medicazione secondaria è consigliato l'utilizzo di idrocolloidi o schiuma di poliuretano.

- **Gestione del dolore**

È stata creata una tabella anche per la gestione delle ferite considerate infette. In questo caso sono stati elencati i segni di infezione sistemica e locale, tralasciando l'esecuzione del tampone con antimicrogramma. È stata fatta questa scelta in quanto non ci si aspetta che l'esecuzione di questo esame venga svolto da soggetti inesperti, sarà compito delle strutture o del personale esperto, che lavora in ambito territoriale, eseguirlo. Per quanto riguarda i segni di infezione di tipo sistemico sono stati indicati: espansione dell'eritema nel tessuto perilesionale, essudato purulento, aumento del dolore, aumento della grandezza della lesione, iperpiressia, malessere e ingrossamento dei linfonodi.

Segni di infezione locali: mancanza di segni di guarigione da due settimane, cattivo odore, aumento del dolore, aumento della temperatura del tessuto perilesionale.

Devono essere presenti almeno due dei seguenti sintomi per definire una lesione infetta.

Nello specifico gli obiettivi posti sono:

- **Detersione** tramite l'utilizzo di soluzione fisiologica
- **Antisepsi**, utilizzando iodopovidone al 10%, clorexidina 0.05% e amukina med 0.05%, tutti a base acquosa. Dopo il loro utilizzo la ferita dovrà essere detersa nuovamente con soluzione fisiologica.

- **Controllare e ridurre l'infezione, promuovere la formazione di tessuto di granulazione.** In questo caso è stata consigliato, per la medicazione primaria, medicazioni a base di iodio, mentre per la medicazione secondaria l'applicazione di schiuma di poliuretano. Considerando che ci troviamo di fronte a una lesione infetta la probabilità che quest'ultima presenti molto essudato è notevole, per questo motivo è stato consigliato l'applicazione di garze, pad superassorbente, nel caso in cui la ferita fosse molto essudante.
- **Gestione del dolore**

8. INFERMIERE SPECIALIZZATO IN WOUND CARE

L'aumento di pazienti aventi Lesioni da Pressione ha portato alla necessità di gestire questa condizione clinica a livello territoriale.

La sempre maggior richiesta di assistenza ha sollecitato un aumento dei professionisti qualificati nella gestione e nel trattamento delle Lesioni da Pressione. Per questo motivo nasce la figura dell'infermiere specializzato in *wound care*.

Con la legge 43 del 2006 si va ad identificare meglio la figura dell'infermiere specialista riconoscendogli l'insegnamenti appresi e le competenze acquisite.⁹

(ART.2) “L'esercizio delle professioni sanitarie [...] è subordinato al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione. [...] rilasciato a seguito di un percorso formativo da svolgersi in tutto o in parte presso le aziende e le strutture del Servizio sanitario nazionale”

“L'aggiornamento professionale è effettuato secondo modalità identiche a quelle previste per la professione medica”.

(ART.6) “professionisti specialisti in possesso del *master* di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università”.

Queste leggi hanno portato al riconoscimento del ruolo dell'infermiere specializzato, le sue conoscenze e competenze e le rispettive responsabilità in ambito professionale.

Nello specifico l'infermiere specializzato in *wound care* è un professionista in possesso di un master di primo livello che esercita le proprie competenze specifiche in ambito assistenziale. Che comprende l'assistenza clinica, l'atto della prevenzione, le cure e le medicazioni definite *avanzate*.

L'infermiere specializzato in *wound care* è responsabile dell'accertamento e della valutazione del rischio e della lesione già creatasi, collabora con l'equipe medica nel momento in cui si trovi di fronte a pazienti aventi quadri complessi che hanno bisogno di un team multidisciplinare per la gestione e risoluzione del caso.

“Acquisire competenze avanzate per la pianificazione e gestione dei percorsi assistenziali di media ed elevata complessità nelle fasi acute, nelle situazioni di cronicità e nei passaggi tra i diversi contesti di cura. I master di quest'area possono differenziarsi

⁹Legge 1 Febbraio 2006, n.43, “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali”.

con indirizzi diversi e su precisi focus: a) sulla complessità di alcuni gruppi di pazienti”¹⁰.

Nello specifico si occupa di:

- valutazione del rischio di sviluppare Lesioni da Pressione
- imposta il trattamento per la gestione della lesione cronica in collaborazione con l’equipe designata
- attua consulenze, valutazioni e trattamenti della lesione
- esegue medicazioni con bendaggi compressivi
- conosce l’EBN (Evidence Based Nursing) e ha capacità di utilizzo della disciplina
- assume ruoli nella ricerca e nella realizzazione di progetti tramite studi
- è responsabile della gestione di questa tipologia di pazienti all’interno degli ospedali e nelle corrispettive unità operative e a livello territoriale.

¹⁰ Fnopi.it. 2020. [online] Available at: <<https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/ELENCO-COMPLETO-MASTER.pdf>> [Accessed 25 March 2020].

9. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che vede farsi sempre più spazio all'interno dei paesi sviluppati come il nostro. Questo fenomeno comporta la sempre maggior richiesta, da parte del pubblico, di un'assistenza che vede la necessità di modificare i modelli organizzativi-gestionali odierni.

Si stima che la fascia di età considerata anziana, e quindi più incline a condizioni croniche, arriverà nel 2020 ad occupare uno spazio all'interno della società pari al 23.2% e nel 2050 raggiungerà il 33.00%¹¹. I dati ci fanno capire che, con l'aumentare della popolazione considerata più a rischio di sviluppare patologie croniche, anche la richiesta di servizi aumenterà in correlazione.

Per questo motivo, lo stato, già con il L.R. 19/2006 e nel successivo Regolamento Attuativo n. 4/2007¹², aveva istituito: la Porta Unica di Accesso (PUA) e l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

La Porta Unica di Accesso è l'ente tramite il quale il cittadino si può rivolgere per richiedere informazioni sui propri diritti riguardo la possibilità di servizi e interventi a livello locale; mentre, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare è formata da un tema multidisciplinare, che ha il compito di analizzare la richiesta, fatta dal cittadino, per poi valutare l'effettiva necessità degli interventi. In seguito alle valutazioni fatte, e alla conferma dell'effettiva necessità, verranno attivati i servizi richiesti a favore del cittadino.

Ad oggi la gestione del paziente affetto da condizioni croniche è legata principalmente all'assistenza fornita a livello territoriale; questa scelta è spinta dalla presenza di una sempre maggior fetta della popolazione affetta da patologie croniche, che non può essere trattata all'interno delle aziende ospedaliere, sia per una questione economica, sia per la miglior scelta assistenziale per il paziente.

La spesa che comporterebbe, la gestione di tutti i pazienti cronici all'interno dell'ospedale, sarebbe troppo elevata e andrebbe ad inficiare sulle risorse a disposizione in modo negativo. Per questo motivo ad oggi si adotta una politica che vede la gestione del paziente acuto all'interno dell'ospedale, mentre le condizioni croniche vengono trattate a livello territoriale.

¹¹ Demo.istat.it. 2020. Demo-Geodemo. - Mappe, Popolazione, Statistiche Demografiche Dell'istat. [online] Available at: <http://demo.istat.it/altridati/previsioni_naz/> [Accessed 6 April 2020].

¹² REGOLAMENTO REGIONALE 18 gennaio 2007, n. 4 "Regolamento Regionale attuativo della legge regionale 10 luglio 2006, n. 19".

Per quando riguarda il paziente, un'assistenza prolungata all'interno dell'ospedale sarebbe sconveniente, in quanto la degenza sarebbe lunga e superflua. Si è propensi a trattare il cittadino in un luogo conosciuto, circondato dagli affetti famigliari e seguito da un team di esperti che operano tramite i servizi forniti dal territorio.

Viste le seguenti considerazioni è importante quindi focalizzarsi su quella che viene definita "continuità assistenziale", cioè l'attuazione di servizi messi in atto da professionisti in alternativa alle strutture ospedaliere. L'obiettivo è quello di garantire una continuità dei servizi per il paziente al di fuori dell'azienda, favorendo la progressione nel percorso terapeutico

Le Lesioni da Pressione rappresentano a pieno una delle tante condizioni croniche di cui soffre la popolazione. Il trattamento di quest'ultime non vede una prerogativa esclusiva dell'azienda ma, anzi, la maggior parte del lavoro pratico, viene svolto tramite l'attivazione dei servizi territoriali.

Il paziente affetto da lesioni da pressione vede, per la maggior parte dei casi, il coinvolgimento di un team formato da professionisti che operano all'interno dell'azienda ospedaliera, professionisti a livello territoriale e *caregiver* che possono, a loro volta, essere esperti o no riguardo la materia.

