

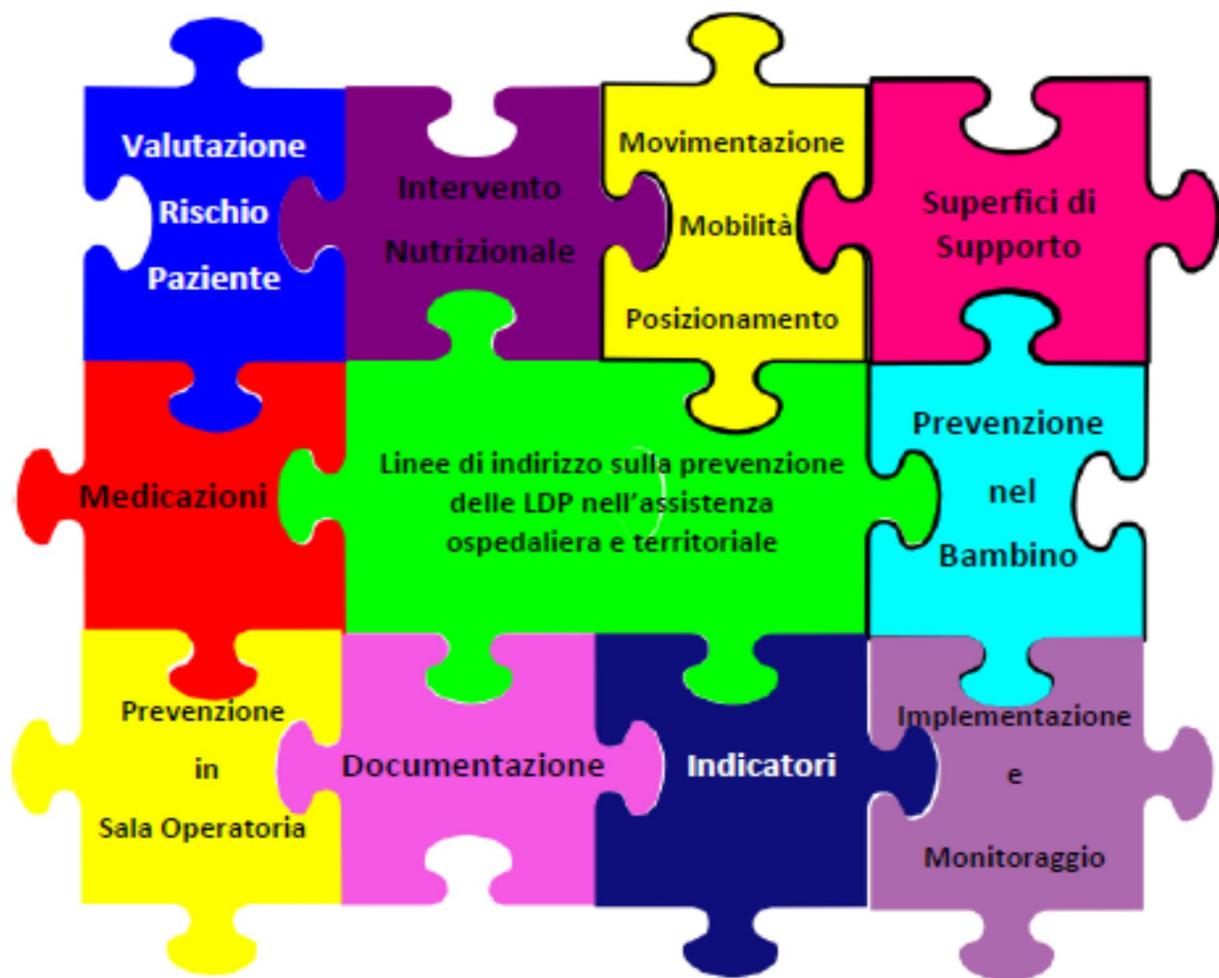
Allegato 2

I dieci indirizzi sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale



Le linee di indirizzo hanno l'obiettivo di definire e diffondere la buona pratica di prevenzione delle LDP in ambito ospedaliero, territoriale e a domicilio, tramite dieci indirizzi riportati nella figura di seguito e un opuscolo informativo per il paziente, i familiari e assistenti

Figura – Elenco indirizzi di buona pratica sulla prevenzione delle LDP



1° INDIRIZZO: Valutazione del rischio di LDP

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

COSA?

Nel paziente adulto, considerare i seguenti fattori come significativi per la corretta valutazione del rischio di LDP:

- EB** significativa limitazione della mobilità^{1,2}
- EB** significativa perdita di sensibilità^{1,2}
- EB** LDP pregressa/in atto^{1,2}
- EB** malnutrizione/deficit nutrizionale^{1,2}
- EB** incapacità alla variazione posturale autonoma^{1,2}
- EB** significativo deficit cognitivo¹
- EB** perfusione e ossigenazione²
- EB** aumento dell'umidità della cute²
- EB** aumento della temperatura corporea²
- EB** età avanzata (> 65 aa)²
- EB** utilizzo di dispositivi medici² (esempio: dispositivi per la funzione respiratoria, dispositivi ortopedici, cateteri urinari, cateteri per linee venose, dispositivi per la compressione [calze elastiche terapeutiche, dispositivi per la compressione pneumatica intermittente], sonde gastrointestinali).



NOTA BENE: La limitazione dell'attività (es., essere allettato o essere su carrozzina) e/o della mobilità (es., la riduzione della frequenza del movimento o della capacità di muoversi), così come la presenza di una LDP in atto o pregressa, pongono automaticamente il soggetto a rischio di LDP indipendentemente dal valore evidenziato dalla Braden e dall'esito della valutazione multidimensionale.

COME?

Adottare un approccio multidimensionale e interprofessionale della valutazione del rischio:

- EB** analisi dei fattori di rischio^{1,2}
- EB** giudizio clinico-assistenziale^{1,2}
- EB** scala di Braden e valutazione delle condizioni clinico-assistenziali del paziente^{1,2}
- EB** ispezione della cute^{1,2}

CON CHE COSA?

EB utilizzare la scala validata di Braden (per gli adulti)^{1,2} unitamente al giudizio clinico-assistenziale^{1,2}

P Il cut off definito per l'identificazione del paziente a rischio di LDP con la scala di Braden è ≤ 16

QUANDO?

EB il prima possibile e comunque entro 8 ore dal ricovero (o alla prima visita nei contesti comunitari)²

EB al variare delle condizioni cliniche dell'assistito²

P a intervalli regolari (ogni 7 gg dall'ultima valutazione)

P alla dimissione/trasferimento dell'assistito

P documentare l'esito dell'accertamento infermieristico al momento della presa in carico del paziente nella pianificazione assistenziale.

