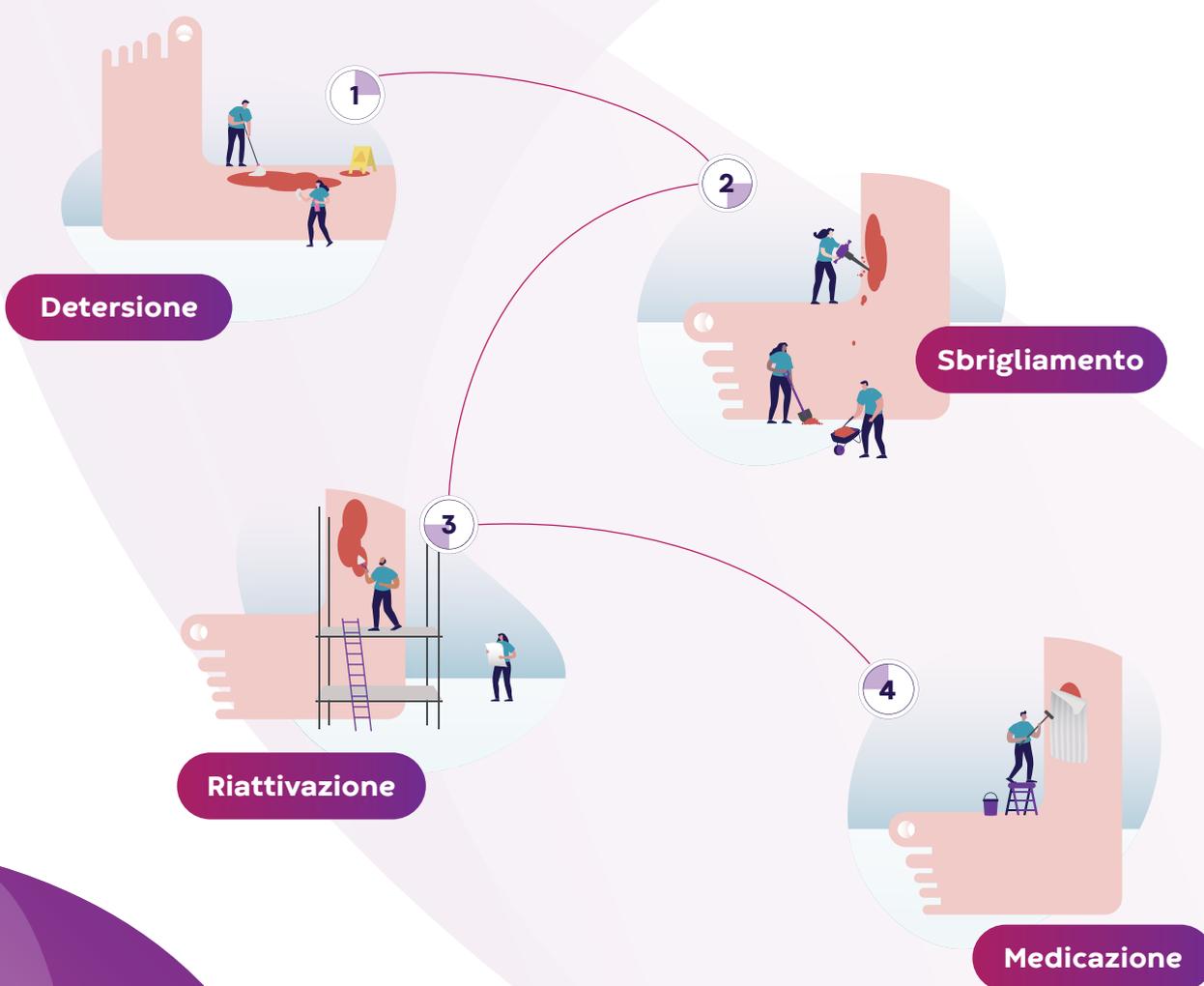


Un viaggio chiamato Wound Hygiene

Prima Raccolta Casi Clinici 2020 - 2023





Raccolta Casi Clinici 2020 - 2023

Il Wound Hygiene è un metodo strutturato che consente di superare gli ostacoli alla guarigione creati dal biofilm. Con questo libro ci siamo dati l'obiettivo di rappresentare l'impatto che il Wound Hygiene ha portato nella pratica clinica attraverso la raccolta dei casi clinici più rappresentativi da tutto il territorio italiano, che Voi, autori degli stessi, avete voluto condividere con noi e con il lettore.

Si ringraziano sentitamente tutti i professionisti che hanno voluto condividere la propria casistica clinica con tutti noi e con il lettore.



Publicato il 4 Maggio 2023

Izeos srl Editore© Tutti i Diritti Riservati/All Rights Reserved

© 2023 Convatec. ®/™ indicano marchi registrati del Gruppo Convatec

AP-62518-ITA-ITA-v1

Indice

Introduzione	5
Chi è Convatec	6
Biofilm, Convatec e Wound Hygiene	8
Implementare il Wound Hygiene.....	16
Wound Hygiene: il viaggio	26
Raccolta casi clinici. Anno 2020	27
Raccolta casi clinici. Anno 2021	37
Raccolta casi clinici. Anno 2022 & 2023.....	81
Wound Hygiene: il viaggio	208
Bibliografia.....	210

Introduzione

Nato dal desiderio profondo, espresso dagli operatori sanitari, di condividere i casi clinici più significativi ed impegnativi, affrontati e risolti a livello nazionale, questo testo ricostruisce la storia dei primi 3 anni dalla pubblicazione della Consensus Internazionale 'Wound Hygiene': un libro costituito dalle più importanti esperienze cliniche che gli operatori hanno ritenuto di voler condividere.

Ben **176 casi clinici**, il cui filo conduttore è sicuramente rappresentato dall'implementazione del Wound Hygiene che, negli ultimi anni, ha assunto un ruolo fondamentale nella pratica clinica.

Insieme all'utilizzo delle medicazioni con tecnologia Hydrofiber®, il Wound Hygiene ha dato un forte e chiaro impulso nell'approccio appropriato alle lesioni di difficile guarigione; combinandosi perfettamente, la Tecnologia Hydrofiber® e la pratica clinica del Wound Hygiene, si stanno dimostrando determinanti nell'innescare e velocizzare il processo di guarigione di lesioni in fase di stasi.

Dunque, una vera e propria "rivoluzione copernicana" che ha fornito i mezzi necessari per ottenere una corretta gestione di quelle lesioni che, almeno sino alla pubblicazione della prima Consensus Wound Hygiene, si presentavano croniche e che con essa hanno potuto essere ridefinite come "di difficile guarigione".

L'obiettivo di Convatec è sempre stato quello di migliorare la qualità della vita delle persone, focalizzandosi su due aspetti fondamentali: in primis, l'ottenimento di risultati efficaci per la cura del paziente ed in secondo luogo la garanzia di fornire all'operatore sanitario le migliori soluzioni sempre più innovative.



Molte sono le sfide che negli anni Convatec si è posta, tra queste debellare il biofilm e/o ridurre il rischio d'infezioni, contribuire a migliorare la qualità di vita dei pazienti o semplicemente favorire il loro ritorno alla vita quotidiana, creando le condizioni necessarie affinché sia gli operatori sanitari che i pazienti potessero trarne benefici.

Come anche dimostrato dal presente testo, Convatec si pone in continua evoluzione e non si ferma davanti al cambiamento, anzi lo accoglie con determinazione.

La convinzione è quella che, lavorando in coesione e con la giusta dose del saper innovare, si possano sviluppare nuove soluzioni per garantire ai pazienti una vita migliore.

Chi è Convatec

Da sempre, l'impegno di Convatec è quello di continuare la sua tradizione innovativa, sviluppando tecnologie avanzate nel Wound Care, che ridefiniscano ogni volta lo standard di cura e facciano la differenza per i pazienti e gli operatori sanitari.

Nel 1982 Convatec ha brevettato e lanciato sul mercato mondiale DuoDERM®, la prima medicazione in idrocolloide per il trattamento delle lesioni cutanee, una vera conquista per quei tempi.

Negli anni, Convatec ha continuato a sviluppare soluzioni sempre più innovative, come la Tecnologia Hydrofiber®, brevetto esclusivo dal 1996. Questa ha permesso il miglioramento della gestione di lesioni essudanti di diversa natura: ustioni, traumi, incisioni chirurgiche, complicanze di malattie croniche e vascolari, piede diabetico ed ulcere degli arti inferiori. Tutt'oggi, l'innovativa Tecnologia Hydrofiber® è alla base di un'ampia gamma di medicazioni, che offrono agli operatori sanitari strumenti sempre più efficaci per il miglioramento dei risultati clinici e della compliance dei pazienti.

Negli anni, Convatec ha sempre investito (e continua ad investire) nella Ricerca e nello Sviluppo di soluzioni sempre più avanzate per la gestione delle lesioni cutanee. Si tratta di un'azienda in continua evoluzione: sempre in ascolto delle necessità dei pazienti, degli operatori, di pari passo con le esigenze ed evoluzioni del mondo sanitario.

È proprio per questo che nel 2022 l'azienda si è rinnovata con la promessa: **"forever caring"**



convatec

— forever caring —

Due parole ricche di significato che racchiudono valori quali: l'impegno instancabile dell'azienda nel sostenere i pazienti, gli amici, i famigliari e tutti gli operatori sanitari; la cura che mette nell'ascolto attivo dei pazienti, sino a trasformare le loro esigenze in soluzioni più idonee al miglioramento della loro qualità di vita.

Concetti e valori, questi, espressamente racchiusi nel nuovo logo costituito dalla stilizzazione di un **unico grande abbraccio** al cui centro è posto il **paziente**.

Come chiaramente visibile, rappresentato dalla sfera centrale, il paziente viene avvolto da due grandi abbracci che indicano i vari livelli di cura: il più interno rappresenta la cura da parte dei familiari, gli amici e degli operatori sanitari; il più esterno, invece, rappresenta il premuroso supporto che Convatec offre, a sua volta, al paziente ed a tutte le persone che lo circondano.



L'abbraccio è stato concepito per evocare l'immagine di calore, cura, sostegno, fiducia e la sensazione che Convatec sarà sempre accanto a coloro che hanno bisogno, per tutto il tempo necessario. Il colore è stato scelto in trasparenza proprio per rievocare il modo di essere di Convatec con gli operatori sanitari, i pazienti e tutti coloro con i quali essa entra in contatto.

L'ambizione di Convatec è che la promessa "**forever caring**" garantisca **un'esperienza olistica** a coloro i quali offre supporto, partendo da una profonda comprensione delle sfide pratiche ed emotive che pazienti, familiari, amici ed operatori sanitari sono chiamati ad affrontare ogni giorno.

Biofilm, Convatec e Wound Hygiene

Cos'è il Biofilm?

Nelle linee guida del 2014 su diagnosi e trattamento delle infezioni da biofilm¹ la "European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases" ha riconosciuto che il Biofilm è la principale causa delle infezioni croniche delle lesioni, esprimendo un bisogno urgente di ricercare soluzioni per migliorare la prevenzione nonché il trattamento delle infezioni da biofilm, incluso lo studio degli enzimi e degli agenti chelanti; questi, infatti, risultano in grado di eliminare il biofilm e di modificarne la composizione in cellule planctoniche, maggiormente sensibili, rendendolo più vulnerabile al trattamento.¹

Il Biofilm è una complessa comunità polimicrobica di microrganismi incorporati in una matrice autoprodotta di sostanze polimeriche extracellulari (EPS). L'EPS protegge i microrganismi da antisettici, antibiotici e dalla risposta immunitaria del paziente. Il biofilm può inoltre riformarsi in poche ore, formare nuove colonie e causare infezioni croniche, il che lo rende difficile da eradicare.^{2,3}

I risultati di una revisione sistematica e di una meta-analisi⁴ confermano la presenza del biofilm in circa il 78% di tutte le lesioni croniche. Nonostante ciò, si sospetta che una più realistica stima della prevalenza di biofilm sia più vicina al 100% (WUWHS, 2016) nelle lesioni di difficile guarigione e, quindi, a supporto delle ipotesi cliniche secondo cui i biofilm siano onnipresenti in questi tipi di lesione.

Dunque, il **Biofilm è la causa primaria dell'infezione cronica**⁵; la sua presenza può provocare un'inflammatione permanente e infezioni ricorrenti che favoriscono il ritardo della guarigione delle lesioni.^{2,3}



Per migliorare i risultati della guarigione delle lesioni è necessaria una migliore comprensione e gestione del biofilm nelle lesioni di difficile guarigione - oltre ad utilizzare nuovi trattamenti e tecnologie⁶.

È inoltre necessario concentrarsi sull'intervento precoce, al fine di gestire il biofilm prima che la cronicità della lesione diventi un problema serio.

L'impatto delle lesioni di difficile guarigione su pazienti, operatori e Sistema Sanitario è stato ben documentato^{7,8}, con costi elevati, nonché con effetti sulla salute dei pazienti e sulla qualità della loro vita.

Come ha contribuito Convatec alla ricerca sul biofilm

Per decenni, Convatec ha investito attivamente nella ricerca scientifica con l'obiettivo di cercare una soluzione mirata ad eradicare il biofilm.

Il dipartimento di Ricerca e Sviluppo ha dedicato molti anni ad approfondirne la conoscenza e, dunque, mettere a punto una Tecnologia che riuscisse a disgregarlo, distruggerlo ed eradicarlo. Sono stati necessari dieci anni di studi per ricercare, sperimentare e progettare una combinazione idonea a gestire e distruggere il biofilm.

Le ricerche sono state effettuate su una vasta gamma di agenti disgreganti il biofilm e tensioattivi, testati in combinazione con antimicrobici, nell'ambito di un modello di biofilm multi specie ricreato in vitro. Sono state, inoltre, identificate dapprima circa 250.000 combinazioni potenziali e, attraverso sofisticati algoritmi chimico-fisico-matematici, ne sono state selezionate ben 60.000⁹. Quest'ultime sono state interamente testate nei laboratori una ad una, ed è così che è stata identificata la miglior combinazione formata da EDTA, Benzetonio Cloruro (BEC) ed argento ionico, definita come Tecnologia **MORE THAN SILVER™**, ossia la formulazione ottimale per accrescere le performance di sconfitta del biofilm¹⁰.

Grazie a questo nuovo brevetto, unito a quello della Tecnologia Hydrofiber[®], Convatec, nel 2014, con immenso orgoglio, ha quindi potuto lanciare sul mercato mondiale del Wound Care l'esclusiva ed innovativa medicazione Aquacel™ Ag+ Extra™, l'unica in grado di disgregare, distruggere ed eradicare il biofilm oltre che gestire in modo ottimale l'essudato: essa agisce assorbendolo verticalmente, sequestrando i batteri e le strutture del biofilm disgregate e riuscendo a mantenere contestualmente un ambiente umido ideale, micro conformandosi al letto della lesione.

La tecnologia MORE THAN SILVER™ ha permesso, inoltre, alla medicazione Aquacel™ Ag+ Extra™ di essere premiata come la medicazione più innovativa e la miglior medicazione nella categoria 'Infezione e Biofilm' al congresso Mondiale WUWHS del 2016, tenutosi a Firenze³².



