



Deliberazione del Direttore Generale N. 527 del 30/06/2022

Proponente: Il Direttore UOC RISK MANAGEMENT

Oggetto: ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 30/06/2022 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

ESECUTIVITA'

Atto immediatamente esecutivo

TRASMISSIONE

La trasmissione di copia della presente Deliberazione è effettuata al Collegio Sindacale e ai destinatari indicati nell'atto nelle modalità previste dalla normativa vigente. L'inoltro alle UU. OO. aziendali avverrà in forma digitale ai sensi degli artt. 22 e 45 D.gs. n° 82/2005 e s.m.i. e secondo il regolamento aziendale in materia.

UOC AFFARI GENERALI
Direttore Eduardo Chianese

ELENCO FIRMATARI

Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE

Angela Annecchiarico - DIREZIONE SANITARIA

Danilo Lisi - UOC RISK MANAGEMENT

Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI

Oggetto: ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

IL Direttore p.t. UOC RISK MANAGEMENT

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e s.m.i.

Premesso

- **che** la sicurezza del paziente all'interno delle organizzazioni sanitarie è obiettivo rilevante dei processi assistenziali in ragione del fatto che detti processi possono essere gravati da incidenti non voluti prevenibili attraverso interventi preventivi che riguardano la struttura, le procedure e la formazione degli operatori;
- **che** le Lesioni da Pressione rappresentano una condizione morbosa, molto frequente, ma potenzialmente prevenibile, che si sviluppa in pazienti ad alto rischio quali anziani o soggetti con grave compromissione dell'autonomia;
- **che** le Lesioni da Pressione rappresentano uno degli indicatori più rilevanti della qualità dell'assistenza, nonché uno dei principali rischi in sanità;
- **che** una precoce valutazione del rischio e un'adeguata prevenzione svolgono un ruolo determinante nel prevenire la comparsa o la progressione delle lesioni nonché la deflazione del contenzioso.
- **che** l'adozione e l'osservanza di Istruzioni operative per la prevenzione e la gestione delle Lesioni da Pressione elaborate sulla scorta delle evidenze scientifiche disponibili contribuiscono a ridurre l'incidenza;
- **che** per l'AORN di Caserta la prevenzione e la gestione del rischio clinico costituiscono un'esigenza prioritaria per l'ottimizzazione della qualità dell'assistenza sanitaria, sia sotto l'aspetto dell'appropriatezza che della sicurezza delle cure e la deflazione del contenzioso.

Rilevato

che la Legge n. 24 del 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" si pone l'obiettivo di garantire la sicurezza delle cure quale parte costitutiva del diritto alla salute, nell'interesse dell'individuo e della collettività.

Deliberazione del Direttore Generale



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

Dato atto che

con nota protocollo 0009741/i del 24/03/2022 del Direttore p.t. uoc Risk Management, trasmessa al Direttore Sanitario, è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale per l'elaborazione di una "Procedura per la prevenzione e la gestione delle lesioni da pressione" in ottemperanza da quanto previsto dal PARM 2022.

Ritenuto

che è doveroso e conveniente per l'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta adottare una Istruzione operativa per la prevenzione e la gestione delle Lesioni da Pressione.

Attestata

la legittimità della presente proposta, che è conforme alla vigente normativa in materia.

PROPONE

1. di adottare le "Istruzioni operative per la Gestione delle Lesioni da Pressione" elaborate dal Gruppo aziendale sulla scorta delle evidenze scientifiche disponibili;
2. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, nonché a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, ai Direttori/Responsabili ed ai Coordinatori delle uu.oo. agli stessi afferenti che provvederanno a darne massima diffusione per la conseguente implementazione;
3. di rendere lo stesso immediatamente eseguibile, stante l'urgenza.

IL Direttore p.t. u.o.c. Risk Management

Dr. Danilo Lisi

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Gaetano Gubitosa

nominato con D.P.G.R.C. n. 76 del 10/06/2020

insediatosi giusta deliberazione n. 1 del 11/06/2020

Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore p.t. u.o.c. Risk Management

Acquisito il parere favorevole Direttore Sanitario Dr.ssa Angela Annecciarico e del Direttore Amministrativo Avv. Amalia Carrara sotto riportato:

Il Direttore Sanitario Dr.ssa Angela Annecciarico _____

Il Direttore Amministrativo Avv. Amalia Carrara _____

DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

ADOTTARE le "Istruzioni operative per la prevenzione e la gestione delle Lesioni da Pressione" elaborate dal Gruppo aziendale sulla scorta delle evidenze scientifiche disponibili.

TRASMETTERE copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, nonché a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, ai Direttori/Responsabili ed ai Coordinatori delle uu.oo. agli stessi afferenti che provvederanno a darne massima diffusione per la conseguente implementazione.

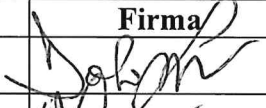
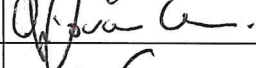

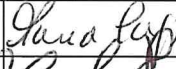




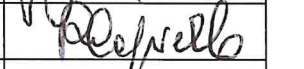
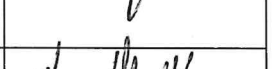






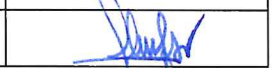
RENDERE lo stesso immediatamente eseguibile, stante l'urgenza.

**Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa**

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.

ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

Elaborazione		Firma
Lisi Danilo	Direttore p.t. u.o.c. Risk Management	
Capone Giovanna	Dirigente Farmacista u.o.c. Farmacia	
Coppola Giuseppe	Dirigente Medico u.o.c. Chirurgia Vascolare	
Misefari Raffaele	C.P.S. Infermiere u.o.c. Risk Management	
Cappabianca Maria	C.P.S. Infermiere u.o.c. Risk Management	
Lepore Margherita	C.P.S. Infermiere u.o.c. Chirurgia dei Grossi Traumi	
Totaro Simona	C.P.S. Infermiere u.o.c. Neurochirurgia	
Pellegrino Antonio	C.P.S. Infermiere u.o.c. Medicina Interna	
Giordano Vittoria	C.P.S. Infermiere u.o.c. Ortopedia e Traumatologia	
Zanotti Attilio	C.P.S. Infermiere u.o.c. Ortopedia e Traumatologia	
Capriello Rosa	Dietista u.o.c. Geriatria	
Verifica		
Mensorio Mario Massimo	Direttore u.o.c. Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari	
Casella Filomena	Dirigente Medico u.o.c. Medicina Legale	
Dello Stritto Anna	Direttore u.o.c. Farmacia	
Sgueglia Egidio	C.S.S.A. u.o.c. Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari	
Approvazione		
Anecchiarico Angela	Direttore Sanitario Aziendale	
Adozione		
Gubitosa Gaetano	Direttore Generale	

