INDICE

1.LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE
2.CAMPO DI APPLICAZIONE
3.DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI
4.CLASSIFICAZIONI DELLE LESIONI DA PRESSIONE
5.CLASSIFICAZIONI DELLE LESIONI DA PRESSIONE IN BASE ALLA PERDITA DI TESSUTO E DELLA MORFOLOGIA
6.PREVENZIONE
7.IDENTIFICAZIONE PREVENTIVA DEI SOGGETTI A RISCHIO
8.IGIENE CUTANEA
9. MOBILIZZAZIONE E POSIZIONAMENTO10
10.RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI
11.ACCESSIBILITA'/RISERVATEZZA
12.ARCHIVIAZIONE
13.ALLEGATI

Allegato A1 – Indice di Braden
Allegato A2 – Scala di Norton

REV.	DATA	NOTA DI REVISIONE
00	25 XI 2021	Emissione

COPIA N.	Controllata	DATA CONSEGNA	CONSEGNATA A:
	DMP " S. Alfonso "		UU.OO.
Verificata:	Coordinamento Interpresidiale	Approvata:	Coordinamento Interpresidiale

La presente è destinata al Responsabile dell' U.O interessata all'applicazione, distribuita in copia sotto la diretta responsabilità della DMP per la materia di che trattasi .

Questo documento sostituisce integralmente qualsiasi altro documento con lo stesso codice e lo stesso titolo precedentemente in circolazione e che conseguentemente deve essere eliminato e reso inutilizzabile oppure opportunamente identificato come superato.

1. SCOPO

Lo scopo della presente procedura è quello di migliorare la qualità di vita del paziente immobilizzato / non autosufficiente,creando uniformità nei processi assistenziali in tema di gestione delle lesioni da decubito . La prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito costituiscono nel contesto ospedaliero,un rilevante problema di assistenza sanitaria tale da richiederne un elevato e importante impegno gestionale di risorse umane,materiali e tecnologiche.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica in tutte quelle condizioni nelle quali un soggetto presenti,a causa di uno stato patologico generale e/ o locale ipomobilità o ridotta capacità motoria, con maggiore esposizione all'insorgenza delle lesioni da pressione.
Sarà quindi necessario,come primo obiettivo,prestare particolare attenzione ai soggetti pluripatologici con patologie che possono favorire l'insorgenza e/o rallentarne o ostacolarne la guarigione quali:

- malnutrizione
- sarcopenia/fragilità
- malattie cardiovascolari e BPCO in end stage
- diabete
- patologie oncologiche
- immunodeficienze
- vasculopatie periferiche
- patologie neurologiche
- infezioni concomitanti

3.DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Un'ulcera da pressione è una lesione localizzata alla cute e/o agli strati sottostanti,generalmente in corrispondenza di una prominenza ossea,quale risultato di pressione ,o pressione in combinazione con forze di taglio. Numerosi sono i fattori contribuenti o confondenti con le lesioni da pressione; il significato di questi fattori deve essere ancora delucidato.

Abrasione: trauma superficiale della cute a spessore parziale,spesso causato da frizione.

Ambiente Umido: microcosmo che si realizza nell'interfaccia tra una medicazione avanzata ed il fondo di una lesione. Promuove la riparazione tissutale,facilita la rimozione del materiale devitalizzato tramite autolisi,protegge la lesione dalle contaminazioni esterne.

Anossia: stato in cui il tessuto non riceve un adeguato apporto di ossigeno.