Il Wound Hygiene

Il concetto di Wound Hygiene è sorto per la prima volta durante un *Advisory Board* di esperti tenutosi nel marzo 2019, in risposta ad una *call to action* per rendere più efficace la pratica clinica di gestione delle lesioni.

Infatti, nonostante gli avanzamenti nella tecnologia delle medicazioni e delle *Best Practice*, il comitato ha espresso la preoccupazione che il Wound Care fosse un settore sempre più in crisi: l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle condizioni mediche legate all'età ed allo stile di vita come patologie vascolari, diabete o obesità; ed ancora, l'impiego eccessivo di antibiotici ed il conseguente aumento della resistenza agli stessi; in ultimo l'impatto sui sistemi sanitari.

Sicuramente qualcosa d'importante era stato sottovalutato. La ricerca, infatti, ha indicato con crescente sicurezza che l'elemento mancante potesse essere rappresentato dalla gestione del biofilm, la cui presenza è sempre più riconosciuta in quasi tutte le lesioni croniche, quale causa del ritardo della guarigione. Si è creata dunque, l'esigenza di definire una strategia d'intervento che riuscisse a gestire in maniera ottimale il biofilm: il **Wound Hygiene**¹¹.

La divulgazione del primo articolo sul JWC ha dato l'impulso alla conseguente pubblicazione, nel marzo 2020, del primo **Documento di Consensus Internazionale**: "Trattamento delle lesioni di difficile guarigione attraverso una strategia precoce antibiofilm: il Wound Hygiene"¹¹.

Il Wound Hygiene è un metodo strutturato, che consente di superare gli ostacoli alla guarigione creati dal biofilm. Con la pubblicazione del Documento si abbandona quindi il termine "lesioni croniche" a favore di "lesioni di difficile guarigione", per indicare che i suddetti ostacoli possono essere superati.



Lesione di difficile guarigione

Termine chiave

Una lesione che non ha risposto a standard di cura basati sulle evidenze. Il concetto del Wound Hygiene si basa sul presupposto che tutte le lesioni di difficile guarigione contengano biofilm. A causa della velocità con cui si forma il biofilm, una lesione che, a distanza di 3 giorni dalla sua comparsa, mostri i segni clinici di essudato, slough e aumento delle dimensioni può essere definita "di difficile guarigione".

Tale approccio prevede che, per promuovere la guarigione, il biofilm debba essere affrontato precocemente con una strategia che comprenda **4 fasi** (Fig. 1), da ripetersi regolarmente ad ogni cambio di medicazione:

- **Detersione** (della lesione e della cute perilesionale, intesa come area vasta di cute sana attorno alla lesione)
- **Sbrigliamento** del letto della lesione
- **Riattivazione** dei bordi/margini della lesione
- **Medicazione** della lesione

Wound Hygiene: Fase 1 - Detersione

La detersione aiuta a raggiungere gli obiettivi del Wound Hygiene, rimuovendo il materiale di scarto, l'eccesso di essudato, i detriti e distruggendo il biofilm^{12,13}.

Prepara il giusto ambiente per la disgregazione del biofilm, la rimozione dei residui e la prevenzione della sua riformazione. Poiché è probabile che il letto della lesione e la cute perilesionale contengano biofilm, entrambe le aree devono essere deterse.

La detersione deve essere eseguita con la massima forza fisica che il paziente possa tollerare e deve essere ripetuta a ogni cambio di medicazione e dopo lo sbrigliamento. La selezione degli agenti detergenti e la scelta delle tecniche di detersione si baseranno sulla valutazione clinica.

Wound Hygiene: Fase 2 - Sbrigliamento

L'obiettivo dello sbrigliamento è rimuovere/ridurre al minimo tutti i materiali indesiderati, anche a costo di rimuovere parti di tessuto sano. Lo sbrigliamento è necessario, nell'ambito del processo di eliminazione del biofilm, per convertire l'ambiente "ostile" della lesione in un ambiente che promuova la guarigione. È possibile utilizzare diversi metodi di sbrigliamento, iniziando potenzialmente con metodi più intensivi, se necessario, per poi passare al metodo meccanico.

Lo sbrigliamento immediato è parte integrante del metodo Wound Hygiene, in quanto aiuta qualsiasi lesione non coperta da tessuto di granulazione a progredire verso la guarigione.¹⁴ La scelta del metodo di sbrigliamento deve basarsi sulla valutazione eziologica, del letto della lesione, della cute perilesionale e dei livelli di dolore e di tolleranza del paziente. La forza meccanica, in combinazione con un tensioattivo o una soluzione antimicrobica, sono modi efficaci per disgregare ed eliminare il biofilm.¹⁵ L'uso combinato di una soluzione



Figura 1. Le quattro fasi del Wound Hygiene

detergente per lesioni a base di tensioattivi topici e di un tampone, o garza di sbrigliamento, miglioreranno la detersione in misura sufficiente da disgregare e rimuovere il biofilm. Quando lo sbrigliamento fisico è controindicato, si potrebbe utilizzare questo approccio alternativo.¹⁶ Il risultato è un ambiente decontaminato, dal quale è stato eliminato il materiale di scarto in modo da renderlo più sano e in grado di favorire la crescita di nuovo tessuto.¹⁷ Lo sbrigliamento "bonifica" il letto della lesione e rimuove il biofilm, preparandolo in tal modo per l'applicazione della medicazione, in linea con i principi di preparazione del letto della lesione.¹⁸

Wound Hygiene: Fase 3 - Riattivazione dei bordi/margini della lesione

In tutte le lesioni profonde le cellule che facilitano l'epitelizzazione si trovano generalmente ai margini della lesione e nei follicoli piliferi. Il biofilm è più attivo ai bordi/margini della lesione, dove promuove la senescenza delle cellule (perdita del potere di divisione e di crescita delle cellule), impedendo così la crescita di nuovi tessuti sani. La riattivazione dei bordi/margini della lesione è quindi una componente importante del Wound Hygiene.

La riattivazione va oltre la decontaminazione dei bordi/margini della lesione e la rimozione del tessuto devitalizzato, poiché utilizza lo sbrigliamento tramite strumenti taglienti, tamponi o garze morbide per stimolare i bordi/margini della lesione fino a produrre un sanguinamento localizzato, laddove l'eziologia, la pratica in uso, la tolleranza ed il consenso del paziente lo consentano.

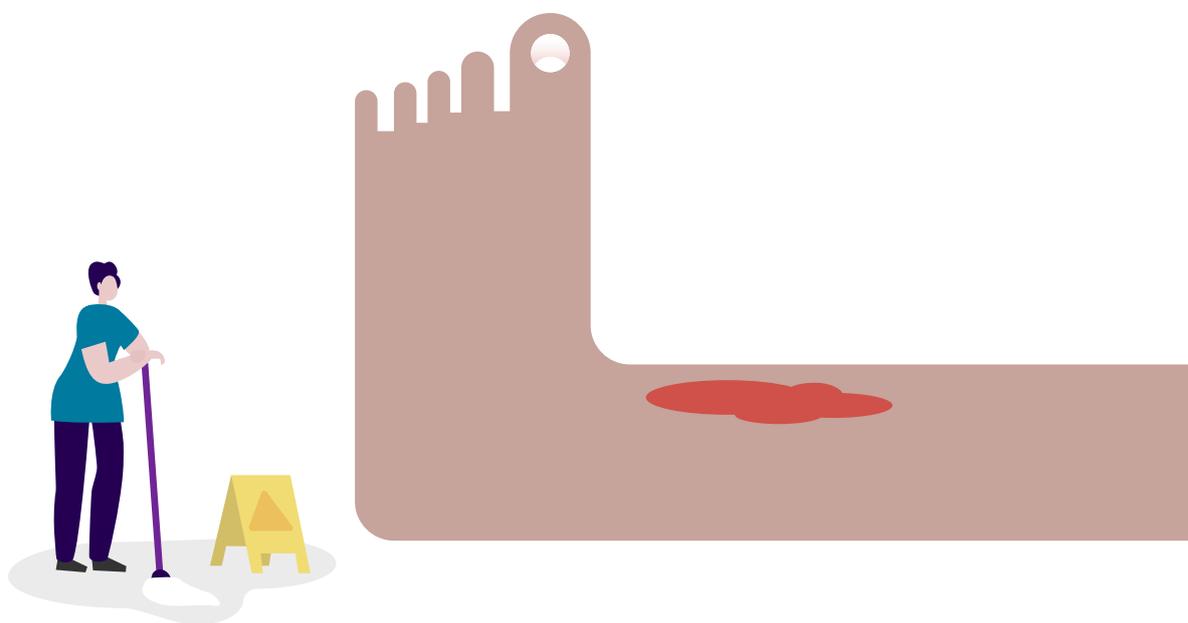
La riattivazione dei bordi/margini della lesione presenta di solito un rischio minimo per il tessuto, che si rigenera naturalmente come parte del processo di guarigione.

La riattivazione stimolerà l'espressione dei fattori di crescita per dare il via alla formazione di una cute sana.

Wound Hygiene: Fase 4 - Medicazione della lesione

Dopo che il letto della lesione e la cute perilesionale sono stati detersi, il letto della lesione è stato sbrigliato e i bordi/margini della lesione sono stati riattivati, c'è una finestra di opportunità con cui affrontare l'eventuale biofilm residuo presente e prevenirne la riformazione.

A seguito di una valutazione olistica, per ottimizzare questa fase, si possono utilizzare medicazioni con proprietà antimicrobiche che sappiano gestire l'essudato in modo efficiente.

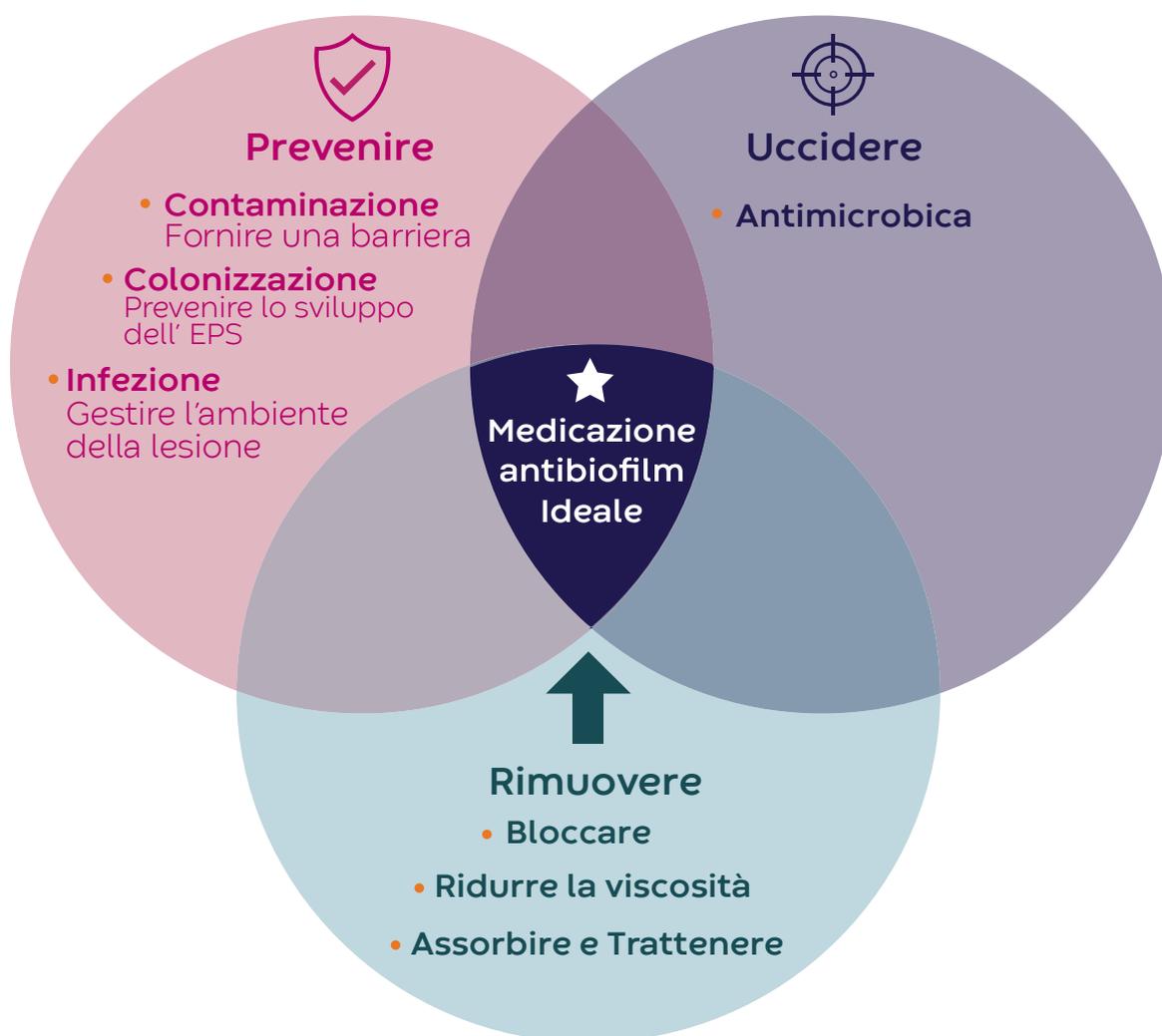


Proprietà di una medicazione anti-biofilm ideale

Una medicazione efficace contro il biofilm deve presentare precise caratteristiche che, sinergicamente, riescano a gestire diversi parametri oltre al biofilm, quali l'essudato, le MMP, i detriti ecc.

Infatti, una medicazione antibiofilm deve poter:

- Rimuovere l'essudato in eccesso assorbendolo e trattenendolo nella medicazione stessa e, allo stesso tempo, bloccare tutti i componenti presenti nell'essudato stesso;
- Prevenire la contaminazione e la colonizzazione, fornendo una barriera e prevenendo il contestuale sviluppo della matrice EPS e l'infezione;
- Uccidere i microrganismi, esercitando un'attività antimicrobica sull'ambiente della lesione stessa.



