

centro maderna

documentazione, formazione e ricerca sulla condizione anziana



Piaghe da decubito

a cura di Marinella Testori – Settore Documentazione Centro Maderna

Giugno 2006 – Aggiornamenti on line

www.centromaderna.it

Introduzione.....	2
Le piaghe da decubito.....	3
Per approfondire: argomenti di interesse per gli operatori	10
Segnalazioni del Settore Documentazione	17
Siti internet di riferimento	18
Indicazioni bibliografiche.....	19

Introduzione

Da un'indagine svolta dal Centro A.M. Maderna intorno alla fruizione da parte dell'utenza dei propri servizi informativi online, è emerso un significativo interesse, da parte dei visitatori del sito www.centromaderna.it per la tematica delle "piaghe da decubito" o ulcere da pressione. **Su 140.391 ricerche bibliografiche effettuate in Banca dati nel corso del 2005, infatti, il 10%, ossia circa 1.400 ricerche, si riferiva al tema in oggetto.**

Nell'intento di venire incontro alle esigenze informative di tale fascia di utenza, si è deciso di approntare questa Guida, che non si prefigge scopi di esaustività scientifica né vuole in alcun modo sostituirsi alla consultazione di testi specializzati o fornire al lettore indicazioni operative affinché egli possa agire indipendentemente dal medico.

La Guida, articolata in due parti, si propone piuttosto quale agile strumento di prima consultazione per anziani e famiglie (*prima parte*) ed operatori sanitari (*seconda parte*) per orientarsi nel mondo delle risorse web su un tema di rilevante interesse, in particolare nell'ambito dei servizi di assistenza domiciliare a persone anziane non autosufficienti.

La presente guida, con riferimento alle fonti, comprende la definizione della piaga da decubito o ulcera da pressione, l'analisi delle cause e dei fattori di rischio, le indicazioni in chiave preventiva. Fornisce, inoltre, opportuni approfondimenti, rivolti in modo particolare agli operatori sanitari, sulle scale di valutazione e le Linee Guida esistenti per il trattamento della patologia.

Il lettore potrà reperire anche un indirizzario dei Centri geriatrici, degli Ospedali e dei Medici geriatri operanti sul territorio nazionale. Seguono un elenco di link utili (Associazioni di Wound Care – lett. "cura delle ferite" - a livello internazionale, testate specialistiche, siti web sull'argomento), un glossario dei termini e una bibliografia essenziale.

Prima parte - Le piaghe da decubito

➤ Che cosa sono?

Le ulcere da pressione o piaghe da decubito sono lesioni distrofiche della cute, causate dalla compressione meccanica e prolungata su un tessuto molle situato tra la prominente dell'osso e la superficie esterna d'appoggio¹.

In linguaggio corrente, le piaghe da decubito sono lesioni della pelle provocate, in genere, da una prolungata immobilità a letto; se non curate subito, possono aggravarsi e causare notevole disagio e sofferenza al paziente.

➤ Perché si formano?

Alla formazione delle piaghe concorrono tre tipologie di fattori: biologici generali (anemie, malnutrizione, patologie neurologiche ischemiche e neurodegenerative, malattie metaboliche, disidratazione, neoplasie, diabete, lesioni midollari, miastenia, sclerosi multipla), biologici locali (eccessiva sudorazione, incontinenza urinaria e/o fecale), meccanici locali (compressione, forze di taglio, sfregamento, frizione)².

In linguaggio corrente, le piaghe da decubito sono causate o aggravate da una serie di fattori: il principale è l'immobilizzazione a letto per lunghi periodi, ma possono essere causate anche da alcune patologie, come l'incontinenza urinaria o la sudorazione eccessiva.

➤ Dove si localizzano?

Alcune aree corporee, qualora sottoposte a pressione prolungata, sono maggiormente esposte al rischio di piaghe:

- in posizione supina, la regione dell'osso sacro, le scapole, la nuca, i talloni;
- in posizione laterale, i malleoli, il bordo esterno del piede, la spalla, il gomito, il padiglione auricolare, lo zigomo;
- in posizione prona, lo zigomo, il padiglione auricolare, le arcate costali, le ginocchia;

¹ Fonti: www.ossigenoattivo.it/patologie/piaghe.htm

<http://wound.smith-nephew.com/it/Standard.asp?NodeId=3562>

² Fonti: www.geragogia.net/editoriali/piaghe_decubito.html

www.cittadinanzattiva.it/lecampagne/decub/decub_home.htm

- in posizione seduta, il gomito, il coccige, le aree compresse da ciambelle e cuscini³.

➤ **Come si prevencono?**⁴

Le lesioni da decubito si possono prevenire mediante:

- il frequente cambiamento di posizione del soggetto;
- un'igiene cutanea non aggressiva per la pelle;
- una dieta alimentare adeguata, che assicuri un congruo apporto di vitamine e minerali (in particolare zinco, vitamina A, vitamina E);
- una specifica attenzione per eventuali patologie preesistenti;
- l'utilizzo di ausili e presidi specifici (materassi, cuscini, medicazioni avanzate etc)⁵.

➤ **Come si curano?**

E' possibile curare le piaghe una volta che si siano formate? Nella panoramica delle risorse web che affrontano la tematica terapeutica se ne possono citare tre:

- il documento "Linee Guida per la prevenzione e la terapia delle lesioni da decubito" R. Pasqualini, C. Mussi, G. Salvioli (Giornale di Gerontologia 2001;49:871-877), di cui si riportano alcuni stralci⁶:

2. COME RIDURRE LE FORZE PRESSORIE

I pazienti immobili devono essere posizionati correttamente. Si raccomanda di mantenere le funzioni motorie residue; in assenza di controindicazioni si deve implementare la riabilitazione motoria e comunque la mobilizzazione. L'ispezione giornaliera della cute, in presenza di un'illuminazione ottimale, è raccomandata soprattutto nelle sedi a rischio.

I pazienti dovrebbero essere incoraggiati a muoversi nel letto da soli, almeno ogni 15 minuti eventualmente utilizzando strumenti di aiuto allo spostamento manuale dei pazienti per ridurre le forze di frizione. Il tempo di permanenza in una stessa posizione non deve superare le due ore. La corretta posizione del paziente allettato è con la testa sollevata di 30°, con il corpo girato di 30° su un lato; anche la posizione supina può essere mantenuta.

Se il paziente è posizionato con il tronco sollevato più di 30° (ad esempio per mangiare) è consigliabile non mantenerlo a lungo in tale posizione. I pazienti seduti a lungo devono essere posizionati con una corretta redistribuzione del peso. Tutti i pazienti con patologie acute e a rischio di sviluppare lesioni da decubito dovrebbero evitare di stare seduti a lungo fuori dal letto.