Antisettici: sono sostanze applicabili su cute e mucose per ottenere una azione batteriostatica o biocida.(ad ampio spettro). Molti antisettici agiscono oltre che sul germe anche sull'apparato che li ospita.
Asepsi: insieme di tecniche atte a prevenire le infezioni correlate all'assistenza. Il 5%-10% dei pazienti ricoverati in ospedale sviluppa un'infezione.
Biofilm: è un'aggregazione complessa di microrganismi contraddistinta dalla secrezione di una matrice adesiva e protettiva ad una superficie,sia di tipo biologico che inerte (ad esempio rocce e protesi),eterogeneità strutturale, interazioni biologiche complesse, una matrice extracellulare di sostanze polimeriche,spesso di carattere polisaccaridico.
Batteriostatico: ogni farmaco che non uccide i germi ma ne blocca la moltiplicazione
BMI: body mass index (indice di massa corporea).
Cicatrice: esito della perdita di sostanza che ha interessato il derma., si caratterizza per l'assenza di fibre elastiche
Citotossico: potenzialmente mortale per le cellule.
Collagene: rappresenta la maggior proteina strutturale per la cute. Prodotta dai fibroblasti,fornisce il supporto al tessuto connettivale.
Colonizzazione: moltiplicazione di microrganismi senza evidenti segni clinici di infezione
Connettivo: è un tipo di tessuto che prende il nome da una delle sue funzioni: connettere fra loro i vari organi e tessuti. Il connettivo è tipicamente formato da cellule immerse in una sostanza amorfa e piena di fibre.
Contaminazione: presenza di microrganismi senza moltiplicazione degli stessi.
Cute: organo principale di protezione del nostro corpo costituita da diversi strati,che sono:epidermide,membrana basale,derma,tessuto sottocutaneo.
Edema: gonfiore causato da un aumento di liquido intracellulare
Epitelio: tessuto costituito da cellule sovrapposte,disposti in modo continuo in uno o più strati che caratterizza le superfici cutanee e mucose.
Epitelizzazione:è lo stadio finale della fase proliferativa della riparazione tessutale. Le cellule epiteliali migrano sulla superficie di lesione,completandone la guarigione.
Epuap : (European Pressure Ulcer Advisory Panel): il panel europeo per lo studio delle ulcere da pressione è stato costituito nel 1996 con la finalità di condurre e sostenere tutti i Paesi Europei nella prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione.
Eritema: arrossamento aspecifico che può essere localizzato o generalizzato, e associato o meno a cellulite,infezione,prolungata pressione o iperemia reattiva.

4. Classificazione delle lesioni da pressione

La classificazione più semplice riguarda la sede della lesione in rapporto alla posizione del paziente:
1.Decubito supino: lesione in area occipitale,scapolare,olecranica,sacrale,calcaneare e apofisi spinose
2.Decubito prono: lesione in area zigomatico-mandibolare,claveare, sternale, patellare,spine iliache superiori,dorso dei piedi
3.Decubito laterale: piaghe a gomiti,trocanteri,malleoli e spalle
4.Paziente seduto: piaghe ai gomiti,in regione sacrale,ischiatica, al cavo del poplite,ai calcagni

La classificazione delle lesioni da pressione può essere effettuata valutando la perdita di tessuto e la morfologia,il colore e l'essudato.
Per la gravità del problema socio-economico delle lesioni da decubito in U.S.A. ,nel 1989,si è costituito il N.P.U.A.P (National Pressure Ulcer Advisory Panel),con la funzione di regolamentare le ricerche e soprattutto gli indirizzi terapeutici : una delle prime iniziative è stata quella di proporre una classificazione in quattro stadi
Nel 1996 nasce E.P.U.A.P (European Pressure Ulcer Advisory Pane l) che propone una propria classificazione allo scopo di uniformare i comportamenti e il linguaggio nel continente

5.Classificazione dellre lesioni da pressione in base alla perdita di tessuto e della morfologia