VALUTAZIONE DELLA CUTE

COSA?

Considerare i seguenti fattori come significativi per la valutazione della cute del paziente adulto a rischio di LDP:

EB integrità della cute nelle aree sottoposte a pressione¹

EB discolorazione/variazione del colore^{1,2}

EB variazioni di calore/temperatura, consistenza e umidità dei tessuti^{1,2}

EB comparsa di dolore localizzato nelle zone sottoposte a fattori di rischio: umidità, pressione, attrito e forze di taglio^{1,2}

EB utilizzare la digitopressione o la diasopia per valutare se l'eritema è sbiancante o non sbiancante^{1,2}

COME?

EB Condurre la valutazione della cute di tutta la superficie corporea della persona, prestando attenzione alla cute sovrastante le prominenze ossee e in relazione alla posizione assunta² (vedi Allegato B).

EB Ispezionare la cute sotto e intorno ai dispositivi medici²

QUANDO?

EB prima possibile, e comunque entro 8 ore dal ricovero (o alla prima visita nei contesti comunitari)²

EB sulla base del setting clinico e del grado di rischio dell'assistito² (es. paziente che rientra dalla sala operatoria, paziente incontinente)

P Condurre l'ispezione quotidianamente

P Eseguire quotidianamente e al bisogno l'igiene cutanea della persona

P controllare la cute con eritema non sbiancante quotidianamente

P alla dimissione/trasferimento dell'assistito

Riferimenti bibliografici dell'indirizzo

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014) Pressure ulcer prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. Clinical Guideline 179.
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). (2014) Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione: Guida rapida di riferimento. Integrate con "Clinical Practice Guideline" versione integrale della linea guida

2° INDIRIZZO: Valutazione e intervento nutrizionale

VALUTAZIONE NUTRIZIONALE

QUANDO?

Eseguire lo screening nutrizionale per ogni soggetto a rischio o con LDP in atto:

EB al momento del ricovero^{1,2}

EB ad ogni cambiamento significativo delle condizioni cliniche^{1,2}

COME?

EB Utilizzare uno strumento di screening nutrizionale valido ed affidabile per determinare il rischio nutrizionale^{1,2}

P Nell'adulto considerare come strumento di screening il Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)⁴ (vedi Allegato D)

EB Valutare la capacità del soggetto di mangiare autonomamente^{1,2}

P attenzione al paziente con disfagia

EB Tenere il diario alimentare per valutare l'assunzione complessiva di nutrienti^{1,2}

EB Rilevare il peso corporeo per identificare eventuali cali ponderali involontari ($\geq 5\%$ in 30 giorni o $\geq 10\%$ in 180 giorni)^{1,2}

P Rilevare il peso corporeo ogni 7 giorni, nel medesimo momento della giornata

P Prevedere la dotazione di ausili per rilevare il peso corporeo di un paziente parzialmente o totalmente dipendente

INTERVENTO NUTRIZIONALE

COME?

EB Attivare il team nutrizionale nei pazienti malnutriti e/o a rischio malnutrizione, valutati a rischio e/o con LDP in atto¹

EB Sviluppare un piano nutrizionale personalizzato per l'assistito a rischio e/o con LDP in atto^{1,2}

EB Garantire un apporto proteico adeguato per il mantenimento di un bilancio positivo di azoto negli adulti a rischio di LDP^{1,2}

EB Garantire un'adeguata idratazione ed un monitoraggio della stessa nei pazienti a rischio di LDP^{1,2}

EB Quando l'apporto nutrizionale è adeguato, **NON** proporre integratori nutrizionali appositamente per prevenire LDP nei soggetti a rischio³

EB Quando lo stato di idratazione è adeguato, **NON** proporre liquidi per via sottocutanea o endovenosa appositamente per prevenire LDP nei soggetti a rischio³



buona pratica assistenziale: rendere facilmente accessibile al paziente i liquidi per l'idratazione

Indicazioni nutrizionali specifiche

EB Fornire da 30 a 35 chilocalorie per kg di peso corporeo agli individui adulti a rischio di LDP, valutati a rischio di malnutrizione^{1,3}

EB Prevedere 1,25-1,5 grammi di proteine per kg di peso corporeo al giorno agli individui adulti a rischio di LDP e valutati a rischio di malnutrizione, qualora ciò sia compatibile con gli obiettivi assistenziali e rivalutare l'intervento se cambiano le condizioni^{1,3}

P Nel caso di pazienti con problemi di deglutizione è consigliato avvalersi di una consulenza degluttologica per avere indicazioni sulle modalità appropriate di somministrazione e sulle caratteristiche del cibo da proporre.

P Ai pazienti per i quali sia necessaria una consistenza modificata del cibo, proporre alimenti ad alta densità calorico proteica e con somministrazioni frequenti durante la giornata.

EB Se non è possibile soddisfare il fabbisogno nutrizionale attraverso l'apporto alimentare proporre supplementi nutrizionali orali ad alto contenuto calorico e proteico in aggiunta alla dieta abituale agli individui adulti a rischio nutrizionale e a rischio di LDP.^{1,3}

EB Considerare una nutrizione artificiale enterale o parenterale (solo in caso di non completa utilizzazione del tratto gastroenterico) qualora l'apporto per via orale risulti insufficiente. Ciò deve essere in linea con gli obiettivi clinico assistenziali della persona^{1,3}.

Riferimenti bibliografici dell'indirizzo

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). (2014) Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione: Guida rapida di riferimento.
2. Posthauer ME, Banks M, Dorner B, Schols JM. (2015) The role of nutrition for pressure ulcer management: National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance White Paper. *Adv Skin Wound Care*. 28(4):175-88.
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014) Pressure ulcer prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. *Clinical Guideline 179*.
4. Ministero della Salute (2015). Linea di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale Versione 29 gennaio

3° INDIRIZZO: Mobilità attiva, movimentazione e posizionamento del paziente a rischio

MOBILITA' ATTIVA

COSA?

EB Favorire la mobilità dell'assistito, compatibilmente con le sue condizioni cliniche e in base agli obiettivi assistenziali generali ¹

EB Se le condizioni clinico assistenziali lo permettono favorire il precoce raggiungimento della posizione seduta e della locomozione per contrastare l'allettamento.

P Valutare il livello di assistenza necessaria durante la mobilità e l'eventuale utilizzo di ausili a supporto.

COME?