Indice

Introduzione

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Processo di valutazione del rischio e interventi assistenziali
 - 3.1 Valutazione del rischio attraverso la scala di Braden
 - 3.2 Valutazione della cute
 - 3.3 Valutazione delle caratteristiche clinico-assistenziali
- 4 Principi generali di trattamento
 - 4.1 I Stadio (cute a rischio di ulcere da pressione) Modalità operative
 - 4.2 II Stadio (Lesione Superficiale) Modalità operative
 - 4.3 III Stadio (Lesione profonda e cavitaria) Modalità operative
 - 4.4 IV Stadio (Lesione a tutto spessore) Modalità operative
5. Personale coinvolto
6. Matrice delle responsabilità
- 6 Indicatori
7. Monitoraggio
8. Bibliografia
9. Allegati
 - Allegato 1 Valutazione rischio di lesione da pressione Scala di Braden
 - Allegato 2 Valutazione del dolore Scala NRS
 - Allegato 3 Valutazione del dolore Scala PAINAD
 - Allegato 4 Schema di posizionamento giornaliero pazienti
 - Allegato 5 Scheda di valutazione / monitoraggio delle lesioni da pressione
 - Allegato 6 Modulo richiesta dispositivi a pressione negativa
 - Allegato 7 Modulo richiesta dispositivi a pressione negativa con instillazione

Introduzione

L' u.o.c. Risk Management ai sensi dell'art 2, comma 4 della legge 24/2017 ha, tra i compiti assegnati, quello di promuovere iniziative ed elaborare documenti sul tema della sicurezza delle cure.

In attuazione di tale mandato ha costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per elaborare istruzioni operative per la gestione delle Lesioni da Pressione.

La definizione di Lesione da Pressione (LdP), secondo quanto indicato dall'*American National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPAUP) e dall'*European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP), è la seguente: *“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”*.

Le Lesioni da Pressione rappresentano una condizione morbosa, molto frequente, ma potenzialmente prevenibile, che si sviluppa in pazienti ad alto rischio quali anziani o soggetti con grave compromissione dell'autonomia.

La loro comparsa può rallentare il recupero funzionale e comportare complicanze di natura infettiva, nonché determinare la comparsa di dolore e prolungare la degenza ospedaliera.

Una precoce valutazione del rischio e un'adeguata prevenzione svolgono un ruolo determinante nel prevenire la comparsa o la progressione delle lesioni nonché alla deflazione del contenzioso.

1. Scopo

Con il presente documento si è ritenuto opportuno fornire indicazioni sui comportamenti da adottare per la prevenzione e trattamento e monitoraggio delle lesioni da pressione, al fine di ridurre la variabilità dei comportamenti dei singoli operatori e garantire un'assistenza in linea con le più recenti evidenze scientifiche.

2. Campo di applicazione

Le Istruzioni operative sono rivolte a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza di pazienti potenzialmente a rischio di sviluppare e/o portatori di ulcere da pressione.

Si applicano nelle fasi di accettazione, ricovero e dimissione in tutte le uu.oo. della nostra Azienda Ospedaliera *a tutela di tutti i pazienti potenzialmente a rischio di sviluppare o portatori di LdP*.

Il Paziente che viene preso in carico nelle diverse uu.oo. può essere ricompreso in una delle seguenti tipologie:

Paziente non a rischio di Ldp

Paziente che al momento del ricovero non presenta condizioni generali e/o specifiche che possano causare o contribuire al verificarsi di un danno cutaneo da pressione (es. pazienti autonomi e deambulanti, donne ospedalizzate per il parto).

Paziente a rischio di Ldp

Paziente che al momento del ricovero o durante la degenza presenti o sviluppi condizioni cliniche che possano causare o contribuire allo sviluppo di una LdP quali:

- a) Individui costretti a letto e/o in carrozzina;
- b) Individui con limitazioni della mobilità o delle attività (ad esempio: riduzione della mobilità degli arti e della capacità di cambiare la posizione in autonomia);
- c) Individui con ridotto stato cognitivo, non in grado di percepire e/o riferire ed esprimere il proprio stato fisico;
- d) Individui candidati a interventi di chirurgia maggiore, protesica o di durata superiore alle due ore;
- e) Individui appartenenti ad alcune categorie quali, ad esempio: pazienti bariatrici; con lesioni al midollo spinale; pazienti in trattamento palliativo; pazienti in terapia intensiva; pazienti di età superiore ai 70 anni con comorbidità.

Pazienti portatore di LdP

Si intende per paziente portatore di LdP il paziente che al momento del ricovero, o nel corso della degenza, presenti danni cutanei da pressione, indipendentemente dalla localizzazione e dallo stadio lesionale.

3. Processo di valutazione del rischio e interventi assistenziali

La valutazione del rischio di LDP è la componente principale della prevenzione perché è finalizzata a identificare i soggetti maggiormente inclini a sviluppare LDP, in modo da implementare appropriati interventi per prevenirne l'insorgenza.

Non esiste attualmente un "miglior approccio" universalmente accettato per condurre la valutazione del rischio.

Vi è tuttavia un consenso che tale approccio debba essere strutturato per favorire la considerazione di tutti i fattori di rischio rilevanti ed includa:

- ✓ la somministrazione di una scala per la valutazione del rischio
- ✓ la valutazione della cute
- ✓ la valutazione delle caratteristiche clinico-assistenziali della persona che ne aumentano le probabilità di sviluppare LDP.

Indipendentemente dall'approccio utilizzato, **il giudizio clinico è ritenuto una componente essenziale** della valutazione del rischio.

Di seguito si riportano le fasi del processo di valutazione e gli interventi da mettere in atto per i pazienti a rischio e portatori di Ldp.

3.1 Valutazione del rischio attraverso la scala di Braden (Allegato 1)

Per individuare la presenza di elementi di vulnerabilità del paziente e per avere a disposizione dati chiari e confrontabili per la trasmissione delle informazioni si utilizza la scala di Braden.