³ Fonte: www.cittadinanzattiva.it/lecampagne/decub/decub_home.htm

⁴ Fonte: www.numedionline.it/numedi/document/decubito.pdf

⁵ Fonti: <http://wound.smith-nephew.com/it/Home.asp> e www.siva.it

⁶ Consultabile sul sito <http://www.sigg.it/public/doc/DASCARICARE/91.pdf>

È necessario utilizzare cuscini per ridurre le forze pressorie tra le prominenze ossee e le superfici di appoggio, soprattutto per la tuberosità ischiatica, i piedi e i talloni, i fianchi e il grande trocantere. È indicata l'utilizzazione di materassi antidecubito (ad aria, ad acqua, di schiuma e con gel) di cui c'è un'ampia disponibilità.

Attenzione deve essere posta a non interferire con l'azione di altri ausili di prevenzione eventualmente in uso. Quando si posiziona un paziente minimizzare l'impatto delle prominenze ossee con le superfici di appoggio.

Conclusioni

La chiave per tentare di risolvere il problema delle lesioni da decubito è la prevenzione con procedure che migliorano la qualità dell'assistenza. Non sembra che le misure preventive siano utilizzate in modo adeguato alla gravità della patologia 10.

Sono fondamentali incontri (audit) per definire la qualità degli interventi per la prevenzione ed il trattamento dell'ulcera da decubito. Così la valutazione del rischio, il corretto posizionamento del paziente con riduzione delle forze di compressione, lo stato nutrizionale, la valutazione corretta dell'ulcera (sede, profondità e dimensioni); l'efficacia del trattamento entro le 4 settimane, le procedure attuate (che comprendono non solo la pulizia chirurgica con eventuale riconoscimento batteriologico e il bendaggio umido.

- Il sito www.piagadadecubito.it, interamente dedicato al tema delle piaghe, oltre ad informazioni e fotografie esplicative, mette a disposizione dell'utente una serie di Linee guida in formato pdf. per il trattamento delle lesioni (Linea guida avanzata per la cura delle lesioni difficili, croniche; Linea guida avanzata per la preparazione del letto della lesione)⁷;
- L'AisLeC (Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee) offre sul proprio sito una Guida per le famiglie dedicata al trattamento delle piaghe da decubito⁸.

➤ **A chi rivolgersi?**

La citata Guida dell'AisLeC offre indicazioni operative a quanti si trovano ad affrontare il problema delle piaghe da decubito, orientando la corretta individuazione delle figure professionali da contattare:

A chi potete rivolgervi in caso di problemi?

Anche in Italia vi sono molte possibilità di rivolgersi alle persone giuste al momento giusto. Professionisti, associazioni professionali, servizi di aziende pubbliche o private, aziende farmaceutiche possono aiutarvi ad affrontare il problema delle lesioni da decubito con serietà e professionalità.

IL MEDICO DI BASE O LO SPECIALISTA

Può prescrivervi molti degli ausili e medicazioni in commercio, utili e che diano garanzie per una corretta prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito. Il medico di base anche su richiesta dello specialista può prescrivere ausili e presidi rimborsabili entro una certa quota

⁷ Le Linee Guida sono consultabili all'indirizzo www.piagadadecubito.it/index_file/page07.htm

⁸ La Guida è consultabile all'indirizzo www.aislec.it/files/download/353_dw.pdf

mensile, stabilita per legge. Le medicazioni e gli ausili prescrivibili, possono essere richiesti in base ai requisiti richiesti dalla normativa vigente e riportati nel 4° capitolo.

L'INFERMIERE PROFESSIONALE

Può essere necessario come abbiamo visto, l'assistenza di un infermiere qualificato. Il Servizio Sanitario Nazionale, offre la propria assistenza attraverso il Servizio Infermieristico Territoriale. Potete chiedere informazioni direttamente alle Aziende Sanitarie della vostra zona od al medico di base. In molte Aziende Sanitarie, è stato attivato sia il Servizio Infermieristico Territoriale per l'assistenza degli utenti a domicilio che l'Assistenza Domiciliare Integrata (su richiesta del vostro medico curante) e che potrà assistervi attraverso la più ampia collaborazione ed integrazione di specialisti Infermieri, Dietisti, Fisiatri e Fisioterapisti e altri specialisti. Ci sono anche validi colleghi che svolgono la libera professione e che potrebbero esservi d'aiuto se il servizio pubblico non vi è sufficiente. Per non incorrere in rapporti con personale che non sia qualificato ed adeguatamente preparato, richiedete ai Collegi Provinciali I.P.A.S.V.I. l'elenco degli Infermieri che esercitano la libera professione o degli studi associati o cooperative riconosciute dalla professione che operano nella vostra provincia.

IL FARMACISTA

Può consigliarvi quale tipo di medicazione, nella fascia di vostro interesse, è "rimborsabile" ed in quale formato. Può anche indicarvi quale tipo di medicazione non rimborsabile è attualmente inserito nell'informatore farmaceutico e quindi comunque commercializzato. Per avere maggiori garanzie sui prodotti che intendete acquistare, richiedete esplicitamente quelli certificati dalla Comunità Europea e marchiati CE sulla confezione.

ASSOCIAZIONI

In Italia sono presenti molte Associazioni di volontariato e di professionisti che possono aiutarvi ad affrontare problematiche sanitarie ed assistenziali di un vostro familiare. Per le Associazioni di volontariato essendo numerose è opportuno chiedere alla "Consulta Comunale del Volontariato" a cui sono iscritte tutte le associazioni di volontariato presenti sul territorio comunale, o comunque all'Assessorato Comunale ai Servizi Sociali. Se non presenti nel vostro comune, potete chiedere all'Assessorato Regionale alla Sanità presso cui è stato istituito il Registro Regionale del Volontariato.

I SERVIZI DELLE AZIENDE SANITARIE

In molte Aziende Sanitarie oltre al centro dispensa ausili è stato attivato il Servizio Informazioni e Valutazioni Ausili (SIVA). Questo servizio offre gratuitamente all'utente la possibilità di consultare una banca dati sugli ausili e presidi esistenti in commercio, con caratteristiche tecniche e prezzo, dando la possibilità quindi di ricercare il prodotto sia esso ausilio (letto, carrozzina, materasso, cuscino od altro) o medicazione oppure indicando quali attrezzature sono disponibili per il recupero funzionale del vostro parente.

LE AZIENDE FARMACEUTICHE

Anche le Aziende Farmaceutiche (AF), oggi più di ieri, si avvicinano alle richieste dell'utente. Infatti anche in questo ambito cercano di fornire sempre nuovi prodotti, il tutto nel rispetto delle indicazioni scientifiche e della normativa vigente che, in accordo a disposizioni comunitarie, impone materie prime, cicli di produzione, imballi e chiaramente risultati terapeutici garantiti e controllati. Le AF che sono adeguate alla norma potranno contraddistinguere i propri prodotti col marchio CE sulla confezione.

