

Proposta Numero: **DEL-3116-2021**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
(nominato con deliberazione di Giunta Regionale n.1507 del 04/09/2018)

**OGGETTO: PROCEDURA OPERATIVA
PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE**

IL DIRETTORE GENERALE

sulla base della seguente proposta predisposta dal Dirigente apicale della struttura proponente che ne attesta la regolarità della istruttoria ed il rispetto della legalità

Sulla base della seguente proposta predisposta dal Dirigente Responsabile U.O. Rischio Clinico, che attesta la regolarità della istruttoria e il rispetto della legalità:

Considerato che la Gestione del Rischio Clinico e la prevenzione degli eventi avversi in ambito sanitario sono obiettivi prioritari per le Aziende Sanitarie e che la definizione di protocolli e procedure è utile ad esplicitare i processi per singole fasi così da uniformare le attività e i comportamenti e ridurre quindi la discrezionalità del singolo operatore;

Ritenuto che i percorsi di Risk Management hanno come obiettivo il miglioramento della sicurezza delle cure e della qualità delle prestazioni;

Considerato che i percorsi clinico-organizzativi sono la risposta all'esigenza di avere una visione sistemica e complessiva delle prestazioni;

Considerato che i percorsi clinico-organizzativi sono la risposta all'esigenza di avere una visione sistemica e complessiva delle prestazioni e uno spunto di lavoro comune, per garantire la qualità, l'efficacia e la sicurezza della prestazione attraverso l'omogeneità di comportamenti tra i membri dell'equipe

D E L I B E R A

per tutti i motivi esposti in narrativa e che qui s'intendono richiamati per formarne parte integrante e sostanziale:

Che si debba procedere alla codifica del modello operativo di gestione così come di seguito dettagliato per la procedura:

PROCEDURA OPERATIVA

PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

Il numero di registro e la data del presente provvedimento nonché i soggetti firmatari sono indicati nel frontespizio che, pertanto, deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.

Proposta Numero: **DEL-3116-2021**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE**

AOO: **ASL_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI**

NUMERO: **2714**

DATA: **29/12/2021**

OGGETTO: **PROCEDURA OPERATIVA
PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE**

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Avv.to Stefano Rossi in qualità di Direttore Generale nominato con deliberazione di Giunta Regionale n. 1507 del 04/09/2018

Con il parere favorevole del Dr. Vito Gregorio Colacicco - Direttore Sanitario

Con il parere favorevole del Dott. Andrea Chiari - Direttore Amministrativo

Su proposta della struttura: Rischio Clinico

Estensore: Irene Friuli

Istruttore: Irene Friuli

Dirigente/Dirigente S.S./S.S.D.: MARCELLO CHIRONI

Dirigente Ufficio/Direttore S.C.:

Direttore di Dipartimento:

PROPOSTA:

NUMERO: **DEL-3116-2021**

DATA: **27/12/2021**

SEZIONE ALBERO TRASPARENZA:

CLASSIFICAZIONE:

DOCUMENTI:

Documento

Impronta Hash

MOD DELIBERAZIONE ORIGINALE

DF3F2F58825F7D6A6B0A9A7688706D4F5B1D751640

5EFE18E2DBAE2B1A0464C0

PROCEDURA OPERATIVA

EC55C6F1FC2D1157A20E19C068B4F2623C1099BA6

PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI

FF217DE72BB3636EEE22F8D

DA PRESSIONE

L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente, è conservato a cura dell'Ente produttore secondo normativa vigente.

Il contenuto del provvedimento indicato nel presente frontespizio deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.

Proposta Numero: **DEL-3116-2021**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
REGISTRO DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE**

AOO: **ASL_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE**

NUMERO REGISTRO: **2714**

DATA REGISTRO: **29/12/2021**

NUMERO REPERTORIO: **4827**

OGGETTO: **PROCEDURA OPERATIVA
PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE**

	<p align="center">PROCEDURA OPERATIVA PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE</p>	<p>SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE POC</p> <p>S.S.D. MEDICINA LEGALE RISCHIO CLINICO</p>
---	--	---