P Favorire la partecipazione del paziente nella mobilità e facilitare lo svolgimento attivo delle seguenti attività:

- Passaggi posturali al letto: supino, decubito laterale, seduto, prono
- Trasferimenti: letto-letto, letto-barella, letto - carrozzina e viceversa, carrozzina - servizi igienici e viceversa
- Locomozione: deambulazione con assistenza, deambulazione con ausilio, con supervisione o in autonomia; se il paziente non è in grado di deambulare, spostamenti in carrozzina.

P Stimolare i soggetti con mobilità ridotta offrendo il livello di assistenza necessaria e gli ausili adeguati eventualmente consultando il fisioterapista.

EB Nei soggetti che presentano un dolore significativo, prima della mobilizzazione¹, valutare e programmare la prescrizione e la somministrazione di farmaci antidolorifici, rispettando i tempi di azione del farmaco.

QUANDO?

P Stimolare i soggetti con mobilità conservata (es. paziente chirurgico e con patologie internistiche) a muoversi frequentemente durante l'arco della giornata e a recuperare precocemente la posizione seduta ed eretta e la deambulazione, in base alle condizioni clinico assistenziali.

MOVIMENTAZIONE E POSIZIONAMENTO

COSA?

Considerare i seguenti fattori per definire la frequenza del piano di riposizionamento¹:

EB tolleranza dei tessuti, da verificare attraverso la digitopressione o diascopia¹

- EB** livello di attività e mobilità¹ autonoma
- EB** condizione clinica generale¹
- EB** obiettivi assistenziali¹
- EB** comfort del paziente¹
- EB** superficie di supporto attualmente in uso^{1,2}

COME?

- EB** Dopo aver spiegato al paziente il razionale del cambio di posizione, tenere conto della volontà dell'assistito per il riposizionamento, quando ha una posizione di comfort e preferisce mantenerla².
- EB** Riposizionare l'assistito ad intervalli periodici, nel rispetto della sua volontà e del suo comfort, in particolare nella fase di fine vita².
- EB** Valutare l'appropriatezza del riposizionamento nei pazienti con una temporanea instabilità delle vie aeree oro-faringee, instabilità spinale e instabilità emodinamica².
- EB** Prendere in considerazione piccoli spostamenti del corpo, da effettuare più di frequente, per consentire un certo grado di riperfusione negli individui che non possono tollerare spostamenti di maggiore entità².
- EB** Prendere in considerazione di girare in modo lento e graduale l'assistito, concedendo un tempo sufficiente per stabilizzare lo stato emodinamico e l'ossigenazione².
- EB** Nei soggetti che presentano un dolore significativo, prima del cambio programmato della posizione¹, valutare e programmare la prescrizione e la somministrazione di farmaci antidolorifici, rispettando i tempi di azione del farmaco.
- EB** Evitare di posizionare l'assistito su prominenze ossee in cui sia presente eritema non sbiancante, quando possibile¹.
- EB** Utilizzare ausili per la movimentazione manuale allo scopo di ridurre l'attrito e le forze di taglio. Sollevare – non trascinare – l'individuo durante il riposizionamento¹.
- EB** Utilizzare un sollevatore meccanico per trasferire il soggetto dalla carrozzina o dal letto quando egli necessita di assistenza totale per il trasferimento¹.
- P** Per la movimentazione è importante avvalersi di ausili quali il sollevatore meccanico (per movimentare il paziente da un letto all'altro e dal letto alla carrozzina), il rullo di scorrimento (per il passaggio da un letto ad un altro) e di telini ad alto scorrimento (per traslare il paziente all'interno del letto). In assenza di questi ultimi è opportuno avvalersi di traverse o lenzuola in modo da movimentare il paziente senza trazionarlo.
- EB** Non lasciare gli ausili per il trasferimento e la movimentazione posizionati sotto l'assistito¹.

EB Non lasciare il paziente sul presidio per l'eliminazione (padella) più a lungo del necessario¹.

Indicazioni operative per le posture al letto (vedi immagini Allegato C)

EB posizione laterale: utilizzare un'inclinazione di 30 gradi (alternando lato destro, posizione supina, lato sinistro)¹, evitando l'angolazione a 90 gradi che aumenta la pressione sul trocantere².

P In presenza di pazienti presentano limitazioni del range articolare a livello delle anche o del rachide che non permettono di raggiungere e mantenere la posizione in decubito laterale a 30 gradi, la posizione in decubito laterale a 90 gradi può essere utilizzata in alternanza alle altre posture, soprattutto se in presenza di superfici di supporto antidecubito; se queste non sono presenti è bene evitare di mantenerla per tempi prolungati.

EB Posizione semi seduta: limitare a 30 gradi l'elevazione della testiera del letto, salvo controindicazioni clinico assistenziali (es. nutrizione tramite PEG)¹.

P In presenza di pazienti con necessità particolari si può incrementare l'elevazione a gradi maggiori fino ai 90 gradi soprattutto se in presenza di superfici di supporto antidecubito. Se queste non sono disponibili evitare di mantenerla per tempi prolungati e controllare che il paziente non scivoli verso la pediera, possibilmente utilizzando il letto articolato per ottenere la flessione delle anche e delle ginocchia.

P Qualora non sia possibile mettere il paziente seduto in carrozzina, considerare la possibilità di posturarlo seduto con gli arti inferiori fuori dal letto, tenendo conto delle condizioni clinico assistenziali del paziente e della sua sicurezza. Per la postura adeguata avvalersi degli appositi supporti del tronco (es. appoggia schiena ergonomici o cuscini) e supportare gli arti superiori (in appoggio ai braccioli del supporto o a cuscini) e gli arti inferiori (in appoggio al pavimento o a supporti poggiapiedi).



La suddetta indicazione deve essere accolta con particolare cautela nella persona con lesione neurologica centrale o periferica (es. traumi cranici, stroke, lesioni midollari, poliradicoloneuriti) a causa dello scarso controllo del tronco e del rischio ipotensivo.

Indicazioni operative per la posizione seduta in poltrona/sedia o carrozzina

(le immagini relative alle seguenti indicazioni sono presenti nell'Allegato C)

EB Favorire il raggiungimento e il mantenimento della postura seduta il più precocemente possibile¹.

EB Limitare il tempo in cui l'individuo resta seduto sulla carrozzina (o altro) senza alleviare la pressione¹

Ⓟ Insegnare e incoraggiare il paziente a fare i movimenti per scaricare la pressione e alleviare il carico modificando frequentemente la propria postura seduta, es. in antero-posteriore (per spostare il carico dagli ischi alla parte anteriore delle cosce) e in latero laterale (per alternare il peso da una coscia all'altra).

Paziente seduto su carrozzina con schienale reclinabile

(le immagini relative alle seguenti indicazioni sono presenti nell'allegato C)

Ⓟ Non reclinare posteriormente lo schienale se si vuole evitare lo scivolamento in avanti dell'individuo sulla carrozzina e l'aumento della pressione al sacro e coccige.