Il percorso per questa tipologia di paziente ha inizio con la presa in carico da parte di professionisti che operano all'interno dell'azienda. Quest'ultimi analizzano la condizione e la storia clinica del paziente, per andare ad individuare i fattori di rischio presenti e quelli evolutivi, che potrebbero ostacolare il percorso terapeutico. L'azienda quindi offre come servizio una visione periodica del paziente che mira e visualizzare l'andamento clinico dopo un lasso di tempo più o meno breve a seconda dei casi e delle situazioni. Durante questo incontro viene stabilito il tipo di medicazione e con quale tempistica dovrebbe essere eseguita, stabilendo così l'inizio del percorso terapeutico. Successivamente il cittadino potrà rispettare la prescrizione data in autonomia o usufruendo dei servizi resi disponibili dal territorio, tramite l'attivazione degli enti sopracitati. Nel caso in cui si riscontrasse l'effettiva necessità di un professionista nell'attuazione delle procedure prescritte, il territorio si pone l'obiettivo di elargire un'assistenza periodica assicurata da un professionista. Quest'ultimo, recandosi a domicilio del paziente con le tempistiche prestabilite, effettuerà le medicazioni in collaborazione e accordo con il team ospedaliero.

Se non si dovesse riscontrare l'effettiva necessità dell'attivazione di un professionista, che opera a livello territoriale, allora sarà il *caregiver* ad effettuare le medicazioni

richieste seguendo le indicazioni date dal team di professionisti. Alcuni di questi soggetti, a cui è data la responsabilità della gestione del paziente, non hanno domestichezza con la materia in questione, e di conseguenza, si trovano di fronte a una situazione sconosciuta che può risultare ostile. Per questo motivo è importante educare il cittadino e formarlo riguardo le nozioni base della materia, per evitare che si crei un'interruzione nella catena della continuità assistenziale, fondamentale per la risoluzione della condizione.

Una strada alternativa, rispetto a quella appena enunciata, vede l'attivazione diretta del territorio senza il coinvolgimento in primis dell'azienda ospedaliera. In questo caso professionisti che operano a livello territoriale, come nel caso degli infermieri esperti in *wound care*, prestano i propri servizi nei confronti del paziente a livello domiciliare in autonomia.

È importante sottolineare che in quest'ultimo caso il professionista potrà sempre rivolgersi ad esperti che operano all'interno dell'ospedale, per avere un confronto e per analizzare, tramite un team multidisciplinare, il caso clinico, ed insieme scegliere le strategie terapeutiche migliori per la risoluzione della condizione.

È quindi fondamentale rimarcare l'importanza che ha la continuità assistenziale per questa tipologia di pazienti, che vedono la maggior parte del lavoro svolgersi al di fuori dell'ospedale e in collaborazione con figure esperte e non, per raggiungere la risoluzione completa del caso.

10. PROPOSTA

La proposta che viene enunciata con questa tesi è la possibilità di fornire materiale informativo a tutti i soggetti non professionisti che hanno un conoscente con Lesioni da Pressione.

L'opuscolo è stato creato proprio con lo scopo e il fine d'informare il cittadino su quelli che sono gli aspetti generali e utili riguardanti l'argomento.

A molti di loro è affidata la gestione di un paziente portatore di Lesioni da Pressione e, molto spesso, si trovano di fronte a una condizione che non conoscono.

L'opuscolo è formato da trenta pagine, all'interno delle quali sono stati spiegati, in modo semplificato, tutti gli aspetti appena trattati.

All'interno è spiegato il perché la gestione del paziente non viene affidata esclusivamente all'ospedale e si ha la necessità della loro collaborazione nel processo terapeutico.

Nelle prime pagine sono state introdotte quelle che sono nozioni base per la vita quotidiana (mobilizzazione, alimentazione e cura della pelle). Per quanto scontate possano sembrare, sono particolari che vengono trascurati costantemente, per questo motivo è importante focalizzarsi su questi aspetti, che possiamo considerare la base del processo di guarigione.

È stata data la definizione specifica di Lesione da Pressione, con la consapevolezza che alcune parole possono risultare ostili al lettore, ma è stata introdotta proprio per cercare di rendere il più professionale possibile uno strumento adatto a tutti. In quanto non si preclude che alcuni dei soggetti a cui è destinato l'opuscolo, siano in realtà professionisti che hanno dimestichezza con la materia.

All'interno sono state elencate le classificazioni delle lesioni con annesse immagini, per cercare di facilitare il cittadino nel riconoscimento della Lesione. La sola spiegazione sarebbe potuta sembrare complicata data la presenza di termini specifici, essenziali per la classificazione.

Sono presenti scale di valutazione, quali Braden e Push tool.

Quest'ultime sono state inserite per agevolare il lavoro dei professionisti. Se viene effettuata una valutazione periodica dal cittadino si potrà valutare l'andamento periodico dato da dati certi.

Si potrà basare il piano terapeutico e i suoi cambiamenti su quelli che sono dati oggettivi rilevati dai *caregiver*. Di conseguenza la valutazione non verrà effettuata solo

il giorno dell'incontro con gli esperti ma si potrà valutare un percorso continuativo, che riguarda sia le condizioni generali del paziente, con i suoi relativi fattori di rischio (Braden), sia l'andamento della ferita (Push Tool).

L'acronimo T.I.M.E è stato inserito perché è comunque un passaggio fondamentale nella gestione del paziente, ma non ci si aspetta che il cittadino conosca tutte le nozioni sopraelencate. All'interno dell'opuscolo è stata inserita solo la definizione annessa ad ogni singola lettera dell'acronimo, per far entrare il lettore nell'ottica di un ulteriore passaggio che però non spetta loro trattare. È stato inserito come un elemento tipico del professionista ma che è giusto che il cittadino conosca in modo generale.

La parte più concreta del progetto consiste nell'introdurre, tramite tabelle, tutte le medicazioni, considerate più idonee, per i singoli stadi.

Sarà compito del professionista scegliere la medicazione più idonea tra quelle proposte. Al *caregiver* spetta il compito di eseguire la medicazione indicata e gli obiettivi dati per ogni singolo stadio, avendo premura di rispettare anche gli *allert*.

Gli *allert* sono semplici consigli di buona pratica nella gestione delle lesioni, nei vari stadi. Sono indicati con un segno di "pericolo" proprio per creare nel destinatario l'attenzione a quegli aspetti, che se non appresi, sono fonte di errore.

In fine è stato inserito anche un paragrafo sulla gestione del dolore.

Si è visto, infatti, che queste ferite sono molto dolorose per i pazienti e il cambio della medicazione può diventare un momento ostico per il soggetto. È giusto essere consapevoli che il dolore è una condizione comune per questa tipologia di pazienti e che nel creare dolore non si sta sbagliando manovra. Molto spesso si ha la paura che il dolore sia dato da inesperienza, non è così. Il dolore è tipico in questi pazienti, per questo sono state introdotte tecniche per cercare di alleviarlo ma comunque è inevitabile la rimozione completa.

Il progetto comprende una seconda parte, cioè la creazione di tabelle destinate all'azienda.

Al loro interno sono riportate le stesse nozioni presenti all'interno delle tabelle dell'opuscolo. Questo perché si voleva cerca di creare un collegamento il più coerente possibile attraverso uno strumento in comune che utilizzasse lo stesso metodo e con gli stessi materiali e obiettivi.

Ad oggi all'interno dell'azienda Ospedaliera Universitaria, Ospedali Riuniti di Ancona, è presente uno strumento semplificato che ha come destinatario i professionisti che operano all'interno dell'azienda.

È stato considerato un ottimo strumento per i professionisti e quindi la proposta del progetto, dedicata all'azienda, ad oggi non è in uso.

Lo strumento presente, comunque, è in linea con le nozioni date dall'opuscolo e quindi ci si aspetta una collaborazione ottimale tra azienda e territorio.

Non è richiesta una conoscenza specifica e non ci si aspetta che il *caregiver* vada a sostituire la figura del professionista, ma che acquisisca una consapevolezza della situazione e una conoscenza di base che si presume porteranno a un miglioramento della collaborazione, della gestione e della prevenzione di questa condizione cronica.

11. CONCLUSIONI

È importante, quindi, riconoscere la presenza di infermieri qualificati nella gestione delle ferite *difficili*. Molti operatori in possesso di master di primo livello lavorano in ambito territoriale per gestire questa condizione sempre più in aumento.

È da considerarsi però che la richiesta che viene fatta dai cittadini è maggiore rispetto ai servizi che possono garantire azienda e territorio.