**PROCEDURA OPERATIVA
PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE**

DATA	GRUPPO DI LAVORO	VERIFICA	APPROVAZIONE
01.10.2020	<p>Coordinatori del gruppo di lavoro Dott.ssa M. Musolino Dott.ssa I. Friuli</p> <p>Componenti del gruppo di lavoro</p> <p>Dott.ssa A.M. Milizia Dott. R. Semeraro Dott.ssa M. Fasano Dott.ssa M. Caliandro</p> <p>Rischio Clinico Dott.ssa L. Nardelli</p>	<p>Direttore Medico POC Dott.ssa M. Leone</p> <p>Direttore Medico P.O. Manduria, Coordinatore CICA Dott.ssa I. Pandiani</p> <p>Servizio Professioni Sanitarie P.O.C. Dott.ssa G. Suma</p> <p>Resp. S.S.D</p> <p>Rischio Clinico Dott. M. Chironi</p>	<p>Direttore Generale ASL TA Avv. S. Rossi</p> <p>Direttore Sanitario ASLTA Dott. M.G. Colacicco</p>

Sommario

1.PREMESSA	2
2. DEFINIZIONE	3
3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4.VALUTAZIONE DEL RISCHIO	4
5. INDICATORI DI ESITO	7
Allegato 1: ISTRUZIONI COMPILAZIONE SCHEDA DI PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (con menù a tendina)	8
Allegato 2	11
Allegato 3	12

1. PREMESSA

Le LdP (lesioni da pressione) rappresentano uno degli indicatori universalmente riconosciuti per la valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria erogata, sia in regime ospedaliero, che assistenziale. LdP sono un evento non poco frequente, grave per il paziente, potenzialmente prevedibile e prevenibile, legato all'assistenza in generale, non esclusivamente a quella infermieristica.

La genesi delle LdP è multifattoriale, la loro incidenza aumenta nei soggetti affetti da patologie che compromettono la funzionalità neuromotoria e nei soggetti anziani allettati. L'utilizzo dell'approccio multidisciplinare (clinico, farmacologico, nutrizionale, assistenziale ecc.) è uno dei presupposti che può garantire un'efficace prevenzione delle LdP.

Altro fattore fondamentale è agire sui fattori di rischio, ovvero nell'individuazione dei fattori predittivi, nell'utilizzo precoce/preventivo dei corretti dispositivi, utilizzando strumenti con indicatori numerici in linea con le evidenze scientifiche nonché, delle competenze finalizzate ad eliminare o quantomeno ridurre le cause di insorgenza.

2. DEFINIZIONE

“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; il significato di questi fattori deve ancora essere delucidato.” (Definizione NPUAP-EPUAP)

Le LdP sono aree localizzate di danno della cute e del tessuto sottostante che si realizzano per effetto della pressione, in combinazione con altri fattori. La necrosi cellulare tende a svilupparsi quando i tessuti molli vengono compressi tra una prominenza ossea e una superficie solida per un tempo prolungato.

Le condizioni, socioeconomiche del paziente, l’ambiente circostante, lo status sociale, influenzano in maniera diretta l’insorgenza delle lesioni da pressione. Peggiori sono le condizioni socioeconomiche, più alto è il rischio di sviluppare una condizione di questo tipo. Ne deriva dunque l’importanza dell’anamnesi nel valutare sia lo stato generale attuale del soggetto, che le condizioni cliniche predisponenti all’insorgenza di LdP.

Devono essere valutati, per il rischio di sviluppare LdP, tutti i malati che non sono in grado di muoversi in modo completamente autonomo.

Motivo per cui, all’ingresso nei reparti gli utenti saranno valutati per il loro grado di autonomia (Scala di Barthel) come elemento per “screenare” i pazienti da sottoporre alle osservazioni successive con la scheda di valutazione che utilizza la Scala di Braden.

3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Fermo restando le linee di indirizzo indicate dalle procedure aziendali già in uso, **“reperibili nel sito aziendale”**, il presente documento ha lo scopo di descrivere le modalità operative per valutare la presenza di fattori di rischio per LdP, predisponendo interventi raccomandati finalizzati a dare uniformità nel percorso assistenziale orientato alla prevenzione.

La prevenzione delle LdP, infatti, deve essere considerata una priorità assistenziale che necessita di protocolli standard e condivisi tra gli operatori sanitari.

La presenza di LdP già in atto al momento della presa in carico del paziente, non esclude la valutazione a fini preventivi “*della cute sana,*” fatta salva la necessità di ricorrere a trattamenti terapeutici specialistici codificati nelle procedure aziendali già citate.

Primo fra tutte la registrazione integrata nella documentazione sanitaria.

Le modalità operative indicate nel documento sono oggetto di un lavoro sperimentalmente, vedrà coinvolte inizialmente tre unità operative, nelle quali, con diverse motivazioni vi è un elevato rischio di sviluppare LdP.

Preliminarmente, sarà realizzato un progetto di informazione/formazione sul campo, teso a condividere gli obiettivi e le azioni da adottare utilizzando quale modalità formativa lo studio di casi clinici.