Paziente seduto su carrozzine basculanti

(le immagini relative alle seguenti indicazioni sono presenti nell'allegato C)

Ⓟ Mantenere lo schienale eretto evitando di reclinarlo posteriormente e preferire il basculamento della carrozzina con inclinazione del sedile in modo da evitare lo scivolamento in avanti dell'individuo sulla carrozzina e alleviare la pressione a livello ischiatico.

Paziente seduto su carrozzine con braccioli e poggipiedi regolabili

(le immagini relative alle seguenti indicazioni sono presenti nell'allegato C)

Ⓟ Regolare i braccioli e i poggipiedi per favorire la corretta postura degli arti e del tronco e una corretta distribuzione dei carichi¹.

Ⓟ Regolare i poggipiedi in modo che ci sia un angolo di 90° all'anca (il ginocchio non deve essere più in alto dell'anca) per mantenere una corretta postura e favorire la distribuzione della pressione su tutta la coscia³.

Ⓟ Posizionare il paziente in modo che i piedi siano adeguatamente supportati:

- con paziente seduto in carrozzina posizionare le pedane alla corretta altezza¹ e reclinazione (90° della caviglia)³

Ⓟ con paziente seduto al letto o su una poltrona appoggiare i piedi direttamente sul pavimento (se fattibile) o su un supporto poggipiedi se le superfici di supporto sono troppo alte.

N.B. Il paziente in posizione seduta (al letto, sulla sedia, in carrozzina), se possibile, deve cambiare frequentemente la posizione facendo piccoli movimenti con spostamenti in antero-posteriore e in latero-laterale.

QUANDO?

EB Stimolare i soggetti con mobilità conservata e a rischio di LDP a variare la postura frequentemente e comunque secondo pianificazione clinico-assistenziale, offrendo ausili e presidi adeguati per favorire il posizionamento¹

EB Nei soggetti a rischio di LDP e con mobilità ridotta, variare la postura almeno ogni 4 ore o più frequentemente in base alle condizioni clinico-assistenziali del paziente e alla tipologia di superficie di supporto in uso¹.

EB La decisione di riposizionare frequentemente il paziente (ad es. ogni 2 ore) interrompendo il ciclo del sonno, necessita di un'attenta valutazione rischi-benefici^{2,5,6}.



P In generale va posta particolare attenzione ai pazienti che abbiano un quadro alterato della coscienza (es. pazienti in stato vegetativo o minimamente responsivo), nei pazienti con problematiche cognitive comportamentali (es. pazienti geriatrici con deterioramento cognitivo), nei pazienti con deficit della comunicazione (es. stroke, traumi cranici) e con deficit della sensibilità (es. lesioni neurologiche centrali e periferiche) in quanto risulta compromessa la possibilità di percepire o comunicare situazioni a rischio.



Il paziente con lesione midollare o cerebrale è a rischio di insorgenza di spasticità che può comportare ulteriori meccanismi di frizione; per questo motivo è opportuno variare il decubito più frequentemente.



Inoltre occorre particolare attenzione al paziente che utilizza le calze elasto-compressive (es. **paziente con lesione midollare, lesione cerebrale, paziente chirurgico**) poiché il loro utilizzo potrebbe portare ad un aumento del rischio di insorgenza di LDP negli arti inferiori e soprattutto nei talloni e malleoli⁷.

TALLONE

COME?

EB Ispezionare regolarmente la cute dei talloni¹.

EB Accertarsi che i talloni non appoggino sulla superficie del letto¹.

Utilizzare un dispositivo per la sospensione del tallone che supporti il ginocchio e la gamba (polpaccio) con una corretta distribuzione del carico¹ (le immagini relative alle seguenti indicazioni sono presenti nell'allegato C).

- Posizionare il ginocchio in una posizione di leggera flessione (5°-10°)¹
- Evitare di creare aree di alta pressione, in particolare sotto il tendine tricipitale^{1,2}.
- **P** Per evitare la plantiflessione del piede (caduta del piede per flaccidità o non uso) è opportuno utilizzare un dispositivo per sostenere l'avampiede.

EB Per mantenere sollevati i talloni **non utilizzare**¹:

- vello di pecora sintetico
- dispositivi circolari ("ciambella")
- sacche o guanti pieni di liquidi /acqua/aria

Riferimenti bibliografici dell'indirizzo

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014) Pressure ulcer prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. Clinical Guideline 179.
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). (2014) Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione: Guida rapida di riferimento. Integrate con "Clinical Practice Guideline" versione integrale della linea guida
3. P Tederko, T Besowski, K Jakubiak, M Łyp, K Bobecka-Wesołowska and J Kiwerski. (2015) Influence of wheelchair footrest height on ischial tuberosity pressure in individuals with paraplegia. *Spinal Cord* 53,471–475. International Spinal Cord Society
4. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). (2007) Positioning techniques in long term care. Self directed learning package for health care providers. Nursing best practice guidelines program
5. Carskadon MA, Dement WC. (2005) Normal human sleep: an overview. In: Kryger, MH, Roth T, Dement WC editor (s). *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 4th Edition. Philadelphia: Elsevier Sanders.
6. Raymond I, Ancoli-Israel S, Choiniere M. (2004) Sleep disturbances, pain and analgesia in adults hospitalised for burn injuries. *Sleep Medicine*;5:551–9.
7. CLOTS Trials Collaboration. (2009). Effectiveness of thigh-length graduated compression stockings to reduce the risk of deep vein thrombosis after stroke (CLOTS trial 1): a multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet*, 373(9679), 1958-1965.

4° INDIRIZZO: Superfici di supporto



NOTA BENE

Continuare a effettuare il riposizionamento dei soggetti allettati e/o su carrozzina (o altra seduta), anche se utilizzano una superficie di supporto per la riduzione / ridistribuzione della pressione^{1,3}

Superfici di supporto per il letto

COSA?

EB Considerare i seguenti fattori al momento di selezionare la superficie di supporto per la riduzione / ridistribuzione della pressione:¹

EB livello di immobilità e di inattività dell'assistito¹

EB necessità di controllare il microclima (esempio: livello di umidità cutanea e la temperatura) e ridurre le forze di taglio¹

EB dimensioni e peso dell'individuo¹

EB rischio di sviluppare nuove LDP¹

EB numero, gravità e localizzazione di LDP in atto¹

EB verificare che il paziente non tocchi il fondo della superficie di supporto in uso¹

COME?