La Medicazione Aquacel™ Ag+ Extra™

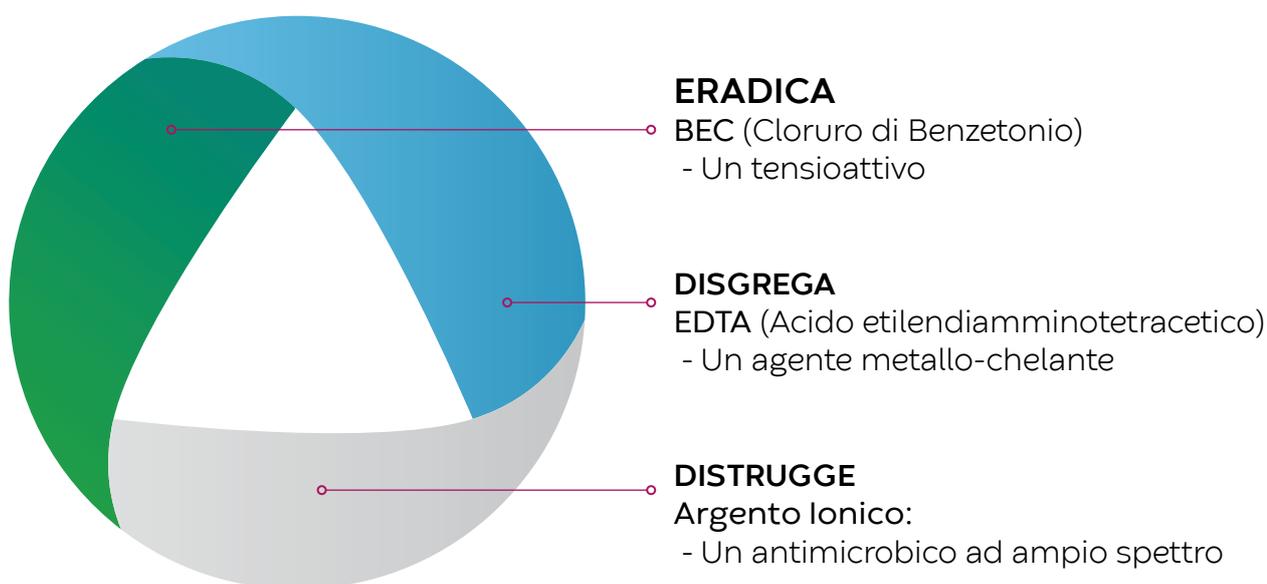
Grazie alla progettazione della Tecnologia **MORE THAN SILVER™** unita ai vantaggi unici della Tecnologia **Hydrofiber®**, oggi Convatec vanta l'unica medicazione in grado di disgregare, distruggere ed eradicare il biofilm multispecie: **Aquacel™ Ag+ Extra™**



La Tecnologia MORE THAN SILVER™

La Tecnologia **MORE THAN SILVER™** è composta da un tensioattivo, il **BEC** (Benzetonio Cloruro), che riduce la tensione superficiale all'interno del biofilm per migliorare la capacità dell'**EDTA** di rimuovere gli ioni metallici dall'EPS; mentre **BEC** e **EDTA** collaborano in modo sinergico per interrompere le strutture del biofilm che aiutano l'assorbimento e la rimozione dell'EPS e dei microrganismi mediante la medicazione¹⁰, l'**EDTA** contribuisce a disgregare il biofilm, rimuovendo gli ioni metallici che tengono insieme la matrice EPS per esporre i microrganismi agli effetti antimicrobici dell'**argento ionico**¹⁰.

L'argento, antimicrobico sicuro e ad ampio spettro, è efficace solo nella sua forma ionica. Attratto dai siti sulle pareti cellulari microbiche, si accumula penetrando nella cellula, dove danneggia il DNA, denatura proteine ed enzimi, interferisce con la sintesi proteica, portando alla morte cellulare¹⁹.



La Tecnologia Hydrofiber®

Nel 1996 lo sviluppo della Tecnologia Hydrofiber® (il cui nome commerciale è Aquacel™) è stato suggerito dalla consapevolezza della possibilità di migliorare alcune caratteristiche dei materiali che componevano le medicazioni, soprattutto in relazione all'efficienza della gestione dell'essudato ed alla facilità di applicazione e rimozione delle stesse.

La Tecnologia Hydrofiber® è la lavorazione di un idrocolloide polimerico in carbossimetilcellulosa sodica (NaCMC) pura, in forma di fibre, derivata dalla cellulosa naturale. Le caratteristiche fisiche di tale Tecnologia evidenziano **"proprietà di idratazione uniche che distinguono dagli altri materiali utilizzati per le medicazioni"**. La stessa si presenta basata sulla gelificazione ed è progettata per interagire con l'ambiente della lesione che, a contatto con l'essudato ed i suoi componenti, li assorbe verticalmente intrappolandoli e proteggendo quindi la cute perilesionale³ in modo da equilibrare la risposta infiammatoria della lesione²¹.

La Tecnologia Hydrofiber® risulta unica al mondo.

Infatti, contemporaneamente all'assorbimento verticale, la medicazione si trasforma istantaneamente in un soffice gel che si micro-conforma alla superficie della lesione favorendo, così, la minimizzazione degli interstizi nei quali possono proliferare i batteri²¹. Ciò permette anche che eventuali terminazioni nervose, esposte nel letto di lesione, siano avvolte dal gel coesivo²². Questo porta ad un alleviamento del dolore percepito dal paziente. La medicazione gelificata a contatto con il letto della lesione interagisce con l'ambiente della stessa, bilanciando l'umidità su di essa.



Implementare il Wound Hygiene

“Tutte le lesioni, in particolare quelle di difficile guarigione, beneficeranno del metodo Wound Hygiene, che dovrebbe essere attuato dalla presa in carico, a seguito di una valutazione olistica che identifichi l’eziologia della lesione e le comorbidità, e poi implementato ad ogni cambio di medicazione fino alla completa guarigione”

Journal of Wound Care Documento di Consenso Vol.29,N.3, Marzo 2020

La pubblicazione del documento di consenso del 2020 ha suscitato un grande interesse grazie all’istituzione di *Ambassador Internazionali del Wound Hygiene*, programmi di formazione e supporto basati sulle competenze, nonché grazie ad un sondaggio rivolto a 1.478 intervistati²³ sui miglioramenti conseguiti nel processo di guarigione di un’ampia gamma di tipologie di lesioni²⁴.

Nell’estate 2021, dunque, i principali *Opinion Leader* internazionali si sono riuniti in forma virtuale per discutere riguardo a soluzioni che consentissero di gestire le esigenze, non soddisfatte, identificate dai risultati del sondaggio.

Nel 2022 è stato pubblicato il secondo Documento di Consensus, con le indicazioni su come e quando implementare il Wound Hygiene su tutti i tipi di tessuto nelle lesioni di difficile guarigione, proponendone una nuova classificazione. A tal fine, il comitato ha creato un quadro procedurale articolato in 3 momenti, secondo il quale il Wound Hygiene deve rappresentare una parte integrante di gestione nella guarigione proattiva delle lesioni.

Nelle lesioni di difficile guarigione gli operatori sanitari devono valutare, oltre alla lesione, altri fattori tra cui comorbidità, nutrizione, salute mentale e difficoltà socioeconomiche del paziente. Questa tendenza emergente nella gestione delle lesioni richiede l’integrazione del Wound Hygiene in un quadro più olistico, in cui si promuove la guarigione proattiva (più che reattiva) delle lesioni. Di conseguenza, il comitato ha proposto un nuovo quadro di riferimento per l’adozione di un protocollo Wound Hygiene integrato da un **approccio incentrato sul paziente**.

Questo quadro di riferimento (Fig. 2) risulta formato da 3 ‘momenti’ (il valutare, il gestire ed il monitorare) con cui ribadisce l’importanza:

- 1) della valutazione completa del paziente e della lesione, con particolare focus sull’eziologia;
- 2) della gestione della lesione, implementando sistematicamente il Wound Hygiene;
- 3) del monitoraggio, per garantire il benessere del paziente ed i risultati sulla lesione.

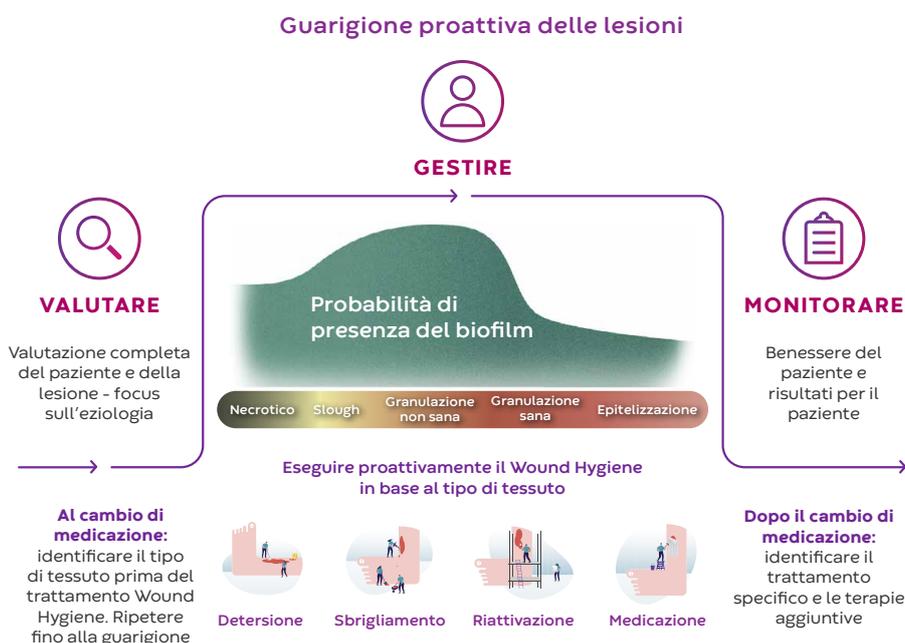


Figura 2. Il quadro di riferimento per una guarigione proattiva delle lesioni

Questo approccio è stato definito come supporto a tutti gli operatori sanitari che gestiscano lesioni, per farli sentire a proprio agio nell'esecuzione del Wound Hygiene.

Valutazione del paziente e della lesione

Un'approfondita valutazione sia del paziente che della lesione è essenziale al fine di garantire l'adozione dei corretti approcci verso la lesione, oltre alla definizione degli obiettivi di gestione e di guarigione che si desiderino raggiungere.



Il comitato ha, dunque, concordato che al fine di ottimizzare i risultati debba necessariamente verificarsi la valutazione dei seguenti aspetti:

1. Procedere ad una valutazione olistica del rischio generale e della qualità di vita del paziente;
2. Dare alla lesione un 'nome' (tipo di lesione) ed un 'cognome' (eziologia).
L'identificazione della causa sottostante la lesione contribuirà certamente a determinare il risultato di guarigione desiderato (a titolo esemplificativo: ulcera della gamba da insufficienza venosa; oppure ulcera della gamba da insufficienza arteriosa).
3. Identificare terapie aggiuntive da implementare nelle fasi successive.
Le terapie eventualmente da aggiungere possono includere: intervento vascolare, terapia compressiva, scarico e nutrizione per trattare le cause sottostanti e supportare la guarigione della lesione, nonché garantire i necessari consulti per trattamenti specifici in base alle indicazioni.
4. Determinare strategie di gestione della lesione da implementare nelle fasi successive.
5. Definire obiettivi per il risultato generale.

Per monitorare accuratamente l'avanzamento nel percorso di guarigione delle lesioni è necessario mappare gli obiettivi. La valutazione deve condurre alla diagnosi dell'eziologia e del tipo di tessuto: nell'ambito di una guarigione proattiva, le persone con lesioni di difficile guarigione non devono attendere lo sviluppo di un percorso mentre si sottopongono al Wound Hygiene.

Per il progredire della guarigione, è necessario definire il percorso e gli obiettivi preventivamente ed il più precocemente possibile.

Il comitato ha inoltre determinato un elenco prioritario di fattori chiave da valutare e descrivere:

- Dimensioni della lesione e presenza/estensione di sottominature
- Condizione della lesione
- Condizione della cute e della cute perilesionale (ad es. per indicazioni della causa sottostante, quali segni cutanei di malattia venosa cronica o pioderma gangrenoso)
- Margini della lesione
- Livello e tipo di essudato
- Palpazione del polso, valutazione doppler, indice caviglia- braccio, indice alluce-braccio
- Edema
- Deformità di piede/arto, oltre al tipo e all'idoneità della calzatura
- Andatura del paziente
- Mobilità
- Farmaci di base (ad es. steroidi, inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina)
- Livelli di glucosio
- Osservazione della presenza di vene varicose
- Ultrasuoni vascolari (se indicati)
- Percezione sensoriale
- Esame ai raggi X (se indicato)
- Livelli di dolore.



Gestione della lesione

Dopo una valutazione olistica completa per identificare l'eziologia della lesione, le comorbidità ed altri fattori di rischio, il Wound Hygiene deve essere applicato quale parte integrante di una guarigione proattiva delle lesioni. Il concetto di "integrazione del Wound Hygiene in una strategia proattiva di guarigione delle lesioni" sarà particolarmente importante nella fase di gestione del quadro di riferimento (Fig.2) e consiste in:

- **Identificare il tipo di tessuto:** al cambio di medicazione, valutare la cute perilesionale e la lesione per determinare il tipo di tessuto prima d'implementare il Wound Hygiene. Ripetere l'azione ad ogni cambio di medicazione fino alla guarigione.
- **Scegliere gli strumenti/le tecniche per le fasi del Wound Hygiene:** identificare il tipo di tessuto prima del trattamento con il Wound Hygiene (fino alla guarigione). Ciò guiderà l'operatore sanitario nel determinare l'intensità e gli strumenti/le tecniche per una pratica ottimale delle prime tre fasi (detersione, sbrigliamento e riattivazione).
- **Esecuzione del Wound Hygiene:** le fasi 1, 2 e 3 (detersione, sbrigliamento e riattivazione) devono essere svolte, nella giusta misura, in ogni fase di una lesione di difficile guarigione, fino alla completa guarigione. La lesione di difficile guarigione deve essere detersa, sbrigliata e riattivata in base alla definizione del tipo di tessuto, in preparazione della fase finale del trattamento e di qualsiasi altro trattamento specifico secondo indicazioni.
- **Svolgimento della fase di "medicazione" del Wound Hygiene:** questa fase comporta l'applicazione di una medicazione che manterrà un ambiente sano per la lesione, fino alla medicazione successiva²⁵. Il biofilm può riformarsi rapidamente ed è probabile che il solo sbrigliamento ripetuto non ne impedirà la ricrescita²⁵. Ove appropriato, sulla base della

valutazione del tipo di tessuto e del paziente, l'applicazione di antimicrobici topici efficaci ed agenti antibiofilm, dopo la sua disgregazione fisica, può agire sul biofilm residuo ed impedirne la riformazione²⁶. La medicazione deve, inoltre, gestire efficacemente l'essudato per promuovere la guarigione²⁵. Può essere appropriato variare il tipo di medicazione in base all'aspetto della lesione, alla durata della cura ed alla risposta di guarigione: l'efficacia della scelta di medicazione deve essere valutata ogni 2-4 settimane²⁴. Utilizzare una medicazione antibiofilm solo per il periodo indicato; dopo tale periodo, alla medicazione deve seguire una medicazione non antibiofilm o non antimicrobica²⁴. Tuttavia, il protocollo deve continuare ad essere applicato²⁴.

- **Esecuzione di un trattamento specifico in base all'indicazione:** a causa della frequente complessità delle lesioni di difficile guarigione, l'adozione di un trattamento specifico in base alle indicazioni per gestire l'eziologia sottostante si è dimostrata altamente efficace ed è, ad oggi, ampiamente raccomandata²⁷. Indirizzare il paziente, secondo necessità, ad un membro del team multidisciplinare per trattamenti specifici in base all'indicazione²⁷.

Riconoscere e comprendere la fisiopatologia sottostante la lesione è di fondamentale importanza; essa deve essere trattata a livello medico:

- **Gestione medica:** ad esempio, miglioramento del controllo dell'iperglicemia, insufficienza renale, nutrizione ed altre comorbilità mediche associate nei pazienti con diabete. Le persone affette da lesioni da pressione (LDP) possono richiedere il miglioramento di *deficit* nutrizionali per ottimizzare la riparazione tissutale; alcuni disturbi immunitari richiedono la gestione in ambito reumatologico o gastroenterologico.

