

Stato delle revisioni.....	1
Introduzione	2
Obbiettivi	2
Definizione.....	2
Destinatari	2
Identificazione del paziente a rischio e valutazione -	3
Trattamento precoce e Cura della cute	4
Carichi meccanici e sistemi di supporto	5
Dispositivi per la redistribuzione della pressione	6
Ridurre l'incidenza delle lesioni da decubito attraverso programmi educativi.....	8
Glossario	9
Livello delle prove	9
Bibliografia.....	11
Archiviazione	14
Elenco degli allegati.....	14

Redazione GDL LDD	Dr. Cesare Fioretti, Infermiere esperto e specializzato in Wound-Care	
	Dr. Alessandro Scalise Dirigente Medico Clinica di Chirurgia Plastica	
	Dr. Leonardo Incicchitti Dirigente Medico DMO	
	Dr.ssa Marina Pierangeli Dirigente Medico	
	Dr.ssa Sonia Campofiloni Coordinatrice Accreditamento e Risk Management	
Verifica RAQ		Approvazione DS
Copia Controllata	N°.....	Distribuito a

Stato delle revisioni

Rev.	Data	Motivo	Pagina
00	15/11/2009	Emissione	Tutte



LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT01
REV.01
Del
15/11/2009
Pagina 2 di 14.

Introduzione

La gestione dei pazienti con lesioni cutanee per complessità, importanza sociale, costo per il singolo e l'organizzazione sanitaria, risulta sempre più complessa. La necessità di migliorare la qualità dell'assistenza riducendo quindi la sofferenza e gli sprechi sanitari in questo settore risulta quindi perentoria e non più rinviabile ²⁶. I dati epidemiologici presenti in letteratura ed Aziendali motivano l'intervento in tale settore, quindi riportiamo di seguito procedure e tecniche per la prevenzione delle lesioni da pressione estratte dalle Linee Guida dell'A.H.C.P.R , RCN e dalle LG Nazionali della Regione Toscana. E' necessario che i processi di cura si orientino perfettamente alla soddisfazione dei bisogni dell'individuo avendo un modello concettuale di riferimento. Virginia Henderson identificherebbe il nostro ambito preventivo con il "*bisogno di muoversi e di mantenere una posizione corretta*", "*bisogno di essere puliti, curati e proteggere i tessuti*" , "*bisogno di dormire e riposarsi*" e del "*bisogno di evitare i pericoli dovuti all'ambiente*" .

Obiettivi

- a. Fornire informazioni per identificare precocemente i pazienti a rischio di sviluppare ulcere da decubito
- b. Suggestire interventi per la prevenzione

Definizione

La lesione da pressione è una lesione della cute o dei tessuti sottostanti dovuta a compressione o sfregamento, con conseguente alterazione della circolazione e/o apporto di ossigeno e sostanze nutritive nell'area interessata.

Destinatari

Portatori di ulcere cutanee al I° stadio, pazienti con patologie croniche degenerative, traumatizzati gravi, patologie cardiovascolari, mielolesi , bambini con età < 5 anni.



**LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA
DECUBITO**

PT01
REV.01
Del
15/11/2009
Pagina 3 di 14.

Identificazione del paziente a rischio e valutazione - Il primo obiettivo dell'intervento preventivo è l'identificazione del paziente a rischio di contrarre lesioni da decubito. Gli strumenti per l'identificazione sono l'utilizzo di scale validate. Al primo contatto deve essere valutato il rischio generale del singolo paziente e la presenza di fattori di rischio gravi come immobilizzazione o ridotta mobilità, alterazioni della sensibilità, malattie acute, ridotto livello di coscienza, malattie vascolari, malattie croniche o terminali; storia di ulcere da decubito, malnutrizione. Età avanzata >65 anni₁ (associata all'aumento nell'incidenza di malattie neurologiche e cardiovascolari e con minore elasticità della pelle); età <5 anni₁ (rischio per la presenza di pelle delicata e di una sproporzione tra dimensioni ed il peso della testa e il peso corporeo globale).