EB Nel paziente posizionato su una superficie di supporto per la riduzione/ridistribuzione della pressione, valutare attentamente l'utilizzo e la scelta dei dispositivi per il posizionamento, dei presidi per l'incontinenza (pannoloni, ecc.), dell'abbigliamento e della biancheria per il letto per evitare di interferire con la funzionalità della superficie di supporto¹

EB Posizionare il paziente a diretto contatto con la superficie di supporto, limitando al minimo la quantità di biancheria e pannoloni utilizzati¹.

EB Esaminare l'appropriatezza e la funzionalità della superficie di supporto del paziente ad ogni accesso/visita.

EB Nei soggetti a rischio di LDP, utilizzare una superficie di supporto (materasso) reattiva in schiuma poliuretanic viscoelastica ad alta densità^{1,2,3}.

EB Nei soggetti a rischio di LDP, quando non è possibile il frequente riposizionamento del paziente, in alternativa alle superfici in schiuma viscoelastica ad alta densità, considerare l'utilizzo, sulla base del giudizio clinico e sulla base della disponibilità effettiva, di una superficie di supporto a pressione alternata¹.

P In base alle condizioni clinico-assistenziali del paziente, si può prendere in considerazione una superficie di supporto a pressione alternata in funzione statica oppure una superficie di supporto a bassa cessione d'aria.

Ⓟ Prevedere una graduale sostituzione dei materassi standard, partendo dalle unità operative dove soggiornano maggiormente pazienti ad alto rischio di LDP, con materassi in schiuma viscoelastica ad alta densità essendo questa riconosciuta efficace per le performance di confort e di prevenzione delle LDP.

Ⓟ I criteri che descrivono una superficie di supporto attiva o reattiva di qualità saranno previsti nei capitolati di acquisto, a cura della commissione tecnica, previa valutazione della letteratura (es. rapporto di *Health Technology Assessment*).

Superfici da seduta

COSA?

EB Considerare i seguenti fattori al momento di selezionare la superficie di supporto per la riduzione/ridistribuzione della pressione:¹

- **EB** dimensioni e conformazione del corpo¹
- **EB** effetti della postura e di eventuali deformità sulla distribuzione della pressione
- **EB** rischio di sviluppare nuove LDP¹
- **EB** mobilità e esigenze legate allo stile di vita¹

COME?

EB Utilizzare un cuscino in schiuma viscoelastica ad alta densità o una superficie equivalente per la redistribuzione della pressione nei soggetti su carrozzina o che mantengono la posizione seduta per periodi prolungati²

EB Attenzione a interferire con l'efficacia di tali cuscini rivestendoli con fodere che non siano elastiche, traspiranti e non producano l'effetto amaca (ricoprire senza costringere)¹

EB Nei pazienti con LDP in atto deve essere valutata l'opportunità dell'utilizzo di un cuscino per carrozzina (ad aria o altro materiale) consultando il fisioterapista per la valutazione e la scelta dell'ausilio più adeguato¹.



Questa indicazione deve essere considerata in modo specifico per il paziente mieloleso, anche in assenza di LDP in atto, a causa dello scarso controllo del tronco e della prolungata postura in carrozzina.

Riferimenti bibliografici dell'indirizzo

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). (2014) Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione: Guida rapida di riferimento. Integrate con "Clinical Practice Guideline" versione integrale della linea guida
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014) Pressure ulcer prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. Clinical Guideline 179.
3. McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SEM, Dumville JC, Middleton V, Cullum N. (2015) Support surfaces for pressure ulcer prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews. CD001735

5° INDIRIZZO: Medicazioni

Agenti ad uso topico

COSA?

EB Applicare con regolarità prodotti emollienti/idratanti per trattare la cute xerotica e per mantenere l'elasticità della cute^{1,2}

EB Utilizzare ossido di zinco o altri prodotti barriera, qualora disponibili, in modica quantità per evitare l'interferenza con la capacità assorbente dei presidi per l'incontinenza nei soggetti esposti a umidità e a rischio di macerazione^{1,2}.

Medicazioni

COSA?

Considerare i seguenti fattori per l'appropriatezza di utilizzo di una medicazione preventiva:

- **EB** capacità della medicazione di gestire il microclima³
- **EB** facilità d'applicazione e di rimozione³
- **EB** capacità di consentire la regolare valutazione della cute³
- **EB** sede anatomica in cui si applica la medicazione³
- **EB** corretta dimensione della medicazione³

COME?

EB Nei soggetti esposti a frizione e/o forze di taglio, proteggere la cute in corrispondenza delle prominenze ossee utilizzando film di poliuretano non sterili e/o Idrocolloidi extrasottili, lasciandoli in sede almeno 7-8 giorni²

P Non utilizzare prodotti a base di argento; antibiotici o antimicotici topici; prodotti coloranti come eusina, fucsina ecc.; creme a base di cortisone e acido ialuronico per la prevenzione della LDP²

P Non massaggiare vigorosamente la cute durante l'applicazione e/o la rimozione dei prodotti emollienti/idratanti o barriera²

Riferimenti bibliografici dell'indirizzo

- 1) Moore ZE, Webster J. (2013) Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. Cochrane Database Syst Rev. CD009362.
- 2) Commissione Regionale Dispositivi Medici, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione. (2016) Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche. Allegato 1: Protocollo di trattamento delle lesioni da pressione. Servizio Assistenza Territoriale - Area Farmaco e Dispositivi Medici.
- 3) National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). (2014) Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione: Guida rapida di riferimento.

6° INDIRIZZO: Prevenzione delle lesioni da pressione nel paziente pediatrico

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Fattori Generali

Fattori di rischio

Considerare i seguenti fattori di rischio per il paziente in età pediatrica¹

- significativo deficit di sensibilità e mobilità¹
- pregresse LDP¹
- deficit nutrizionali¹
- incapacità al cambiamento posturale autonomo¹
- deficit cognitivi importanti¹
- indice di massa corporea e/o peso alla nascita²
- maturità cutanea²
- temperatura e umidità ambientali (in caso di neonato in termoculla)²
- perfusione ed ossigenazione²
- presenza di dispositivi esterni²
- durata del ricovero ospedaliero²
- ventilazione meccanica (in particolare HFOV - High Frequency Oscillation Ventilation)³

COME?