Oltre ad un adeguamento normativo e di mercato, sempre più spesso le AF forniscono anche un servizio di consulenza gratuito attraverso i numeri verdi, mediante i quali anche l'utente potrà richiedere informazioni sui prodotti e sul loro reperimento nelle farmacie.

La Guida propone, inoltre, un repertorio di indirizzi e recapiti utili per contattare le Associazioni Infermieristiche, nonché le sedi SIVA:

Per le Associazioni infermieristiche:

- Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee - A.I.S.Le.C. c/o Collegio IPASVI di Pavia - Via Lombroso 3/b 27100 Pavia - tel . 0382/422133 fax. 0382/528589

-Associazione Nazionale Infermieri di Neuroscienze A.N.I.N. - Via Riviera, 39 - 27100 Pavia - tel. 0382/423200

- Associazione Italiana Operatori Sanitari di Stomatoterapia - A.I.O.S.S. c/o

Rastelli Gabriele - Via Salvo D'Acquisto 16, 64020 Teramo

Per ulteriori informazioni sulle Associazioni Infermieristiche e sugli Infermieri Professionali che possono aiutare nell'assistenza, contattare i Collegi I.P.A.S.V.I. (Infermieri Professionali, Assistenti Sanitarie e Vigilatrici d'Infanzia) della propria provincia o fare riferimento direttamente alla Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I., Via Agostino De Pretis 86, 00184 Roma, Tel. 06/4817516, Fax. 06/4825382.

Il recapito della sede centrale SIVA è presso la Fondazione Pro Joventute Don Carlo Gnocchi, Via Capecelatro, 66 - 20148 Milano (tel. 02/40090157 – fax 0 2 / 2 6 8 6 1144); vi è anche una sede decentrata del SIVA in Via Maresciallo Caviglia, 30 - 00196 Roma (tel. 06/3336128 - fax 06/3336132).

Persone sole o famiglie in difficoltà possono aver bisogno di un'assistenza continuativa per affrontare il problema delle piaghe: ciò è consentito dal servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), presente nel pacchetto dell'offerta di quasi tutte le Aziende Sanitarie Locali italiane.

Un sito dedicato alle problematiche della terza età illustra la tipologia del servizio e le modalità di fruizione⁹:

⁹ Fonte: www.terzaeta.com/serv/assistenza/ass_domiciliare/assistenza_domiciliare_integrata.html

L'Assistenza Domiciliare Integrata è una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze quasi esclusivamente degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, parzialmente, totalmente, temporaneamente o permanentemente non autosufficienti, aventi necessità di un'assistenza continuativa, che può variare da interventi esclusivamente di tipo sociale (pulizia dell'appartamento, invio di pasti caldi, supporto psicologico, disbrigo di pratiche amministrative, ecc.) ad interventi socio-sanitari (attività riabilitative, assistenza infermieristica, interventi del podologo, ecc.). Il suo obiettivo è quello di erogare un servizio di buona qualità, lasciando al proprio domicilio l'ammalato, consentendogli di rimanere il più a lungo possibile all'interno del suo ambiente di vita domestico e diminuendo notevolmente, in questo modo, anche i costi dei ricoveri ospedalieri.

L'ADI fornisce svariate prestazioni a contenuto sanitario, quali prestazioni mediche da parte dei medici di medicina generale, prestazioni infermieristiche, compresi prelievi ematici da parte di personale qualificato, prestazioni di medicina specialistica da parte degli specialisti dell'Azienda Sanitaria Locale dipendenti o in convenzione, prestazioni riabilitative e di recupero psico-fisico, erogate da terapisti della riabilitazione o logopedisti, supporto di tipo psicologico, purché finalizzato al recupero socio-sanitario.

Le prestazioni di carattere socio-assistenziale offerte dall'ADI, perlopiù, nel caso in cui l'utente abbia un reddito minimo o comunque che sussistano le condizioni economiche disagiate, sono: igiene e cura della persona, aiuto domestico e preparazione dei pasti, disbrigo di pratiche burocratiche e altre commissioni esterne, rapporti con l'Azienda Sanitaria Locale e il medico curante, aiuto alla socializzazione, accompagnamento per commissioni esterne, aiuto economico.

Generalmente si accede all'Assistenza Domiciliare Integrata attraverso una segnalazione al Centro di Assistenza Domiciliare dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, da parte del medico di base o del sanitario del reparto ospedaliero di dimissione del paziente, da parenti o amici, dalle associazioni di volontariato, dagli altri servizi dell'Azienda Sanitaria Locale. A seconda delle necessità, verranno stabiliti gli interventi domiciliari da garantire all'utente che si trova in stato di bisogno. Il servizio è gratuito e di solito, viene erogato per almeno 5 giorni la settimana.

Le patologie che consentono l'avvio dell'Assistenza Domiciliare Integrata sono:

Incidenti vascolari acuti.

Gravi fratture in anziani.

Riabilitazione di vasculopatici.

Malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (per esempio forme acute respiratorie).

Dimissioni protette da strutture ospedaliere.

Piaghe da decubito o ulcere su base vascolare gravemente invalidanti.

Per la parte sanitaria, le prestazioni erogate da parte dell'assistenza domiciliare integrata pubblica sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Per la parte sociale, le prestazioni sono gratuite per le persone con reddito inferiore ai limiti definiti nel luogo di residenza. Tuttavia, alcuni Comuni prevedono il pagamento di un ticket che varia a seconda del reddito del nucleo familiare per l'erogazione di questi servizi.

Gli standard assistenziali minimi tendenziali per assistito in media annuale che il servizio A.D.I. deve assicurare sono i seguenti:

-140 ore di assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale (aiuto domestico, pulizie personali, altre forme di assistenza);

-100 ore di assistenza infermieristica;

- 50 ore di assistenza riabilitativa;

- 50 accessi del medico di medicina generale;
- 8 consulenze medico-specialistiche o di altri operatori (psicologo);
- altri servizi, secondo il bisogno (assistenza religiosa, podologo).

Il medico di base resta il punto di riferimento primario per la copertura sanitaria domiciliare dell'anziano non autosufficiente ed a lui competono le decisioni in ordine agli interventi terapeutici a domicilio e nelle strutture residenziali per anziani autosufficienti o ad esigenze di ricovero ospedaliero e l'attuazione del programma consigliato dall'Unità Operativa Geriatrica e della sua componente valutativa, l'Unità Valutativa Geriatrica (UVG). Quest'ultima è composta da personale dell'Azienda Sanitaria Locale e del Comune e provvede a effettuare la valutazione a casa dell'utente, contattare il medico di base, elaborare un piano di intervento indicando le prestazioni tecnico-professionali necessarie, le modalità di accesso e il periodo di assistenza, valutare periodicamente le eventuali variazioni del piano, stabilire il termine dell'assistenza del paziente. E' comunque sempre il medico di base ad avere la responsabilità unica e complessiva del paziente.