Obiettivi : Identificazione del paziente a rischio di contrarre lesioni da decubito e valutazione di fattori di rischio		
Interventi	Liv. Delle prove	Operatori
1. Valutare, entro sei ore dal ricovero , il rischio di contrarre lesioni da decubito attraverso l'utilizzo di scale e/o indici ¹ . (Scala di Braden, Norton mod.Stotts "allegato M01PT01" Braden Q pediatrico "allegato (M02PT01)").	Evidenza III	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medici ➤ Infermieri ➤ OSS Adeguatamente formati
2. Tutte le valutazioni del rischio dovrebbero essere documentate registrate e messe a disposizione di tutto il team interdisciplinare ^{1,3}	Evidenza III <i>Validità = C</i>	
3. Le scale devono essere utilizzate come un ausilio di memoria e non devono mai sostituire il giudizio clinico ¹ .	evidenza I	
4. Il rischio di piaga dovrebbe essere rivalutato periodicamente ³ .	Validità=A L.G.AHCPR	
5. Se alla valutazione iniziale il paziente risulta non a rischio di sviluppare ulcere da decubito la valutazione dovrebbe essere ripetuta solo se vi è un cambiamento nelle condizioni cliniche ¹ .	evidenza III	
6. La pressione e la frizione contribuiscono al danno tissutale e dovrebbero essere rimossi o contenuti ¹ .	evidenza II	
7. Valutare idratazione ed umidificazione della cute (ad esempio l'incontinenza urinaria e fecale, la perdita di sostanze biologiche dalle ferite possono determinare irritazione cutanee) ¹	evidenza II	



LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT01
REV.01
Del
15/11/2009
Pagina 4 di 14.

Trattamento precoce e Cura della cute

Se il paziente è "collaborante" dovrà essere informato della necessità del cambio di postura e dell'alternare del decubito sui due fianchi; dell'uso del trapezio, che serve a sollevarsi e a decomprimere la zona sacrale.

Obiettivi : Mantenimento e miglioramento del grado di tolleranza del tessuto alla pressione al fine di evitare lesioni		
Interventi	Livello delle prove	Operatori
1. Ispezione cutanea di tutti i pazienti a rischio almeno 1 volta al giorno, con particolare attenzione delle salienze ossee (documentare le ispezioni). ³	Evidenza A	➤ Infermieri ➤ OSS
2. Ridurre al minimo i fattori ambientali che possono causare la disidratazione della pelle, ossia scarsa umidità (meno del 40 %) ed esposizione del freddo. La pelle secca deve essere trattata con prodotti idratanti come le creme ³ .	Validità =C LG. AHCPR (Prova III B)	adeguatamente formati
3. non massaggiare in corrispondenza delle prominenze ossee ³ .	Validità =B LG. AHCPR	
4. la cute dovrebbe essere pulita non appena si sporca e ad intervalli regolari utilizzando detergenti delicati. La frequenza della pulizia deve essere personalizzata secondo i desideri del paziente, ma Il lavaggio frequente rimuove i lipidi cutanei. Non utilizzare un'acqua troppo calda. Ridurre al minimo la forza e la frizione applicata alla cute, soprattutto sulle prominenze ossee ³ .	Validità =C LG. AHCPR	
5. in presenza di una incontinenza, sudorazione ecc..cambiare spesso il pannolone; utilizzare dei prodotti barriera e/o films protettivi ¹ .	Evidenza III	
6. fare attenzione ai segni di eritema persistente, eritema che non scolora alla pressione, bolle secche possono indicare lo sviluppo incipiente di ulcere da decubito: documentare ogni cambiamento della cute ¹ .	Evidenza III	



LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT01
REV.01
Del
15/11/2009
Pagina 5 di 14.