- analizzare i fattori di rischio pediatrici
- considerare l'utilizzo di una scala validata, unitamente al giudizio clinico, per la valutazione del rischio LDP¹
- eseguire ispezione della cute

1. Strumenti per la rilevazione del rischio

Le scale per identificare il rischio di lesione da pressione in ambito pediatrico possono essere:

- la Scala Braden Q (per bambini da 21 giorni a 8 anni), identifica un soggetto a rischio con punteggio ≤ 16 ¹, unitamente al giudizio clinico-assistenziale³
- la Scala Glamorgan (dalla nascita ai 18 anni) identifica un soggetto a rischio con punteggio ≥ 10
- la scala NSRAS (per neonati e neonati prematuri)

Ⓟ Le scale sopra elencate sono supportate da studi che ne indagano la validità predittiva ma il risultato non sempre è valido per tutti i setting assistenziali e per tutte le fasce di età (neonato prematuro, neonato, lattante, bambino, adolescente) poiché hanno caratteristiche molto differenti fra loro. Si consiglia quindi di integrare la scelta di una scala con il giudizio clinico-assistenziale.

Ⓟ Lo strumento scelto per la valutazione del rischio è **la scala Glamorgan** (vedi Allegato L)

QUANDO?

- all'ingresso³

- al variare delle condizioni clinico-assistenziali

2. Valutazione e cura preventiva della cute

COME?

- mantenere la cute pulita e asciutta²
- utilizzare un detergente cutaneo a pH neutro²
- non massaggiare o strofinare energicamente la cute che è a rischio di ulcere da pressione^{1,2}
- utilizzare creme barriera (es. ossido di zinco) per prevenire il danno cutaneo da incontinenza nei neonati / bambini incontinenti¹

Considerare le seguenti variabili per la valutazione della cute:¹

- variazioni dell'aspetto della cute nella zona occipitale¹
- temperatura cutanea¹
- presenza dello sbiancamento dell'eritema¹
- eseguire stadiazione LDP secondo NPUAP³

DOVE?

- eseguire una valutazione della cute dalla testa ai piedi del neonato / bambino in base alla posizione assunta¹
- valutare attentamente la zona occipitale^{3,2}
- valutare attentamente le zone con prominenze ossee (soprattutto nel neonato prematuro)³.

QUANDO?

- all'ingresso in reparto
- quotidianamente in tutti i pazienti¹
- nei primi giorni di degenza³
- ogni 3-4 ore nei bambini / neonati sedati¹
- alla dimissione

3. Prevenzione LDP da dispositivi medici

COME?

- considerare i soggetti pediatrici portatori di dispositivi medici come a rischio di ulcere da pressione²
- scegliere il dispositivo medico della misura adeguata e sulla base della capacità di indurre il minimo grado di danno causato dalla pressione e/o dalle forze di taglio²
- mantenere la cute al di sotto dei dispositivi medici pulita e asciutta²
- rimuovere i dispositivi medici non necessari o quando non utilizzati^{2,1}
- riposizionare il soggetto e/o il dispositivo medico per ridistribuire la pressione e diminuire le forze di taglio²
- ispezionare il letto per assicurarsi che tubi, cavi, giocattoli o altro non siano rimasti sopra o sotto la cute del neonato / bambino³

EB Nei soggetti esposti a frizione e/o forze di taglio, proteggere la cute in corrispondenza delle prominenze ossee utilizzando film di poliuretano non sterili e/o idrocolloidi extrasottili, lasciandoli in sede almeno 7-8 giorni.



Porre attenzione alla rimozione del film in quanto si possono causare abrasioni.

QUANDO?

- ispezionare la cute sotto e attorno ai dispositivi medici, almeno due volte al giorno, alla ricerca di segni di danni correlati alla pressione sui tessuti circostanti²
- condurre valutazioni frequenti nei soggetti a rischio di versamenti e/o che mostrano segni di edema localizzato o generalizzato²
 - ispezionare la cute dei neonati in nasal-CPAP nei punti di appoggio del dispositivo frequentemente³ ogni 3-4 ore¹

VALUTAZIONE NUTRIZIONALE

- condurre una valutazione nutrizionale appropriata all'età, sui neonati e bambini²
- non offrire un supplemento nutrizionale specifico per prevenire LDP nei bambini / neonati con stato nutrizionale adeguato al loro sviluppo e condizioni cliniche¹
- non offrire liquidi sottocutanei o intravenosi specificatamente per prevenire LDP in bambini / neonati con stato di idratazione adeguato al loro sviluppo e condizioni cliniche¹
- elaborare un piano assistenziale individualizzato per la nutrizione di neonati e bambini con, o a rischio di un'ulcera da pressione²
- assicurarsi che tutti i neonati e bambini mantengano un'idratazione adeguata²

Ⓟ Nonostante vi siano indicazioni nutrizionali correlate alla prevenzione delle LDP, l'aspetto nutrizionale del bambino va sempre attenzionato per la peculiarità del paziente

MOVIMENTAZIONE E POSIZIONAMENTO

Indicazioni

Definire la frequenza della mobilizzazione tenendo in considerazione:

- condizioni cliniche generali
- livello di attività e mobilità autonoma per l'età
- particolare attenzione al modello organizzativo delle cure neonatali: è preferibile concentrare le pratiche/accessi clinico assistenziali per limitare lo stress del neonato e garantire il bisogno di sonno e riposo¹
- tolleranza del neonato/bambino alla movimentazione (nel neonato prematuro una frequenza di mobilizzazione inferiore alle 3-4 ore può causare bradicardia, apnea...)¹.

COME?

- alleviare la pressione a livello della testa e del cuoio capelluto nei neonati / bambini a rischio² soprattutto quando sono sedati e ventilati²

- attuare una variazione di posizione in tutti i neonati alternando posizione supina, laterale e prona¹
- garantire il comfort e una corretta care posturale nei neonati per favorire lo sviluppo neuro-comportamentale (mantenere una postura in allineamento sulla linea mediana, favorire il contatto mano-mano, mano-bocca e la suzione del dito come attività auto-consolatoria)¹
- attuare una variazione di posizione nei bambini a rischio alternando posizione supina a quella laterale
- avvalersi dell'ausilio di presidi per il supporto e il mantenimento della postura¹ appropriati per l'età e le dimensioni del bambino/neonato
- evitare di posizionare l'individuo su un'area di eritema, quando possibile²
- evitare il contatto prolungato dei talloni con la superficie del letto²
- considerare il coinvolgimento di un esperto di gioco per stimolare la mobilitazione nei bambini e adolescenti¹

QUANDO?

- stimolare i bambini a variare la postura, con o senza aiuto di ausili, in base all'età e alle condizioni cliniche
- assicurare la mobilità e il riposizionamento dei neonati/bambini a rischio almeno ogni 4 ore; tale frequenza può essere modificata in base alle condizioni cliniche¹.

LE SUPERFICI DI SUPPORTO

COSA?