Seconda parte - Per approfondire: argomenti di interesse per gli operatori

Vengono qui di seguito sinteticamente illustrate le principali Scale di valutazione del rischio di lesioni cutanee¹⁰:

Scala Norton¹¹

E' stata la prima scala di valutazione del rischio di insorgenza di piaghe da decubito, creata nel 1962. Per quanto criticata da molti alla luce dei risultati delle moderne ricerche, è ancora molto diffusa, probabilmente a causa della sua semplicità.

Per calcolare il fattore di rischio, è necessario addizionare i valori mostrati a fianco di ogni parametro applicabile alla realtà del paziente nella tabella successiva, fino ad ottenere una somma totale che rappresenta il punteggio Norton ("Norton Rating" o "NR") per quel paziente : tanto minore è il punteggio, tanto peggiore si presenta la situazione.

Tabella di Valutazione Scala Norton

Condizione Fisica	Buona	4
	Discreta	3
	Cattiva	2
	Pessima	1
Condizione Mentale	Sveglio, cosciente	4
	Apatico	3
	Confuso	2
	Stupore, incoscienza	1
Attività Fisica	Cammina liberamente	4
	Cammina solo con qualche aiuto	3
	Costretto su sedia a rotelle	2
	Costretto a letto	1
Mobilità	Completa	4
	Limitata	3
	Molto limitata	2

¹⁰ http://www.infermierionline.net/specialistiche/scala_di_valutazione_del_risc.htm

¹¹ <http://www.sanitariascaligera.com/Care/Norton.html>

	Immobilizzato	1
Incontinenza	Nessuna	4
	Occasionale	3
	Abituale Urinaria	2
	Abituale Urinaria e fecale	1

Il punteggio Norton viene generalmente così codificato:

Norton Rating	Rischio
Maggiore di 18	Basso
Tra 18 e 14	Medio
Tra 14 e 10	Alto
Minore di 10	Altissimo

Scala Braden¹²

Molto popolare negli ambienti clinici statunitensi, è stata sviluppata nel 1985 per venire incontro ad alcune delle carenze della scala Norton. Recentemente, un'edizione di questa scala, modificata con l'aggiunta di un ulteriore parametro per l'incontinenza, è stata adottata su scala europea come strumento ufficiale di valutazione dall'European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) <http://www.epuap.com/>.

Anche in questo caso, per calcolare il fattore di rischio, occorre aggiungere i valori a fianco di ogni parametro applicabile alla realtà del paziente. Minore il punteggio, maggiore il rischio.

Indicativamente, un punteggio maggiore di 20 indica basso rischio, da 16 a 20 medio rischio e da 11 a 15 alto rischio, mentre un punteggio inferiore a 10 indica un altissimo rischio.

Tabella di Valutazione Scala Braden

Parametro	Valutazione verbale	Pt.
Percezione Sensoria	Adeguata (Risposta a stimoli verbali, nessun impedimento a rendere noto verbalmente uno stato di dolore o di scomodità)	4
	Leggermente limitata (Risposta a stimoli verbali, ma non sempre riesce a rendere noto un eventuale stato di dolore o scomodità)	3

¹²Fonte: <http://www.sanitariascaligera.com/Care/Braden.html>

	Molto Limitata (Risposta solo a stimoli dolorosi, incapacità di comunicare dolore o scomodità tranne con mugolii e lamenti o agitazione)	2
	Completamente limitata (Nessuna risposta, neppure a stimoli dolorosi)	1
Umidità Cutanea	Pelle Asciutta (non viene rilevato quasi mai sudore, urina o altro)	4
	Pelle occasionalmente bagnata	3
	Pelle molto spesso bagnata	2
	Pelle costantemente bagnata	1
Attività Fisica	Cammina frequentemente (Esce dalla stanza un paio di volte al giorno e gira per la stanza almeno ogni 2 ore nelle ore di veglia)	4
	Cammina occasionalmente (Percorre distanze molto brevi, con/senza assistenza. Passa la maggior parte del tempo seduto o a letto)	3
	Costretto su sedia (Non è in grado di sostenere il proprio peso e deve essere aiutato a sedersi su sedia o sedia a rotelle)	2
	Costretto a letto (Non può muoversi dal letto)	1
Mobilità	Illimitata (Compie spostamenti frequenti ed ampi senza alcuna assistenza)	4
	Limitata (Compie spostamenti frequenti, anche se di breve portata, senza alcuna assistenza)	3
	Molto limitata (Si sposta, ma non riesce a compiere movimenti significativi senza assistenza)	2
	Immobilità Completa (incapace del minimo movimento senza assistenza)	1
Nutrizione	Eccellente (mangia la maggior parte di ogni pasto, quattro o più porzioni giornaliere di cibi proteici, fa spuntini durante il giorno e non necessita di supplementi)	4
	Adeguate (Mangia più della metà di ogni pasto, circa quattro porzioni di cibi proteici al giorno. Occasionalmente rifiuta un pasto, ma accetta supplementi, oppure è sostenuto da una adeguata dieta liquida.)	3

	<p>Probabilmente Inadeguata</p> <p>(Non mangia quasi mai un pasto completo, di solito non più di metà del cibo offerto. Non riceve più di tre porzioni di cibi proteici al giorno. Accetta supplementi alla dieta solo occasionalmente. In alternativa, riceve una dieta liquida o parenterale inadeguata.</p>	2
	<p>Inadeguata</p> <p>(Non mangia mai un pasto completo, al massimo non più di 1/3 del cibo offerto, non più di due porzioni di cibi proteici al giorno. Riceve pochi liquidi. Non accetta supplementi liquidi alla dieta. in alternativa, è sostenuto per via endovenosa da più di cinque giorni.)</p>	1
Frizione e Taglio	<p>Nessun problema apparente</p> <p>(Si muove indipendentemente nel letto e sulla sedia ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante il movimento. Mantiene sempre una posizione corretta a letto o sulla sedia.)</p>	3
	<p>Possibili problemi</p> <p>(Si muove debolmente o abbisogna di qualche assistenza. Durante il movimento, probabilmente la pelle sfrega contro lenzuoli, sedia o altro. Di solito mantiene una buona posizione in sedia o a letto, ma occasionalmente scivola giù)</p>	2
	<p>Problemi</p> <p>(Necessita di assistenza da moderata a totale per muoversi. Impossibile sollevarlo senza sfregare contro lenzuoli o altro. Scivola spesso in basso a letto o su sedia, richiedendo frequenti riposizionamenti con massima assistenza. Movimenti spastici, contratture o agitazione portano ad una frizione pressoché costante.</p>	1

Evoluzione delle piaghe da decubito

Si descrivono ora i vari livelli di evoluzione (o stadiazione) delle ulcere da decubito, così come risultano dalle principali scale di valutazione e Linee Guida in materia:

➤ **Classificazione secondo Scala di Shea¹³**

- stadio 1** infiammazione e distruzione dell'epidermide.
- stadio 2** distruzione del derma.
- stadio 3** distruzione del sottocute e del pannicolo adiposo.
- stadio 4** necrosi dei muscoli, del periostio ed eventualmente dell'osso.