- **Stadio I° (Categoria I) Eritema non sbiancante:** cute intatta con eritema non sbiancante di un'area localizzata generalmente in corrispondenza di una prominenza ossea
- **Stadio II° (Categoria II) Spessore parziale:** Perdita di spessore parziale del derma che si presenta come una lesione aperta superficiale con un letto di ferita rosa,senza slough
- **Stadio III° (Categoria III) Perdita di cute a tutto spessore:** Perdita di cute a tutto spessore.Il tessuto osseo può essere visibile,ma l'osso,il tendine o il muscolo non sono esposti. Può essere presente slough,ma senza nascondere la profondità della perdita tessutale.
- **Stadio IV° (Categoria VI) Perdita tessutale a tutto spessore:**perdita di tessuto a tutto spessore con esposizione di osso,tendine o muscolo. Potrebbero essere presenti slough o escara
- **StadioV° (Non stadiabili)** Perdita tessutale a spessore totale in cui la base della lesione è coperta da tessuto devitalizzato (slough)(giallo,marrone chiaro,grigio,verde o marrone) e/o escara (marrone chiaro,marrone o nero) nel letto della ferita.

6.La prevenzione

Mira a modificare i fattori che concorrono all'insorgenza e allo sviluppo delle lesioni.Identifica i soggetti a rischio all'ingresso in reparto e successivamente,durante la degenza,garantisce al paziente un'adeguata igiene cutanea, mobilizzazione con riduzione della pressione di schiacciamento nelle zone rilevanti nel posizionamento in sedia o a letto. L'anamnesi e l'obiettività clinica deve comprendere anche la valutazione dello stato nutrizionale : è stata difatti evidenziata una correlazione tra insorgenza di LDP e presenza di deficit nutrizionali soprattutto quando si rileva un basso apporto proteico e/o ipoalbuminemia.

7.Identificazione preventiva dei soggetti a rischio

Uno dei primi interventi di tipo assistenziale è quello di eseguire,all'ingresso del paziente in Pronto soccorso e/o in reparto , durante il periodo di degenza,un'attenta valutazione del rischio di contrarre LDD. Le linee guida raccomandano di utilizzare delle scale di valutazione del rischio al fine di formulare un valido giudizio clinico sul paziente.
Le principali scale sono:

- Scala di Norton: è stata la prima in assoluto ed è molto semplice da usare. Tanto minore è il punteggio rilevato,tanto peggiore è la situazione

-**Scala di Norton modificata secondo Stotts**: elaborata da Nancy Stotts nel 1985,considera gli stessi parametri della Norton,possiede le stesse variabili,attribuendo gli stessi punteggi.

-**Scala di Braden :** elaborata nel 1985 da Braden e Bergstorm, ad oggi risulta essere la scala maggiormente raccomandata dalle linee guida internazionali.

Dispone di 23 variabili e il punteggio va da 1 a 4 e da 1 a 3 per la variabile "frizione e scivolamento".

8.Igiene cutanea e trattamento delle lesioni da pressione

La cute è provvista di una barriera naturale,costituita da film idrolipidico. Una valida e corretta igiene cutanea viene attuata mediante una scrupolosa pulizia.

L'igiene cutanea ha lo scopo di eliminare le impurità, prevenire le allergie,prevenire forme infettive,conservare il caratteristico grado di acidità della pelle ,esercitare una certa protezione contro gli agenti atmosferici, ritardare le manifestazioni di invecchiamento dei tessuti, ridurre l'eccessiva secrezione ghiandolare. E' quindi buona norma:

- osservare quotidianamente la cute del paziente,soprattutto nelle zone più a rischio
- mantenere la cute pulita con detergenti a ph fisiologico,in particolare dopo ogni evacuazione asciugare per tamponamento
- utilizzare creme emollienti per mantenere elastica la cute e ripristinare il film idrolipidico
- ricorrere a presidi anti-incontinenza,seguendo uno schema di impiego personalizzato
- mantenere la cute del paziente sempre asciutta e prevenire la macerazione
- in caso di cute è secca,utilizzare creme idratanti,disponendole in senso antiorario in maniera da favorire l'assorbimento profondo.

Particolare attenzione dovrà essere prestata anche al tipo di prodotto utilizzato perl 'igiene cutanea .Le caratteristiche ideali di un buon detergente (sia in forma solida che liquida) sono:

- avere buon potere detergente e poca aggressività sul film idrolipidico
- essere poco schiumogeno senza residui sulla pelle.