- **Ulcere venose delle gambe:** in assenza di segni di arteriopatia periferica (PAD), i pazienti con ulcere venose delle gambe (IVC) devono essere trattati con un'adeguata terapia compressiva. Inoltre, gli stessi avranno bisogno di una valutazione dell'insufficienza venosa per stimare se sia necessario un intervento specifico per facilitare il controllo dell'ipertensione venosa.

- **Rivascolarizzazione:** si dovrebbe coinvolgere uno specialista/un chirurgo vascolare o radiologo interventista per valutare e gestire l'ischemia in persone che presentino lesioni ischemiche, DFU o IVC. Riconfermare la perfusione in lesioni precedentemente rivascolarizzate che non stiano progredendo, per garantire che non siano nuovamente occluse.

- **Infezione:** per lesioni clinicamente non infette e colonizzate da biofilm, il Wound Hygiene è il trattamento raccomandato. Tuttavia, sarà necessario il coinvolgimento di chirurghi e specialisti di malattie infettive, laddove venga diagnosticata un'infezione clinica; il trattamento potrebbe includere il drenaggio chirurgico di ascessi, lo sbrigliamento di ossa infette e terapia antibiotica sistemica, all'esito di coltura del tessuto.

- **Compressione:** l'insufficienza venosa è tipicamente gestita inizialmente attraverso una compressione adeguata, con o senza compressione pneumatica, per contrastare l'ipertensione venosa. È necessario che l'insufficienza venosa sia accuratamente distinta dalla malattia arteriosa e venosa mista, in modo da prescrivere ed applicare correttamente

Messaggio principale

Applicare proattivamente il Wound Hygiene fino alla guarigione

L'integrazione del Wound Hygiene in una strategia proattiva di guarigione delle lesioni si basa su un ciclo di valutazione-gestione-monitoraggio che si concentra sul paziente nel suo insieme, integrato da attività specifiche in base alla lesione e alle indicazioni, il tutto svolto alla prima opportunità e, successivamente, ad ogni cambio di medicazione fino alla guarigione.



una terapia specifica in base alle indicazioni.

- **Scarico:** molte lesioni – in particolare DFU e LdP – sono in parte causate da una forte pressione in corrispondenza del trauma cutaneo; si raccomanda di procedere allo scarico pressorio mediante dispositivi quali materassi a pressione, gessi/stivali/calzature appositamente disegnati, e vari tipi di medicazioni in schiuma, a seconda della tipologia di tessuto sottostante.
- **Intervento chirurgico:** i pazienti potrebbero avere bisogno di un drenaggio chirurgico degli ascessi.

Al fine di supportare il paziente nel suo percorso di guarigione risulta essenziale un Wound Hygiene proattivo: eseguito da ogni operatore sanitario ad ogni cambio di medicazione, fino alla guarigione. Anche il trattamento dell'eziologia della lesione e l'implementazione di trattamenti specifici in base alle indicazioni devono essere attuati il più precocemente possibile e rivalutati ogni volta che la lesione non progredisca come previsto/programmato. In una strategia proattiva di guarigione delle lesioni, il principio chiave dell'integrazione del Wound Hygiene consiste nell'agire al più presto possibile ed, in seguito, regolarmente ad ogni contatto con la persona affetta dalla lesione.

Monitorare il paziente e la lesione

Il monitoraggio deve essere una fase strategica che consente all'operatore sanitario di pensare oltre i singoli interventi di cura. Deve essere integrato da un'osservazione costante e dall'uso degli strumenti selezionati ad ogni cambio di medicazione. È necessario monitorare, pertanto, la progressione della guarigione mediante strumenti validati ed opportuni, quali:

- Dimensioni della lesione e presenza/progressi della sottominatura e/o tunnelling
- Composizione del tessuto del letto della lesione
- Salute dei bordi/margini della lesione
- Consistenza/infiammazione della cute circostante ed eventuali cambiamenti verificatisi
- Odore della lesione.

È necessario monitorare anche altri parametri di trattamento basati su indicazioni specifiche quali volume dell'arto, stato nutrizionale ed arterioso, a seconda delle attività di gestione implementate. Tuttavia, oltre tali fattori, il Comitato ha ritenuto importante ribadire l'importanza di monitorare il paziente nel suo complesso. Ciò significa guardare oltre il fatto che la lesione e l'eziologia siano in linea con le aspettative di guarigione, ed interrogarsi circa l'impatto della lesione sulla qualità di vita del paziente, tra cui:

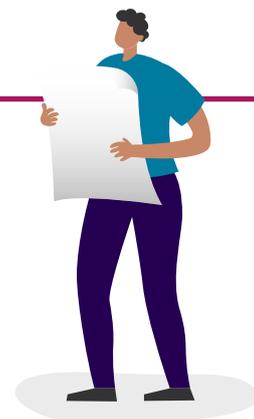
- Dolore
- Sonno
- Appetito
- Impatto dell'odore della lesione
- Mobilità
- Socializzazione

Nel monitoraggio è cruciale che l'operatore sanitario tenga a mente il paziente nella sua interezza: questa deve quindi essere considerata una fase più strategica, mentre la valutazione è più tattica. Risulta di massima importanza coordinarsi con lo specialista medico/chirurgico nel piano generale, per determinare in che modo implementare il monitoraggio nel percorso di guarigione della lesione.

I 10 comandamenti del Wound Hygiene

Il presente documento di consenso individua le dieci fasi chiave che tutti gli operatori sanitari che si occupino di pazienti con lesioni di difficile guarigione² devono seguire, per far progredire il trattamento delle lesioni, adottando misure immediate per superare la crisi che può interessare pazienti e sistemi sanitari in questo ambito.

1. Implementare il Wound Hygiene in sicurezza in qualsiasi contesto, in base al proprio livello di competenza
2. Utilizzare la definizione "lesione di difficile guarigione" piuttosto che "lesione cronica"
3. Considerare il biofilm in ogni fase: invisibile ad occhio nudo, è uno dei principali ostacoli alla guarigione della lesione
4. Non aspettare: trattare subito la lesione
5. Valutare proattivamente la lesione (dare alla lesione un nome e un cognome)
6. Gestire proattivamente (adottare il regime Wound Hygiene e cure di supporto appropriate in base all'eziologia)
7. Monitorare proattivamente
8. Determinare l'intensità adeguata di applicazione del Wound Hygiene in ogni fase di guarigione / su ogni tipo di tessuto
9. Rivalutare la lesione ed il paziente ad ogni cambio di medicazione ed indirizzare al consulto qualora sia necessaria una gestione più ampia
10. Riconoscere che una lesione di difficile guarigione resta tale fino alla chiusura, quindi adottare il regime Wound Hygiene nella giusta misura ad ogni valutazione, su tutte le lesioni, fino alla guarigione



Guarigione delle lesioni e Wound Hygiene

Poiché è probabile che il biofilm sia presente in ogni stadio del processo di guarigione, il Wound Hygiene dovrebbe essere avviato al primo consulto specialistico e, poi, implementato ad ogni cambio di medicazione, fino alla completa guarigione.

Quando si valuta visivamente la progressione di una lesione verso la guarigione, spesso si è portati a considerare il tipo di tessuto ed il colore. I tessuti tipicamente valutati prima del Wound Hygiene erano solamente quattro. Con l'implementazione della seconda *Consensus*, il comitato ha proposto l'aggiunta di un quinto tipo di tessuto, introducendo la **distinzione** tra "granulazione sana" e "non sana".



Tipi di tessuto

I quattro tipi di tessuto storicamente accettati dalla clinica (dal tessuto non vitale al tessuto di guarigione più attivo) sono:

- **Necrotico.** Il tessuto morto è solitamente il risultato di una mancanza di apporto di sangue (ischemia) ai tessuti ed alle cellule nel letto della lesione, ma può anche derivare da un'infezione. Si presenta di colore nero/marrone, con una consistenza dura/secca/coriacea o morbida/umida e può essere saldamente o scarsamente adeso al letto della lesione. Differenziare da ematoma, escara secca o crosta sierosa. Questo tessuto può anche essere definito "devitalizzato".
- **Slough.** Materiale giallo/bianco nel letto della ferita, tipicamente umido, talvolta anche secco. Può essere presente in chiazze sulla superficie della lesione o come sottile rivestimento. Differenziare da: tendine esposto, capsula articolare, residui di medicazione e ustione dermica profonda o completa.
- **Granulazione (sana).** Si presenta di un rosso acceso e con un aspetto compatto ed uniforme, umido e lucente. Questa fase deve risolversi per consentire l'epitelizzazione. Osservare i segni di ipergranulazione (il risultato di condizioni anomale del letto della lesione, quali granuloma e infezione cronica), dove il tessuto si estende al di sopra del livello della

cute circostante. L'ipergranulazione può anche essere la manifestazione di un tumore (ad es. carcinoma basocellulare).

- **Epitelizzazione.** La fase finale della chiusura delle lesioni, in cui cominciano a crescere nuove cellule cutanee ai bordi della lesione o sulla superficie, per coprirla e ripristinare la funzione barriera. Si presenta di aspetto opaco, rosa pallido/bianco, e può essere molto fragile. Nelle lesioni a spessore parziale, piccole isole di epitelio formeranno strutture come follicoli piliferi. Differenziare da: macerazione, detriti o slough superficiale (in caso di presentazione a "piccole isole").

Tuttavia, la guarigione della lesione non sempre segue quest'ordine: molte lesioni si fermano e smettono di progredire. Di conseguenza, il comitato di consenso ha proposto di aggiungere un quinto tipo di tessuto, "granulazione non sana", nel *continuum* di guarigione, con l'avvertimento che la sua presenza si basa sul tipo di tessuto, ma non si verifica necessariamente nell'ordine raffigurato.

- **Granulazione non sana.** Una fase precedentemente indefinita, in cui la lesione non appare necessariamente malsana ed in cui il tessuto di granulazione sia presente ma non progredisca. Il tessuto di granulazione sano è di colore rosa o rosso vivo, ed è un indicatore di guarigione, mentre la granulazione non sana è tipicamente di colore rosso scuro (sebbene talvolta si presenti rosa pallido in caso di scarso apporto ematico)²⁸, spesso sanguigna al contatto e può indicare la presenza di un'infezione della lesione²⁹.

Può anche essere soggetta a friabilità³⁰ e ciò potrebbe essere dovuto ad una serie di fattori, tra i quali ischemia, patologia non trattata e biofilm. Il tessuto può essere avviato verso la guarigione attraverso un trattamento specifico, in base all'indicazione ed all'implementazione del Wound Hygiene.

A causa della sua ambiguità, e della precedente mancanza di una definizione in letteratura, questo tipo di tessuto è spesso gestito in modo inappropriato, come se fosse tessuto di granulazione sano, in grado di progredire fino alla completa guarigione. Tuttavia, quest'approccio sottostima la presenza di biofilm ed il tipo d'intervento necessario per stimolare la guarigione. Infatti, la presenza di tessuto di granulazione non sano è indicativa di un'ingente carica batterica e sottolinea l'importanza di un'implementazione adeguata del Wound Hygiene su tutti i tipi di tessuto, ad ogni valutazione e cambio di medicazione, fino alla chiusura della lesione trattata.

L'esperienza del comitato di consenso ha mostrato che lo sbrigliamento, in particolare, è essenziale per passare ad un tessuto di granulazione sano, che deve essere considerato differente da questo tipo di granulazione non sana. Senza l'implementazione del Wound Hygiene, il tessuto di granulazione non sano rappresenta un tipo di tessuto predisposto alla regressione, che induce frustrazione negli operatori sanitari e supporta l'errata percezione che le lesioni si cronicizzino, perdendo la possibilità di guarigione."

L'uso del Wound Hygiene in lesioni con tessuto di granulazione non sano contribuirà, al contrario, a rafforzare l'idea che questo tipo di tessuto sia un ostacolo agevolmente superabile. Quando si valuta la lesione secondo il tipo di tessuto, è importante ricordare che lo stato del tessuto non è legato alla durata e/o al momento della presa in carico dell'operatore sanitario.

Utilizzando queste cinque categorie, gli operatori sanitari possono riconoscere in modo più accurato lo stato della lesione e gli interventi necessari alla presa in carico.



La medicazione giusta al momento giusto

Tutte le lesioni possono progredire verso la guarigione. Ma non è lo stesso viaggio per tutti i pazienti coinvolti. Ecco perché Convatec dispone di una gamma completa di prodotti per affrontare ogni tipo di tessuto, in ogni fase della guarigione.



Figura 3. Il quadro di riferimento sui prodotti Convatec consigliati in base al tessuto presente nella lesione e i livelli di essudato

Dopo aver declinato le varie tipologie di tessuto, la tabella sovrastante ci dà delle indicazioni sui prodotti Convatec che possono essere utilizzati, in base al tessuto presente nella lesione ed ai livelli di essudato. Come si evince dalla figura 3, la più alta probabilità di presenza di biofilm si ha quando la lesione presenti slough o un tessuto di granulazione non sano, nonché quando i livelli di essudato siano molto elevati. In questa fase sarà opportuno utilizzare la medicazione antibiofilm ideale quale Aquacel™ Ag+ Extra™ come medicazione primaria. Le medicazioni secondarie da poter applicare sono Aquacel™ Foam/ Aquacel™ Ag Foam e ConvaMax™ in relazione alla quantità di essudato che si deve gestire.

In particolare, La gamma di medicazioni Aquacel™ Foam/Ag Foam uniscono i benefici di una schiuma di poliuretano a quelli della tecnologia Hydrofiber® a contatto con il letto di lesione. Inoltre, vantano altissime proprietà di ritenzione dell'essudato anche sotto compressione, caratteristica di elevata importanza per prevenire stravasi su margini e cute e la formazione di decubiti in presenza di bendaggio compressivo e, nella versione con argento, di gestione delle infezioni.

ConvaMax™, invece, è una medicazione superassorbente, che gestisce l'essudato in modo efficace mantenendo l'integrità della cute perilesionale e supportando la guarigione in tutte le lesioni definite "iperessudanti". Oltre all'alto assorbimento, essa garantisce anche un'alta ritenzione di liquidi e batteri con un'efficace modulazione delle proteasi.

Nell'ambito del tessuto di granulazione sana, quando la probabilità di presenza del biofilm si è abbassata (ma non annullata!), risultano fondamentali medicazioni quali Aquacel™ Ag+ Extra™, Aquacel™ Foam, Aquacel™ Ag Foam, Aquacel™ Foam Pro, Avelle™ e Aquacel™ Extra che devono essere accuratamente selezionate in base alla quantità di essudato ed alla situazione clinica reale della lesione, del paziente ed in relazione alla sua gestione.

Infine, alcune di esse possono essere anche utilizzate come medicazioni secondarie in funzione dell'*outcome* desiderato dall'operatore.

In questa fase, oltre alle medicazioni già elencate, troviamo anche:

1. Aquacel™ Foam Pro, la nuova schiuma in poliuretano che combina le caratteristiche delle schiume ad interfaccia siliconica con l'ineguagliabile vantaggio della tecnologia Hydrofiber® per una gestione ottimale delle lesioni e per gestire la cute sana in prevenzione.