Per questo motivo è stato creato l'opuscolo illustrativo, per andare ad aiutare tutte quelle famiglie che hanno un membro portatore di Lesioni da Pressione e che necessitano di medicazioni molto frequenti e a cui non può essere assicurato uno specialista ogni qualvolta sia necessario. L'obiettivo è quindi quello di formare, anche se con nozioni base, il cittadino e istruirlo nella gestione al fine di collaborare con il territorio e l'azienda per la salvaguardia e il miglioramento della salute del paziente.

L'opuscolo non implica il completo distacco del cittadino nei confronti dell'azienda e del territorio, anzi, è stato creato per elaborare un sistema unito e competente.

I limiti di questo progetto sono dati dal fatto che ancora non è stato somministrato l'opuscolo ai cittadini.

I fini con cui è stato creato questo progetto sono già stati enunciati, ma non si ha la certezza che essi possano essere rispettati vista la mancata partecipazione del pubblico al progetto.

Questo opuscolo viene presentato come una proposta per il territorio e l'azienda, con la speranza che la sua applicazione porti ai risultati desiderati.

La progettazione e la revisione è stata effettuata in collaborazione sia con il dott. Mercuri Maurizio, direttore attività didattica professionalizzante, nonché docente in infermieristica applicata alla chirurgia generale e specialistica sia con il Proff. Scalise Alessandro, specialista in ambito della chirurgia plastica ed esperto di ferite difficili.

Ci si aspetta, in seguito, la possibilità di validare l'opuscolo tramite esperti e di esportarlo a livello territoriale tramite la collaborazione degli ambulatori, addetti al trattamento delle ferite difficili, nella regione Marche.

12. BIBLIOGRAFIA

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Heasler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.
2. 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.
3. Carnali M., Nicolini M., & Paolinelli M. [Et. Al].
Procedura AV2. Prevenzione e cure lesioni da pressione. Professioni sanitarie area infermieristico-ostetricia AV2.
4. Scalise, A., 2015. Lesioni Cutanee Croniche. Milano: Edra.
5. Commissione Regionale Dispositivi Medici, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione. Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche. Allegato 1: Protocollo di trattamento delle lesioni da pressione. Servizio Assistenziale Territoriale – Area Farmaco e Dispositivi Medici, gennaio 2016.
6. Bonadeo, P. e Marazzi, M., 2004. Wound Bed Preparation: Evoluzione della Pratica Clinica Secondo I Principi Del TIME. Aretrè.
7. Commissione Regionale Dispositivi Medici, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione. Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche. Allegato 4: Scale di valutazione delle lesioni cutanee. Servizio Assistenziale Territoriale – Area Farmaco e Dispositivi medici, gennaio 2016.

8. British Journal of Nursing 2019, vol 28, No 6. TIssue Viability Supplement.
T.I.M.E to improve patient outcomes: optimising wound care through a clinical decision support tool.
9. European Wound Management Association (EWMA).
Position Document: Management of wound infection. Londra: MEP Ltd,2006.
10. Fnopi.it. 2020. [online] Available at: <<https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/ELENCO-COMPLETO-MASTER.pdf>> [Accessed 25 March 2020].
11. LeBlanc, K. and Woo, K., 2017. Foundations Of Best Practice For Skin And Wound Management / Best Practice Recommendations For The Prevention And Mngement Of Skin Tears. Canada.
12. Legge 1 Febbraio 2006, n.43, “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al governo per l’istituzione dei relativi ordini professionali”.
13. Marazzi, M. and Falcone, L., 2016. Le Ferite Difficili: Linee Guida Di Trattamento.
14. Swanson T., Duynhoven K., & Johnstone D.
Using the new T.I.M.E Clinical Decision Support Tool to promoter consistent holistic wound management and eliminate variation in practice at the Cambourne Medicial Clinic, Austrialia: Part 1. Wounds international 2019.
15. Treccani.it. 2020. Medicazióne In Vocabolario - Treccani. [online] Available at: <<http://www.treccani.it/vocabolario/medicazione/>> [Accessed 25 March 2020].
16. 2019. ANNUARIO STATISTICO ITALIANO. [S.l.]: IST NAZ DI STATISTICA
17. Demo.istat.it. 2020. Demo-Geodemo. - Mappe, Popolazione, Statistiche Demografiche Dell'istat. [online] Available at: <http://demo.istat.it/altridati/previsioni_naz/> [Accessed 6 April 2020].

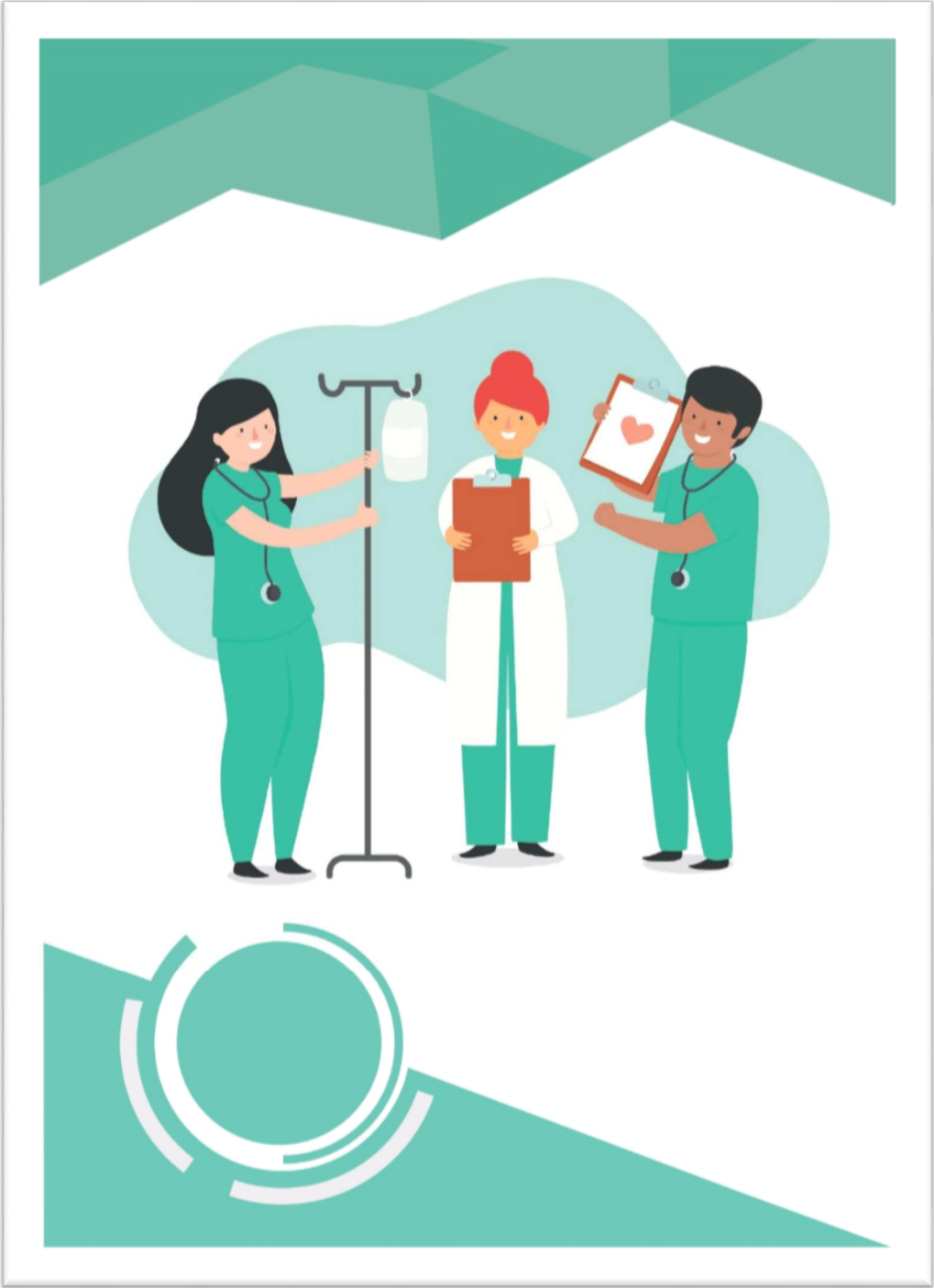
18. REGOLAMENTO REGIONALE 18 gennaio 2007, n. 4 “Regolamento Regionale attuativo della legge regionale 10 luglio 2006, n. 19”.

19. Muraro, G., 2007. Politiche Sanitarie. Roma.

20. Torres, F. and Pavese, I., 2008. La Continuità Assistenziale Per L’Anziano Fragile Ed Il “Percorso Di Cura” Nella Rete Dei Servizi.