Pertanto occorre evitare

- di usare detergenti aggressivi sgrassanti o soluzioni alcoliche.,applicazioni di talco o polveri spray
- lo strofinamento nell'asciugatura
- i massaggi e frizioni su prominenze ossee
- l'uso non corretto dei pannoloni rispetto alle indicazioni di utilizzo
- il contatto della pelle con tessuti umidi o con materiali impermeabili come tele cerate
- l'impiego di biancheria sintetica,di indumenti con elastici o bottoni,di lenzuola con pieghe o con corpi estranei (briciole,ecc)
- di utilizzare antibiotici topici se non prescritto in quanto potrebbero dare luogo a fenomeni di sensibilizzazione
- di utilizzare ciambelle in quanto ostacolano l'apporto ematico provocando danni da pressione e da frizione

Crema base idratante: Crema idratante emolliente rinfrescante particolarmente indicata per mani e piccole zone. E' una emulsione dalle spiccate qualità idratanti e protettive. Consigliata per pelli normali/secche.

Pasta all'olio di zinco: Emulsione a base di ossido di zinco all'8%,dalla elevata azione lenitiva e protettiva da arrossamenti. Facilmente spalmabile,ha un elevato potere coprente. E' indicata per il trattamento e la protezione della pelle arrossata e irritata,soprattutto in aree soggette a macerazione.
Emolliente: Sostanze,o preparazioni farmaceutiche, con proprietà ammorbidenti e rilassanti per i tessuti. Esempi di tali creme sono l'olio di mandorle,olio di oliva e vaselina.
Saponi: Come già in precedenza detto ,i saponi vanno evitati in quanto buona parte di essi sono alcalini,ovvero con PH 9-10 e quindi dannosi per la cute.
Detergenti: Un valido detergente deve possedere un valore di PH debolmente acido (3,5),detergere a fondo ma delicatamente con tensioattivi appropriati. Deve essere privo di saponi e di alcali,pertanto adatto alla detersione della cute sensibile. Deve possedere un'azione emolliente e quindi essere particolarmente dermoprotettiva.

8.Presidi

I presidi hanno un ruolo fondamentale nella prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione; se utilizzati correttamente possono favorire la guarigione della lesione o addirittura evitare precocemente l'insorgenza delle stesse. Essi controllano l'umidità, la pressione e riducono notevolmente le forze di taglio e di frizione. Non vanno pertanto considerati sostitutivi alla mobilizzazione.Tali presidi si suddividono in due categorie: **statico** (la pressione è costante in tutta l'area) e **dinamico** (gli ausili possono autonomamente gonfiarsi e sgonfiarsi adattandosi al paziente) e comprendono:
-**cuscini:** possono essere ad acqua,aria,gel,gommapiuma e sono formati da multistrati e da elementi modulari che risultano essere utili perché antiscivolo e posturanti (mantengono un corretto allineamento del paziente a letto)
-**materassi ad acqua**: costituiti da un involucro di PVC e acqua a 37°C. Risultano utili perché riducono la pressione di contatto e si adattano quasi completamente al paziente: nel contempo presentano anche degli svantaggi in quanto presentano un peso elevato ed un notevole ingombro in termini di spazio, possono causare mal di mare e sono molto delicati in termini di manutenzione
-**sovramaterassi e materassi ad aria a pressione continua o alternata:** vengono gonfiati ad una pressione costante (statici) o alternata (dinamici).Questi ultimi sono più validi in quanto il loro gonfiaggio e sgonfiaggio impedisce alla pressione di esercitare la propria forza in maniera costante sulla cute favorendo la circolazione sanguigna. Entrambi sono forniti di pompa computerizzata che garantisce un'ottimale distribuzione dell'aria. Sono vantaggiosi in quanto riducono la pressione di contatto,sono di facile gestione,hanno un sensore che controlla le pressioni ma nel contempo presentano svantaggi in quanto dipendenti dall'elettricità; possono inoltre essere danneggiati da oggetti taglienti, ed inoltre non consentono un aumento dell'intervallo tra una mobilizzazione e l'altra nei pazienti ad alto rischio.
-**letti a cessione d'aria:** forniti di pompa computerizzata che garantisce un'ottimale distribuzione tramite micro fori dai quali emettono aria tiepida, utile anche per il controllo della temperatura della cute. Sono molto utile in pazienti ad alto/medio rischio con lesioni di IV° stadio in quanto mantengono ad di sotto della pressione di occlusione capillare (escluso i talloni).Tra gli svantaggi c'è da tenere conto del loro elevato costo e del marcato ingombro.