¹³ Fonte: http://anestit.unipa.it/esiait/0999_02.htm

➤ **Classificazione secondo Agency for Health Care Policy¹⁴**

stadio 1 eritema persistente su cute intatta: segno premonitore di lesione.

stadio 2 perdita di cute a carico dell'epidermide o derma. La lesione è superficiale e si presenta come un'abrasione, una vescicola o un cratere superficiale.

stadio 3 perdita di cute a tutto spessore, con danno o necrosi dei tessuti sottocutanei, che si estende fino alla fascia sottostante ma non oltre. Il cratere dell'ulcera è profondo.

stadio 4 perdita a tutto spessore ed estesa distruzione della cute, necrosi tissutale, danno al muscolo, all'osso o alle strutture di sostegno (tendini, capsula articolare).

➤ **Classificazione secondo Scala di Sessing¹⁵**

Nella scala di Sessing sono utilizzati parametri quali il fondo e il bordo della lesione cutanea, la presenza di essudato e il suo odore, l'escara necrotica.

1. cute normale ma a rischio.
2. cute integra, ma iperpigmentata ed arrossata.
3. fondo e bordo dell'ulcera integri e non arrossati.
4. fondo e bordi dell'ulcera granuleggianti, modesto essudato ed odore.
5. modesto tessuto di granulazione, iniziale e modesto tessuto necrotico, essudato ed odore moderato.
6. presenza di abbondante essudato, maleodorante, escara; bordo arrossato ed ischemica.
7. ulteriore ulcerazione intorno all'ulcera primaria, essudato purulento, intenso odore, tessuto necrotico e sepsi.

➤ **Classificazione secondo American Geriatric Society¹⁶**

grado 1 area di eritema ben definita con indurimento cutaneo, generalmente associata ad un aumentato calore al tatto. Può anche esservi una limitata lesione dell'epidermide, simile ad un'abrasione, ma il derma non è interessato. Se adeguatamente trattata, può guarire in 5-10 giorni.

grado 2 la lesione a tutto spessore si estende sino al grasso sottocutaneo, ben delineata, con un'area di indurimento circostante, eritematosa, calda ed edematosa. Il tessuto è

¹⁴Fonte: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.chapter.5124>

¹⁵Fonte: http://www.geragogia.net/editoriali/piaghe_decubito.html

¹⁶Fonte: <http://www.americangeriatrics.org/>

danneggiato ma non necrotico. Le modificazioni della postura, la correzione dell'eventuale ipoalbuminemia ed un'adeguata terapia intensiva possono portare alla risoluzione della lesione.

grado 3 la lesione si estende oltre il grasso sottocutaneo fino alla fascia muscolare con necrosi del tessuto circostante e margini sottominati. Il muscolo è irritato e può presentare fenomeni di spasticità e/o contrattura. La lesione indica una diminuita omeostasi dell'organismo con incapacità di riparazione locale. E' necessario verificare l'esistenza di complicanze infettive periostali o ossee.

grado 4 lesione estesa oltre il muscolo sino all'osso, con pericolo di osteomielite e/o sino agli organi viscerali: in genere si associa a contratture articolari. E' necessario intervenire chirurgicamente con rimozione del materiale necrotico, lavaggio, drenaggio ed eventuale sutura o plastica.

lesione chiusa area di tessuto subepidermica, con piccola lesione superficiale, apparentemente di scarso significato clinico. E' necessario eseguire un'indagine radiologica ed ecografica per una corretta valutazione dell'estensione e dei rapporti con gli altri tessuti, per il pericolo di infezioni sistemiche.

➤ **Classificazione secondo le Linee Guida EPUAP (Europa, European Pressure Ulcer Advisory Panel)¹⁷**

grado 1 iperemia della cute sana che non scompare alla digitopressione. La discromia cutanea, il calore, l'edema e l'indurimento possono essere utilizzati come parametri di valutazione, in particolare di soggetti di carnagione più scura.

grado 2 lesione cutanea a spessore parziale che interessa l'epidermide, il derma o entrambi. L'ulcera è superficiale e si manifesta clinicamente come un'abrasione o una vescica.

grado 3 lesione cutanea a spessore totale con degenerazione o necrosi del tessuto sottocutaneo, con possibile estensione sino alle aree sottostanti ma non oltre la fascia.

grado 4 degenerazione massiva, necrosi tessutale o danno muscolare, osseo o delle strutture di supporto, con o senza lesione cutanea a tutto spessore.

➤ **Classificazione secondo le Linee Guida NPUAP (America, National Pressure Ulcer Advisory Panel 1998)¹⁸**

stadio 1 iperemia della cute sana che non scompare alla digitopressione: il segnale preannuncia l'ulcerazione della pelle. La discromia cutanea, il calore, l'edema e l'indurimento

¹⁷Fonte: <http://www.epuap.com/>

¹⁸Fonte: <http://www.npuap.org/>

possono essere utilizzati come parametri di valutazione, in particolare in soggetti di carnagione più scura.

stadio 2 lesione cutanea a spessore parziale che interessa l'epidermide, il derma o entrambi. L'ulcera è superficiale e si manifesta clinicamente come un'abrasione, una vescica o una leggera cavità.

stadio 3 lesione cutanea a spessore totale con degenerazione o necrosi del tessuto sottocutaneo, che si può estendere anche in profondità, ma senza coinvolgere la fascia muscolare. L'ulcera si presenta clinicamente come una profonda cavità che può essere o non essere sottominata.

stadio 4 degenerazione massiva, necrosi tissutale o danno muscolare, osseo o delle strutture di supporto (es. tendine, capsula articolare).