13. ALLEGATO







Indice

PREMESSA	4
1. LESIONI DA PRESSIONE	5
A. DEFINIZIONE	5
B. STRATEGIE	6
▶ POSIZIONAMENTO	6
▶ ALIMENTAZIONE	9
▶ CUTE	12
C. SCALA DI BRADEN	13
2. CLASSIFICAZIONE	14
A. STADIAZIONE	14
B. PUSH TOOL	17
3. MEDICAZIONE	19
A. T.I.M.E.	19
B. MEDICAZIONE	21
▶ 1° STADIO	21
▶ 2° STADIO	22
▶ 3° E 4° STADIO	23
▶ LESIONE NECROTICA	24
▶ LESIONE INFETTA	25
C. GESTIONE DEL DOLORE	26
BIBLIOGRAFIA	28

.....



Premessa

Le lesioni da pressione sono una condizione molto frequente, legata a fattori di rischio che stanno aumentando, l'invecchiamento della popolazione, che ha visto un notevole incremento, e a causa di fenomeni traumatici. Rappresentano una condizione cronica, e proprio per questo motivo il paziente portatore di lesione da pressione non viene trattato solo in ospedale, ma per la maggior parte del tempo i trattamenti si svolgono a domicilio.

Diverse sono le motivazioni:

- la degenza sarebbe molto lunga, in quanto questa tipologia di ferita ha tempi di guarigione lenti e di conseguenza il soggetto sarebbe costretto ad un'ospedalizzazione prolungata ed inutile;
- si permette al soggetto di vivere il trattamento in un ambiente conosciuto con maggior coping; infatti è stato dimostrato che i pazienti vivono meglio il trattamento in luoghi che frequentano quotidianamente e con i propri cari;
- l'elevato costo che comporterebbe il trattamento per l'azienda.

Per questo motivo è stato creato questo opuscolo, per aiutare il soggetto a comprendere la propria condizione e a capire come trattarla nel migliore dei modi. Il lavoro che bisognerebbe svolgere è una collaborazione attiva con le strutture a cui si fa riferimento, formando il soggetto a svolgere tecniche semplici per le medicazioni e consigli per la vita quotidiana.



1. LESIONI DA PRESSIONE

A. COSA SONO?

Definizione dell' NPUAP- EPUAP:

Un'ulcera da pressione è una lesione localizzata alla cute e/o agli strati sottostanti, generalmente in corrispondenza di una prominenza ossea, quale risultato di pressione, o pressione in combinazione con forze di taglio. Numerosi fattori contribuenti o confondenti sono associati con le ulcere da pressione.

Vi è però da considerare che la pressione che porta allo sviluppo della lesione cambia in base alla posizione del paziente e ad altri fattori che possiamo distinguere in fattori locali e fattori di tipo sistemico.

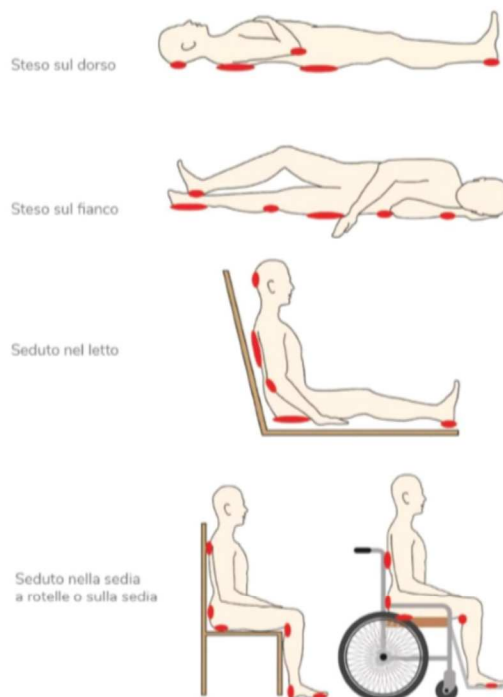
Fattori locali: forze di stiramento, attrito, macerazione della cute, corpi estranei e inadeguata rimozione della compressione del paziente allettato.

Fattori generali o di tipo sistemici: età, riduzione della mobilità, malnutrizione, ipoalbuminemia, iposideremia, incontinenza e stato immunitario.

B. STRATEGIE PREVENTIVE

► POSIZIONAMENTO

Il posizionamento del paziente a rischio di sviluppare lesioni da pressione è fondamentale. La movimentazione permette l'alternarsi delle sedi ove si esercita maggior pressione, e quindi si ridurrà la durata di esposizione a forze che portano il tessuto a soffrire.



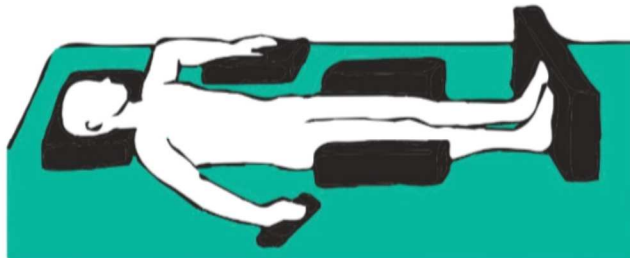
In rosso sono evidenziate le aree a rischio di sviluppare lesioni da pressione.

Il riposizionamento dovrebbe essere eseguito con una scadenza di 2 ore per il soggetto allettato e ogni 15-20 minuti per il soggetto seduto in carrozzina. Nella movimentazione dobbiamo considerare tutto il corpo e non solo la zona dove viene esercitata maggior pressione quindi andremo ad attuare delle manovre che porteranno il soggetto ad assumere diverse posizioni, così da variare le zone di pressione del corpo.

▷ **POSIZIONE SUPINA**

Importante in questa posizione è assicurare che gli arti siano in scarico, questo serve per migliorare il ritorno venoso.

Per raggiungere questo obiettivo abbiamo bisogno di cuscini o lenzuoli da poter piegare e li andremo a posizionare: sotto gli arti superiori partendo dall'articolazione scapolo-omerale e avendo l'accortezza di allineare l'arto lungo la linea del tronco e di lasciare le mani aperte; un altro dovrà essere posizionato a i lati degli arti inferiori e, cercando di evitare che il piede si fletta, si potrebbe utilizzare un archetto in modo tale da non permettere alle coperte di spingere il piede e flettersi e posizionando un ulteriore sostegno.



▷ **POSIZIONE DECUBITO LATERALE**

(è consigliata la partecipazione di due soggetti)

Per far assumere questa posizione è sufficiente utilizzare quattro cuscini.

- Il primo è il cuscino al capo del paziente.

- Il secondo lo posizioneremo a livello del rachide cervicale per mantenere in scarico la spalla su cui poggia il paziente.

- Il terzo dovrà essere posto tra gli arti inferiori e sostenere l'arto non a contatto con il letto.

- In fine l'ultimo lo possiamo sistemare sotto il braccio anche esso non a contatto con il letto.



▷ **POSIZIONE PRONA**

In questa posizione il corpo giace sull'addome con le mani ai lati del capo e la testa piegata di lato (consigliata per i pazienti che hanno bisogno di drenare dalla bocca ma sconsigliata per chi ha problemi respiratori, cardiaci o chi ha subito intervento chirurgico addominale da poco).

In questo caso posizioniamo un cuscino sotto la testa, uno a livello del torace e un ultimo negli arti inferiori a livello dello stinco per evitare la formazione del piede equino.





► ALIMENTAZIONE

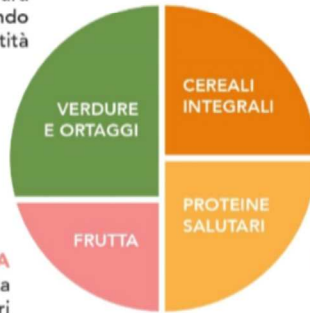
Un'alimentazione sana contribuisce a mantenere l'energia quotidiana fondamentale per il buon funzionamento dell'organismo.

Proprio per questo motivo è importante effettuare periodicamente una valutazione dello stato nutrizione del soggetto affetto da lesione da pressione, valutando insieme ad esso anche l'eventuale perdita o aumento di peso, la capacità del soggetto di nutrirsi in modo autonomo e documentando il tutto.

È consigliata anche un'eventuale visita con un professionista per una valutazione completa.

Il piatto sano

VERDURE E ORTAGGI
Mangiate molta verdura e ortaggi, variando frequentemente la quantità



FRUTTA
Mangiate molta frutta variando i colori

CEREALI INTEGRALI
Mangiate cereali integrali (pasta, riso e pane) evitando i cereali raffinati (riso bianco e pane)

PROTEINE "SALUTARI"
Preferite il pesce, le carni bianche, i legumi e la frutta a guscio. Limitate le carni rosse. Evitate gli affettati e le carni trasformate



OLI VEGETALI
Per cucinare usate oli vegetali (in particolare olio e.v. di oliva). Limitare il burro ed evitate i grassi trans



ACQUA
Bevete acqua, tea o caffè (con poco zucchero o senza)

Ci concentreremo su elementi fondamentali della nostra alimentazione ed importantissimi nel processo di guarigione e sono: proteine, idratazione, vitamine e minerali.