- utilizzare un materasso in schiuma ad alta densità nei neonati / bambini a rischio¹
- offrire ai neonati / bambini a rischio di lesioni in zona occipitale l'utilizzo di una superficie di supporto antidecubito (es. superficie di supporto a base di gel o schiuma di poliuretano) per ridistribuire la pressione¹
- per la prevenzione di LDP considerare l'utilizzo di supporti in schiuma di poliuretano schiuma poliuretana viscoelastica ad alta densità o gel, come materasso per il bambino allattato o in sala operatoria o come superficie di supporto per il bambino in carrozzina³
- assicurarsi che altezza, peso ed età del soggetto siano coerenti con le raccomandazioni del produttore quando si posiziona un soggetto pediatrico su un letto a bassa pressione d'aria o su una superficie di supporto a pressione alternata²

Riferimenti bibliografici dell'indirizzo

- 1) Pressure ulcer prevention. The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care Clinical Guideline 179. 2014 Commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- 2) National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014) Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia
- 3) Baharestani M, Ratliff CR Pressure Ulcers in Neonates and Children: An NPUAP White Paper Type of study: Review ADV SKIN WOUND CARE 2007;20:208,210,212,214,216,218 – 220

7° INDIRIZZO: La prevenzione delle lesioni da pressione in sala operatoria

COSA?

EB Considerare un rischio addizionale, ai fattori di rischio specifici dei pazienti, in un intervento chirurgico includendo¹:

- a) durata del tempo di immobilizzazione prima e durante l'intervento chirurgico
- b) aumento degli episodi ipotensivi durante l'intervento
- c) bassa temperatura corporea (ipotermia) durante l'intervento chirurgico
- d) ridotta mobilità del paziente il giorno dopo l'intervento chirurgico
- e) perdite ematiche
- f) dispositivi medici

COME?

- **EB** Il posizionamento intraoperatorio viene concordato col chirurgo e l'anestesista prima dell'intervento per conciliare le esigenze di esposizione del sito chirurgico, corretta ventilazione e perfusione e necessità di prevenire LDP o altri danni da posizionamento².
- **EB** L'infermiere nel peri-operatorio deve definire un programma di prevenzione preoperatorio del danno da pressione tramite un'attenta valutazione preoperatoria dei fattori correlati alla procedura chirurgica che includono: il tipo di procedura, la durata della procedura, la capacità del paziente a tollerare le posture previste, la possibilità di accedere al paziente per l'anestesista, la posizione desiderata, eventuali cambiamenti di posizione e i relativi device utilizzati. Inoltre occorre valutare se il paziente è portatore di device (ad es. catetere, drenaggi), monili o piercing, accessori per capelli, impianti superficiali o impianti profondi e delicati (ad es. pacemaker, port-a-cath), protesi²
- **EB** La corretta posizione del paziente e la relativa attrezzatura utilizzata deve essere verificata durante il time out².
- **EB** Il letto operatorio e l'uso di eventuali supporti deve avere la tenuta di peso e taglia e la capacità di articolarsi, tale da garantire movimenti sicuri per il paziente².
- **EB** Dal momento in cui il paziente è sul tavolo operatorio deve essere assistito per tutta la durata da almeno un membro del team chirurgico².
- **EB** Il posizionamento del paziente deve essere definito e coordinato dai membri del team chirurgico².
- **EB** Il paziente deve essere posizionato su una superficie liscia. Non posizionare il paziente su strati di lenzuola, coperte o altri materiali².
- **EB** Posizionare il paziente su una superficie di supporto che favorisca la ridistribuzione della pressione sulle prominenze ossee e dai punti di pressione durante l'intervento chirurgico (asciugamani, lenzuola e coperte non devono essere impiegati come device per il posizionamento, cuscini e sistemi sottovuoto per il mantenimento della posizione possono essere utilizzati)².
- **EB** Si consiglia l'utilizzo di una superficie di supporto in schiuma poliuretana viscoelastica ad alta densità^{3,4}.

- **EB** Il paziente va posizionato su materassi antidecubito prima e dopo l'intervento chirurgico, ove possibile².
- **EB** Medicazioni a scopo profilattiche possono essere applicate sulle prominenze ossee (ad es. sacro, talloni) o altre aree sottoposte a pressione, frizione e forze di taglio².
- **EB** Testa e collo del paziente devono essere mantenuti in posizione neutra, senza eccessive rotazioni laterali².
- **EB** Nel posizionare la testa bisogna attuare tutte quelle azioni mirate a ridurre la pressione sulla cute durante la procedura, se possibile².
- **EB** Gli occhi vanno lubrificati e chiusi durante interventi in anestesia generale².
- **EB** L'anestesista controlla il corretto posizionamento dei device per il supporto delle vie aeree dopo aver posizionato il paziente e interviene con azioni correttive se necessario².
- **EB** Il collo non dovrebbe essere iperesteso per un periodo prolungato².
- **EB** Verificare che il corpo del paziente abbia un allineamento fisiologico quando è posizionato².
- **EB** Evitare il contatto del corpo con le superfici metalliche del letto².
- **EB** Prevenire che le estremità del corpo del paziente cadano o pendano in basso rispetto al tavolo operatorio².
- **EB** La posizione delle mani, dei piedi, delle dita e dei genitali del paziente dovrebbe essere controllata durante le attività di posizionamento, anche gli eventuali cambiamenti di configurazione del tavolo operatorio².
- **EB** Il monitoraggio del paziente (ad es. manico per la pressione arteriosa in-cruenta, pulsiossimetro) deve essere effettuato in modo da garantire la sicurezza e permettere che i device utilizzati funzionino correttamente senza causare compressioni a carico di nervi, tessuti o vasi².
- **EB** Il monitoraggio neurofisiologico deve essere utilizzato nell'intraoperatorio per identificare possibili danni da posizionamento².
- **EB** La posizione del paziente va controllata dal team dopo il posizionamento e durante l'intervento in modo da poter implementare azioni correttive in caso di necessità².
- **EB** Posizionare il paziente in modo da ridurre il rischio di sviluppare una lesione da pressione durante l'intervento chirurgico (compatibilmente con la posizione obbligata dell'intervento chirurgico)².
- **EB** Far assumere alla persona nel pre e postoperatorio una postura diversa da quella mantenuta durante l'intervento chirurgico (compatibilmente con le condizioni chirurgiche del paziente)².
- **EB** Laddove possibile, sollevare i talloni dalla superficie del tavolo operatorio, utilizzare i dispositivi di sospensione del tallone che elevano e scaricano completamente il tallone in modo tale da distribuire il peso della gamba lungo il polpaccio senza esercitare pressione sul tendine tricipitale. Il tallone deve essere sollevato il meno possibile in modo da non aumentare la pressione sul sacro^{2,5}.
- **EB** Posizionare le ginocchia in leggera flessione quando si scaricano i talloni².