Carichi meccanici e sistemi di supporto ³

Obiettivi Protezione dagli effetti negativi provocati da forze meccaniche (frizione, scivolamento, stiramento)		
Interventi	L. delle Prove	Operatori
<ul style="list-style-type: none">1. mobilizzare i pazienti a rischio di sviluppare ldd almeno ogni due ore, se ciò è compatibile con le condizioni del paziente (piano scritto).1. Aiutare la persona completamente immobile utilizzando un lenzuolo di trazione posto sotto il paziente per spostarlo da una sponda all'altra.1. Raggiunta la posizione del fianco sx o dx: mantenere la testata del letto al minimo grado di elevazione (limitare la durata per evitare lo scivolamento).1. Mantenere la posizione con un angolatura tra trocantere e piano del letto di 30-40° (utilizzare un cuscino), scapola e spalla in avanti per ridurre il peso sull'articolazione1. Posizionare un cuscino sotto la testa e il collo del paziente senza ostacolare gli atti respiratori.1. Posizionare le braccia leggermente flesse. Il braccio superiore va sostenuto con un cuscino in posizione più alta rispetto la spalla. Il braccio inferiore può anche essere piegato. In presenza di insofferenza del paziente, posizionare le braccia ad intervalli di 30 minuti.1. posizionare la gamba a contatto con il letto leggermente piegata all'indietro, a formare un angolo di flessione diverso alla gamba soprastante1. posizionare un cuscino sotto la gamba superiore semiflessa. Il cuscino deve comprendere l'area dalla coscia al piede (il cuscino evita le pressioni sulle prominente ossee).1. posizionare il piede con un dispositivo antiequinismo se è privo di controllo	evidenza III	<ul style="list-style-type: none">➤ Infermieri➤ oss adeguament e formati
<ul style="list-style-type: none">1. Il rischio di sviluppare ulcere da pressione è più elevato in posizione seduta piuttosto che in posizione supina.	(Prova IV A)	
<ul style="list-style-type: none">1. Gli individui costretti su sedia o carrozzella che sono capaci dovrebbero essere educati a scaricare le parti sottoposte a pressione, cambiando posizione ogni 15 minuti ³. Il cambio delle posizioni dovrebbe essere registrato sulla scheda di registrazione posizioni M04PT01 3	(Prova III A)	
<ul style="list-style-type: none">1. Gli individui a rischio di sviluppare acutamente ulcere da decubito dovrebbero essere posizionati a sedere, fuori dal letto, per meno di due ore ¹	evidenza III	

Dispositivi per la redistribuzione della pressione

La decisione di quali dispositivi utilizzare dipende dalla valutazione individuale globale che dovrebbe includere i livelli di rischio, **il comforto** e lo stato di salute generale.

Obiettivi: garantire una adeguata distribuzione della pressione		
Interventi	Livello delle prove	Operatori
1. Il paziente a rischio deve essere posizionato su materassi a pressione alternante e/o su altri sistemi di distribuzione della pressione (non su quelli standard). Vedi tabella M05PT01 richiesta Materassi ₃	evidenza I	➤ Infermieri ➤ medici
2. Gli individui a rischio non dovrebbero essere posizionati su materassi ospedalieri standard o di gommapiuma (foam) ₁	evidenza I	
3. I pazienti a rischio elevato dovrebbero essere posizionati su materassi con pressione alternante o su altri sistemi di distribuzione della pressione ¹	evidenza I	
4. Sistemi di redistribuzione della pressione dovrebbero essere usati in sala operatoria per individui, da sottoporre ad intervento chirurgico, ad alto rischio di sviluppare ulcere da decubito ₁	evidenza I	
5. NON dovrebbero essere utilizzati per ridurre le zone di pressione: guanti riempiti di acqua, tappeti di pelle di pecora (sintetici o no), dispositivi a tipo ciambella. I soggetti allettati che sono completamente immobili dovrebbero avere un piano di cura che comprenda l'uso di presidi in grado di alleviare completamente la pressione sui calcagni, solitamente rialzando i calcagni dal letto. Si sconsiglia vivamente l'uso di presidi a ciambella _{3 1}	evidenza III Validità = C	



LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT01
REV.01
Del
15/11/2009
Pagina 7 di 14.

Alimentazione

Garantire un adeguato apporto idrico, proteico, glucidico, lipidico, vitaminico e sali minerali. E' essenziale inoltre controllare l'apporto idrico. Per rendere più oggettiva la valutazione, possono essere introdotti schemi come quello di Plymouth.

Obiettivi: garantire un adeguato apporto proteico , glucidico , vitaminico , sali minerali e lipidico		
Interventi	Liv-evidenze	Operatori
1. Utilizzare la scala di Plymouth (allegato 3 M04PT01). Se l'alimentazione rimane inadeguata è necessario l'intervento più aggressivo come la nutrizione parenterale o enterale, sempre che il tutto sia compatibile con le condizioni cliniche del paziente [30-32 kcal/kg di peso/die; di cui i 2/3 della quota energetica in polisaccaridi a basso indice glicemico, 30 % in lipidi, le proteine fra i 1,2 – 1,5 g/kg di peso corporeo/die] ₃	C	<ul style="list-style-type: none">➤ Infermieri➤ Dietologi➤ Dietiste

Ridurre l'incidenza delle lesioni da decubito attraverso programmi educativi

Si devono strutturare e organizzare programmi educativi completi per la prevenzione delle lesioni da decubito ed essi dovrebbero essere diretti a tutti gli operatori sanitari, ai pazienti, ai loro familiari e ai prestatori di cure. E' stata sottolineata l'importanza che riveste l'organizzazione del lavoro di équipe multidisciplinari, nelle quali, operatori di diverse discipline si occupano del benessere globale della persona, intesa come un unità composta da tanti aspetti di uguale importanza. Un elemento fondamentale per un programma completo di prevenzione e trattamento comprende il sostegno psicologico e sociale da fornire al paziente ed ai familiari, in quanto possono andare incontro a depressione e solitudine.