-letti fluidizzati:materassi ad aria che favoriscono il galleggiamento del paziente,contenenti microsfere calcio-sodiche mantenute in movimento da un flusso d'aria; emettono un flusso d'aria regolabile per piaghe essudanti e risultano essere adatti ai pazienti con piaghe molto estese o con ustioni.Tra gli svantaggi c'è da tenere conto del possibile surriscaldamento del letto con possibile disidratazione del paziente e secchezza delle mucose e occhi, del costo elevato ,del loro marcato ingombro ed il peso elevato

10 .Mobilizzazione e Posizionamento

A tutt'oggi non ci sono evidenze in grado di suggerire forti indicazioni relative ad un programma di mobilizzazione ideale. Tuttavia,le raccomandazioni di buona pratica clinica , consigliano di utilizzare programmi di riposizionamento per pazienti a rischio noto di sviluppare lesioni da pressione.
Nonostante ciò , le linee guida raccomandano comunque un programma scritto di riposizionamento sulla base dei risultati dell'ispezione cutanea e delle necessità individuali e non sulla base di un programma prestabilito a priori e uguale per tutti i pazienti.
Per i pazienti che hanno conservato la capacità di deambulare,è importante stimolare ancor di piu' il movimento,aiutandoli e fornendogli gli ausili necessari per svolgere correttamente e in tutta sicurezza gli esercizi.
Per i pazienti con ridotta e/o deficitaria capacità deambulatoria , sarà indispensabile garantire per quanto possibile ,la mobilizzazione ,aiutandoli a sistemarsi in poltrona e/o su sedia . Sarà necessario quindi:

- individuare la seduta corretta ,tenendo la schiena ben adesa allo schienale con uno spazio laterale e sottostante le ginocchia di almeno 2 cm
- ogni 15-20 minuti sollevare il paziente o incentivarlo al cambio di posizione autonomo
- evitare lo scivolamento,utilizzando possibilmente l'utilizzo di telini antiscivolo.
- comunicare con il paziente

Per i pazienti totalmente allettati e privi di movimenti automatici e volontari,sarà indispensabile assicurare una mobilizzazione passiva confortevole,in rapporto alle condizioni cliniche,che garantisca la riduzione dei punti di pressione e un corretto allineamento delle articolazioni al fine di evitare la presenza di dolore.
In queste situazioni sarà invece indispensabile:

- dove possibile, stimolare il paziente alla collaborazione e quindi al mantenimento dell'autonomia residua
- alternare le posizioni e i cambi di postura almeno ogni 2 ore, controllando,in questa fase, lo stato della cute in particolare a livello delle prominenze ossee
- comunicare con il paziente

10. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Di Giulio P.Le ulcere cutanee croniche.Bollettino d'Informazione sui Farmaci 2001.,6:227231
- Tannen A,Dassen T,Bours G,HalfensR.A comparison of pressure ulcer prevalence:concerted data collection in the Netherlands and Germany.Int J Nurs Stud.2004.,41:607-612
- Baumgarten M,Margolis D,Gruber-Baldini AL et al.Pressure ulcers and the transition to long-term care.Adv Skin Wound Care.2003.,16:299-304
- Rosella Maffia,Nadia Colapinto,U.O.Dermatologia Azienda Ospedaliera S.Anna Como.Indagine di prevalenza sulle lesioni da decubito(LDD) presso i presidi dell'Azienda Ospedaliera S.Anna.
- Benbow M.Diagnosing and assessing wounds.J.of Community Nurs.2007.,21(8):26-34
- Sussman C,BatesJensen B(2007)Wound Care:A Collaborative Practice Manual for Health Professionals.Lippincott,Williams & Wilkins.Third Edition
- Keast DH,et al.Measure:a proposed assessment framework for developing best practice recommendations for wound assessment.Wound Repair Regen 2004.,12(3 suppl):S1-17
- Langer G,Schloemer G,Knerr A,Kuss O,Behrens J.Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers.Cochrane Database of Systematic Reviews 2003,Issue 4.Art.No.:CD003216.DOI:10.1002/14651858.CD003216.
- Registered Nurses "Association of Ontario(2005).Risk assessment and prevention of pressure ulcers,(Revised).Toronto,Canada:Registered Nurses "Association of Ontario
- Arnold HM,Sawjer AM,Kollef MH.Use of adjunctive aerosolized antimicrobial therapy in the treatment of Pseudomonas aeruginosa and Acinetobacter baumanii ventilatorassociated pneumonia.Respir Care.2012 Aug.,57(8):1226-33
- Meijers JM,sCHOLS jm,Jackson PA,Langer G,Clark M,Halfens RJ.Differences innutritional care in pressure ulcer patients whether or not using nutritional guidelines.Nutrition.2008 Feb.,24(2):127-32 Epub 2007 Dec3.PMID:18061405
- Janna Briggs Institute Solutions,techniques and pressure in wound cleansing Best Practice 10(2) 2006 ISSN:_1329-1874
- Moore ZEH,Cowman S.Wound cleansing for pressure ulcers.Cochrane Database of Systematic Reviews 2005,Issue 4.Art.No.:CD004983.DOI:10.1002/14651858.CD00.PUB2.
- McGuiness W,Vella E,Harrison D.Influence of dressing changes on wound temperature.J.Wound Care.2004 Oct.,13(9):3835.
- Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence.The management of pressure ulcers in primary and secondary care:A Clinical Practice Guideline.www.rcn.org.uk/Final Version June 2005
- Mak SS,Molassiotis A,Wan WM,Lee IY,Chan ES.The effects of hydrocolloid dressing and gentian violet on radiationinduced.
- Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence.The management of pressure ulcers in primary and secondary care:A Clinical Practice Guideline.www.rcn.org.uk/Final Version June 2005
- Sibbald RG,Williamson D,Orsted HL,et al.Preparing the wound bed Debridement,bacterial balance and moisture balance.Ostomy Wound Management 2000.,46: 1435 moisture balance.

11. ACCESSIBILITA'/RISERVATEZZA

La seguente procedura è accessibile a tutti gli operatori sanitari

12. ARCHIVIAZIONE

DOCUMENTO	LUOGO	MODALITA'	DURATA	RESPONSABILE

Allegato A1 Presidio ospedaliero:_____ U.O.: _____ Paziente: _____ Data di nascita: _____

INDICE DI BRADEN

Indicatori / Variabili	4	3	2	1	Indice
Percezione sensoriale. Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione.	**Non limitata.** Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio.	**Leggermente limitata.** Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. O Ha impedimenti al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità.	**Molto limitata.** Risponde solo a stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. O Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore almeno per la metà del corpo.	**Completamente limitata.** Non vi è risposta (non geme, non si contrae o afferra)allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza od alla sedazione. O Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo.	
Umidità. Grado di esposizione della pelle all'umidità.	**Raramente bagnato.** La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine.	**Occasionalmente bagnato.** La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno.	**Spesso bagnato.** Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno.	**Costantemente bagnato.** La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato.	
Attività. Grado di attività fisica	**Cammina frequentemente.** Cammina al di fuori della camera almeno 2 volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo).	**Cammina occasionalmente.** Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto, Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	**In poltrona.** Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia a rotelle.	**Allettato.** Costretto a letto.	
Mobilità. Capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo.	**Limitazioni assenti.** Si sposta frequentemente e senza assistenza.	**Parzialmente limitata.** Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo	**Molto limitata.** Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto.	**Completamente immobile.** Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza.	
Nutrizione. Assunzione usuale di cibo.	**Eccellente.** Mangia la maggior parte del cibo, Non rifiuta mai il pasto, talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	**Adeguata.** Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. O Si alimenta artificialmente con NPT o NE, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	**Probabilmente inadeguata.** Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari. O Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con SNG)	**Molto povera.** Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. 2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. O E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni.	
Frizionamento e scivolamento		**Senza problemi apparenti.** Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti.	**Problema potenziale.** Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare.	**Problema.** Richiede da una moderata a una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona.	
Data		**Firma**		**Indice Totale**	