PROTEINE

Fornire un apporto proteico adeguato permette di migliorare ed agevolare i processi di rivascularizzazione, rigenerazione dei tessuti e cicatrizzazione, riportando il bilancio azotato in positivo . Il fabbisogno consigliato in questa tipologia di pazienti aumenta da 0,8-1gr/kg passiamo a 1,25- 1,50gr/kg.

IDRATAZIONE

Ha un ruolo importante all'interno del processo di metabolizzazione, serve, infatti, a solvere le sostanze nutritive e a trasportarle eliminando i prodotti di rifiuto formati dal nostro organismo.

Per valutare facilmente lo stato nutrizionale del soggetto basta controllare: mucose, pelle, urine e anche i cambiamenti di peso. Nell'eventualità in cui il soggetto avesse difficoltà nell'assunzione di sostanze liquide si consiglia l'utilizzo di acqua gel o addensati .

VITAMINE E MINERALI

Il nostro organismo metabolizza diverse tipologie di vitamine e minerali e tutti hanno compiti differenti. In questo caso fondamentale è l'assunzione di vitamine di tipo A, C ed E (perché svolgono un ruolo chiave nel processo di sintesi del collagene) e di minerali (che partecipano nella fase di riepitelizzazione).



► CUTE

Valutare in modo continuativo la cute ci permette di andare ad individuare i primi segni di una possibile lesione, specialmente in corrispondenza delle prominenze ossee.

Proprio per questo motivo bisognerebbe condurre una valutazione testa-piedi documentando i risultati ogni qual volta si effettua il controllo e soffermandosi in particolar modo nelle zone eritematose (possibile degenerazione e formazione di una lesione da pressione).

Quest'ultimo segno ci indica che il corpo ha esercitato forze troppo elevate in quel punto e quindi bene evitare di riposizionare il paziente su quell'area in modo da evitare il danno anossico.

Le forze che possono agire sulla superficie deteriorandola sono quattro: pressione (il nostro corpo reagisce ai cambiamenti di pressione in modo efficace, ma quando esercitiamo per un periodo troppo elevato questa forza andiamo a creare zone di ipossia e di conseguenza un danno del tessuto), stiramento(sono date dallo scivolamento e generano forze di taglio che vanno a deformare il tessuto), attrito e frizione(forza esercitata da due superfici che si muovono l'una contro l'altra).

Alcune strategie che si possono attuare per evitare che la cute si laceri:

- Effettuare l'igiene utilizzando sapone neutro
- Evitare la formazione di pieghe negli indumenti e lenzuola
- Mantenere la cute pulita e asciutta
- Gestire l'incontinenza (cambiare spesso il pannolino per evitare che la cute rimanga troppo tempo a contatto con materiale irritante come sudore, urine e feci)
- Utilizzare creme idratanti per idratare la cute secca
- Non massaggiare la cute in corrispondenza delle prominenze ossee

C. SCALA DI BRADEN

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI LESIONI DA PRESSIONE

Ad aiutarci nella valutazione di quelli che sono i soggetti a rischio di sviluppare lesioni da pressione possiamo utilizzare strumenti come la scala di Braden. Consiste nell'assegnare un punteggio in base alle condizioni del paziente per quanto riguarda un determinato ambito; la valutazione dovrebbe essere fatta appena si prende in carico il soggetto e ripetuta dopo 14 giorni o nel momento in cui le condizioni del paziente si modificano.

INDICATORI	PUNTEGGIO			
	1	2	3	4
PERCEZIONE SENSORIALE	TOTALMENTE LIMITATA	MOLTO LIMITATA	LEGGERMENTE LIMITATA	NON LIMITATA
MACERAZIONE	COSTANTEMENTE UMIDA	MOLTO UMIDA	OCCASIONALMENTE UMIDA	RARAMENTE UMIDA
ATTIVITÀ	ALLETTATO	IN POLTRONA	CAMMINA OCCASIONALMENTE	CAMMINA SPESSO
MOBILITÀ	COMPLETAMENTE IMMOBILE	MOLTO LIMITATA	PARZIALMENTE LIMITATA	NON LIMITATA
NUTRIZIONE	MOLTO POVERA	PROBABILMENTE POVERA	ADEGUATA	OTTIMALE
FRIZIONE E SCIVOLAMENTO	PROBLEMA PRESENTE	PROBLEMA POTENZIALE	PROBLEMA ASSENTE	X

Data					
Punteggio					

< 16	Grave rischio di compromissione dell'integrità cutanea
= 16	Rischio di compromissione dell'integrità cutanea
da 16 a 18	Lieve rischio di compromissione dell'integrità cutanea
> 18	Non presenta rischi di compromissione dell'integrità cutanea



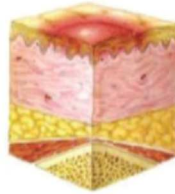
2. CLASSIFICAZIONE

A. STADIAZIONE

Tramite la stadiazione effettuata dal NPUAP/EPUAP possiamo distinguere 4 stadi a cui attribuire varie tipologie di lesione da pressione.

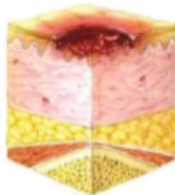
► 1° STADIO

Cute intatta con edema irreversibile alla digitopressione, solitamente localizzato in corrispondenza di prominenze ossee.



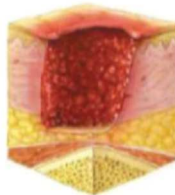
► 2° STADIO

Perdita di spessore parziale che si può presentare con due modalità differenti:
1. ulcera aperta con un letto rosso/rosa
2. ulcera chiusa e si presenta come una vescicola piena di siero



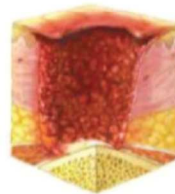
► 3° STADIO

Perdita a tutto spessore, riguarda una degenerazione dei tessuti fino a tendini e muscoli, senza che quest'ultimi vengano intaccati. Può essere presente tessuto devitalizzato e includere sottominature e tunnelizzazione.



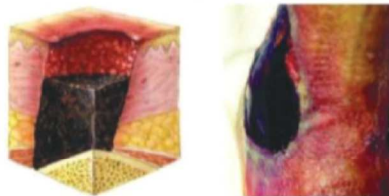
► 4° STADIO

Perdita a tutto spessore, i tessuti coinvolti arrivano fino alle strutture ossee esponendole. Possono essere presenti isole di tessuto necrotico nel letto della ferita. La tunnelizzazione e gli scollamenti dei tessuti sono molto frequenti.



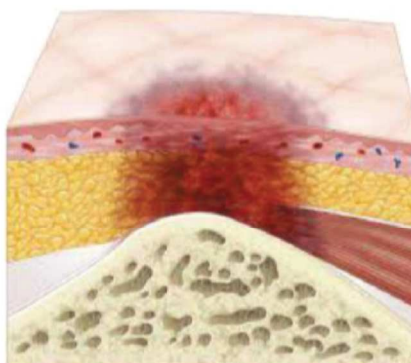
► NON STADIABILE

Questa tipologia di ulcera viene definita instadiabile perché presenta uno strato di tessuto necrotico su tutto il letto della ferita. Fino a che quest'ultimo non viene rimosso è impossibile classificare la ferita secondo gli stadi indicati, dovrà essere eseguito il debridement (sbrigliamento).



► SOSPETTO DANNO PROFONDO

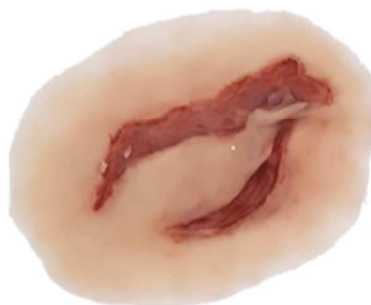
Area di colore viola o marrone e la cute è intatta ma scolorita oppure si potrebbe presentare come una flittene piena di sangue, questo è dovuto a un danno dei tessuti molli.



► SKIN TEARS

Sono ferite causate "da taglio, frizione" e/o corpo contundente con la conseguente separazione di strati di pelle.

Una skin tears può essere a spessore parziale (separazione dell'epidermide dal derma) o a spessore intero (separazione dell'epidermide e del derma dalle strutture sottostanti).