Obiettivi: Ridurre l'incidenza delle lesioni da decubito attraverso programmi educativi		
Interventi	Liv.delle prove	Operatori
1. organizzare programmi educativi per la prevenzione delle lesioni da decubito: 2. informare su eziologia e fattori di rischio delle ldd 3. insegnare ad utilizzare strumenti di valutazione del rischio e loro applicazione 4. formare alla valutazione della cute 5. formare sulla scelta e/o uso di sistemi di supporto 6. sviluppo ed attuazione di un programma personalizzato di cura della cute 7. dimostrazione delle tecniche di posizionamento per ridurre il rischio di cedimento del tessuto 8. istruzione sulla documentazione accurata dei dati pertinenti ₃	A	Medici Fisiatri Infermieri Fisioterapisti OSS Dietiste Dietologi Familiari Care giver



LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT01
REV.01
Del
15/11/2009
Pagina 9 di 14.

Glossario

Vedi allegato T

Livello delle prove da rivedere

Guida ai livelli di prova e al grado delle raccomandazioni (Secondo il Piano Nazionale Linee Guida-PNLG)	
Livello delle prove	Forza delle raccomandazioni
I : prove ottenute da più studi controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati	A : l'esecuzione della procedura diagnostica o terapeutica è fortemente raccomandata (indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II)
II : prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato	B : si nutrono dubbi sul fatto che la procedura o l'intervento debba sempre essere raccomandato, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
III : prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi	C : esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento
IV: prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso controllo o loro metanalisi	D: l'esecuzione della procedura o intervento non è raccomandata
V : prove ottenute da studi di casistica senza gruppo di controllo	E: si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura o intervento
VI : prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile delle linee guida	

Forza delle raccomandazioni

A : l'esecuzione della procedura diagnostica o terapeutica è fortemente raccomandata (indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II)

B : si nutrono dubbi sul fatto che la procedura o l'intervento debba sempre essere raccomandato, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata

C: esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento

D l'esecuzione della procedura o intervento non è raccomandata

E: si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura o intervento

Livelli di prova e grado di raccomandazione secondo l'AH CPR, EPUAP

Forza delle Raccomandazioni
AHCPR, 1992-1994 (revisionate nel 2000) EPUAP 2000
Grado di evidenza A : richiede almeno un uno studio randomizzato controllato (RCT) come parte dell'insieme di letteratura di complessiva buona qualità e consistenza che suggerisce specifiche raccomandazioni;
Grado di evidenza B: richiede disponibilità di studi clinici ben condotti ma non RCT sui temi della raccomandazione;
Grado di evidenza C: richiede evidenza ottenuta da rapporti di commissioni di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di persone autorevoli. Indica assenza di studi clinici direttamente applicabili di buona qualità.

FORZA DI EVIDENZE ROYAL COLLEGE OF NURSING - 2001
Grado I: basato su risultati dello stesso segno nella maggioranza di diversi studi di buona qualità
Grado II: basato sui risultati di un singolo studio di buona qualità (accettabile) o su risultati deboli o contraddittori in diversi studi di buona qualità.
Grado III: evidenza scientifica limitata che non incontra tutti i criteri di studi accettabili, o assenza di studi di buoni qualità applicabili direttamente. Questo include l'opinione degli esperti. <i>(Accettabile per queste linee guida significa che sono stati valutati e approvati con un approccio critico).</i>