2. Il sistema Avelle™ che sfrutta la potenzialità della Tecnologia Hydrofiber® in combinazione con la pressione topica negativa, garantendo una guarigione più veloce, oltre che un sistema ergonomico, di facile utilizzo, portatile e monouso.

In presenza di tessuto di epitelizzazione, dove le probabilità di presenza di biofilm siano ridotte ulteriormente ma non del tutto azzerate, è possibile usare diverse categorie di prodotti, quali le medicazioni FoamLite™, Aquacel™ Foam Pro e Avelle™. Queste medicazioni primarie sono pensate per la gestione di un essudato da moderato a scarso, ciò che ci si aspetta da una lesione in fase di epitelizzazione. La medicazione DuoDERM®, infine, è indicata per un utilizzo su tessuto necrotico per effettuare uno sbrigliamento autolitico.

L'implementazione del Wound Hygiene, inclusa la scelta della medicazione appropriata in una lesione di difficile guarigione deve essere operata con rigore e con la consapevolezza che il biofilm sarà sempre presente, dalla presa in carico della lesione fino alla sua guarigione completa, come schematizzato dalla curva verde nella figura sovrastante. Con questo assunto e con il connotarsi dei diversi tessuti, si ottiene via via un abbassamento della probabilità di biofilm nella lesione; è necessario, quindi, continuare ad implementare sempre le prime tre fasi del Wound Hygiene per poi, nella quarta, optare per la medicazione più appropriata in relazione alla probabilità di presenza di biofilm, identificata dall'evoluzione tissutale, al grado di essudazione e sua adeguata gestione.



Wound Hygiene: il viaggio

Nei giorni della pubblicazione di questo libro, ci accingiamo ad iniziare il quarto anno dalla pubblicazione, sul Journal of Wound Care, della prima Consensus "Trattamento delle lesioni di difficile guarigione attraverso una strategia precoce ed antibiofilm: il "Wound Hygiene". Grazie al suo approccio pratico e schematico, questa pubblicazione, scrivendo e regolando le *best practices* da implementare su una lesione di difficile guarigione, ha cambiato per sempre il mondo del Wound Care: 4 semplici fasi da implementare ad ogni cambio medicazione e da apprendere e tramandare nel tempo, come semplice algoritmo d'applicazione e come metodo per le nuove leve tra gli operatori sanitari.

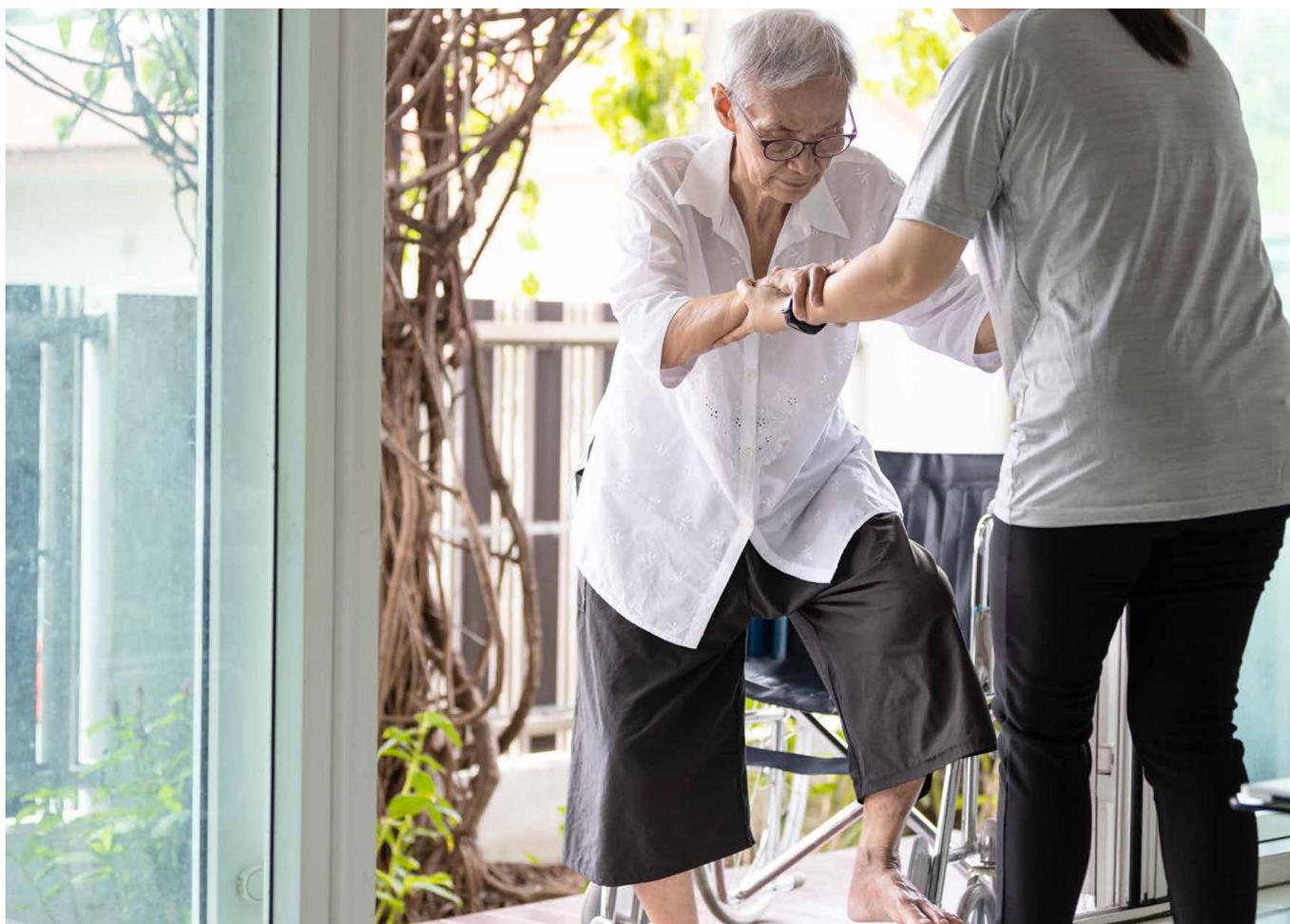
Professionisti sanitari con la stessa missione: debellare il biofilm e guarire le lesioni difficili.

Al tema del Wound Hygiene spesso si affianca la metafora di un viaggio.

Dal 2020 ad oggi, questo progetto conta 2 pubblicazioni di Consensus Internazionali sul JWC, oltre a programmi dedicati, nonché pubblicazioni di articoli, casi clinici e tanto altro ancora.

Questo perché il mondo del Wound Care è in continua evoluzione e l'obiettivo di Convatec è quello di stare al passo con le necessità degli operatori sanitari, dei pazienti e della scienza e, quindi, continuare a ricercare e sviluppare soluzioni e contenuti sempre all'avanguardia.

Questo Libro incoraggia a proseguire questo viaggio e continuare a sviluppare il progetto Wound Hygiene, fedeli sempre alla ricerca scientifica e clinica, con la consapevolezza che la nostra "Itaca" la raggiureremo solo con il tempo e la pazienza.



Anno
2020



Lesione vascolare venosa



PROFESSIONISTA
MARTINA PANGOS
 Chirurgo Plastico

Struttura di appartenenza:
 ASUGI - Trieste

PAZIENTE: Femmina, 81 Anni

Patologie concomitanti:
 Ipertensione, scompenso cardiaco



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione fibrinonecrotica	Quantità essudato	Essudante
13/03/2020	Localizzazione	Gamba	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	90% fibrina e 10% necrosi
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Arrossata	Bordi/Margini	Parzialmente necrotici
Lesione vascolare venosa				
Dimensioni iniziali				
8x12 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Guarigione completa	Guarigione	Nessun ulteriore intervento	Nessun dolore procedurale
20/06/2020			

Gestione lesione piede



PROFESSIONISTA
FRANCESCA MARIA DE BUGGIAS,
ANTONELLA BRUNDU , GIANFRANCA
MAMELI E MARIAGRAZIA NURCHI
 Infermiere
Struttura di appartenenza:
 Asl Nuoro, Cure Domiciliari, Distretto Gavoi

PAZIENTE: Maschio, 77 Anni
Patologie concomitanti:
 Tetraparesi post traumatica,
 insufficienza renale , anemia cronica



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Estesa lesione dorsale del piede, completamente ricoperta da materiale necrotico, margini sofferenti a picco, sospetto biofilm	Quantità essudato	Essudante
19/03/2020	Localizzazione	Regione tarso-metatarsica dorsale del piede	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	90% necrotico , 10% tessuto mal sano
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Infiammata nella zona metatarso falangea, desquamata e con presenza di discromie	Bordi/ Margini	Fermi, a picco e con parziale presenza di necrosi
Ulcera iatrogena del piede, per stravasato da somministrazione farmaco				
Dimensioni iniziali				
22x15 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Guarigione 16/12/2021	Guarigione	Cambi medicazione 3-4 volte a settimana, gradualmente ridotti in funzione della quantità di essudato	Paziente complesso a causa delle comorbidità. Lesione da stravasato di farmaco in ospedale, a seguito di ricovero per sepsi polmonare.

Lesione da trauma, caduta da cavallo



PROFESSIONISTA
AMBULATORIO MEDICAZIONI
SALA GESSI
 Infermieri Ospedalieri
Struttura di appartenenza:
 Ospedale di Oderzo

PAZIENTE: Femmina, 56 Anni
Patologie concomitanti:
 Frattura vertebrale D12, rene policistico, ipotiroidismo, sindrome colon irritabile, glaucoma



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene 16/06/2020	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Localizzazione Gluteo dx	Quantità essudato Molto essudante	
Tipo di lesione/eziologia Lesione da trauma al gluteo dx, con ematoma, dovuta a caduta da cavallo (maggio 2020)				Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione 100% tessuto scarsamente vitale
Dimensioni iniziali 7x8 cm				
	Cute perilesionale Arrossata e dolorante, dovuta anche all'ampio scollamento del sottocute			

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Avelle™
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™ DuoDERM® Extra™Thin

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 14/08/2020	Guarigione	Intervento chirurgico per asportazione di escara e drenaggio dell'ematoma, quindi, trattamento iniziale con VAC tradizionale, poi con Aquacel™ Ag + Extra™, incluse le sottominature, e copertura con Avelle™ per 30gg. Frequenza di cambio bisettimanale per i primi 7gg, poi settimanale. Protezione della cute con idrocolloide, data la conclamata allergia del paziente al poliuretano	Sinergia di applicazione di Aquacel™ Ag + Extra™ e sistema NPWT monouso Avelle™



Ulcera vascolare gamba



PROFESSIONISTA
LUIGIA MARTUCCI E MARCO DI GIACOMO
 CPSI

Struttura di appartenenza:
 Ospedale CTO Andrea Alesini - Roma

PAZIENTE: Maschio, 70 Anni

Patologie concomitanti:
 Iperensione, diabete mellito di tipo 2, obesità, malattia cardiaca



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	1/8/2020	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione a pieno spessore, margini irregolari, presenza di slough e tessuto necrotico	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Ulcera venosa della gamba sx di natura ipertensiva	Localizzazione	Terzo medio inferiore di gamba sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	30% necrotico, 70% slough
Dimensioni iniziali	8x7x0,5 cm	Cute perilesionale	Secca, eritematosa, iperpigmentata	Bordi/Margini	Margini irregolari, bordi introflessi

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Foam Lite
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Foam Lite

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
1,5 cm ca 09/03/2021	Riduzione significativa delle dimensioni, dell'essudato, dell'edema ed eritema perilesionale, con scomparsa dei segni tipici dell'infezione	Implementazione dell'igiene personale, deterzione della gamba con pad-presaponato, cambi di medicazione 3 volte a settimana, eseguito bendaggio compressivo	Successivamente al bendaggio, si è proceduto a continuare la terapia compressiva con calza. Purtroppo, in vista del traguardo della guarigione completa, il paziente, per motivi personali, ha interrotto le cure



Lesione da trauma



PROFESSIONISTA
SILVANA SOULIER
 Infermiera Specializzata
 in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Asl CN 1 Ambulatorio Vulnologia
 Saluzzo

PAZIENTE: Femmina, 78 Anni
Patologie concomitanti:
 Insufficienza venosa cronica



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	22/09/2020	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione con fondo costituito da 95% slough e 5% granulazione; sospetto biofilm per stasi e mancata risposta ai trattamenti precedenti, molto dolorante (VAS 7) ed essudato moderato	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione traumatica	Localizzazione	Arto inferiore dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	95% slough, 5% granulazione
Dimensioni iniziali	8x2x2 cm	Cute perilesionale	Secca ed eczematosa	Bordi/Margini	Netti e statici

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
2x1,5 cm 20/10/2020	Lesione quasi guarita a 4 settimane di trattamento, superficializzata, con tessuto di granulazione sano, netta riduzione dell'essudazione e dolore, ormai, quasi assente	Bendaggio compressivo, analgesici cutanei	L'implementazione del protocollo Wound Hygiene ha permesso un netto miglioramento del fondo di lesione, garantendo la possibilità di avanzamento epiteliale. La medicazione usata ha permesso una disgregazione ottimale del biofilm, gestendo bene la sierosità e contribuendo ad indurre una granulazione sana



Lesione post traumatica ginocchio



PROFESSIONISTA
AMBULATORIO LESIONI DERMATOLOGIA
ASL2 REGIONE LIGURIA
EQUIPE INFERMIERISTICA AMBULATORIO
 Coordinatore Infermieristico e 2 Infermiere
 Ambulatorio Lesioni Dermatologia
Struttura di appartenenza:
 P.O. S. Paolo Savona - ASL2 Regione Liguria

PAZIENTE: Femmina, 50 Anni
Patologie concomitanti:
 Insufficienza venosa



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Escara e segni di flogosi	Quantità essudato	Essudante
6/10/2020	Localizzazione	Ginocchio sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	70% granulazione, 30% fibrina
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Integra	Bordi/Margini	Sottominati
Lesione post traumatica al ginocchio sx				
Dimensioni iniziali				
5x3x3 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Detersione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 14/12/2020	Notevole miglioramento della lesione. Dopo il trattamento con Aquacel™ Ag + Extra™ si è potuto usare una medicazione in collagene fino a chiusura, avvenuta dopo 2 mesi	Applicazione del protocollo Wound Hygiene con l'uso di Aquacel™ Ag + Extra™, come medicazione per disgregare ed inibire il biofilm e, successivamente, collagene. Detersione con Ipoclorito di Sodio allo 0,05%. Trattamento del fondo con Nitrato di Ag al 3% per contrastare l'Ipergranulazione	L'utilizzo di medicazioni avanzate in Idrofibra con agenti anti-biofilm ci ha permesso di ridurre il numero degli accessi, mantenere l'equilibrio della carica batterica e migliorare l'outcome di guarigione del paziente



Trattamento lesione per SecuraCath



PROFESSIONISTA
FRANCESCO GASTALDO
 Infermiere Ospedaliero
Struttura di appartenenza:
 ULSS 6 Euganea, Ospedale di Schiavonia