B. PUSH TOOL

Una volta che abbiamo stadiato la ferita, in base alle caratteristiche sopra elencate, dobbiamo andare a verificare altre proprietà della lesione, ovvero: lunghezza, larghezza, quantità di essudato e tipo di tessuto.

LUNGHEZZA- LARGHEZZA

bisogna misurare la massima larghezza e la massima lunghezza utilizzando un righello e moltiplicando i due valori ottenuti per ricavarne una stima dell'area lesionata.

QUANTITÀ DI ESSUDATO

valutare la quantità di essudato dopo aver rimosso la medicazione vecchia e subito prima di aver posizionato la nuova. Lo si valuta come : abbondante, moderato, scarso o assente.

TIPO DI ESSUDATO

andiamo ad attribuire un punteggio in base alla tipologia di tessuto presente all'interno della lesione.

0 - CHIUSA	Una lesione che è richiusa tramite la formazione di tessuto neo-epiteliale
1 - TESSUTO EPITELIALE	Il tessuto neo-epiteliale non ricopre tutta l'area ma è presente ai bordi o come isole all'interno della lesione
2 - TESSUTO DI GRANULAZIONE	La ferita presenta un tipo di tessuto di colore rosso intenso e dall'aspetto lucido
3 - SLOUGH	Tessuto giallo o bianco che aderisce al letto della ferita e si presenta come filamenti o in ammassi ispessiti
4 - TESSUTO NECROTICO	Tessuto di colore nero o marrone che aderisce al letto della ferita

LUNGHEZZA X LARGHEZZA (cm ²)	0 0 cm ²	1 < 0,3 cm ²	2 0,3 - 0,6 cm ²	3 0,7 - 0,10 cm ²	4 1,1 - 2 cm ²	5 2,1 - 3 cm ²	PUNTEGGIO PARZIALE
		6 3,1 - 4 cm ²	7 4,1 - 8 cm ²	8 8,1 - 1,2 cm ²	9 12,1 - 24 cm ²	10 > 24 cm ²	
QUANTITÀ DI ESSUDATO	0 NESSUNO	1 LIEVE	2 MODERATO	3 ABBONDANTE			PUNTEGGIO PARZIALE
TIPO DI TESSUTO	0 CHIUSO	1 EPITELIALE	2 GRANULAZIONE	3 SLOGHT	4 NECROTICO		PUNTEGGIO PARZIALE
							PUNTEGGIO TOTALE

Data					
Punteggio					



3. MEDICAZIONE

A. T.I.M.E.

La prima parte del trattamento dovrebbe riguardare la wound bed preparation, ovvero, la preparazione del letto della ferita con la finalità di stimolare i processi di riparazione tissutale.

Nella gestione del letto della ferita si fa riferimento all'acronico **T.I.M.E** che indica i punti da osservare per individuare gli aspetti da correggere e su cui intervenire e, così facendo, andando a rimuovere gli elementi di ostacolo nel processo di guarigione.

T**TESSUTO NECROTICO O DEVITALIZZATO**

la presenza di tessuto necrotico e/o devitalizzato ostacola la guarigione: impedisce la valutazione delle lesioni, delle profondità della lesione e delle strutture interessate al processo ulcerativo; è focolaio di infezione, prolunga la fase infiammatoria, ostacola meccanicamente la contrazione e disturba il processo di riepitelizzazione.

I**INFEZIONE O INFIAMMAZIONE**

l'infezione ostacola la guarigione della ferita contribuendo alla sua cronicizzazione; la continua presenza di microrganismi virulenti porta a una risposta infiammatoria massiccia e persistente e l'aumento di citochine e di attività proteasica, unito alla ridotta attività dei fattori di crescita, contribuisce a danneggiare l'organismo ospite.

M**MACERAZIONE O SECCHENZA, SQUILIBRIO DEI FLUIDI**

la disidratazione cutanea rallenta la migrazione delle cellule epiteliali, mentre l'eccesso di essudato causa la macerazione dei margini della ferita e promuove un ambiente biochimico ostile che blocca l'azione dei fattori di crescita.

E**EPIDERMIDE: MARGINI CHE NON PROGREDISCONO SUL LETTO DELLA FERITA**

la mancata risposta agli stimoli dei fattori di crescita condiziona un arresto della proliferazione e della migrazione dei cheratinociti perilesionali con conseguente mancata chiusura della lesione.

B. MEDICAZIONE

► 1° STADIO

OBIETTIVI	INTERVENTO	DURATA
PREVENIRE LA DEGENERAZIONE DELLA LESIONE	RIPOSIZIONARE IL PAZIENTE	OGNI 12 ORE SE ALLETTATO
		OGNI 20 MINUTI SE IN CARROZZINA
SALVAGUARDARE LA CUTE	CREMA	
	UNGUENTO	
AUMENTARE LA PROTEZIONE	IDROCOLLOIDE	7 GIORNI
	IDROCOLLOIDE EXTRASOTTILE	7 GIORNI
	SCHIUMA IN POLIURETANO	7 GIORNI
RIDURRE FRIZIONE	FILM SEMIPERMEABILE TRASPARENTE	7 GIORNI
GESTIONE DEL DOLORE		

Collagene: es. CONDRESS, BIONECT
Idrocolloidi: es. COMFEEL, DUODERM
Schiuma di poliuretano: es. BIATAIN, ALLEVYN
Film semipermeabile trasparente: es. TEGADERM



**NON MASSAGGIARE LA CUTE VIGOROSAMENTE
MENTRE SI APPLICANO I PRODOTTI**

► 2° STADIO

OBIETTIVI	INTERVENTO		DURATA
PREVENIRE LA DEGENERAZIONE DELLA LESIONE	RIPOSIZIONARE IL PAZIENTE		OGNI 12 ORE SE ALLETTATO
			OGNI 20 MINUTI SE IN CARROZZINA
RIPRISTINARE LA VASCULARIZZAZIONE	MEDICAZIONE PRIMARIA	IDROCOLLODI	7 GIORNI
		COLLAGENE	7 GIORNI
FAVORIRE LA RICOSTRUZIONE TESSUTUALE	MEDICAZIONE SECONDARIA	IDROGEL	3 GIORNI
		SCHIUMA DI POLIURETANO	7 GIORNI
EVITARE LA ROTTURA DELLA FLITTENE	SCHIUMA DI POLIURETANO		7 GIORNI
	IDROCCOLODI		7 GIORNI
	GARZA A BASSA ADERENZA		2/3 GIORNI
GESTIONE DEL DOLORE			

Collagene: es. CONDRESS, BIONECT
 Idrocolloidi: es. COMFEEL, DUODERM
 Idrogeli: es. NUGEL, INTRASITE GEL
 Schiuma di poliuretano: es. BIATAIN, ALLEVYN



**NON UTILIZZARE PRODOTTI A BASE DI ARGENTO;
 PRODOTTI COLORANTI; CREME A BASE DI CORTISONE
 NON FORARE LE FLITTENE A MENO CHE ESSE NON SIANO
 A RISCHIO ROTTURA, IN QUESTO CASO ASPIRARE IL
 CONTENUTO CON TECNICA ASETTICA, AVENDO CURA
 DI NON RIMUOVERE IL TETTO DELLA FERITA**

► **3° / 4° STADIO**

In questa tabella sono indicati i trattamenti adatti sia alle lesioni di 3° che di 4° grado in quanto hanno un uniforme tipo di trattamento

OBIETTIVI	INTERVENTO		DURATA
PREVENIRE LA DEGENERAZIONE DELLA LESIONE	RIPOSIZIONARE IL PAZIENTE		OGNI 12 ORE SE ALLETTATO
			OGNI 20 MINUTI SE IN CARROZZINA
MANTENERE UN AMBIENTE ADEGUATAMENTE UMIDO PROMUOVERE LA FORMAZIONE DI TESSUTO DI GRANULAZIONE	BASSO ESSUDATO	MED 1° IDROGEL	2/3 GIORNI
		MED 2° IDROCOLLOIDI	
	MEDIO ESSUDATO	MED 1° COLLAGENE	2/3 GIORNI
		MED 2° IDROCOLLODI	7 GIORNI
	ALTO ESSUDATO	MED 1° ALGINATI	2/3 GIORNI
		MED 2° SCHIUMA DI POLIURETANO	7 GIORNI
EVITARE LA ROTTURA DELLA FLITTENE	PRESENZA DI TESSUTO GRANULEGGIANTE	MED 1° ALGINATI O COLLAGENE	3 GIORNI 5 GIORNI
		MED 1° SCHIUMA DI POLIURETANO	7 GIORNI
GESTIONE DEL DOLORE			