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

Detta scala deve essere compilata entro le otto ore dalla presa in carico (o non appena si disponga delle informazioni necessarie) e ripetuta ogni sette giorni oppure al variare delle condizioni clinico - assistenziali del paziente ed alla dimissione.

3.2 Valutazione della cute

➤ Ispezione

Al momento della presa in carico del paziente va effettuata un'ispezione completa della cute che, nei soggetti individuati a rischio, deve essere ripetuta almeno una volta al giorno per individuare precocemente aree di rischio avendo cura di valutare con attenzione le prominenze ossee e per rilevare l'eventuale presenza di: secchezza, lacerazione, eritema, fragilità di macerazione, ipertermia, indurimento.

Nei pazienti con pelle scura l'ispezione presenta particolari difficoltà, pertanto i parametri da tenere in considerazione sono principalmente: *l'ipertermia e l'indurimento.*

In caso di difficoltà di valutazione delle lesioni da pressione in pazienti con ingessatura, altri apparecchi ortopedici, valutare la cute sotto i bordi dell'ingessatura e porre particolare attenzione al dolore indotto dalla pressione riferito dal paziente.

Nei pazienti portatori di calze elastiche, per eseguire la valutazione, le stesse vanno rimosse.

➤ Igiene

Mantenere la cute integra pulita, asciutta e idratata, effettuando le cure igieniche con acqua tiepida e sapone neutro, sciacquando e asciugando bene senza strofinare, ma tamponando delicatamente. Utilizzare detergenti che non alterano il PH della cute fisiologicamente acido e che non rimuovono il *film* idrolipidico della superficie cutanea rendendola in tal modo meno idratata e, quindi, più fragile.

Non usare soluzioni alcoliche, talco o polveri ed antibiotici ad uso locale.

E' buona norma, inoltre, riconoscere e registrare anche le prime modificazioni dello stato cutaneo del paziente (cute disidratata, squamosa, ecc.)

Controllare l'incontinenza nei pazienti a rischio di contrarre una lesione da pressione ed in quelli che ne abbiano già sviluppata una a livello sacrale e/o trocanterico, per evitare contaminazioni della ferita ed infezioni, utilizzare creme barriera.

I dispositivi maggiormente utilizzati per gestire l'incontinenza urinaria sono: pannoloni, condom, cateteri vescicali.

3.3 Valutazione delle caratteristiche clinico-assistenziali

➤ Mobilizzazione

Lo scopo della movimentazione e del posizionamento del paziente è quello di diminuire / ridistribuire la pressione sulle differenti superfici corporee.

Per definire la frequenza del riposizionamento, occorre considerare l'entità del rischio di lesione e la superficie di supporto in uso dal paziente così come gli effetti dannosi di un riposizionamento frequente (ogni 2h) durante le ore notturne, a causa dell'interruzione del ciclo del sonno con conseguenze sulla funzione del sistema immunitario, aumentando il rischio di infezioni.

La mobilizzazione del paziente deve essere documentata in cartella con la scheda di posizionamento del paziente (**Allegato 4**) ad uso degli infermieri.

➤ Stato Nutrizionale

Valutare lo stato nutrizionale in quanto la malnutrizione rappresenta un elemento fondamentale nel favorire lo sviluppo delle lesioni cutanee.

Se alla valutazione con la scala di Braden, all'indicatore Nutrizione, dovesse corrispondere un punteggio di 1-2 (nutrizione molto povera) può essere richiesta una consulenza al servizio di nutrizione per una integrazione dietetica che preveda un adeguamento dei nutrienti necessari.

Nella valutazione dello stato nutrizionale, la Dietista farà riferimento ai criteri propri della professione.

➤ Dolore

I soggetti portatori di lesioni da pressione provano dolore correlato alla lesione che può essere quantificato e differenziato da altro dolore.

Al momento della presa in carico del paziente il dolore va quantificato, in quanto la sua presenza può ridurre l'attività motoria, la sua rivalutazione va fatta almeno una volta al giorno e comunque secondo la necessità del paziente.

Pertanto, è importante misurare l'intensità del dolore utilizzando: per i pazienti coscienti e in grado di esprimersi la scala NRS (Numeric Rating Scale - **Allegato 2**), per i pazienti non coscienti o non in grado di esprimersi la scala PAINAD (**Allegato 3**).





➤ Tipologia e Stadiazione

Indipendentemente dal tipo, agente eziologico o meccanismo patogenetico, le principali linee guida concordano sul fatto che una lesione cutanea dovrebbe essere valutata nel contesto della salute generale del soggetto che ne è portatore.

L'adozione di un sistema di stadiazione univoco è in grado di migliorare la comunicazione tra gli operatori e favorire la continuità delle cure, ed è un prerequisito indispensabile per la pianificazione delle cure.

Esistono varie proposte di classificazione delle LdP, ciò che conta è individuare precocemente lo stadio del danno tissutale e conoscerne la progressione, poiché questi sono i presupposti per una terapia adeguata.

In questo documento abbiamo adottato la classificazione clinica proposta dall'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), approvata dal NPUAP/EPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel) che individua l'evoluzione delle lesioni da decubito in 4 stadi:

	<p>STADIO I: Eritema Non Sbiancante Eritema della cute intatta non reversibile alla digito - pressione; questo è un segno premonitore dell'ulcerazione della pelle.</p>
	<p>STADIO II: Perdita Cutanea a Spessore Parziale Lesione a spessore parziale che coinvolge l'epidermide o il derma. L'ulcera è superficiale e si presenta clinicamente come un'abrasione, una vescica o una lieve cavità.</p>
	<p>STADIO III: Perdita Cutanea a Tutto Spessore Lesione a tutto spessore che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo che si può estendere fino alla fascia sottostante, ma senza attraversarla.</p>
	<p>STADIO IV: Perdita Tessutale a Tutto Spessore Lesione a tutto spessore con una distruzione estesa, necrosi tessutale o danni ai muscoli, alle ossa o alle strutture di supporto (tendini, capsula articolare ecc.).</p>

La stadiazione è propedeutica alla compilazione della scheda di valutazione della LdP (**Allegato 6**) dove vanno riportate anche le seguenti informazioni:

- ✓ Sede/Localizzazione
- ✓ Dimensioni (lunghezza larghezza profondità), forma, e margini
- ✓ Presenza di Essudato
- ✓ Fondo
- ✓ Odore
- ✓ Tipologia di Trattamento.