➤ **Classificazione in stato**

- La lesione, una volta formatasi, può presentarsi in uno o più dei seguenti stati:
- necrotica
- colloquiata
- infetta
- fibrinosa
- fibrino-membranosa
- detersa
- tessuto di granulazione
- odore

La lesione può essere:

- poco essudante
- essudante
- molto essudante

e può presentarsi:

- sottominata e/o con tramiti fistolosi

Segnalazioni del Settore Documentazione

Tre le news che, negli ultimi mesi, sono state segnalate su www.centromaderna.it circa il tema delle piaghe da decubito:

Piaghe da decubito: a Strasburgo il tavolo di trattative per fissare linee guida

Dall'8 al 13 luglio 2005 a Parigi, Epuap, Etrs, Ewma, Sffpc, ovvero tra le più importanti società scientifiche mondiali in materia di piaghe e cicatrizzazioni cutanee hanno dato vita al secondo congresso mondiale sul tema. Ottomila i delegati dei vari Paesi, tra cui il vicepresidente del Parlamento europeo, Guido Podestà, delegazioni dell'Osservatorio della terza età Ageing Society e delle associazioni Aawc e Npuap. L'obiettivo dell'incontro è stato discutere della patologia mettendo a confronto le diverse esperienze, cercando di capire come diffondere una maggiore informazione sull'argomento, come prevenirla ma, soprattutto, come sensibilizzare istituzioni politiche e società scientifica su un problema che riguarda soprattutto la terza età. Le piaghe da decubito, infatti, colpiscono principalmente gli anziani costretti a lunghe degenze in ospedale, durante le quali sono, molto spesso, poco assistiti. Dopo il ricovero quindi, all'anziano tocca un ulteriore e doloroso periodo di recupero. La cura consiste in medicazioni avanzate, completamente mutuabili in tutti i Paesi del mondo fuorché in Italia dove, grazie all'Osservatorio della terza età, si è ottenuto un abbassamento dell'Iva su questi prodotti dal 20% al 4%. Luc Teot, presidente del congresso parigino, ha sottolineato "l'importanza dello sviluppo di una visione mondiale di questa nuova disciplina". Il presupposto è condiviso anche dal vicepresidente del Parlamento europeo che si è detto disponibile a rimandare l'incontro a ottobre, nella sede di Strasburgo, per aprire un tavolo a cui sederanno parlamentari europei, membri della comunità scientifica ed esponenti della società civile. Insieme, dovranno stabilire delle linee guida uguali per tutti i Paesi.

http://www.centromaderna.it/news_dettaglio.php?num=1479&pag=1&cerca=cerca_3

Tra l'1 e il 3 marzo 2006 si è svolto a Roma il primo Congresso Nazionale della Conferenza Italiana per lo Studio e la Ricerca sulle Ulcere, Piaghe, Ferite e la Riparazione Tessutale.

http://www.centromaderna.it/calendario_dettaglio.php?num=3842&pag=1&cerca=

Una giornata di formazione dedicata alle "Linee guida ed evidenze scientifiche per la prevenzione delle lesioni da pressione" si è tenuta il 22 aprile 2006 -Villa d'Adda (Bg) su organizzazione dell' AISLEC.

Obiettivi del corso, che ha previsto l'assegnazione di 10 crediti ECM, sono stati la conoscenza delle dimensioni del problema lesioni da pressione, l'utilizzo delle linee guida A.H.R.Q. per le corrette azioni di prevenzione, l'identificazione e l'utilizzo corretto degli ausili per la gestione dell'incontinenza, la conoscenza e l'applicazione corretta delle classi di ausili presenti sul mercato e finalizzati alla prevenzione.

http://www.centromaderna.it/calendario_dettaglio.php?num=3883&pag=2&cerca=

Siti internet di riferimento

- Siti italiani

Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee (AisLeC) www.aislec.it

Il sito ripartisce il materiale in diverse aree: news, formazione, wound care, riviste, download, links, sponsors, forum; come già indicato, propone, inoltre, una Guida per le famiglie dedicata al trattamento delle piaghe da decubito¹⁹.

Associazione Italiana Ulcere Cutanee (AIUC) www.aiuc.it

L'associazione "vuole essere una sede di incontro e di riferimento nazionale per tutti coloro che quotidianamente si impegnano ed affrontano la difficile problematica delle ulcere cutanee".

Conferenza Italiana per lo Studio e la Ricerca sulle Ulcere, Piaghe, Ferite e la Riparazione Tessutale <http://www.corteitalia.org/>

L'associazione scientifica ha lo scopo di contribuire allo sviluppo scientifico e tecnico nel campo del trattamento delle perdite di sostanza e della riparazione dei tessuti.

- Siti stranieri

Associazioni internazionali

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) www.epuap.org

European Tissue Repair Society (ETRS) www.etr.org

European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) www.eadv.org

European Wound Management Association www.ewma.org

Oxford International Wound Foundation www.oxfordinternationalwoundfoundation.org

The Association for the Advancement of Wound Care (AAWC) www.aawc1.com

World Union of Wound Healing Societies www.wuwhs.org

¹⁹ La Guida è disponibile all'indirizzo: www.aislec.it/files/download/353_dw.pdf

Pubblicazioni per operatori

[AAWM Quarterly News Briefings](http://www.aawm.org/publications.html) www.aawm.org/publications.html

[Advances in Skin & Woundcare](http://www.woundcarenet.com/) www.woundcarenet.com/

[European Pressure Ulcers Advisory Panel Review](http://www.epuap.org/reviews.html) www.epuap.org/reviews.html

[Ewma Journal](http://www.ewma.org/english/Journal_en.htm) www.ewma.org/english/Journal_en.htm

[Health Management Publications \(HPM\)](http://www.hmpcommunications.com/flash_hmp/flash.html)

www.hmpcommunications.com/flash_hmp/flash.html

[Health Technology Assessment](http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/) www.hta.nhsweb.nhs.uk/

[International Journal of Lower Extremity Wounds](http://www.sagepub.com/journals/15347346.htm) www.sagepub.com/journals/15347346.htm

[International Wound Journal](http://www.blackwellpublishing.com/journal.asp?ref=1742-4801&site=1)

www.blackwellpublishing.com/journal.asp?ref=1742-4801&site=1

[Journal des plaies et cicatrizations](http://www.sffpc.org/) (in francese) www.sffpc.org/

[Journal of Tissue Viability](http://www.tvs.org.uk/index.asp) www.tvs.org.uk/index.asp

[Journal of Wound Care \(content available for subscribers only\)](http://www.journalofwoundcare.com/) www.journalofwoundcare.com/

[Journal of Wounds, Ostomy and Continence Nursing](http://www.o-wm.com/owm/)

[Ostomy/Wound Management](http://www.o-wm.com/owm/) www.o-wm.com/owm/

[Podiatry Today](http://journals.elsevierhealth.com/home) journals.elsevierhealth.com/home

[Sår \(in Danish\)](http://www.saar.dkhttp://journals.elsevierhealth.com/home/) www.saar.dkhttp://journals.elsevierhealth.com/home/

[The Australian Journal of Wound Management](http://www.awma.com.au/journal_overview.cfm) www.awma.com.au/journal_overview.cfm

[World Wide Wounds](http://www.worldwidewounds.com/) www.worldwidewounds.com/

[Wound Digest](http://www.woundtx.com/) www.woundtx.com/

[Wound Repair and Regeneration](http://wizard.pharm.wayne.edu/wrr/WRR.HTM) wizard.pharm.wayne.edu/wrr/WRR.HTM

[Wounds](http://www.woundsresearch.com/wnds/index.cfm) www.woundsresearch.com/wnds/index.cfm