- **EB** Registrare nella documentazione sanitaria la posizione della persona e le aree anatomiche sotto maggiore pressione dell'interfaccia durante l'intervento⁶.
- **P** Monitorare la temperatura corporea, la pressione arteriosa, le parti anatomiche sottoposte a maggior pressione.
- **P** Governo della temperatura: mantenere la normotermia con adeguati presidi.

CON CHE COSA?

- Materassi in gel o in schiuma poliuretanicca viscoelastica ad alta densità^{2,3,4}
- Presidi per il posizionamento delle parti corporee¹.

Riferimenti bibliografici dell'indirizzo

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPIA) (2014) Prevenzione e Trattamento delle Ulcere da Pressione: Guida Rapida di Riferimento. Cambridge Media
2. AORN (2017) Guideline for positioning the patient. In: Guidelines for Perioperative Practice. Denver, CO: Inc;
3. Hoshowsky VM, Schramm CA. (1994) Intraoperative pressure sore prevention: an analysis of bedding materials. *Res Nurs Health.*;17:333-339
4. Cullum NA, McInnes E, Bell-Syer SEM, Legood R, (2008) Support surfaces for pressure ulcer prevention (Review), The Cochrane Collaboration.
5. Al-Majid, S., Vuncanon, B., Carlson, N., & Rakovski, C. (2017). The Effect of Offloading Heels on Sacral Pressure. *AORN journal*, 106(3), 194-200.
6. Burlingame, B. L. (2017), Guideline Implementation: Positioning the Patient. *AORN Journal*, 106: 227-237.

8° INDIRIZZO: Documentare gli interventi assistenziali

COSA

Valutazione multidisciplinare del rischio LDP

Gli interventi per la prevenzione delle LDP

COME

Pianificazione clinico assistenziale degli obiettivi, interventi e monitoraggio degli esiti

QUANDO

Alla presa in carico del paziente

Ad ogni variare delle condizioni clinico-assistenziali

Alla dimissione

CHI?

Medico, infermiere, fisioterapista e altri operatori sanitari

DOVE?

Cartella clinica integrata, documentazione sanitaria

9° INDIRIZZO: INDICATORI DI STRUTTURA DI PROCESSO E DI ESITO

Gli indicatori hanno la finalità di monitorare la coerenza tra il percorso progettato, la sua realizzazione e gli esiti conseguenti, siano essi positivi e negativi. Gli indicatori sulla prevenzione delle LDP possono essere declinati con indicatori di struttura (es. procedura aziendale ecc.), indicatori di processo (es. livello di adesione alle buone pratiche secondo le linee di indirizzo regionali) e indicatori di esito (es. il numero di LDP insorte/sviluppate durante la degenza); vedi Tabella n.2

A livello regionale è prevista l'attivazione di un osservatorio regionale sul monitoraggio delle LDP tramite l'istituendo flusso informativo regionale "SegnalER" che permetterà di creare un data base sulle LDP (Vedi Allegato M).

Tabella 1: Indicatori di struttura, processo ed esito

Tipologia di attività/processo	Razionale (cosa si vuole misurare)	Formula indicatore	Modalità di rilevazione	Frequenza di rilevazione	Responsabile di rilevazione	Valore atteso
Prevenzione LDP	Aggiornare i contenuti della procedura aziendale secondo le linee di indirizzo	Aggiornamento della procedura aziendale Si/no (indicatore di struttura)	Raccolta procedure aziendale	Censimento aggiornamento nel mese di Dicembre 2018	DIT	Tutte le Aziende sanitarie della RER hanno aggiornato la procedura aziendale
Prevenzione LDP	Uso delle superfici antidecubito	N° delle superfici richieste/pazienti ricoverati (indicatore di processo)	Secondo procedura aziendale di richiesta delle superfici antidecubito	Semestrale/ Annuale nelle unità operative	DIT	Monitoraggio andamento nel tempo
Prevenzione LDP	Livello di adesione alla buona pratica di prevenzione secondo lo standard di riferimento	% di adesione alle pratiche assistenziali di prevenzione previste dalle linee di indirizzo regionali e dalla procedura aziendale (indicatore di processo)	Audit clinico (di processo) tramite la check list	Semestrale (2 v. all'anno) Su 10 cartelle cliniche (2 x mese) del semestre.	DIT	Monitoraggio andamento nel tempo
Misura di incidenza LDP	N° lesioni segnalate nel flusso SegnalER*	N. lesioni /N. ricoveri N. pazienti che sviluppano lesioni/N. ricoveri (indicatore di esito)		Con Flusso SegnalER - Sorveglianza continuativa * Studio di prevalenza annuale coordinato da SAO-RER	DIT	Monitoraggio andamento nel tempo

* In attesa del flusso SegnalER



10° INDIRIZZO: IMPLEMENTAZIONE LINEE DI INDIRIZZO E MONITORAGGIO REGIONALE

L'implementazione delle linee di indirizzo è una fase importante che necessita di un'adeguata pianificazione a livello Aziendale. Richiede una comunicazione capillare, la collaborazione degli operatori sanitari e un'attività di coordinamento e monitoraggio. Al fine di favorire la fase di implementazione a livello Aziendale, il SAO ha messo a punto un progetto di intervento-tutoraggio che prevede le seguenti attività:

1. Realizzare un incontro di formazione con la neo-rete regionale degli specialisti nel wound care
2. Identificare un n. di operatori-formatori aziendali (per la diffusione dei contenuti delle linee di indirizzo)
3. Realizzare un corso di formazione regionale per formatori /facilitatori aziendali
4. Realizzare un audit di processo al T0 sulla tracciabilità degli interventi assistenziali di prevenzione delle LDP nella documentazione sanitaria. L' audit ha l'obiettivo di promuovere la consapevolezza degli operatori rispetto alla pratica agita e sarà condotto da medici ed infermieri tramite una check che prevede la visione di n.10 cartelle cliniche in un gruppo di unità operative pilota. Tale audit sarà ripetuto al T1, dopo un periodo di implementazione della linea di indirizzo regionale.
5. Realizzare un corso FAD regionale sulle linee di indirizzo rivolto a tutti gli operatori sanitari della RER
6. Restituzione dei risultati del progetto di intervento-tutoraggio regionale.

Si riportano gli strumenti a supporto degli interventi preventivi:

- Opuscolo informativo sulle LDP per utente e caregiver
- Scheda sulle corrette posture del paziente ad uso degli operatori sanitari
- Corso di formazione regionale per i formatori aziendali.
- Corso di formazione aziendale sulle linee di indirizzo per i facilitatori delle unità operative pilota a cura dei formatori aziendali
- Corso di formazione a Distanza (FAD) per tutti gli operatori sanitari del Servizio Sanitario Regionale.