Bibliografia

1. Dott. Giovanni Pomponio e Laura Morbidoni (2003),da *Infermieristica Basata sulle Evidenze, Valutazione e prevenzione delle ulcere da decubito. Linea guida del Royal College of Nursing 2001: Pressure ulcer risk assessment and prevention .*
2. Assistenza infermieristica, *“Guida clinica alla cura delle lesioni cutanee”*, edizione italiana a cura di Andrea Bellingeri (Presidente AISLeC); Masson 1999.
3. Ermellina Zanetti e Aldo Calosso (*Prevenzione e Trattamento delle lesioni da decubito*), linea guida AHCPR (Agency for Health Care Policy and Reserce 1992-1994); Lauri edizioni, maggio 2000
4. Testi AISLeC: “ appunti di viaggio “ e opuscolo informativo sulla prevenzione e cura delle lesioni da decubito; casa editrice MA.RO aprile 1997.
5. Linea Guida NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel, nel 1989, durante una conferenza hanno classificato le ulcere da pressione in quattro stadi: I stadio, eritema della pelle (non lacerata) non reversibile alla digito-pressione. Il stadio, ferita a spessore parziale che coinvolge l’epidermide e/o il derma. L’ulcera è superficiale e si preannuncia clinicamente come un’abrasione, una vescica o una leggera cavità. III stadio, ferita a tutto spessore che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo che si può estendere fino alla fascia sottostante, ma senza attraversarla. L’ulcera si presenta clinicamente come una profonda cavità che può o non può essere sottominata. IV stadio, ferita a tutto spessore con estesa distruzione dei tessuti, necrosi o danno ai muscoli, ossa o strutture di supporto (es: tendini, capsula articolare, ecc...).
6. Norton D, MC Laren R, Exton – Smith NA – *An investigation of geriatric nursing problems in hospital -London. National Corporation for the Care of Old People, 1962.*
7. Testo AISLeC – Ausili e Presidi per la Prevenzione e il Trattamento delle Lesioni da Decubito. Seconda ricerca multicentrica promossa dall’AISLeC 1996.
8. Atti del Seminario organizzato dall’AISLeC “ *Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Decubito* “. Ancona 25-02-2000.
9. Text Atlas of “*Wound Management*” edited by Vincent Falanga, 2000.
10. M.Monti “ *L’ulcera cutanea*”. Approccio multidisciplinare alla diagnosi e al trattamento, Spoinger 2000.
11. Atti del seminario di studio “ *Lesioni da decubito* “ svoltosi presso l’Azienda Ospedaliera Umberto I di Ancona, 21-02-2001.
12. Cucinotta D., Di Giulio P., “ *Le piaghe da decubito al paziente anziano* “. Helios – Aggiornamenti in Wound Care, Suppl.1996. Editore Colonplast spa maggio 1994.



LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT01
REV.01
Del
15/11/2009
Pagina 12 di
14.

13. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). **Push Tool 3** Version 3.0: 9/15/1998.
14. Fioretti Cesare (2002) Applicazione del sistema di monitoraggio “ Push Tool 3 “ nell’esperienza di trattamento delle ulcere da pressione in un contesto di linee guida AHCPN e di stadiazione NPUAP. *Nursing Oggi* 1, 59-70.
15. Linea Guida : prevenzione delle ulcere da decubito. Citazione originale: *Rycroft-Malone et. al. Pressure ulcer guideline. Nursing Standard. 21 giugno 2000* (Traduzione di Giovanni Pomponio, Laura Morbidoni).
16. Andrea Bellingeri. Manuale per gli infermieri “ la lesione da pressione “ Mediprint 2003.
17. Clark M., Bours G, de Flours T. Summary report on the prevalence of pressure ulcers. *EPUAP Review* 2002; 4 (2): 49-57.
18. Terza ricerca multicentrica, in ambito domiciliare, AISLeC (Bellingeri, Bonelli 1998).
19. Pressure Ulcers in America . Prevalence, Incidence, and Implications for a the Future - NPUAP 2001.
20. Predicting Pressure Ulcer Risk in Pediatric Patients- The Braden Q Scale. Martha A.Q Curley et. al. 1996.
21. MurdochV. (2002) Pressure care in the paediatric intensive care unit. *Nursing Standard. 17, 6, 71 – 76.*
22. Pressure area care in infants and children: Nimbus Paediatric System – May 2001.
23. D.M. 14-9-94 N° 739: Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’Infermiere.
24. Linee Guida EPUAP- *Terapia delle ulcere da Pressione-* Pisa 2000.
25. Winter GD., Scales JT. - Effect of air drying and dressing on the surface of a wound. - *Nature* 1963. 197. 91-92.
26. Linea guida per le lesioni da decubito a cura di Andrea Bellingeri. Tratta da “ *Procedure, Protocolli e Linee Guida per l’Assistenza Infermieristica* “ Ed. Masson 2000 / autore ANIN.
27. Department of Health (1997). NHS Priorities and Planning Guidance 1998/99, Executive Letter EL (97) 39. Leeds: NHS Executive.
28. Consensus Conference Francese 2001.
29. Le lesioni cutanee *Manuale clinico* di Aldo Calosso – novembre 2004.
30. Cesare Fioretti et. all. “La ricerca infermieristica nella prevenzione delle lesioni da decubito in età pediatrica” , Atti Congresso AISLeC - Cavaion Veronese Aprile-Maggio 2004 .



LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT01
REV.01
Del
15/11/2009
Pagina 13 di
14.

31. American Nurses Association. (1995). *Nursing report card for acute care setting*. (Lewin-VHI, Inc.). Washington, DC: American Nurses Publishing.
32. Linee Guida Singapore 2002.
33. Linee Guida RCN 2001-2003.
34. NHS Centre For Reviews and Dissemination Università di York 1995
35. Amlung, S. R., Miller, W. L., & Bosley, L. M. (2001). The 1999 national pressure ulcer prevalence survey: A benchmarking approach. *Advances in Skin and Wound Care*, 14, 297-301.
36. Batson, S., Adam, S., Hall, G., & Quirke S. (1993). The development of a pressure area scoring system for critically ill patients: a pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 9, 146-151.
37. Bergstrom, N., Allman, R. M., Alvarez, O. M., Bennett, M. A., Carlson, C. E., Frantz, R. A. et al (1994). *Treatment of Pressure Ulcers. Clinical Practice Guideline*. No. 15. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.AHCPR Pub. No. 95-0652.
38. Bergstrom, N., Braden, B., Kemp, M., Champagne, M., & Ruby,E. (1998).Predicting pressure ulcer risk. A multisite study of the predicative validity of the Braden Scale. *Nursing Research*,47, 261-269.
39. Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987).The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research*, 36, 205-210.
40. Bergstrom, N., Demuth, P. J., & Braden, B. (1987). A clinical trial of the Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Clinics of North America*, 22, 417-428.
41. Bates–Jensen BM. Quality indicators for Prevention and Management of Pressure Ulcers in Vulnerable Elders. *Ann Intern Med* 2001; 135:744-751.
42. Sidoli O. L’aspetto nutrizionale nella prevenzione e nel trattamento delle lesioni da pressione – da Convegno AISLeC “ Lesioni cutanee : complicitanze e responsabilità professionale “ Novembre 2002.
43. Linee Guida EPUAP- *Terapia delle ulcere da Pressione*- Pisa 2000.
44. Braden, B., & Bergstrom, N. (1987). A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabilitation Nursing*,12, 8-12, 16.
45. NPUAP Task Force on Darkly Pigmented Skin and Stage I Pressure Ulcers. (1998). *Stage I Assessment in Darkly Pigmented Skin*. Retrieved August 5, 2002, from the National Pressure Ulcer Advisory Panel Web site: <http://www.npuap.org/positn4.htm>.
46. PNLG – Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento Programma nazionale ottobre 2005



LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT01
REV.01
Del
15/11/2009
Pagina 14 di
14.

Archiviazione

Documento	Luogo archiviazione	Resp.	Durata	Catalogazione	Accesso	Supporto
M01PT01	Cartella Clinica	Cs Medico		Scala di Norton Modificata sec. Scotts	Infe. Medici	cartaceo
M02PT01	Cartella Clinica	Cs Medico		Scala di Braden Q	Infe. Medici	cartaceo
M03PT01	Cartella Clinica	Cs Medico		Scheda di registrazione delle postazioni	Infe. Medici	cartaceo
M04PT01	Cartella Clinica	Cs Medico	---	Scala di Plymout	Infe. Medici	cartaceo
M05PT01	DMO/ CC/ Lavanderia			Richiesta materassi da decubito		cartaceo
T01PT01				Glossario	Infe. Medici	cartaceo

Elenco degli allegati

1. M01PT01 Scala di Norton Modificata sec. Scotts
2. M02PT01 Scala di Braden Q
3. M03PT01 Scheda di registrazione delle postazioni
4. M04PT01 Scala di Plymout
5. M05PT01 Richiesta materassi antidecubito
6. T01PT01 Glossario