Alginati: es. ALGISITE, CURASORB, SILVERCELL
 Collagene: es. CONDRESS
 Idrogeli: es. NUGEL, INTRASITE GEL
 Idrocolloidi: es. COMFEEL, DUODERM
 Schiuma di poliuretano: es. BIATAIN, ALLEVYN



NON LASCIARE ZONE SENZA MEDICAZIONE
NON ESERCITARE TROPPIA PRESSIONE SUI TESSUTI

► **LESIONE NECROTICA**

OBIETTIVI	INTERVENTO		DURATA
RIMOZIONE DEL TESSUTO NECROTICO	COLLAGENASI (DEBRIDEMENT ENZIMATICO)		24 H
FAVORIRE LA PROLIFERAZIONE DI TESSUTO SANO	MED 1°	IDROGEL (DEBRIDEMENT AUTOLITICO)	4 GIORNI
PREVENIRE LE INFEZIONI	MED 2°	IDROCOLLOIDI	7 GIORNI
		SCHIUMA DI POLIURETANO	
GESTIONE DEL DOLORE			

Collagenasi: es. BIONECT START UNGUENTO
 Idrocolloidi: es. COMFEEL PLUS, COMFEEL IDROBENDA
 Idrogel: es. INTRASITE GEL
 Schiuma di poliuretano: es. BIATAIN, ALLEVYN



IN QUESTA TIPOLOGIA DI LESIONE NON UTILIZZARE ENZIMI PROTEOLITICI SE SI HA UN ESSUDATO BASSO O IPERESSUDATO; CON IPERESSUDATO NON USARE ANCHE IDROGELI

► LESIONE INFETTA

Segni infezione locale

- Mancanza di segni di guarigione da due settimane
- Cattivo odore
- Aumento del dolore
- Aumento della temperatura del tessuto perilesionale
- Tessuto di granulazione friabile

Segni di infezione sistemica

- Espansione dell'eritema nel tessuto perilesionale
- Essudato purulento
- Aumento del dolore
- Aumento della grandezza della lesione
- Iperpiressia, malessere e ingrossamento dei linfonodi

OBIETTIVI	INTERVENTO		DURATA
DETERSIONE	UTILIZZARE • SOLUZIONE FISIOLGICA		
ANTISEPSI (se presenti almeno 2 dei segni elencati sopra. Importante eseguire una buona detersione prima e dopo l'utilizzo dell'antisettico)	UTILIZZARE • IODIOPOVIDONE 10% • CLOREXIDINA 0.05% • AMUKINE MED 0.05%		
CONTROLLARE L'INFEZIONE	MED 1°	MEDICAZIONE A BASE DI IODIO	2/3 GIORNI
RIDURRE L'INFEZIONE PROMUOVERE LA FORMAZIONE DI TESSUTO DI GRANULAZIONE	MED 2°	SCHIUMA IN POLIURETANO	
	SE SI HA MOLTO ESSUDATO	+ GARZE PAD SUPERASSORBENTE	
GESTIONE DEL DOLORE			

Medicazione a base di iodio: es. MEPILE, PHISOTULLE
Schiama in poliuretano: es. BIATAIN, ALLEVYN



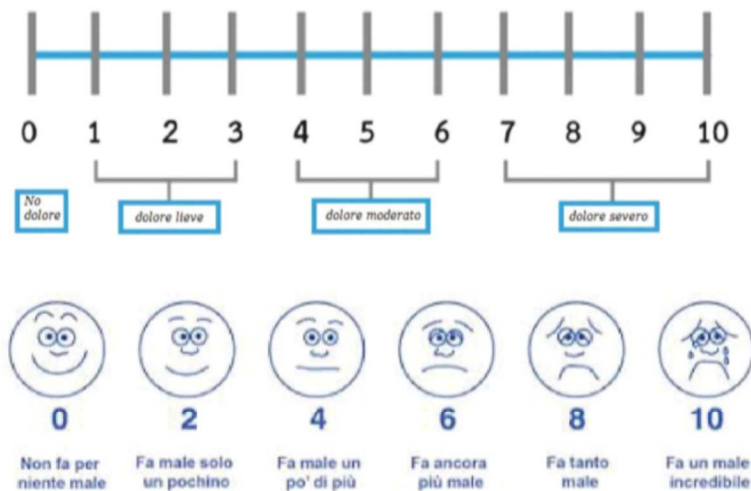
EVITARE DI EFFETTUARE TAMPONI CULTURALI IN MODO ROUTINARIO; EVITARE ACQUA OSSIGENATA E PRODOTTI COLORANTI

C. GESTIONE DEL DOLORE

Le lesioni da pressione sono ulcere dolore e i pazienti portatori riferiscono la presenza di dolore sia a riposo che durante le procedure per sostituire la medicazione, proprio per questo motivo è importante trattare il dolore.

La valutazione dovrebbe essere fatta periodicamente e registrata una volta eseguita; la stima del dolore può essere fatta con diverse modalità, la più semplice e pratica è chiedere al paziente quanto dolore ha in una scala da 1 a 10 dove 1 è nessun dolore e 10 massimo dolore (nel sottoporre il paziente a questa tipologia di valutazione considerare le condizioni mentali del soggetto).

Nel caso di neonati o persone con deficit mentali si può usare la scala di Wong-Baker.



SCALA DI WONG-BAKER



Prevenzione dell'insorgenza o dell'aumento del dolore:

- A • Usare un sollevatore o un telo per posizionare il paziente e ridurre al minimo la frizione;
- B • Vestiti e lenzuola lisci e senza pieghe;
- C • Non posizionare il soggetto nella zona dove è presente l'ulcera.

Gestione del dolore:

- A • Sollecitare il paziente a riferire all'operatore quando il dolore aumenta durante la medicazione in modo da fare piccole pause;
- B • Evitare l'utilizzo di medicazioni non aderenti;
- C • Scegliere medicazioni che richiedono il minor numero di cambi possibile;
- D • Valutare insieme al medico se necessario l'inizio di un trattamento farmacologico.

Data					
Punteggio					



BIBLIOGRAFIA

1. Bonadeo P., Marazzi M., Masina E. [Et. Al]. Aretrè.
Wound Bed Preparation: evoluzione della pratica clinica secondo i principi del TIME. 2004.
2. Carnali Maurizio, Nicolini Massimiliano, Paolinelli Massimiliano [Et. Al].
Procedura AV2. Prevenzione e cure lesioni da pressione. Professioni sanitarie area infermieristico-ostetrico-ostetricia AV2. 2018.
3. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Heasler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.
4. European Wound Management Association (EWMA).
Position Document: Management of wound infection.
Londra: MEP Ltd, 2006.
5. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance.
6. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park Australia; 2014.
7. Scalise A.
Lesioni cutanee croniche. Gestione e trattamento. Edra S.p.A 2015.



A rectangular box containing 25 horizontal lines for writing. The lines are evenly spaced and extend across most of the width of the box, leaving a small margin on both sides. The box is empty, with no text or other markings.

Facoltà di Medicina e Chirurgia
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
ANCONA



14. RINGRAZIAMENTI

Oggi si conclude un capitolo della mia vita, ma credo sia importante sottolineare che per me questo capitolo è influenzato da quelli precedenti. Sì perché quella che sono oggi è solo il risultato delle mie esperienze passate e la forma per quelle future.

Ringrazio il dott. Mercuri Maurizio e il Prof. Scalise Alessandro per avermi aiutata in questo lavoro, con il quale concludo il mio percorso universitario. Grazie per il tempo che mi avete dedicato, per l'aiuto dato nella creazione del progetto e per la fiducia riposta. Le vostre conoscenze e indicazioni sono state fondamentali per me e più di una volta mi hanno indicato la giusta direzione da seguire per arrivare alla fine. Sono fiera e felice del lavoro svolto e di questo vi sono grata.

Grazie mamma e papà per avermi permesso di scegliere la mia strada, senza impormi nulla, ma incoraggiandomi ogni giorno. Mi avete insegnato che a denti stretti e con sacrificio quello che sembra una meta lontana prima o poi si raggiunge. È vero, pensavo che la fatica fosse solo un aspetto negativo, ma la verità è quella che mi avete sempre detto: non si ha nulla regalato ma tutto guadagnato. È molto più bello raggiungere gli obiettivi con fatica, perché arrivata in cima, il tragitto percorso sembrerà solo un ricordo lontano di cui andare fiera. Grazie per avermi dato una famiglia piena di amore, per avermi regalato un'infanzia spensierata e messo le basi per un grande futuro. Grazie per avermi insegnato che le donne possono essere madri premurose e donne con una carriera senza rinunciare a niente, senza dover scegliere se essere l'una o l'altra. Avete cresciuto una piccola donna fiera di essere tale e con la convinzione di essere piena di qualità che devono essere sfruttate al massimo. E vi prometto che le sfrutterò per raggiungere ogni traguardo nel migliore dei modi e rendervi fieri di me ogni giorno.