Indicazioni bibliografiche

Nella Banca dati bibliografica accessibile su www.centromaderna.it sono presenti i seguenti riferimenti bibliografici, la maggior parte corredati di abstract, sul tema delle piaghe da decubito:

- Genova Manfredi, *Lesioni da decubito: un'indagine nel Lazio* Pro Terza Età, vol. 9, n. 25, 2004, pag. 46-47;
- Lacava Roberto et al. *Piaghe da decubito: una nuova arma nella cura* Pro Terza Età, vol. 9, n. 26, 2004, pag. 18-20;
- Fontana Mirella, *Lesioni da decubito e superfici d'appoggio* Assistenza Anziani, n. 10, 2005, pag. 39-41;

- Sassari, *Pronto intervento anziani* Agenzia d'informazione Auser, vol. 8, n. 31, 2005;
- Fontana Mirella, *Lesioni da decubito. Fattori e interventi* Assistenza Anziani, n. 9, 2005, pag. 52-55;
- *Lesioni da decubito e qualità dell'assistenza* Assistenza Anziani, n. 7, 2005, pag. 9;
- Masia Chiara, *Rischio d'insorgenza delle lesioni da decubito* Promozione salute, vol. 11, n. 3, 2005, pag. 13;
- C. Di Bernardo et al., *Anziani con lesioni da pressione all'ingresso in RSA: valutazione dei fattori di rischio* Giornale di Gerontologia, vol. 52, n. S5, 2004, pag. A28;
- Apostoli Alberto, Caula Claudia, *Fragilità della pelle, fragilità della persona* I luoghi della cura, vol. 3, n. 1, 2005, pag. 26-30;
- S.F.F.P.C., Paris et al., *Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Texte des recommandations* ANAES, Paris, 2001, 37 pp.;
- S.F.F.P.C., Paris et al., *Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Text court* ANAES, Paris, 2001, 19 pp.;
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), Paris *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres* ANAES, Paris, 1998, 76 pp.
- Fontana Mirella, *Immobilizzazione, sindromi e possibili complicanze* Assistenza Anziani, n. 2, 2005, pag. 56-57;
- Bacchi G. et al., *Revisione critica di un protocollo per la prevenzione dell'insorgenza di ulcere da pressione in un nucleo R.S.A.* Giornale di Gerontologia, vol. 52, n. S5, 2004, pag. A4;
- A cura di Di Fusco Franco, *Attenzione alle ferite che non si rimarginano* LiberEtà, vol. 55, n. 2, 2005, pag. 68-69;
- Calosso Aldo, *Le lesioni cutanee: manuale clinico* Carocci Faber, 2005, 397 pp.;
- Barillaro C. et al., *Prevenzione e trattamento delle piaghe da decubito* Anziani oggi, n. 1, 2004, pag. 62-71;
- R.Lacava et al., *Nuove strategie terapeutiche nel trattamento delle piaghe da decubito in pazienti anziani* Giornale di gerontologia, vol. 51, n. S5, 2003, pag. 192;
- A cura di Bellingeri Andrea, *La lesione da pressione. Manuale per infermieri* Mediprint, 2003, 92 pp.;
- A cura di Apostoli Alberto, Zanetti Ermellina, *Qualità dell'assistenza in casa di riposo: la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito* Geriatric nursing, n. 2, 2004, pag. 2-3;
- Martinengo Maria Teresa, "Nessuna sorpresa, una su due non è in regola"
- La Stampa, 02-06-2004, pag. TO39;
- Zanetti Ermellina, *Lesioni da decubito: consigli per prevenirle* Assistenza Anziani, n. 5, 2004, pag. 59;
- G. De Martino et al., *Integrazione distretto-ospedale nell'assistenza anziani-progetto "Lesioni cutanee"* Giornale di gerontologia, vol. 51, n. S5, 2003, pag. 105;
- A cura di Apostoli Alberto, *Quante lesioni da decubito si possono evitare con un supplemento nutrizionale per os di 400 kcal in pazienti anziani critici?* Geriatric nursing, n. 3, 2003, pag. 3;

- Bucci Roberto, *Piaghe da decubito: oggi c'è la cura* Famiglia Cristiana, vol. 73, n. 51, 2003, pag. 140-141;
- Soggiorno Borsalino, Centro Servizi Polifunzionali per la terza età, *"Lesioni da decubito: nuove frontiere terapeutiche?" Aspetti, problematiche ed aggiornamento professionale*, 2003 27 pp.;
- Letellier C. et al., *Prise en charge de la douleur de l'escarre chez le sujet âgé* La revue du généraliste et de la gérontologie, n. 76, 2001, pag. 266-273;
- Coppi Cristina, *Prevenire le lesioni da decubito: un percorso essenziale* L'età futura, vol. 3, n. 3, 2002, pag. 14-15;
- Apostoli Alberto, Bellingeri Andrea, Colosso Aldo, *Le caratteristiche delle superfici antidecubito e i criteri di scelta* Nursing Oggi Geriatria, n. 3, 2002, pag. 18-26;
- Masina M., Bonandin I., Viti V., *Analisi farmacoeconomica della gestione delle lesioni da decubito in Residenza Sanitaria Assistenziale* Geriatria, vol. 13, n. 5, 2001, pag. 257-266;
- Raabe Harald, *Wege aus dem Dekubitus-Dilemma: Von der statistischen Erfassung bis zur Task-Force* Pro Alter, n. 1, 2002, pag. 34-36;
- A cura di Apostoli Alberto, Zanetti Ermellina, *Come favorire la salute della pelle nella popolazione anziana* Nursing Oggi Geriatria, n. 3, 2001, pag. 30-37;
- Jonas Ines, *"Viele Druckgeschwure bleiben unbehandelt"* Pro Alter, n. 1, 2002, pag. 10-15;
- Raabe Harald, *Dekubitus - Dauerproblem in der Pflege?* Pro Alter, n. 1, 2002, pag. 8-9;
- Scognamiglio P. et al., *La gestione delle piaghe da decubito in A.D.I. Esperienza maturata nell'ambito della CE2* Giornale di gerontologia, vol. 49, n. 8, 2001, pag. 473-474;
- Pasqualini R., Mussi C., Salvioli G., *Linee Guida per la prevenzione e la terapia delle lesioni da decubito* Giornale di gerontologia, vol. 49, n. 12, 2001, pag. 871-877;
- Teodorini M., *Strategie assistenziali antidecubito* Giornale di gerontologia, vol. 49, n. 11, pag. 789-795;
- Agostini L., *Risultati della prova di prodotti per l'incontinenza e per l'igiene di persone anziane* Giornale di gerontologia, vol. 48, n. 11, 2000, pag. 883;
- Colombo M. et al., *Nursing di qualità per le piaghe da decubito* Giornale di gerontologia, vol. 48, n. 11, 2000, pag. 882;
- Frustaglia A., *Approccio multidisciplinare per la prevenzione delle lesioni cutanee da compressione* Giornale di gerontologia, vol. 48, n. 9, 2000, pag. 668-674;
- *Neu in der Pflege: Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe* Pro ALTER, n. 3, 2000, pag. 46-48;
- *Studio della validità delle lesioni da decubito come indicatore di qualità dell'assistenza domiciliare* Home Care News, vol. 6, n. 8, 1999, pag. 6-7;
- Palleschi M., Ceccarelli R., *Piaghe da decubito: una patologia carica di responsabilità. Osservazioni personali* Geriatria, vol. 11, n. 3, 1999, pag. 155-156;
- Masina M., Manzani A., *Valutazione economica di un protocollo di medicazione moderna nella assistenza domiciliare. Ruolo della frequenza di medicazione e del costo del materiale nella determinazione del costo di trattamento* Geriatria, vol. 11, n. 1, 1999, pag. 41-62;
- Fries Brant E. et al., *Effect of the National Resident Assessment Instrument on selected health conditions and problems* Journal of the American Geriatrics Society, vol. 45, n. 8, 1997, pag. 994-1001;