4 Principi generali di trattamento

Non esiste una metodica standardizzabile per il trattamento delle lesioni da decubito in quanto sono molteplici le variabili che possono concorrere alla sua evoluzione.

La guarigione di una lesione cutanea è un evento dinamico, le linee guida raccomandano di *“Valutare le LdP ad ogni cambio di medicazione per confermare l'appropriatezza dell'attuale regime di medicazione”*.

In altre parole, anche se la medicazione scelta inizialmente era giusta, con il tempo e il variare delle condizioni della ferita e del paziente potrebbe non esserlo più.

Il principio basilare è quello di favorire la guarigione rispettando l'ambiente naturale nel quale avvengono i processi di riparazione tissutale, quali la granulazione e la riepitelizzazione ed evitare le condizioni che la rallentano.

Le modalità operative per la gestione della LdP di seguito indicate sono indicative in quanto vanno personalizzate per singolo paziente in base alla tipologia e gravità.

La guarigione non sempre è l'obiettivo prefissato (es. nei pazienti terminali è molto più importante applicare un trattamento sintomatologico per la gestione di eventuale dolore, male odore, ecc.).

Di seguito si riportano delle avvertenze di carattere generale da seguire nella gestione del paziente portatore di LdP

FARE	NON FARE
Per detergere la cute utilizzare saponi a ph neutro, poco schiumogeni e non profumati, evitando residui di sapone dopo il risciacquo	Non usare soluzioni alcoliche Non utilizzare talco o polveri
Asciugare il corpo senza sfregamenti nelle zone a possibile contatto con feci ed urina, ed utilizzare creme barriera.	Non massaggiare o frizionare in modo energico tanto da eliminare il tessuto di granulazione.
Lasciare la lesione scoperta il minor tempo possibile. La rigenerazione cellulare avviene ad una temperatura che oscilla tra i 35° e i 37°C.	Non usare antibiotici locali.
Proteggere i bordi perilesionali dalla macerazione con pomate all'ossido di zinco.	Non lasciare umida la zona sacrale.
Lavare con acqua ossigenata e risciacquo con abbondante soluzione fisiologica solo nelle prime medicazioni, per la detersione della lesione (solo se la lesione è purulenta e/o in caso di sanguinamento dopo debridement chirurgico).	NON applicare creme, unguenti, prodotti barriera ecc in quantità eccessiva
Utilizzare medicazioni debordanti sulla cute perilesionale 2-3 cm dalla lesione.	Non utilizzare disinfettanti di routine.
Utilizzare medicazioni secche tradizionali dopo l'uso di uno strumento chirurgico che determina sanguinamento, solo nelle prime medicazioni.	Non incidere le lesioni al tallone con escara asciutta, se non in presenza di edema, fluttuazione o fuoriuscita di secrezioni
Usare terapia antibiotica sistemica in presenza di segni clinici d'infezione della lesione.	Non massaggiare le zone a rischio e quelle già arrossate con l'obiettivo di favorire la rivascularizzazione poiché, provocando lo scollamento dei piani cutanei, il massaggio ostacola la rigenerazione dei tessuti e i processi di angiogenesi
Nei pazienti con infezioni in atto utilizzare una tecnica sterile, mentre per tutti gli altri pazienti utilizzare una tecnica pulita.	Non utilizzare ciambelle poiché ostacolano l'apporto ematico all'area che dovrebbero proteggere e provocano danni da compressione e da frizione; infatti, spesso, l'area che corrisponde al foro della ciambella, diventa edematosa e cianotica per l'ostacolo creato alla circolazione.

Se il paziente presenta più LdP, eseguire il trattamento locale (detersione, medicazione ecc) partendo da quella meno contaminata a quella più contaminata.	Non Utilizzare guanti o sacchetti riempiti di liquido che provocano localmente congestione venosa ed edema poiché concentrano la pressione di interfaccia esclusivamente sull'area di appoggio e riducono la distribuzione della pressione anziché aumentarla.
Fissare le medicazioni avendo cura di applicare il cerotto o il film di poliuretano solo ai bordi della medicazione.	Non Posizionare il paziente completamente sul fianco, mettendolo con le gambe piegate a 90°, per evitare un appoggio prolungato sul trocantere.
Al momento della rimozione, prestare attenzione a rimuoverli delicatamente sfiandoli, cioè sollevandoli dai bordi con trazione parallela alla cute per evitare ulteriori lacerazioni cutanee.	Non Utilizzare il pannolone quando non è indispensabile e posizionare più teli monouso sopra il lenzuolo se il paziente è posizionato su una superficie terapeutica; l'interposizione di più strati tra la cute del paziente e la superficie terapeutica, ne riduce l'efficacia

I tempi di sostituzione della medicazione di seguito indicati sono solo esemplificativi.

In generale, le medicazioni andrebbero lasciate in sede il più a lungo possibile in base alle condizioni cliniche e in accordo con le istruzioni del produttore, evitando qualsiasi sostituzione inutile.

È stato infatti dimostrato che una alta frequenza di cambio determina un raffreddamento della superficie della ferita, con rallentamento della guarigione, in quanto la proliferazione cellulare raggiunge la massima velocità di replicazione ad una temperatura compresa fra 35°C e 37°C.

4.1 I Stadio (cute a rischio di ulcere da pressione) Modalità operative.

La cute risulta ancora intatta ma, alla digitopressione, l'eritema non è reversibile e segnala il rischio degenerativo.

Obiettivo: ripristinare la vascolarizzazione nella zona interessata attraverso il corretto posizionamento del paziente (fase reversibile) per prevenire l'insorgenza di lesioni.

Intervento:

- Eliminazione della compressione locale con cambi posturali e presidi antidecubito;
- Cateterizzazione permanente qualora l'incontinenza urinaria venga riconosciuta quale fattore di mancata risoluzione;
- Detersione delicata della lesione con soluzione fisiologica; asciugare tamponando;
- Utilizzare creme ad azione idratante (se la cute è secca), creme, spray ad azione protettiva (se la cute è macerata).
- Se necessario utilizzare Idrocolloidi sottili o pellicole di poliuretano come protezione alle lesioni da strimento/attrito; cambio medicazione al bisogno.