Le due U.O. coinvolte sono: la Medicina Interna e la Ortopedia del P.O. SS. Annunziata; un progetto sperimentale informatizzato per una durata di circa 3 mesi.

La sperimentazione ha come capisaldi la compilazione nel più breve tempo possibile del ricovero, delle **schede di valutazione del rischio**, e sulla base di quest'ultima è stato predisposto un piano assistenziale standard sviluppato per grado di rischio.

Sarà cura dell'Infermiere compilatore stampare e allegare nella cartella clinica del paziente la suddetta documentazione.

La sperimentazione prevede tempistica di verifica e degli item oggettivamente rilevabili, nonché un report che i partecipanti (infermieri) devono stilare evidenziando eventuali criticità, quindi una verifica circa la fattibilità e l'utilità della scheda informatizzata nella prevenzione delle LdP con successiva estensione dell'utilizzo a tutte le Unità Operative della ASL Taranto.

4. VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La valutazione per il rischio di insorgenza di LdP è effettuata nel momento della presa in carico di tutti quei pazienti che non sono in grado di muoversi in autonomia e deve essere ripetuta periodicamente in rapporto al cambiamento delle condizioni cliniche.

Le linee guida raccomandano di utilizzare strumenti validati che non sostituiscono il giudizio clinico ma prendono in esame indicatori, assegnando un punteggio relativo alle condizioni riscontrate.

L'utilizzo delle Scale integra ma non sostituisce il giudizio clinico dei professionisti.

La **Scala di Braden** è uno strumento largamente utilizzato in tutto il mondo per misurare e indicare il **rischio di sviluppo di lesioni da pressione** e in generale qualsiasi rischio di compromissione dell'integrità cutanea **nei pazienti allettati o con poca mobilità**.

Grazie ad una semplice raccolta dati e una valutazione da parte dell'infermiere, fornisce un punteggio in base a 6 indicatori, tra i quali:

- Percezione sensoriale;
- Umidità;
- Attività motoria;
- Nutrizione;
- Frizione e scivolamento.

UN PUNTEGGIO COMPLESSIVO UGUALE O INFERIORE A 16 DEVE ESSERE CONSIDERATO A RISCHIO.

In alcune situazioni cliniche il paziente può essere considerato a rischio anche con punteggi maggiori di 16.

Nei soggetti considerati a rischio è opportuno valutare qual è il principale fattore causale, al fine di intervenire in modo mirato.

L'Infermiere valuta dunque le condizioni di rischio entro le prime 24 ore dalla presa in carico assistenziale. Questo lasso di tempo è necessario perché il paziente possa essere valutato nelle diverse attività di vita e durante i diversi momenti della giornata

La valutazione viene ripetuta ogniqualvolta le condizioni del paziente si modificano e alla dimissione.

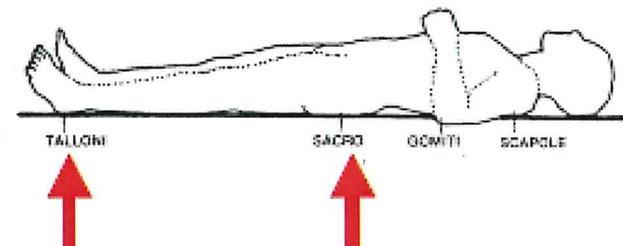
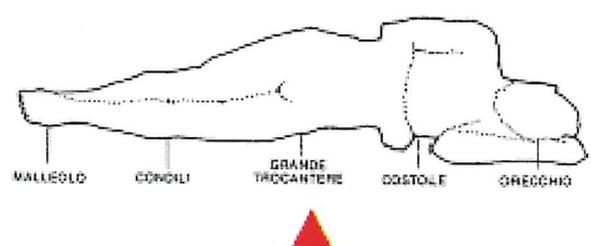
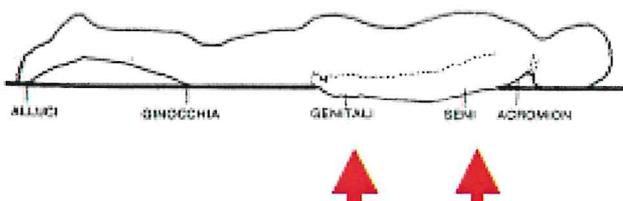
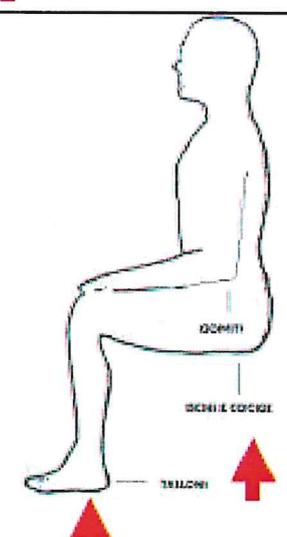
L'Infermiere di fronte ad un paziente con una situazione di rischio di sviluppare LdP deve:

- ✓ **valutare:** le aree del corpo più a rischio di lesioni, a seconda che il paziente sia allettato (nuca, lobi delle orecchie, bacino, zona sacrale, scapole, gomiti, talloni) o in carrozzina (parte bassa della schiena, zona sacrale, talloni, piedi);
- ✓ **valutare:** il dolore manifestato dal paziente, prima e dopo la somministrazione di un analgesico su prescrizione medica;
- ✓ **osservare:** eventuali cambiamenti della cute (colorazione, secchezza o macerazione, stati insoliti di calore o raffreddamento, gonfiore o indurimento, lesioni allo stadio iniziale);
- ✓ **garantire:** una detersione, idratazione e protezione della cute a seconda dell'esigenza a del singolo paziente;
- ✓ **garantire :** l'igiene dell'unità di degenza (biancheria pulita e ben stirata);
- ✓ **garantire:** la mobilità del paziente, utilizzare materassi antidecubito, ausili per il mantenimento della postura;

- ✓ **consultare** : il medico per definire un corretto apporto nutrizionale eventualmente richiedendo una consulenza endocrinologica.

Per identificare i primi segni di insorgenza di ulcere da pressione tutti gli individui considerati ad alto rischio devono essere sottoposti a un'ispezione almeno una volta al giorno, prestando particolare attenzione alle prominenze ossee (sacro, talloni, creste iliache, malleoli, gomiti, occipite) al fine di individuare i primi segni quali secchezza, lacerazione, eritema, fragilità di macerazione, ipertermia, indurimento.

Nell'esecuzione delle suddette attività, l'Infermiere può decidere, valutate le condizioni cliniche-assistenziali del paziente, di avvalersi della collaborazione dell'OSS.

<ul style="list-style-type: none"> • Paziente in decubito supino: Sacro; Talloni; Prominenze vertebrali; Scapole; Occipite; Gomiti. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paziente in decubito laterale Trocanteri; Creste iliache; Malleoli; Prominenze ossee laterali al ginocchio; Costato; Gomiti; Spalla; Orecchio. 
<ul style="list-style-type: none"> • Paziente in decubito prono: Dorso del piede; Ginocchia; Pube; Creste iliache; Sterno; Clavicole; Zigomi; Orecchio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paziente seduto: Talloni; Prominenze ischiatiche; Sacro; Prominenze vertebrali; Gomiti; Scapole. 

5. INDICATORI DI ESITO

- ✓ Riduzione della incidenza di LdP da pressione nei pazienti trattati;
- ✓ Compilazione della scheda di Braden al 95% dei pazienti che non sono in grado di muoversi in modo completamente autonomo al momento del ricovero.
- ✓ Classificazione in base alla valutazione in fasce di rischio e il relativo posizionamento del corretto sistema antidecubito 100%;
- ✓ Corretta compilazione del piano di lavoro in base alla fascia di rischio.

		Compromissione mobilità nel letto Immobilità Movimento spontaneo ridotto Limitazione motoria per trazione/gesso Paralisi
INDICE DI BRADEN (vedi Allegato 1)	Sono valutati i seguenti indicatori con i relativi punteggi a) PERCEZIONE SENSORIA b) UMIDITA' CUTANEA c) ATTIVITA' FISICA d) MOBILITA' e) NUTRIZIONE f) FRIZIONE E TAGLIO	. Completamente limitata . Molto limitata . Leggermente limitata . Adeguata . Pelle costantemente bagnata . Pelle molto spesso bagnata . Pelle occasionalmente bagnata . Pelle asciutta . Costretto a letto . Costretto sulla sedia . Cammina occasionalmente . Cammina frequentemente . Immobilità completa . Molto limitata . Limitata . Illimitata . Inadeguata . Probabilmente inadeguata . Adeguata . Eccellente . Problemi . Possibili problemi . Nessun problema apparente NB I valori assegnati sono in ordine crescente da 1 a 4. Dopo aver scelto gli indicatori segnare nella colonna a Sx il valore corrispondente
ISPEZIONE CUTANEA Proteggere la cute dall'umidità eccessiva e dalle forze di frizione e stiramento	Sede	Coccige Condili mediali e laterali Coscia Coste Cresta iliaca Dorso del piede e della caviglia Guance