Punteggio ≤ 16. paziente a rischio: ☐ **Punteggio ≥ 16. paziente non a rischio: ☐**

Allegato A2 Presidio ospedaliero:_____ U.O.: _____ Paziente: _____ Data di nascita: _____

SCALA DI NORTON modificata secondo Nancy A. Scotts

INDICATORI	1	2	3	4	Indice
Condizioni generali: livelli di assistenza richiesti per le ADL (capacità di fare il bagno, di vestirsi, di usare i servizi igienici, mobilità, continenza, alimentazione).	**Pessime:** totalmente dipendente per tutte le A.D.L.	**Scadenti:** richiede assistenza per più ADL (più di 2)	**Discrete:** necessita di assistenza per alcune ADL (max 2)	**Buone:** abile ad eseguire autonomamente tutte le ADL	
Stato mentale: capacità di rispondere alle domande verbali relative al tempo, spazio e persone in modo soddisfacente e veloce.	**Stuporoso:** totalmente disorientato. La risposta può essere lenta o rapida. Il paziente potrebbe essere in stato comatoso.	**Confuso:** parzialmente orientato nel tempo, nello spazio e nelle persone. La risposta può essere rapida.	**Apatico:** orientato nel tempo, nello spazio e nelle persone, con una ripetizione della domanda (non legata all'ipoacusia)	**Lucido:** Orientato nel tempo e nello spazio, risposta rapida	
Deambulazione: distanza e dipendenza nella deambulazione.	**Costretto a letto:** confinato a letto per tutte le 24 ore	**Costretto su sedia:** si muove soltanto con la sedia a rotelle	**Cammina con aiuto:** deambula fino a quando è affaticato. Richiede l'assistenza di una persona per deambulare. Può usare anche un presidio.	**Normale:** deambula fino a quando è affaticato. Cammina da solo o con l'uso di presidi (esempio: bastone)	
Mobilità: quantità e movimento di una parte del corpo.	**Immobile:** non ha indipendenza nel movimento o controllo delle estremità. Richiede assistenza per il movimento di ogni estremità.	**Molto limitata:** limitata indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede una maggiore assistenza da parte di un'altra persona. Con o senza presidi.	**Moderatamente limitata:** può muovere o controllare le estremità con una minima assistenza da parte di un'altra persona. Con o senza presidi.	**Piena:** può muovere o controllare le estremità come vuole. Con o senza presidi.	
Incontinenza: valutazione dell'autosufficienza del controllo di urine e feci.	**Doppia:** totale incontinenza di urine e feci.	**Abituale:** incontinenza di urine 2 volte al giorno, ma non sempre, e/o feci 2 o 3 volte al giorno, ma non sempre.	**Occasionale:** incontinenza di urine 1 o 2 volte al giorno e/o feci 1 volta al giorno.	**Assente:** non incontinente di urine e feci. Può avere un catetere.	
Data		Firma operatore		**Indice totale**	

RISCHIO: punteggio uguale o inferiore a 16 (= o < 16)

Rischio BASSO:	punteggio da 14 a 16	
Rischio MEDIO:	punteggio da 12 a 14	
Rischio ALTO:	punteggio da 5 a 11	