Non Utilizzare: prodotti a base di argento; antibiotici e antimicotici topici; creme a base di cortisone o acido ialuronico per la prevenzione delle LdP.

Non Massaggiare: vigorosamente la cute durante l'applicazione dei prodotti emollienti/idratanti o barriera.

4.2 II Stadio (Lesione Superficiale) Modalità operative

La lesione si presenta poco profonda e coinvolge l'epidermide e, in alcuni casi, il derma si può presentare come:

Ulcera in fase di riepitelizzazione, lesione rosa: in questa fase, è possibile osservare aree di riepitelizzazione di colore rosa traslucido al di sopra del tessuto di granulazione, costituite da cellule epiteliali migranti dai bordi dell'ulcera che avanzano in modo concentrico fino a unirsi.

Obiettivo: favorire la ricostruzione tissutale; proteggere la cute neoformata, fragile e sottile; promuovere un buon trofismo cutaneo.

Intervento:

- Eliminazione della compressione locale con cambi posturali e presidi antidecubito.
- Cateterizzazione permanente qualora l'incontinenza urinaria venga riconosciuta quale fattore di mancata risoluzione.
- **Detersione:** da effettuare ad ogni cambio di medicazione. La detersione va eseguita con Soluzione Fisiologica sterile ad una temperatura intorno ai 30°C. Allo scopo di eseguire una corretta detersione senza provocare ulteriori traumatismi all'eventuale tessuto di granulazione è consigliato l'uso di una siringa senza ago, il getto deve essere in grado di rimuovere i residui dell'eventuale medicazione precedente, la colonizzazione batterica superficiale, ma allo stesso tempo delicato per non rischiare di danneggiare i tessuti neoformati. Asciugare tamponando delicatamente con garza sterile per evitare microlesioni da sfregamento.
- **Medicazioni consigliate:** Medicazioni a base di collagene e copertura con medicazioni in schiuma di Poliuretano Cambio medicazione: Ogni 2-3 gg.

Ulcera granuleggiante (con essudato), lesione rossa:

Il letto della lesione appare di colore rosso grazie alla presenza di tessuto di granulazione.

Il tessuto di granulazione "sano" ha un aspetto umido a bottoncini; essendo molto vascolarizzato assume un colore rosso vivo o rosa intenso, stante ad indicare che la cicatrizzazione sta progredendo normalmente.

Obiettivo: ridurre la quantità di essudato presente sul letto della ferita; prevenire l'eccessivo essiccamento della lesione; prevenire la macerazione della cute perilesionale; favorire la ricostruzione tissutale.

Intervento:

- Eliminazione della compressione locale con cambi posturali e presidi antidecubito.
- Cateterizzazione permanente qualora l'incontinenza urinaria venga riconosciuta quale fattore di mancata risoluzione;
- **Detersione:** come precedente.

- **Medicazioni consigliate:** medicazioni a base di collagene e copertura con medicazioni in schiuma di Poliuretano o in caso di lesione *altamente essudante* medicazioni a base di alginati o idrofibra. Cambio medicazione: max 3 gg o quando si è raggiunta la saturazione della stessa.

4.3 III Stadio (Lesione profonda e cavitaria) Modalità operative

La lesione si presenta con danno o necrosi sottocutanea e può estendersi fino alla fascia muscolare ossa e/o tendini. Può includere slough, tratti sotto-minati e tunnelizzazione, si può presentare come:

Lesione Necrotica, Lesione Nera: indica la necrosi secca. Il tessuto devitalizzato ha la tendenza a disidratarsi, e via via che perde umidità forma uno strato ispessito, per lo più duro, coriaceo, di color marrone o nero, che aderisce saldamente al letto della lesione o ai margini dell'ulcera. Il tessuto disidratandosi si contrae, mettendo in tensione i tessuti circostanti e causando dolore.

Obiettivo: Rimozione del tessuto necrotico, non vitale (debridment), controllo la crescita batterica.

Intervento:

- Eliminazione della compressione locale con cambi posturali e presidi antidecubito.
- Cateterizzazione permanente qualora l'incontinenza urinaria venga riconosciuta quale fattore di mancata risoluzione.
- **Detersione** con soluzione fisiologica.
- **Debridment** chirurgico, autolitico, enzimatico.
- **Medicazioni consigliate: Medicazioni Oclusive** (Idrogel coperto con film di poliuretano o Medicazioni a base di idrocolloide;) o Prodotti a base di collagenasi + medicazione secondaria con garze, da cambiare ogni giorno.

Lesione Necrotica, Fibrinosa Gialla (a medio – alto essudato) con presenza di Slough. Il tessuto devitalizzato può presentarsi anche sotto forma di slough, un materiale che aderisce al letto della lesione in filamenti o in ammassi ispessiti o mucillinoso

Obiettivo: rimozione del tessuto necrotico e conseguente ripristino del tessuto cutaneo e sottocutaneo con controllo dell'essudato.

Intervento:

- Eliminazione della compressione locale con cambi posturali e presidi antidecubito.
- Cateterizzazione permanente qualora l'incontinenza urinaria venga riconosciuta quale fattore di mancata risoluzione;
- **Detersione** con soluzione fisiologica, acqua sterile.
- **Medicazioni consigliate:** in caso di lesione con essudato moderato utilizzare prodotti a base di collagenasi o Idrogeli + medicazione secondaria in schiuma di poliuretano;
- Essudato abbondante utilizzare collagenasi o Idrogeli + medicazione in Alginato di Calcio o in idrofibra + medicazione secondaria in schiuma di poliuretano.

Cambio medicazione: Max 2 gg, in caso di utilizzo degli idrogeli, giornalmente per tutte le altre tipologie di medicazioni.

Lesione Infetta, Necrotica: quando le lesioni descritte precedentemente si presentano di colore verde, sintomatico di presenza di infezione/colonizzazione batterica è opportuno richiedere la consulenza dello specialista che valuterà eventualmente anche la possibilità di trattamento con Medicazioni a pressione Negativa utilizzando per la richiesta la modulistica dedicata per singolo paziente (**Allegati 6 e 7**).

Solo nel momento in cui la lesione presenta strato di granulazione è possibile utilizzare, Medicazioni rigeneranti a base di collagene. La prescrizione dell'utilizzo dei dispositivi a pressione negativa con instillazione è di pertinenza del consulente specialista.