	Stato	<p>Ginocchia Gomiti Grande trocantere Malleolo Nuca Orecchio Polpaccio Processo acromiale Processi spinosi Regione sacrale Processo scapolare Spalla Tallone Torace anteriore Zigomi</p> <p>Stadio I Stadio II Stadio III Stadio IV Non stadiabile</p>
IGIENE DELLA CUTE	Condizioni	<p>Asciutta Sporca Pulita Presenza di corpi estranei e/o olii idratanti Umida Bagnata Poco bagnata</p>
STATO NUTRIZIONALE	<p>Colazione Pranzo Cena Spuntino Bevande</p>	<p>Porzione intera ½ porzione Digiuno</p>
MOBILIZZAZIONE	Ausili da utilizzare	<p>Materasso antidecubito Archetto</p>

Allegato 2

PIANO DI LAVORO PER LDP

RISCHIO ALTO Braden 9 -6	RISCHIO MEDIO Braden 15 - 10	RISCHIO BASSO Braden 18 - 16
<p>Materasso alto rischio</p> <p>Sorveglianza giornaliera</p> <p>Ricompilazione scheda Scala di Braden dopo 7 gg</p> <p>Mobilizzazione ogni 2 h (ad eccezione della notte, valutare al bisogno)</p> <p>Valutazione umidità ogni 4 gg + al bisogno</p> <p>Utilizzo sostanze emollienti 2 volte/die</p> <p>Valutazione alimentare</p>	<p>Materasso medio rischio</p> <p>Sorveglianza 2 volte a settimana</p> <p>Ricompilazione scheda Scala di Braden dopo 7 gg</p> <p>Mobilizzazione ogni 4 h</p> <p>Valutazione umidità 2 volte/die + al bisogno</p> <p>Utilizzo sostanze emollienti 2 volte/die</p> <p>Valutazione alimentare</p>	<p>NO materasso</p> <p>Sorveglianza settimanale</p> <p>Valutazione alimentare</p>

VALUTAZIONE ALIMENTARE

Non vi sono modifiche del peso né deficit alimentari

Rischio di deficit alimentare valutare
Somministrazione integratori

Deficit alimentari e perdita di peso nell'ultimo anno. **Valutare somministrazione integratori, richiedere eventuale consulenza**

PIANO DI LAVORO PER PERSONA A MEDIO RISCHIO per LPD



Cognome

Nome

età

data ricovero

data compilazione

Materasso posizionato il Firma operatore.....

GIORNO	1	2	3	4	5	6	7	NOTE
SORVEGLIANZA GIORNALIERA								
UTILIZZO SOSTANZE EMOLLIENTI								
VALUTAZIONE ALIMENTARE								
VALUTAZIONE UMIDITA' OGN 4 GG AL BISOGNO								
MOBILIZZAZIONE OGN 2 ORE								

ricompilazione scheda Scala di Braden dopo 7 gg

PIANO DI LAVORO PER PERSONA AD ALTO RISCHIO per LPD



Cognome

Nome

età

data ricovero

data compilazione

Materasso posizionato il Firma operatore.....

SORVEGLIANZA GIORNALIERA																
UTILIZZO SOSTANZE EMOLLIENTI																
VALUTAZIONE ALIMENTARE																
VALUTAZIONE UMIDITA' OGNI 4 GG AL BISOGNO																
MOBILIZZAZIONE OGNI 2 ORE	1 - 2	13 - 14	1 - 2	13 - 14	1 - 2	13 - 14	1 - 2	13 - 14	1 - 2	13 - 14	1 - 2	13 - 14	1 - 2	13 - 14		
		15 - 16		15 - 16		15 - 16		15 - 16		15 - 16		15 - 16		15 - 16		
	5 - 6	17 - 18	5 - 6	17 - 18	5 - 6	17 - 18	5 - 6	17 - 18	5 - 6	17 - 18	5 - 6	17 - 18	5 - 6	17 - 18		
	7 - 8	19 - 20	7 - 8	19 - 20	7 - 8	19 - 20	7 - 8	19 - 20	7 - 8	19 - 20	7 - 8	19 - 20	7 - 8	19 - 20		
	9 - 10	21 - 22	9 - 10	21 - 22	9 - 10	21 - 22	9 - 10	21 - 22	9 - 10	21 - 22	9 - 10	21 - 22	9 - 10	21 - 22		
	11 - 12	11 - 12	11 - 12	11 - 12	11 - 12	11 - 12	11 - 12	11 - 12	11 - 12	11 - 12	11 - 12	11 - 12	11 - 12	11 - 12		

ricompilazione scheda Scala di Braden dopo 7 gg