- Lazzaro Carlo, *Alcune riflessioni economiche sul trattamento delle ulcere da decubito nel paziente geriatrico: l'esperienza del Pio Albergo Trivulzio* Home care news, vol. 5, n. 1, 1998, pag. 6-8 ;
- *Ozonoterapia senza rischi* Famiglia Cristiana, vol. 68, n. 23, 1998, pag. 171;
- Cecchi F. et al., *Lesioni da decubito: nei pazienti geriatrici la scelta della medicazione* Giornale di gerontologia, vol. 45, n. 7, 1997, pag. 435-442;
- Pastore P. et al., *Complicanze delle piaghe da decubito nel paziente anziano* Medicina geriatrica, vol. 28, n. 5-6, 1996, pag. 197-199;
- Pastore P. et al., *Prevenzione delle ulcere da decubito nel paziente anziano* Medicina geriatrica, vol. 28, n. 5-6, 1996, pag. 193-196;
- A cura di Costanzi Carla, Ferrari Fulvio, *Progettare la Qualità negli istituti per anziani* Franco Angeli, Milano, 1997, 288 pp.;
- A cura di Gullotta Mimmo et al., *Lenire il dolore* Vivereoggi, vol. 11, n. 8, 1997, pag. 44-51;
- AA.VV., *Assistenza sanitaria in Italia. Gli anziani e la salute. Atti dei Convegni Nazionali FIROS 1996-1997*;
- Alma A. et al., *Le piaghe da decubito tra gli anziani istituzionalizzati* Medicina geriatrica, vol. 27, n. 1-2, 1995, pag. 31-42;
- Scarcella P., Falasca F., *La prevenzione delle piaghe da decubito: risultati di uno studio condotto in due case alloggio a Roma* MEDICINA GERIATRICA, vol. 27, n. 1-2, 1995, pag. 15-20;
- Mongardi Maria, *Otto studi di prevalenza delle lesioni da decubito eseguiti in un anno nel presidio ospedaliero dell'Azienda USL di Imola* HELIOS, vol. 2, n. 11, 1996, pag. 6-11 ;
- Dronot P., Blanchard F., Ferrand V., *Prevenir les escarres en évaluant la qualité des soins infirmiers* GERONTOLOGIE, vol. 0, n. 88, 1993, pag. 35-40;
- Salsi Afro, Cavazzuti Francesco, *Le piaghe da decubito* Gerontologia e geriatria, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 1990, pag. 123-131.

Ad uso degli operatori si riportano, inoltre, qui di seguito alcune indicazioni tra le più significative, invitando il lettore interessato ad approfondire la propria ricerca mediante la consultazione dei siti specializzati di cui sopra è stato proposto l'elenco:

- Agency for Health Care Policy and Research Clinical Practice Guideline, *Linee guida per il trattamento delle Lesioni da Decubito* – 1995;
- AISLeC, *Nuove acquisizioni in tema di lesioni cutanee* - Modena, 1995
- AISLeC *Profilassi delle lesioni da decubito e cambio posturale : ricerca multicentrica linee guida* ed. ANIN - Pavia, 1995;
- AISLeC, *Appunti di viaggio* - editrice MA.RO - Copiano (Pv), 1998;
- ANIN, *Linee guida di definizione ed attivazione di un protocollo • Appunti corso aggiornamento di 1° e 2° livello 1996/97, "Profilassi e cambio posturale delle lesioni da decubito: aspetti preventivi e curativi"* - Azienda U.S.S.L. 43 Vigevano;

- Cremonese A., *La piaga delle piaghe* – Corriere della Sera, suppl. Salute, Gennaio 1996;
- Cucinotta D., Di Giulio P.(a cura di), *Le lesioni da decubito* - Supplemento al n° III - IV di Helios - Ed. Casma - Bologna, 1998;
- Fumagalli, *Le lesioni da decubito: i sistemi per la prevenzione e la terapia* Edizione Ricerca e Sviluppo ,
- Hess C.T., *Guida clinica alla cura delle lesioni cutanee* - ed. Masson - Milano,1999 (edizione italiana a cura di A. Bellingeri);
- Lui P., *La detersione. Valutazioni dermatologiche nella gestione della cute dell'anziano* - Helios - anno II - n° 1, 2 ed. Casma - Bologna, 1998;
- Monti M., *L'Ulcera cutanea: approccio multidisciplinare alla diagnosi ed al trattamento* Edizione Springer-Verlag Italia, Milano 2000;
- Muzzio A., *Protocollo per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da compressione*- Pavia, 1998 (documento predisposto per Servizio Infermieristico di Pavia);
- Muzzio A., *Il trattamento locale delle lesioni cutanee. Alcuni prodotti di uso comune*- Pavia, 1998 (documento predisposto per Servizio Infermieristico di Pavia);
- Zanetti E., *Gli strumenti di valutazione in geriatria* - Ed. Lauri - Milano, 1998.

Una **bibliografia aggiornata sul tema** è reperibile all'indirizzo www.centromaderna.it. Eccone il percorso:

- entra nel sito www.centromaderna.it;
- a sinistra, clicca su “banca dati bibliografica”;
- seleziona “ricerca per argomento”;
- clicca su “piaghe da decubito”.

Altre [parole chiave](#) in grado di incrociare, personalizzare o mirare più a fondo la ricerca, sono le seguenti:

- Anziano non autosufficiente
- Assistenza domiciliare integrata
- Ausili
- Badante, assistente domestica
- Cronicità Disturbi e malattie legati all'invecchiamento
- Disturbi e malattie legati all'invecchiamento
- Fratture
- Igiene
- Incontinenza
- Lungodegenza
- Malati terminali
- Prevenzione