Nella fase finale di ricostruzione e solo su indicazione dello specialista è possibile inoltre utilizzare derma artificiali.

4.4 IV Stadio (Lesione a tutto spessore) Modalità operative

La lesione si presenta con estesa distruzione dei tessuti, necrosi o danno ai muscoli, ossa o strutture di supporto (es. tendini capsule articolari etc.)

La cura delle lesioni al III e IV stadio sono praticamente sovrapponibili. Le LdD al IV stadio si distinguono solo per il maggior rischio di infezioni legato sia all'interessamento delle strutture più profonde sia alle condizioni maggiormente critiche del paziente.

5. Personale coinvolto

Dopo aver eseguito la valutazione del rischio di LDP attraverso l'utilizzo della scala di Braden, l'infermiere, in base al punteggio riportato, coinvolge il Medico di Reparto per la successiva Stadiazione della Lesione. Trattamento delle lesioni da pressione:

STADIO	PERSONALE COINVOLTO
I	Infermiere, ove necessario, si avvale della collaborazione del personale di supporto
II	Infermiere, ove necessario, si avvale della collaborazione del personale di supporto
III	Infermiere e Medico di Reparto
IV	Infermiere e Medico di reparto, ove necessario si avvalgono del consulente specialista

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Processo di valutazione del rischio e interventi assistenziali								
Attività	Medico	Infermiere	Oss	Farmacista	Specialista	Coordinatore	Dietista	Risk Management
Braden	I	R	C			I		
Ispezione cute	R	R	C			I		
Igiene		R	C			I		
Nutrizione	C	C					R	
Mobilizzazione	I	R	C			I		
Dolore	I	R				I		
Stadiazione	R	R				C		
Trattamento delle lesione da pressione								
Attività	Medico	Infermiere	Oss	Farmacista	Specialista	Coordinatore	Dietista	Risk Management
Stadio I e II	I	R	C			I		
Stadio III e IV	R	R	C		C	I		
Acquisizione medicazioni e dispositivi	R	C		R	R	I		
Monitoraggio						C		R

R responsabile; C coinvolto; I informato

6. Indicatori

Numero di pazienti sottoposti a valutazione rischio di lesione da pressione con la scala di Braden / Numero di pazienti individuati a rischio

7. Monitoraggio

Il monitoraggio dell'applicazione delle Istruzioni operative sarà effettuato mediante verifica/audit dal personale dell'uoc Risk Management.

8. Bibliografia

Guida Rapida di Riferimento sviluppata dalla European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA)

Prima Edizione, 2009; Seconda edizione, 2014; Terza edizione, 2019

Agenzia Socio-Sanitaria Regionale Emilia Romagna - Linee di indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale

9. Allegati

Allegato 1 Valutazione rischio di lesione da pressione Scala di Braden

Allegato 2 Valutazione del dolore Scala NRS

Allegato 3 Valutazione del dolore Scala PAINAD

Allegato 4 Schema di posizionamento giornaliero pazienti

Allegato 5 Scheda di valutazione / monitoraggio delle lesioni da pressione

Allegato 6 Modulo richiesta dispositivi a pressione negativa

Allegato 7 Modulo richiesta dispositivi a pressione negativa con instillazione

Valutazione rischio di lesione da pressione **Scala di Braden**

Unità Operativa _____

Paziente _____ Età _____ Data Ricovero _____ N.cc. _____

Provenienza del paziente: proprio domicilio altra u.o. _____ altra struttura pronto soccorso

INDICATORI	PUNTEGGIO				Data	Data	Data	Data
	4	3	2	1				
Percezione sensoriale	non limitata	leggermente	molto limitata	completamente limitata				
Umidità*	raramente bagnato	occasionalmente bagnato	spesso bagnato	costantemente bagnato				
Attività	cammina frequentemente	cammina	in poltrona	allettato				
Mobilità	limitazioni assenti	parzialmente limitata	molto limitata	completamente immobile				
Nutrizione	eccellente	adeguata	probabilmente inadeguata	molto povera				
Frizione e scivolamento		senza problemi apparenti	problema potenziale	problema presente				
* nel caso di paziente cateterizzato e in assenza di altre fonti di umidità, si attribuisce un punteggio di 4 all'indicatore umidità					PUNTEGGIO totale			
					Firma/Sigla Infermiere			
PUNTEGGIO	Superiore a 16			10 - 15	Inferiore a 9			
RISCHIO	BASSO			ALTO	MOLTO ALTO			

Valutazione del dolore Scala NRS

Unità Operativa _____

Paziente _____ Età ____ Data Ricovero _____ N.cc. _____

Data _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolore	Dolore lieve			Dolore moderato			Dolore severo			

Firma _____

Data _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolore	Dolore lieve			Dolore moderato			Dolore severo			

Firma _____

Data _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolore	Dolore lieve			Dolore moderato			Dolore severo			

Firma _____

Data _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolore	Dolore lieve			Dolore moderato			Dolore severo			

Firma _____

Data _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolore	Dolore lieve			Dolore moderato			Dolore severo			

Firma _____

Valutazione del dolore Scala PAINAD

Unità Operativa _____

Paziente _____

Età _____ Data Ricovero _____ N.cc. _____

INDICATORI	PUNTEGGIO			Data	Data	Data
	0	1	2			
Respiro	Normale	Respiro a tratti alterato Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato iperventilazione cheyne- stoke			
Vocalizzazione	Nessuna	Occasionali lamenti Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami lamenti pianto			
Espressione facciale	Sorridente o inespressiva	Triste ansiosa contratta	Smorfie			
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso movimenti nervosi irrequietezza	Rigidità agitazione ginocchia piegate movimento afinalistico a scatti			
Consolabilità	Non necessita di consolabilità	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile non si distrae ne' si rassicura			
			PUNTEGGIO totale			
			Firma/Sigla Infermiere			
PUNTEGGIO	0-1	2-4	5-7	8-10		
DOLORE	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	SEVERO		

Istruzioni operative per la prevenzione e la gestione
delle Lesioni da Pressione

SCHEMA DI POSIZIONAMENTO GIORNALIERO PAZIENTI
(da compilare in pazienti con Braden ≤ 15)

Unità Operativa _____ Paziente _____

Punteggio Braden _____

	Data							Data							Data																
Ora																															
Postura																															
Fianco DX																															
Fianco SN																															
Supino																															
Prono																															
Seduto																															
Semiseduto																															
Firma																															