PAZIENTE: Femmina, 73 Anni
Patologie concomitanti:
 Paziente oncologica



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	27/10/2020	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Flittene	Quantità essudato	Poco essudante
Tipo di lesione/eziologia	Flittene da decubito del SecuraCath del catetere PICC	Localizzazione	Braccio dx zona omerale	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fondo 100% edematoso, con secrezione sierosa
Dimensioni iniziali	2x2,5 cm	Cute perilesionale	Integra	Bordi/Margini	Ben definiti

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria ESENTA™ Film Protettivo	Medicazione di copertura Aquacel™ Foam
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Foam Adesiva	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 09/12/2020	Risoluzione della lesione	Applicazione di Aquacel™ Ag + Extra™ 5x5 cm, coperta da Aquacel™ Foam Adesiva; Successivamente solo Aquacel™ Foam Adesiva con film di poliuretano ad alto MVTR, dove tagliato, per applicarlo attorno al PICC	La scelta di applicare una medicazione con Tecnologia Hydrofiber®, sia grazie alla sua azione primaria che quella antidecubito, ha portato ad ottimi risultati



Ulcera venosa



PROFESSIONISTA
ELISA MARINELLI
 Infermiere Specialista in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Usl Toscana Sud Est (Area territoriale Valtiberina) - Sansepolcro (AR)

PAZIENTE: Maschio, 86 Anni
Patologie concomitanti:
 Ipertensione Arteriosa, Insufficienza Venosa Cronica, FAC



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene	28/10/2020	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione presente da circa 30gg, trattata a domicilio, in autonomia, con medicazioni non meglio specificate. Fondo lesione con fibrina e slough per il 95% ca	Quantità essudato	Essudante
	Tipo di lesione/eziologia	Insufficienza Venosa Cronica senza segni di TVP o TVS		Localizzazione		Arto inferiore dx, faccia laterale mediale esterna
	Dimensioni iniziali	63 cm ²	Cute perilesionale		Macerata da ore 3 a 9, arrossata, fragile ed edematosa	Bordi/Margini

Implementazione Wound Hygiene

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	Lesione completamente guarita 14/12/2020	Significativo miglioramento del letto della ferita, con riduzione del dolore, dell'infiammazione, dei segni di biofilm e della macerazione. Raggiungimento guarigione completa in 45 gg	Eseguiti 2 cambi medicazione alla settimana per i primi 30 gg (per gestione essudato). Successivamente, passaggio ad 1 cambio alla settimana, fino alla completa chiusura della lesione	Il trattamento ha favorito il controllo del rischio infettivo e la riduzione del dolore, contribuendo significativamente al netto miglioramento dell'umore del paziente

Lesione traumatica in paziente dializzato



PROFESSIONISTA
MARCO MACALI
 Wound Care Specialist

Struttura di appartenenza:
 Ospedale S.Maria Goretti ASL Latina

PAZIENTE: Maschio, 80 Anni
Patologie concomitanti:
 Insufficienza Renale Cronica, Diabete mellito



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	22/11/2020	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Gamba edematosa ed arrossata. Lesione con fondo fibrinoso e profondità sino al derma, con sottominatura della parete sx	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione traumatica conseguente ad urto domestico	Localizzazione	Terzo medio di gamba dx, in corrispondenza della cresta tibiale	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	80% fibrina, 20% deterso
Dimensioni iniziali	6.5x5.5 cm	Cute perilesionale	Arrossata, con parziale presenza di abrasioni ed ecchimosi	Bordi/Margini	Bordi e margini attivi, con parziale presenza di macerazione

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Foam Non Adesiva	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Lesione completamente chiusa, con esito cicatriziale e residuo di escara 17/01/2021	Progressiva riduzione dell'essudato e delle dimensioni, con risalita del fondo ed avanzamento progressivo dei margini fino a guarigione	Frequenza di cambio medicazione trisettimanale per le prime 2 settimane. Successivamente, bisettimanale sino al raggiungimento di un fondo deterso e, quindi, 1 volta a settimana. Bendaggio anelastico all'ossido di zinco per ogni medicazione fino alla guarigione	Paziente con contesto socio-familiare particolare. Lesione a rischio di sovra infezione. Interessante la sinergia tra Aquacel™ Ag + Extra™ ed Aquacel™ Foam Non Adesiva, che ha consentito un'ottimale gestione dell'essudato e un'adeguata barriera agli agenti esterni. Ottima la compliance del paziente nonostante il bendaggio

Anno
2021

Lesione post-traumatica in Paziente diabetico



PROFESSIONISTA
MATTEO COSTA
 Infermiere Esperto in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Ambulatorio Lesioni, Malattie
 Infettive, Ente Ospedaliero Ospedali
 Galliera - Genova

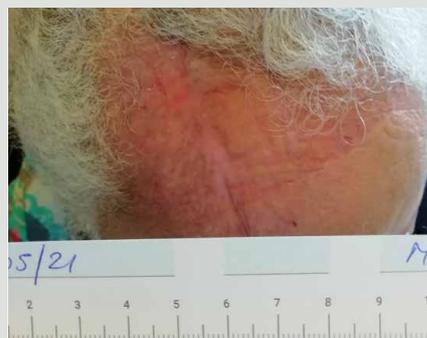
PAZIENTE: Femmina, 55 Anni
Patologie concomitanti:
 Ascesso fronto-parietale da Pseudomonas
 Areuginosa, diabete mellito scompensato
 ed in terapia con ipoglicemizzanti orali



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	04/01/2021
Tipo di lesione/eziologia	Lesione causata da mal posizionamento di "extension" nel cuoio capelluto
Dimensioni iniziali	6,5x3 cm e sottominatura di 3 cm ad h13
Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo parzialmente deterso, bordi introflessi/fermi, edematosi per il 30%, sottominatura di 3 cm a h 13
Localizzazione	Fronto-Parietale
Cute perilesionale	Integra, edematosa, arrossata
Quantità essudato	Molto essudante
Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	30% tessuto non vitale, 70% granulazione friabile
Bordi/Margini	Edematosi per il 40% e fermi 60%

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Avelle™
Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 04/05/2021	Guarigione	4 Gennaio 2021 toilette chirurgica ed inquadramento sistemico della paziente; Successivamente, Aquacel™ Ag + Extra™ con Avelle™ per 30gg ed , a seguire fino a chiusura (avvenuta dopo 5 mesi dalla presa in carico), schiuma di poliuretano con interfaccia in idrofibra (Aquacel™ Foam)	Il Wound Hygiene, abbinato alla tecnologia Hydrofiber®, ci hanno permesso di gestire a 360° la lesione, utilizzando il presidio più appropriato in base alla fase della lesione. Questo ci ha permesso di contrastare il biofilm, minimizzando il disagio per la paziente e riducendo il tempo di trattamento ed il numero di accessi

Lesione post-traumatica piede sx



PROFESSIONISTA
VULNOLOGIA E DISTRETTO 8
 Infermieri Esperti e Specialisti in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 ASL3 Regione Liguria (GE)

PAZIENTE: Maschio, 85 Anni
Patologie concomitanti:
 AOCP, Cardiopatia, PA



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Quantità essudato
08/01/2021	Fondo fibrinoso per il 90%, bordi edematosi, introflessi e bloccati	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Localizzazione	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione
Lesione post-traumatica	Piede sx	90% tessuto non vitale; 10% granulazione friabile
Dimensioni iniziali	Cute perilesionale	Bordi/Margini
32,5 cm ²	Integra, edematosa	Bordi edematosi, introflessi e bloccati

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
5,6 cm ² 09/05/2022	Netta riduzione della lesione fino a 5,6 cm ² di area, superficializzazione e bordi in riepitelizzazione	Rimozione meccanica dei tessuti non vitali, con posizionamento di Aquacel™ Ag + Extra™ per agire sul biofilm	Ottima compliance del paziente e buon risultato, considerate le criticità sistemiche del paziente



Lesione piede dopo toilette



PROFESSIONISTA
GIANVITO CORONA
 Direttore UOC Oncologia Critica
 Territoriale e Cure Domiciliari e
 Palliative
Struttura di appartenenza:
 Asp Potenza

PAZIENTE: Maschio, 71 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete e problemi di circolazione



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione dopo toilette di escara causata da decubito	Quantità essudato	Essudante
	11/01/2021				
	Tipo di lesione/eziologia	Localizzazione	Tallone sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Tessuto di granulazione in quantità limitata, presenza di slough
	Lesione da Pressione				
Dimensioni iniziali	Cute perilesionale	Integra ma a rischio	Bordi/Margini	Introflessi	
4x5 cm					

Implementazione Wound Hygiene

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
		Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Extra™	Altro
DOPO 2 SETTIMANE						

STATO FINALE	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
	Chiusura completa della lesione 29/09/2021	Riduzione delle dimensioni della ferita e dei segni di biofilm, con raggiungimento di margini appianati e rigenerazione del tessuto epiteliale sino a completa guarigione	Applicazione metodica e puntuale del protocollo Wound Hygiene ad ogni cambio medicazione: Deterzione di cute e lesione, sbrigliamento del fondo, riattivazione dei bordi e medicazione con Aquacel™ Ag + Extra™ 2 volte a settimana	La procedura Wound Hygiene, effettuata ad ogni cambio medicazione, ha portato, già dal primo cambio, ottimi miglioramenti. La medicazione applicata ha permesso di gestire e disgregare il biofilm senza macerare la cute perilesionale

Una Martorell alle Terme



PROFESSIONISTA
FRANCESCO PUCCIO
 Medico Chirurgo specializzato in chirurgia vascolare, generale e d'urgenza
Struttura di appartenenza:
 Terme Virgilio di Sirmione

PAZIENTE: Maschio, 42 Anni
Patologie concomitanti:
 Ipertensione Arteriosa, Obesità



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione superficiale estesa, dal decorso pluriennale, essudato abbondante, dolore elevato e forti segni clinici biofilm-correlati.	Quantità essudato	Molto essudante
29/01/2021	Localizzazione	Tibia sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	80% slough, 20% Tessuto di pseudogranulazione
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Eritematosa	Bordi/Margini	Piani, fermi
Lesione di Martorell				
Dimensioni iniziali				
12x7 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™ e ESENTA™ Film Protettivo	Avelle™
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	ConvaMax™ Adesivo

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
9x6 cm 04/05/2021	Contrazione della lesione sino a 9x6 cm, con miglioramento netto dei segni clinici. Riduzione del dolore e dell'essudazione, contemporanei alla graduale scomparsa di tessuto necrotico, ad ogni cambio medicazione	Utilizzo di Aquacel™ Ag + Extra™ e ConvaMax™ Adesivo con frequenza di cambio bisettimanale per due settimane, finalizzata alla gestione dei segni clinici biofilm-correlati. In seguito, approccio NPWT con Avelle™ e frequenza di cambio due volte a settimana per 4 settimane. Infine, raggiunta la fine trattamento con Aquacel™ Ag + Extra™ e ConvaMax™	Con l'implementazione del Wound Hygiene, la contrazione della lesione risulta evidente, già nelle prime 2 settimane di trattamento, arrivando a recuperare 2 cm. Il paziente non compliant, decide di non presentarsi più per il trattamento da maggio 2021.



Ulcere venose bilaterali



PROFESSIONISTA
GIUSEPPE NEBBIO
 Responsabile Ambulatorio Riparazione Tessutale Distretto Sanitario di Base 33
Struttura di appartenenza:
 Azienda Sanitaria Napoli 1 Centro - Napoli

PAZIENTE: Maschio, 60 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete mellito



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione datante da circa 3 anni, con segni locali di infezione ed iperessudazione	Quantità essudato	Iperessudante
09/03/2021	Localizzazione	Superficie mediale di gamba, bilaterale	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fondo fibrinoso 100%
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Macerata	Bordi/ Margini	Irregolari, margini frastagliati
Ulcere bilaterali ad eziologia venosa				
Dimensioni iniziali				
Dx 18 cm e Sx 14 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	<p>Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico</p>	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	<p>Meccanica con soluzione tensioattiva</p>	Meccanico (PAD / garza)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
09/21: Rilevante contrazione 11/21: Chiusura della lesione	Netto miglioramento del quadro clinico della lesione con presenza di tessuto di granulazione, stadio A Falanga score. Guarigione completa della lesione al 25/11/2021.	Inizialmente, cambio medicazione ogni 24 ore; successivamente, grazie alla gestione di essudato e carica batterica, cambio bisettimanale. Terapia compressiva con bende a corta estensibilità	I determinanti sociali relativi al paziente, scarsa alfabetizzazione sanitaria e condizioni socio economiche, hanno influito negativamente sul processo di guarigione allungandone i tempi
27/09/2021			

Ferita difficile e recidiva



PROFESSIONISTA
ROBERTA BERNARDI
 Infermiera Specialista in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Asl Centro Toscana, SOS Valdinevole
 - Montecatini Terme (PT)

PAZIENTE: Femmina, 72 Anni
Patologie concomitanti:
 Malattia reumatica



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione con sospetto biofilm, non rispondente alle medicazioni con Ag	Quantità essudato	Poco essudante
17/3/2021	Localizzazione	Caviglia interna dx, zona malleolare	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Granulazione 35%
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Normocromica	Bordi/Margini	Introflessi
Lesione da Insufficienza Venosa				
Dimensioni iniziali				
2x1,5 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Detersione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con acqua	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Ag Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Lesione chiusa	Riduzione delle dimensioni fino al 100%	Cambi settimanali e bendaggio compressivo	Paziente complianta al bendaggio compressivo, ma non alla deambulazione
16/03/2022			



Ulcera traumatica



PROFESSIONISTA
ELISA MARINELLI
 Infermiere Specialista in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Usl Toscana Sud Est (Area territoriale Valtiberina) - Sansepolcro (AR)

PAZIENTE: Maschio, 81 Anni
Patologie concomitanti:
 Iperensione Arteriosa, diabete, insufficienza venosa, in paziente con pregresso TIA (2018)



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Quantità essudato
23/03/2021	Ulcera traumatica arto inferiore sx, fondo fibrinoso per il 75%, parzialmente (50%) rimovibile con curette	Poco essudante
Tipo di lesione/eziologia	Localizzazione	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione
Lesione di natura traumatica, in paziente affetto da Insufficienza Venosa Cronica agli arti inferiori	Terzo medio mediale laterale esterno, arto inferiore sx	Fondo con segni biofilm-correlati
Dimensioni iniziali	Cute perilesionale	Bordi/Margini
52 cm ²	Ispessita, iperpigmentata, disidratata, edematosa, senza fovea	Ben definiti, adesi al fondo della lesione

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Detersione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
100% tessuto di epitelizzazione 16/04/2021	Riepitelizzazione completa al distacco spontaneo della medicazione (a T33)	Eseguiti cambi medicazioni 2 volte a settimana per i primi 18gg, durante i quali sono stati effettuati debridement e riattivazione dei margini con curette. In fine, si è deciso di lasciare la medicazione in situ sino al distacco naturale con ottenimento dell'epitelizzazione, raggiunta dopo 17gg	L'adozione del protocollo Wound Hygiene, con l'utilizzo di medicazione anti-biofim, si conferma un valore aggiunto nel trattamento del caso