Ringrazio Roberto, mio fratello maggiore. Anche se non te l'ho mai detto tu per me sei esempio da seguire, sei la perfetta dimostrazione che se una cosa la vuoi la puoi raggiungere. Ci sei sempre stato nei momenti di dubbio e fatica e con premura mi hai protetto e aiutato. Mamma e papà ci hanno raccontato di quando sono nata e tu hai chiesto "ma la dobbiamo portare a casa?". Direi che con questa frase il nostro rapporto è iniziato nei migliori dei modi, pieno di risate proprio come ora. Forse non eri pronto ad essere il fratello maggiore o forse ancora non ti senti pronto, ma fidati di me quando ti dico che non avrei potuto desiderare guida diversa da te.

A mio fratello minore Riccardo, grazie. Con te la differenza di età è minima e questo ci ha permesso di vivere tutte le nostre esperienze insieme, elementari, medie, superiori e ora l'università. Ti ringrazio per tutte le risate che mi fai fare, perché il tuo animo buono emerge ogni volta che ti guardo. In tanti mi hanno chiesto se fossimo gemelli e la risposta era sempre "no", ma ogni tanto sono stata tentata di mentire e dire "sì", il legame che ho con te non è quello della sorella maggiore, forse per quel ruolo basta Roberto per entrambi, con te mi sento di essere al pari, sulla stessa lunghezza d'onda e con la stessa sintonia. Però oggi voglio fingermi la sorellona e dirti che sono fiera di te e di tutto ciò che sei e grazie per avermi sempre apprezzata per quella che sono io.

Giuseppe tu sei entrato nella mia vita in modo imprevedibile, hai scombuscolato tutto e hai incasinato ogni pensiero e poi hai preso ogni pezzo e l'hai rimesso a posto. Mi hai stupito insegnandomi ad amare un estraneo e di questo ti ringrazio. Hai imparato ad amarmi per ogni mio aspetto, pregi ma soprattutto difetti, quelli che hanno spaventato tanti a te hanno acceso una miccia che ti ha legato a me e per questo ti sono grata. Sei presenza, premura e costanza e non potevo immaginarmi di provare un bene così grande come l'amore a quest'età. Mi hai insegnato che dalle grandi cadute ci si rialza sempre, che ogni ostacolo è superabile se ci si mette dedizione, impegno e soprattutto che è tutto più semplice se hai una spalla su cui poggiarti. Ogni volta che sei caduto io sono stata la tua spalla ma tu per me lo sei costantemente, anche per il più piccolo degli ostacoli tu mi porgi le mani e mi incoraggi dicendomi che sono una grande donna e che non mi posso fermare, ti ringrazio per il rispetto, la premura e l'amore che mi dai.

Ad Alina, la mia piccola matrioska, ti ringrazio perché sei stata prima amica e poi sorella. Hai sempre condiviso con me sorrisi e lacrime e non hai mai smesso di farmi arrabbiare e ridere allo stesso tempo.

Ti ringrazio perché sei come una di famiglia, sei come la sorella che la vita ha deciso di regalarmi, sei saggezza e bellezza in una persona e questa stupenda combinazione la vita ha deciso di donarla a me. Non so cosa ho fatto per meritarmi un essere straordinario come te nella mia vita, ma qualsiasi cosa deve essere stata grande perché sei un dono raro e prezioso. In un'amica ho trovato tanto e, per questo, ti ringrazio.

Sei bene incondizionato, amore puro e aria buona da respirare.

Ringrazio Mary per avermi insegnato che il bene vero non si consuma con la distanza. Con te il tempo sembra fermarsi, se non ti vedo per mesi mi sembra di non sentirti per qualche giorno e poi quando ti rivedo sento la mancanza ignorata salire e poi sparire perché ti ho di fronte, come se nulla fosse cambiato. Ti ringrazio perché sei assolutamente fuori dal comune, sei piena di vita e la trasmetti ad ogni respiro. Ti ringrazio perché le esperienze più particolari di questo capitolo le ho vissute con te, mi hai fatto sentire amata e desiderata e spero che rimarrai nonostante i 309 km che ci separano. Spero che tu rimanga un personaggio nel mio libro, fino all'ultimo capitolo.

Grazie alla mia Famiglia, numerosa, felice e stravagante. L'amore per voi si espande da Fano a Roma ma sono sicura che sarebbe capace di percorrere tanti altri km se ci dovessimo spargere per il mondo. A voi devo un grande grazie perché siete silenziosi ma quando ho bisogno di voi vi fate sentire a gran voce. Grazie perché mi avete insegnato tanto e siete sempre stati presenti nei momenti belli e brutti, siete forza e spensieratezza. Grazie perché avete sempre avuto una mano libera per aiutarmi quando avevo bisogno, e non importa se non ci sentiamo per diverso tempo, so che se ho bisogno basta che suono il campanello e qualcuno mi aprirà sempre.

Alle coinquiline più diverse ma perfette che avessi potuto sperare: Giulia, Elena, Sofia, Mariarita e Arianna.

Vivere fuori casa pensavo sarebbe stata un'esperienza bellissima, ma inizialmente quando tornavo nella mia città non volevo più andarmene. In quel momento però c'eravate voi e vi siete fatte spazio nella mia vita a furia di risate e piatti cucinati male. Mi avete fatto sentire a casa anche quando casa era distante, perché in fondo credo che il termine "casa" indichi per me un luogo pieno di amore dove sentirsi protetta, e voi, care coinquiline, siete stata la mia seconda casa piena d'amore da cui tornare, grazie per questo.

A Damiano, sei arrivato all'ultimo, ma sei stato come benzina per l'ultima corsa. Ti sei aperto e mi hai ascoltata ogni volta che avevo bisogno di parlare. Ricorderò per sempre quando abbiamo parlato fino alle 2:00 del mattino nel parchetto sotto casa, stanco ma presente e pronto ad accogliere ogni mia preoccupazione. Ti ringrazio per la premura del caffè prima del turno, della colazione dopo

aver fatto il turno di notte, per la porta di casa sempre aperta se ne avevo bisogno, delle risate per cose stupide ma che spazzavano via la pesantezza e per la fiducia. In te ho trovato un amico fedele su cui so che posso contare.

Ringrazio le mie compagne di viaggio: Alessia, Lisa, Martina, Valentina, Isabella, Safè, Francesca, Alessia, Debora e Michela. L'università senza di voi sarebbe stata un'esperienza diversa credo. Vi ringrazio perché mi avete aiutata creando gruppi studio improbabili ma efficaci, per i pranzi pieni di spensieratezza, per le pause caffè che duravano più dello studio vero e proprio. Grazie perché siete state presenti quando pensavo di non farcela, prima e dopo ogni esame, voi eravate lì pronte a sapere com'era andata, e se era andata bene eravate pronte a festeggiare e se non era andata allora eravate lì per dire che la prossima volta avrei avuto la meglio io.

Barbara e Federica, l'amicizia con voi ormai non ha più tempo e non neavrà mai penso. Vi ringrazio perché mi avete dato un'amicizia pura, semplice e duratura. Voi siete presenti da quando sono nata e non ve ne siete mai andate, siete rimaste lì sempre, gioia o dolore voi eravate pronte ad accogliermi. Grazie perché so che non importa come va, un domani voi sarete lì proprio come lo siete sempre state.

Grazie alle mie guide in questo percorso: Mara, Anna Rita, Claudia e Sabina. Il mio percorso è stato diverso e voi avete disegnato per me una strada alternativa per farmi raggiungere insieme ai miei compagni la vetta. Grazie per avermi dedicato tempo e pazienza, per avermi supportato e per avermi insegnato tutto ciò che potevo imparare. Ad oggi non mi sento di essere partita svantaggiata, e questo è anche grazie a voi e al vostro impegno nei miei confronti e di questo non posso che ringraziarvi immensamente.

Grazie a tutti gli infermieri e medici che mi hanno insegnato a nuotare in un mare mosso ma percorribile se affrontato con grinta. Siete stati maestri, amici e guide, vi ringrazio per avermi dato fiducia quando pensavo di non essere in grado e per avermi insegnato tutte quelle nozioni che si possono imparare solo se le si vive. Mi avete insegnato a gestire le emozioni e mi avete resa consapevole che la vita è un dono che bisogna tenere con cura. Mi avete insegnato a manipolare le lacrime e a trasformarle in grinta, i sorrisi in serietà se necessario e la serietà in sorrisi se c'era troppa tensione. Grazie perché alcuni di voi sono stati maestri che non scorderò mai.