	Data							Data							Data																
Ora																															
Postura																															
Fianco DX																															
Fianco SN																															
Supino																															
Prono																															
Seduto																															
Semiseduto																															
Firma																															

SCHEDA DI VALUTAZIONE / MONITORAGGIO DELLE LESIONI DA PRESSIONE

Unità Operativa _____

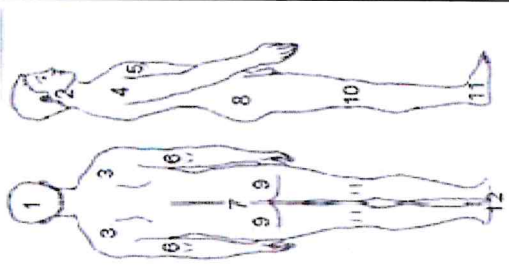
Paziente _____

Età _____

Data Ricovero _____

N.cc. _____

Provenienza del paziente: proprio domicilio altra u.o. _____ altra struttura pronto soccorso

Sede	Lato(dx/sn)	Stadiazione	Dimensione cm ²	Forma	Essudato /Tipologia	Fondo	Cute perilesionale	Margini	Odore	Medicazione	Data	Firma
<p>Sede: indicare il numero della sede</p> 												
<p>Sistema di classificazione EPUAP/PUAP</p>												
<p>STADIO I: eritema non sbiancabile</p>												
<p>STADIO II: perdita cutanea a spessore parziale</p>												
<p>STADIO III: perdita cutanea a spessore totale</p>												
<p>STADIO IV: perdita di tessuto a spessore totale</p>												
<p>Dimensione: lunghezza (misura cranio caudale) x larghezza (misura trasversale)</p>												
<p>Forma: 1) irregolare, 2) rotonda, 3) rettangolare/quadrata, 4) a tazza /barca 5) lineare, 6) a farfalla</p>												
<p>Essudato: N) nessuno, S) scarso, M) moderato, A) abbondante</p>												
<p>Tipologia di essudato: 1) sieroso, 2) emo-sieroso, 3) ematico, 4) purulento</p>												
<p>Fondo: A) escara nera/dura, aderente; B) escara nera/ soffice fluttuante; C) tessuto non vitale bianco/grigio; D) slough giallo non aderente; E) slough giallo aderente; F) tessuto misto (granulazione, fibrina); G) tessuto di granulazione; H) neoepitelio</p>												
<p>Cute perilesionale: I (integra); L (lesionata); M (macerata); EF (eritema /flittene); EC (edematosa / cellulite)</p>												
<p>Margini: a) pianeggianti; b) introflessi; c) frastagliati; d) ipercheratosici</p>												
<p>Odore: I) nessuno; II) debole; III) forte</p>												
<p>Medicazione: 1) Idrigel, 2) idrocolloide, 3) schiuma, 4) garza sterile, 5) alginato, 6) carbone attivo +Ag; 7) film PU; 8) spugne cavitare, 9) Spray argento/acido ialuronico 10) Poliuretano 11) altro (specificare)</p>												

RICHIESTA DISPOSITIVI PRESSIONE NEGATIVA CON INSTILLAZIONE

U.O.C.RICHIEDENTE: _____

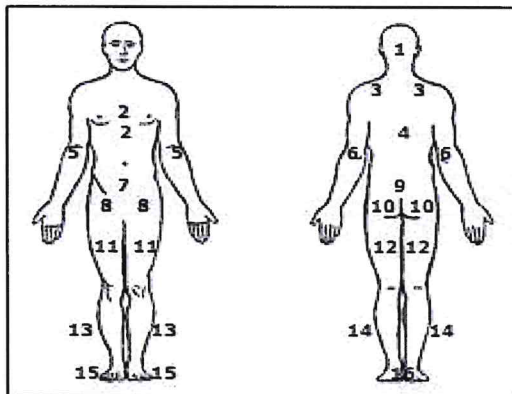
DATA RICHIESTA (GG/MM/AA) _____

PAZIENTE: _____ D.NASCITA _____ N. CARTELLA CLINICA: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> INNESTO DI TESSUTO | <input type="checkbox"/> FASCITE NECROTIZZANTE |
| <input type="checkbox"/> DEISCENZA FERITA CHIRURGICA | <input type="checkbox"/> LESIONE VASCOLARE ARTERIOSA |
| <input type="checkbox"/> FERITA INFETTA | <input type="checkbox"/> LESIONE DA PRESSIONE |
| <input type="checkbox"/> DEISCENZA STERNOTOMIA | |
| <input type="checkbox"/> ADDOME APERTO | |
| <input type="checkbox"/> ALTRO _____ | |

CARATTERISTICHE FERITA

SEDE DELLA FERITA N. _____



FERITA INFETTA	SI	NO
FISTOLA	SI	NO
TUNNELLIZZAZIONI	SI	NO
DOLORE	SI	NO

DIMENSIONE APPROSSIMATIVA

LUNGHEZZA	1	2	3	4	5
LARGHEZZA					
CM ²	<0.3	0,3-0,6	0,7-1.0	1.1-2.0	2,1-3.0


PRESENZA ESSUDATO	NESSUNO	LIEVE	MODERATO	ABBONDANTE
	0	1	2	3



TIPOLOGIA TESSUTO	EPITELIALE	DI GRANULAZIONE	SLOUGH	NECROTICO
	1	2	3	4

APPARECCHIATURA



RICHIESTA MATERIALE DI CONSUMO PER TRATTAMENTO CON INSTILLAZIONE

COD.		MEDICAZIONI	NUMERO
342551		Medicazioni per Veraflo misura Small ULTVFL05SM	
336633		Medicazioni per Veraflo misura media ULTVFL05MD	
339738		Medicazioni per Veraflo misura LARGE ULTVFL05LG	
469679		Medicazioni per Veraflo misura M Cleanse choice ULTVCC05MD	

COD.		CONTENITORI E ACCESSORI	NUMERO
469677		SOLUZIONE ISOTONICA 014127	
365226		Contenitori da 500 ml M8275063	
336636		Cassetta per sistema Vac ultra LTLNK0500	

Si dichiara che per la tipologia di lesione risulta indispensabile eseguire il trattamento con instillazione.

DURATA PRESUNTA DI TRATTAMENTO: _____

IL RESPONSABILE UOC/UOSD(TIMBRO E FIRMA)

RICHIESTA DISPOSITIVI PRESSIONE NEGATIVA CON INSTILLAZIONE

U.O.C. RICHIEDENTE: _____

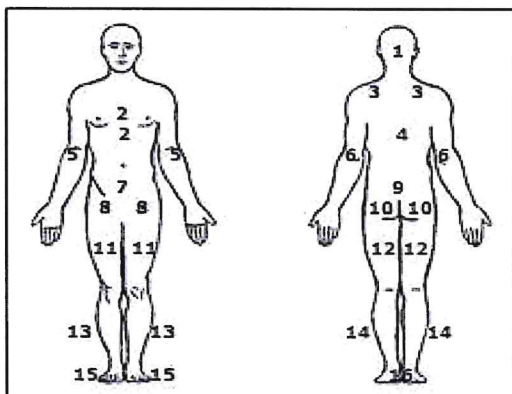
DATA RICHIESTA (GG/MM/AA) _____

PAZIENTE: _____ D. NASCITA _____ N. CARTELLA CLINICA: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> INNESTO DI TESSUTO | <input type="checkbox"/> FASCITE NECROTIZZANTE |
| <input type="checkbox"/> DEISCENZA FERITA CHIRURGICA | <input type="checkbox"/> LESIONE VASCOLARE ARTERIOSA |
| <input type="checkbox"/> FERITA INFETTA | <input type="checkbox"/> LESIONE DA PRESSIONE |
| <input type="checkbox"/> DEISCENZA STERNOTOMIA | |
| <input type="checkbox"/> ADDOME APERTO | |
| <input type="checkbox"/> ALTRO _____ | |

CARATTERISTICHE FERITA

SEDE DELLA FERITA N. _____



FERITA INFETTA	SI	NO
FISTOLA	SI	NO
TUNNELLIZZAZIONI	SI	NO
DOLORE	SI	NO

DIMENSIONE APPROSSIMATIVA

LUNGHEZZA	1	2	3	4	5
LARGHEZZA					
CM ²	<0.3	0,3-0,6	0,7-1.0	1.1-2.0	2,1-3.0

PRESENZA ESSUDATO	NESSUNO	LIEVE	MODERATO	ABBONDANTE
	0	1	2	3



TIPOLOGIA TESSUTO	EPITELIALE	DI GRANULAZIONE	SLOUGH	NECROTICO
	1	2	3	4

APPARECCHIATURA



RICHIESTA MATERIALE DI CONSUMO PER TRATTAMENTO CON INSTILLAZIONE

COD.		MEDICAZIONI	NUMERO
342551		Medicazioni per Veraflo misura Small ULTVFL05SM	
336633		Medicazioni per Veraflo misura media ULTVFL05MD	
339738		Medicazioni per Veraflo misura LARGE ULTVFL05LG	
469679		Medicazioni per Veraflo misura M Cleanse choice ULTVCC05MD	

COD.		CONTENITORI E ACCESSORI	NUMERO
469677		SOLUZIONE ISOTONICA 014127	
365226		Contenitori da 500 ml M8275063	
336636		Cassetta per sistema Vac ultra LTLNK0500	

Si dichiara che per la tipologia di lesione risulta indispensabile eseguire il trattamento con instillazione.

DURATA PRESUNTA DI TRATTAMENTO: _____

IL RESPONSABILE UOC/UOSD(TIMBRO E FIRMA)

RICHIESTA DISPOSITIVI PRESSIONE NEGATIVA

U.O.C.RICHIEDENTE: _____

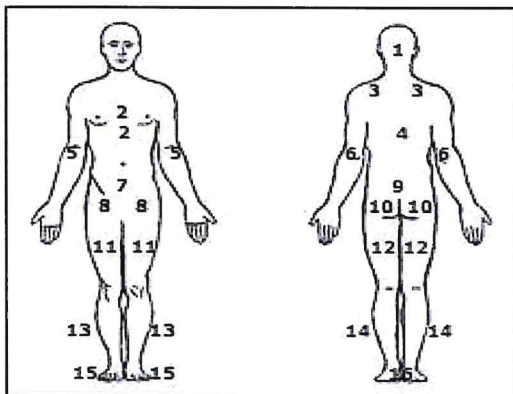
DATA RICHIESTA (GG/MM/AA) _____

PAZIENTE: _____ D.NASCITA _____ N. CARTELLA CLINICA: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> INNESTO DI TESSUTO | <input type="checkbox"/> FASCITE NECROTIZZANTE |
| <input type="checkbox"/> DEISCENZA FERITA CHIRURGICA | <input type="checkbox"/> LESIONE VASCOLARE ARTERIOSA |
| <input type="checkbox"/> FERITA INFETTA | <input type="checkbox"/> LESIONE DA PRESSIONE |
| <input type="checkbox"/> DEISCENZA STERNOTOMIA | |
| <input type="checkbox"/> ADDOME APERTO | |
| <input type="checkbox"/> ALTRO _____ | |

CARATTERISTICHE FERITA

SEDE DELLA FERITA N. _____



FERITA INFETTA	SI	NO
FISTOLA	SI	NO
TUNNELIZZAZIONI	SI	NO
DOLORE	SI	NO

DIMENSIONE APPROSSIMATIVA

LUNGHEZZA	1	2	3	4	5
LARGHEZZA					
CM ²	<0.3	0,3-0,6	0,7-1.0	1.1-2.0	2,1-3.0

PRESENZA ESSUDATO	NESSUNO	LIEVE	MODERATO	ABBONDANTE
	0	1	2	3

TIPOLOGIA TESSUTO	EPITELIALE	DI GRANULAZIONE	SLOUGH	NECROTICO
	1	2	3	4


APPARECCHIATURA



SUPRASORB CNP3

RICHIESTA DISPOSITIVI

COD.		MEDICAZIONI	NUMERO
608538		Medicazione SUPRASORB misura S REF.34030	
608539		Medicazione SUPRASORB misura M REF.34031	
608540		Medicazione SUPRASORB misura L REF.34032	

COD.		CONTENITORI E ACCESSORI	NUMERO
608541		Contenitori da 1000 ml Large REF .32901	

DURATA PRESUNTA DI TRATTAMENTO: _____

IL RESPONSABILE UOC/UOSD(TIMBRO E FIRMA)