Non solo una puntura d'insetto



PROFESSIONISTA
GIAMPIERO AVRUSCIO
 Direttore UOC Angiologia

Struttura di appartenenza:
 Azienda Ospedale Università Padova

PAZIENTE: Femmina, 72 Anni
Patologie concomitanti:
 Artrite reumatoide



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	27/4/2021	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo sanioso, ricoperto da spesso strato di slough, con bordi inattivi e cute perilesionale ben idratata	Quantità essudato	Poco essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione a seguito di grattamento da puntura d'insetto	Localizzazione	Sede perimalleolare laterale caviglia sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	80% biofilm, 20% slough
Dimensioni iniziali	7x7 cm	Cute perilesionale	Ben idratata, ma dolorante alla palpazione	Bordi/Margini	Bordi fermi e rosei

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
PRESA IN CARICO	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
DOPO 2 SETTIMANE	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	Guarigione completa 21/09/2021	Rimozione dei segni di presenza di biofilm e riduzione delle dimensioni	Si è posta particolare attenzione alla macerazione ed all'irritazione da contatto da essudato	Nessuna



Diastasi post-amputazione Al dx



PROFESSIONISTA
BARBARA COLLU
 Infermiera Ambulatorio Chirurgia Vascolare
Struttura di appartenenza:
 Ambulatorio Chirurgia vascolare
 Ospedale S. Corona - Savona

PAZIENTE: Maschio, 76 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete, Arteriopatia Obliterante,
 amputazione all'Arto Inferiore dx



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Presenza fibrina, ipotesi di biofilm	Quantità essudato	Essudante
05/05/2021	Localizzazione	Arto Inferiore dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% fibrina
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Integra, normo idratata	Bordi/Margini	Introflessi
Diastasi di ferita chirurgica su moncone all'Arto Inferiore dx				
Dimensioni iniziali				
5 cm ²				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 09/07/2021	Guarigione e riabilitazione	Implementazione della procedura Wound Hygiene, con rimozione meccanica della fibrina, Aquacel™ Ag + Extra™ ed Avelle™ per 30 gg. Successivamente, Aquacel™ Ag + Extra™ fino a chiusura lesione	L'utilizzo combinato di Aquacel™ Ag + Extra™ ed Avelle™ è stato fondamentale per velocizzare il tempo di chiusura della lesione, favorire i processi riabilitativi e migliorare il comfort del paziente e dei familiari

L'importanza dello sbrigliamento



PROFESSIONISTA
GIULIANA BRUNO
 Chirurgo Generale, Esperto in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Ambulatorio Vulnologia, ASL TO 5, Ospedale San Lazzaro Carmagnola

PAZIENTE: Femmina, 83 Anni
Patologie concomitanti:
 IVC, ulcere recidive, mobilità limitata



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	20/05/2021	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione 1: fondo fibrinoso, con colonizzazione critica da Pseudomonas, resistente ad antibiotico terapia sistemica e medicazioni antisettiche. Lesione 2: Fondo con fibrina, granulazione non sana e segni di carica batterica critica	Quantità essudato	Molto essudante			
Tipo di lesione/eziologia	Due lesioni ad eziologia venosa				Localizzazione	Arto Inferiore bilaterale	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100 % tessuto non vitale, con fibrina adesiva alternata a piccole zone ipergranuleggianti
Dimensioni iniziali	12x4 cm ca; 10x3 cm ca							

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
PROBABILITÀ DI PRESENZA DEL BIOFILM	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	ConvaMax™ Non Adesivo
PROBABILITÀ DI PRESENZA DEL BIOFILM	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	ConvaMax™ Non Adesivo

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Lesione 1: 8x2 cm ca, con aree riepitelizzate ed aree granuleggianti. Lesione 2: 2x1 cm (frastagliata nel punto più largo) 03/07/2022	Lesione 1 notevolmente ridotta, con fondo granulativo sano alternato ad aree di riepitelizzazione totale. Lesione 2 molto ridotta e con fondo prevalentemente deterso	Bendaggio compressivo, anestetico locale e terapia antibiotica prolungata	La corretta e metodica applicazione del protocollo wound Hygiene, inclusa la regolarità di appropriato sbrigliamento, è stata fondamentale nel permettere la progressione di questa lesione di difficile guarigione



Diastasi indotta da chemioterapia



PROFESSIONISTA
S.C. CHIRURGIA GENERALE - BREAST UNIT E
S.C. CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA
 Equipe Medico-Infermieristica Breast Unit
Struttura di appartenenza:
 ASL2 Regione Liguria

PAZIENTE: Femmina, 54 Anni
Patologie concomitanti:
 Carcinoma mammella stadio IV,
 M1 fegato



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene 25/5/2021	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione cavitaria, con fondo non deterso e bordi introflessi	Quantità essudato	Molto essudante
	Tipo di lesione/eziologia Diastasi di FC post intervento di quadrantectomia esterna dx e mastoplastica riduttiva bilaterale, con innesto complesso areola-capezzolo				
	Dimensioni iniziali 6x5x4 cm	Localizzazione	Mammella dx, giunzione della T invertita	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	60% fibrina; 40% granulazione
		Cute perilesionale	Integra	Bordi/Margini	Introflessi

Implementazione Wound Hygiene

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Aquacel™ Foam
		Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	0 15/06/2022	Miglioramento della lesione, con risalita del fondo e riduzione nelle dimensioni, fino a completa chiusura	Medicazioni ogni 3gg per 15 giorni; Successivamente, posizionata Aquacel™ Ag + Extra™ e Pressione negativa monouso Avelle™. Dopo 30gg, posizionato nuovamente Aquacel™ Ag + Extra™, con cambi ogni 3/5gg fino a chiusura della lesione (15/6/22). A novembre 2021, sospesa terapia farmacologica	È stata importante la presa in carico della paziente anche dal punto di vista psicologico. Riteniamo che questo sia fondamentale in pazienti che abbiano lesioni multiple o che si protraggono nel tempo a causa di terapie farmacologiche imprescindibili e che, quindi, non seguano i normali tempi di riparazione tissutale

Ustione II Grado



PROFESSIONISTA

LAURA LEPRI

Infermiera ADI ed Ambulatori

Struttura di appartenenza:

ASL n°1 Regione Umbria - Sigillo (PG)

PAZIENTE: Maschio, 76 Anni

Patologie concomitanti:

Iipertensione e diabete



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione al piede con ampia flittene. Eseguita valutazione dolore, sospetta infezione	Quantità essudato	Molto essudante
3/06/2021	Localizzazione	Collo del piede e tibia sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Prevalentemente granulazione non sana
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Presenza di edema e tessuto ustionato	Bordi/Margini	Bordi frastagliati e margini in evoluzione
Ustione II Grado, provocata da acqua bollente				
Dimensioni iniziali				
15x10 cm (lesione collo piede); 10x8 cm (lesione tibiale)				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Enzimatico	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Completa guarigione della lesione al collo del piede. A livello tibiale, si registra una piccola lesione di 0,5x0,5 cm 30/06/2022	Controllo dell'essudato, del dolore e riepitelizzazione in tempi ridotti. Dal 7/06 al 22/06, ottenuta riduzione della ferita del 75%, con bordi in riepitelizzazione per il 65%. Tra il 22 ed il 30/06, raggiunta la completa guarigione	3/06 Apertura della flittene, medicata con garza antiaderente, pomata antimicrobica, garze sterili e bendaggio. 5/06 Medicazione con garza antiaderente, pomata antimicrobica, garze sterili e bendaggio. 7/06 Applicazione di Idrogel DuoDERM®, Aquacel™ Ag + Extra™ e copertura con schiuma in poliuretano. 22/06 Arto in fase di risoluzione. 30/06 Guarigione	Caso complesso, che ha richiesto un'attenta valutazione del dolore e dei segni d'infezione, portando all'elaborazione di scelta di una medicazione avanzata con caratteristiche specifiche di biocompatibilità



Lesione Arto Inferiore dx



PROFESSIONISTA
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - DISTRETTO SANITARIO IMPERIA
 Coordinatore Infermieristico, Medici ed Infermieri dell'Assistenza Domiciliare
Struttura di appartenenza:
 ASL1 Regione Liguria

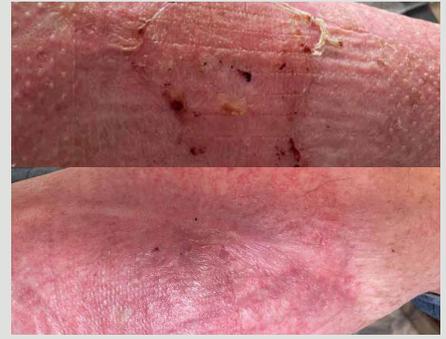
PAZIENTE: Maschio, 91 Anni
Patologie concomitanti:
 Buone condizioni generali



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	08/06/2021
Tipo di lesione/eziologia	Lesione per scuoiamento dell'arto inferiore dx, come esito di trauma da corpo estraneo penetrante e diffuso ematoma
Dimensioni iniziali	2 lesioni: Una cronica di 24 cm ² ed una acuta da grattamento di 48 cm ²

Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione cronica: Fondo non vitale, bordi fermi; Lesione acuta: Fondo deterso, bordi irregolari con lesioni satellitari
Localizzazione	Arto Inferiore dx
Cute perilesionale	Sofferente, disidratata, escoriata

Quantità essudato	Essudante
Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Lesione cronica: 100% tessuto granulazione. Lesione acuta: 100% tessuto non vitale
Bordi/Margini	Lesione cronica: Bordi irregolari. Lesione acuta: Bordi fermi

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Guarigione di entrambe le lesioni 31/05/2022	Dopo 15gg la lesione acuta si è chiusa. La lesione cronica si è chiusa dopo 357gg	Applicazione del protocollo Wound Hygiene con posizionamento di Aquacel™ Ag + Extra™ ed Avelle™. Sulla lesione acuta è stato fatto un secondo ciclo di Avelle™ dopo 3 mesi circa	Questo caso ci ha fatto riflettere su quanto un trattamento adeguato possa ridurre i tempi di chiusura lesione e di come, invece, un approccio improprio possa dilatarne i tempi. La lesione, prima dell'implementazione del Wound Hygiene, era stata gestita senza risultati per 319 giorni



Fistola anale



PROFESSIONISTA
UGCA NEURORIABILITAZIONE
 Infermieri ed OSS

Struttura di appartenenza:
 Ospedale di Foligno - Foligno (PG)

PAZIENTE: Maschio, 55 Anni

Patologie concomitanti:
 Ictus



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	25/6/2021	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	la lesione appare fibrinosa, con presenza di materiale purulento, margini macerati, maleodorante	Quantità essudato	Molto essudante
Tipo di lesione/eziologia	Fistola anale decubitata	Localizzazione	Sacrale ed anale	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	40% fibrina, 40% materiale purulento, 20% granulazione
Dimensioni iniziali	2x1 cm (profondità)	Cute perilesionale	Arrossata	Bordi/Margini	Macerati

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
1x0,5x0,4 cm 07/07/2021	Riduzione del volume di essudato	Sostituzione giornaliera della medicazione secondaria con garze, per abbondante essudato	Diminuzione dell'essudato, remissione del cattivo odore, diminuzione del dolore e delle dimensioni della lesione



Best Practice: Wound Hygiene



PROFESSIONISTA

TEAM VULNOLOGICO

Team Vulnologico d'infermieri esperti: Sabrin Abd El Khalek , Ersilia Balduzzi, Fabrizio Martin, Maddalena Stuardi coordinati dal Dr. Salvatore Piazza

Struttura di appartenenza:

A.O. Mauriziano Umberto I

PAZIENTE: Femmina, 81 Anni

Patologie concomitanti:

Diabete, patologia autoimmune, Insufficienza Venosa, malattia cardiaca



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	05/07/2021	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione presente da oltre 1 anno, statica, con sospetto biofilm	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Ulcera venosa della gamba	Localizzazione	Terzo medio distale e malleolare gamba dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% slough
Dimensioni iniziali	10x3x0,1 cm	Cute perilesionale	Macerata	Bordi/Margini	Inflammati

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
3,5x2,2 cm 05/08/2021	Miglioramento radicale della lesione, con riduzione del 70% di area lesionale in 30 gg di trattamento	Frequenza di accesso, dunque applicazione della procedura Wound Hygiene e cambio medicazione ogni 3 giorni, con applicazione di terapia compressiva	Evidente miglioramento della lesione



Ulcera mista post-traumatica



PROFESSIONISTA
ALESSANDRO GRECO E
DIEGO MASTRONICOLA
 Medici Specialisti in Dermatologia

Struttura di appartenenza:
 Centro Ulcere - USL Frosinone

PAZIENTE: Femmina, 76 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete Tipo 2, Ipercolesterolemia,
 Iperensione Arteriosa



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Ulcera a stampo con slough e segni clinici indiretti di presenza di biofilm	Quantità essudato	Essudante
16/07/2021	Localizzazione	Faccia laterale gamba Dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Slough 70%, Granulazione 10%, Epitelio 20%
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Xerotica e flogosata	Bordi/Margini	Bordi netti
Ulcera Vascolare Mista Post-traumatica				
Dimensioni iniziali				
6x5 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
Meccanica con soluzione antisettica	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	ConvaMax Adesivo
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
5x3 cm 7/08/2021	Raggiunta granulazione sana completa, con iniziale riepitelizzazione focale periferica	Bendaggi multistrato multicomponente	Nessuna

Idrofibra e stai 'na Crema



PROFESSIONISTA
ANGELA DE MOLA
 Infermiera Specializzata in Vulnologia
Struttura di appartenenza:
 ASST Crema - Ospedale Maggiore di Crema - Unità di Medicina Generale

PAZIENTE: Maschio, 50 Anni
Patologie concomitanti:
 Insufficienza Venosa, Linfedema



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	11/8/2021	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione a spessore parziale con essudato moderato e segni d'infezione locale quali eritema, calore ed edema e segni clinici biofilm correlati evidenti	Quantità essudato	Molto essudante				
Tipo di lesione/eziologia	Ulcera venosa della gamba sx					Localizzazione	Gamba sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	80% fibrinoso e 20% pseudogranulazione
Dimensioni iniziali	9x5x1 cm								

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Medicazione primaria	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
Medicazione di copertura	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Cute rimarginata 22/09/2021	Dopo 2 settimane, netta riduzione delle dimensioni con fondo granuleggiante, bordi regolari, essudato sieroso ematico, controllo del dolore procedurale, assenza di odore. La lesione risulterà guarita a fine trattamento	Rinnovo trattamento ogni settimana. Ad ogni cambio, dopo la fase di deterzione, si applica olio di mandorla dolce idratante	La gestione dell'essudato, dei segni biofilm correlati e dell'insufficienza venosa hanno rappresentato i nodi cruciali del caso. L'utilizzo di una medicazione antibiofilm, insieme al bendaggio elastocompressivo e la corretta informazione alla persona sono stati la strategia efficace per la guarigione



Ulcera venosa



PROFESSIONISTA

MAURIZIO CARNALI

Medico Chirurgo Specialista in Chirurgia Generale. Responsabile Centro Ferite Difficili

Struttura di appartenenza:

Ospedale Civile "E. Profili" Fabriano, U.O.C. Chirurgia Generale

PAZIENTE: Femmina, 76 Anni

Patologie concomitanti:

Iipertensione, insufficienza venosa



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene	26/8/2021	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione a spessore parziale, con elevata essudazione. Fondo con presenza di slough, cute perilesionale secca ed eczematosa, sospetto biofilm	Quantità essudato	Molto essudante
	Tipo di lesione/eziologia	Ulcera venosa della gamba		Localizzazione		Gamba
	Dimensioni iniziali	8,5x3,5x0,3 cm	Cute perilesionale		Secca ed eczematosa	Bordi/Margini

Implementazione Wound Hygiene

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
					Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
DOPO 2 SETTIMANE		Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	8x2, 5x0,2 cm 27/09/2021	Ferita migliorata, con riduzione delle dimensioni ed assenza di segni di biofilm o infezione	I cambio 31/08 e II cambio 20/09. Ad ogni accesso, applicazione del protocollo Wound Hygiene ed Aquacel™ Ag + Extra™. 27/09, fine osservazione	Nessuna

Ulcera mista della gamba



PROFESSIONISTA

MAURIZIO CARNALI

Medico Chirurgo Specialista in Chirurgia Generale. Responsabile Centro Ferite Difficili

Struttura di appartenenza:

Ospedale civile "E. Profili" Fabriano U.O.C. Chirurgia

PAZIENTE: Femmina, 76 Anni

Patologie concomitanti:

Iperensione, insufficienza venosa, Parkinson



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	30/08/2021	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione statica da più di un anno, molto essudante. Fondo con tessuto di granulazione friabile, slough e sospetto biofilm	Quantità essudato	Molto essudante				
Tipo di lesione/eziologia	Ulcera mista della gamba					Localizzazione	Gamba	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Slough 70%, tessuto di granulazione 30%
Dimensioni iniziali	10,5x10x0,1 cm								

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
10,5x9 cm 30/09/2021	Lesione migliorata, con essudazione moderata, assenza di segni d'infezione e biofilm-correlati, presenza di tessuto di granulazione per il 40%	I cambio 9/09, Il cambio 16/09 e III cambio 24/09. A tutti i cambi, applicazione del protocollo Wound Hygiene e medicazione Aquacel™ Ag + Extra™. Fine trattamento il 30/09	Nessuna



Wound Hygiene: Best Practice



PROFESSIONISTA
DANIELA MASTROZZO
 Infermiera esperta in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 ASL AT

PAZIENTE: Maschio, 59 Anni
Patologie concomitanti:
 BMI >35, ipertensione arteriosa,
 insufficienza venosa



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Tessuto 95% slough, bordi bloccati, media essudazione, prevalentemente sierosa	Quantità essudato	Essudante
06/09/2021	Localizzazione	Terzo inferiore gamba sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	95% slough
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Xerotica, ipercheratosica	Bordi/Margini	Bloccati
Ulcera venosa				
Dimensioni iniziali				
9x8x0,2 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 cm	Guarigione completa	Garza sterile e terapia compressiva	Mediante la corretta applicazione della procedura Wound Hygiene la lesione, presente da più di 6 settimane, si è rapidamente stabilizzata e risolta in circa 1 mese
05/10/2021			

Wound Hygiene: Best Practice



PROFESSIONISTA
DANIELA MASTROZZO
 Infermiera esperta in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 ASL AT

PAZIENTE: Maschio, 59 Anni
Patologie concomitanti:
 BMI >35, ipertensione arteriosa,
 insufficienza venosa



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione con segni d'infezione e sospetto biofilm	Quantità essudato	Essudante
06/09/2021	Localizzazione	Terzo inferiore gamba dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% slough
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Infiammata ed ipercheratosica	Bordi/Margini	Bloccati, edematosi
Ulcera venosa				
Dimensioni iniziali				
10x9x0,3 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
3x4 cm 11/11/2021	Miglioramento della lesione con evidente riduzione delle dimensioni	Garza e terapia compressiva	La lesione si è ridotta di circa il 90%. Il fondo risulta deterso, l'essudato diminuito e mutato da purulento a sieroso, mentre i bordi hanno riacquisito la loro attività di scivolamento sul fondo

Diastasi ferita chirurgica Al sx



PROFESSIONISTA
CURE DOMICILIARI DISTRETTO DELLE BORMIDE
 Manuela Oliveri Infermiera ADI, Infermieri ADI e Coordinatore infermieristico

Struttura di appartenenza:
 ASL2 Regione Liguria

PAZIENTE: Maschio, 55 Anni
Patologie concomitanti:
 Malattia di Parkinson



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene 15/9/2021	Descrizione generale della lesione alla presa in carico Aree necrotiche ed esposizione di fili di sutura. Dopo un'iniziale pulizia chirurgica, la lesione presentava segni biofilm-correlati, con tessuto sottocutaneo scarsamente vitale	Quantità essudato Essudante	
	Tipo di lesione/eziologia Ferita chirurgica complicata per trauma significativo, con frattura complessa della tibia ed esposizione ossea			Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione 100% tessuto non vitale, necrosi secca, slough
	Dimensioni iniziali 90 cm ² ca			Bordi/Margini Irregolari, edematosi, in sofferenza
	Localizzazione Arto Inferiore sx	Cute perilesionale Sofferente, disepitelizzata, edematosa		

Implementazione Wound Hygiene

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
		Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	0 15/08/2022	Guarigione	Iniziale debridement chirurgico, con medicazione a base di Carbone Attivo con Ag, effettuata 3 volte a settimana (da ottobre 2021) Da Gennaio 2022, applicazione del protocollo Wound Hygiene e medicazioni con Aquacel™ Ag + Extra™, con cambi 1/2 volte a settimana. Raggiunta completa risoluzione ad agosto 2022	Aquacel™ Ag + Extra™ ci ha permesso di mantenere un microambiente ideale, proteggere dalle infezioni, migliorare la gestione degli accessi al domicilio ed un maggior risparmio economico garantendo, inoltre, una continuità assistenziale efficace al paziente, privilegiando il domicilio come setting di cura principale

LdP in Paziente pediatrico complesso



PROFESSIONISTA
SHPRESA HAXHIAJ
 Infermiere Specialista in Vulnologia e Linfologia
Struttura di appartenenza:
 ASL2 Regione Liguria (SV)

PAZIENTE: Maschio, 11 Anni
Patologie concomitanti:
 Paziente pediatrico complesso, affetto da sindrome di Leigh e relative complicanze



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo parzialmente fibrinoso, precedente presenza di necrosi rimossa con debridement autolitico. Lesione di 4 cm ² , profonda 2 cm, sottominata	Quantità essudato	Essudante
21/9/2021	Localizzazione	Sacro	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	60% fibrina, 30% tessuto di granulazione, 10% esposizione coccigea
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Integra	Bordi/Margini	Sottominati a 360° per 1 cm
Lesione da Pressione di IV stadio al sacro				
Dimensioni iniziali				
4 cm ² , con 2 cm di profondità ed 1 cm di sottominatura a 360°				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Extra™	Avelle™

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Lesione guarita completamente 26/12/2021	Dopo 30 giorni di utilizzo, la lesione che risultava, inizialmente, di 4 cm ² con 2 di profondità e 1 di sottominatura a 360°, si era notevolmente contratta. In data 26 dicembre 2021, la lesione si è chiusa totalmente	Il 20 ottobre 2021 abbiamo posizionato Aquacel™ Ag + Extra™ con TPN monouso portatile Avelle™ (30gg). Dopo una settimana d'interruzione, abbiamo riposizionato Avelle™ per altri 30 gg	Questo caso ci ha dato l'opportunità di implementare le nostre conoscenze e di accrescere le nostre competenze nella gestione del paziente pediatrico complesso, paziente spesso di difficile gestione anche in relazione al contesto familiare



Wound Hygiene nel post trauma



PROFESSIONISTA
Equipe infermieristica
Ambulatorio di Chirurgia Plastica

Struttura di appartenenza:
Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino

PAZIENTE: Maschio, 71 Anni
Patologie concomitanti:
Nessuna



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	05/10/2021	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione presente da agosto 2021, profonda, con segni clinici di Biofilm ed infezione	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione traumatica				
Dimensioni iniziali	3x1,8x1,3 cm	Localizzazione	Malleolo sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	80% slough
		Cute perilesionale	Infiammata, lievemente edematosa	Bordi/Margini	A picco

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0,8x0,4x0,4 cm 02/11/2021	20 ottobre (15gg), lesione con dimensioni: 1,8x1x1 cm, con tessuto granuleggiante ed essudato sieroso in scarsa quantità. Si prosegue trattamento con Aquacel™ Extra™	Garze e cerotto	Lesione ulteriormente ridotta, con tessuto 100% granuleggiante e bordi attivi



Ulcera mista della gamba



PROFESSIONISTA
GIANVITO CORONA
 Direttore UOC Oncologia Critica Territoriale e Cure Domiciliari e Palliative
Struttura di appartenenza:
 Asp Potenza

PAZIENTE: Maschio, 67 Anni
Patologie concomitanti:
 Ristretta mobilità; Malattia maligna; Assunzione di farmaci antinfiammatori



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene	6/10/2021	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	La lesione presentava essudazione moderata; slough 40%, granulazione 20%, epitelizzazione 10%; cute perilesionale macerata	Quantità essudato	Essudante
	Tipo di lesione/eziologia	Ulcera a spessore variabile				
	Dimensioni iniziali	8x10x1 cm	Cute perilesionale	Macerata	Bordi/Margini	Margini frastagliati

Implementazione Wound Hygiene

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
		Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
	4x5x0,5 cm 15/12/2021	Riduzione marcata delle dimensioni; Slough 20%, granulazione 30%, epitelizzazione 50%; Essudazione scarsa	La lesione è stata trattata con un cambio ogni 2gg. Deterzione meccanica con soluzione salina, sbrigliamento meccanico e riattivazione dei bordi con garze ed, infine, applicata Aquacel™ Ag + Extra™	Il Wound Hygiene, in combinazione con l'applicazione di una medicazione Aquacel™ Ag + Extra™, hanno permesso di gestire adeguatamente la lesione e migliorarne le condizioni generali

Ulcera venosa della gamba



PROFESSIONISTA
GIANVITO CORONA
 Direttore UOC Oncologia Critica Territoriale e Cure Domiciliari e Palliative
Struttura di appartenenza:
 Asp Potenza

PAZIENTE: Femmina, 89 Anni
Patologie concomitanti:
 Nessuna



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	6/10/2021	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione a spessore parziale ed essudazione moderata, con slough 20%, granulazione 70%, epitelizzazione 10%	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Ulcera venosa della gamba	Localizzazione	Gamba dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Slough 20%, granulazione 70%, epitelio 10%
Dimensioni iniziali	8x4x1 cm	Cute perilesionale	Arrossata ed eritematosa	Bordi/Margini	Margini lievemente estroflessi e frastagliati

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Detersione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
3x2x0,5 cm 15/12/2021	Miglioramento evidente della lesione: Slough 10%, granulazione 60%, epitelizzazione 30%	La lesione è stata trattata con un cambio ogni 2gg. Detersione meccanica con soluzione salina, sbrigliamento meccanico e riattivazione dei bordi con garze ed, infine, applicata Aquacel™ Ag + Extra™	Il trattamento della lesione, applicando il Wound Hygiene, in combinazione alla medicazione avanzata Aquacel™ Ag + Extra™+, hanno contribuito al raggiungimento di uno stadio evolutivo, con tessuto di granulazione sano

Deiscenza piede diabetico



PROFESSIONISTA

CLAUDIO CASTROGIOVANNI

Infermiere referente Ambulatorio Piede Diabetico

Struttura di appartenenza:

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico Sant'Orsola - Malpighi - Diabetologia

PAZIENTE: Maschio, 71 Anni

Patologie concomitanti:

Piede diabetico neuropatico, insufficienza renale cronica, ipertensione



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene
14/10/2021
Tipo di lesione/eziologia
Deiscenza chirurgica post amputazione dell'alluce su piede diabetico neuropatico
Dimensioni iniziali
7x2x0,5 cm

Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione con fibrina, slough e tessuto di granulazione non sano. La cute perilesionale era parzialmente macerata ed arrossata
Localizzazione	Piede dx, amputazione dell'alluce
Cute perilesionale	Macerata, arrossata ed, in parte, squamosa e non propriamente detersa

Quantità essudato	Essudante
Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fibrina 15%, slough 15%, tessuto di granulazione non sano 70%
Bordi/Margini	Macerati, non attivi

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	<p>Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico</p>	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	<p>Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico</p>	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
1x0,5 cm 10/02/2022	Riduzione della dimensione della lesione dopo 4 mesi di trattamento. Miglioramento delle condizioni psicofisiche e della qualità di vita del paziente	La lesione è stata detersa ad ogni cambio medicazione, applicando un tensioattivo e un antisettico. Successivamente, sbrigliamento meccanico e riattivazione con taglienti, seguiti da medicazione con cambio 2 volte alla settimana	Nessuna

Ulcera ischemica malleolo



PROFESSIONISTA
ANTONELLA POGGI
 Infermiera Coordinatrice UOSD di Diabetologia
Struttura di appartenenza:
 Asl Roma 5 PO di Tivoli

PAZIENTE: Maschio, 82 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete tipo 2, Ipertensione Arteriosa, Obesità, Arteriopatia Ostruttiva arti inferiori



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Ulcera a tutto spessore, caratterizzata da bordi e fondo devitalizzati	Quantità essudato	Poco essudante
15/10/2021	Localizzazione	Malleolo esterno gamba dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% tessuto devitalizzato
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Distrofica, pallida e fredda	Bordi/Margini	Devitalizzati
Ulcera ischemica				
Dimensioni iniziali				
3x2,8x0,5 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 cm 17/12/2021	Riepitelizzazione completa in 2 mesi dalla presa in carico	Debridement iniziale per rimozione del tessuto necrotico, seguita da medicazione con Aquacel™ Ag + Extra™, inizialmente con cambi bisettimanali, successivamente diradati. I tamponi colturali risultavano positivi a diversi patogeni gestiti localmente senza ricorrere a terapia sistemica	Il paziente riferisce miglioramento della sintomatologia dolorosa: NRS procedurale iniziale con punteggio 7, NRS al termine del trattamento con punteggio 3

Ulcera gamba destra



PROFESSIONISTA
GIANVITO CORONA
 Direttore UOC Oncologia Critica Territoriale e Cure Domiciliari e Palliative
Struttura di appartenenza:
 Asp Potenza - Potenza

PAZIENTE: Femmina, 97 Anni
Patologie concomitanti:
 Insufficienza cardiaca in paziente non deambulante



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	La lesione presenta margini frastagliati e sottominati	Quantità essudato	Molto essudante
20/10/2021	Localizzazione	Gamba dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Limitato tessuto di granulazione e presenza di slough
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Disidratata e lievemente arrossata	Bordi/Margini	Frastagliati
Ulcera arto inferiore dx				
Dimensioni iniziali				
4x8 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
				Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Chiusura completa della lesione 21/12/2021	Riduzione della lesione e dei segni di biofilm sino a completa chiusura	La lesione è stata trattata nel seguente modo: Detersione con fisiologica, sbrigliamento e riattivazione con garza sterile. Medicazione con Aquacel™ Ag + Extra™, aggiunta di garza sterile a copertura e a fissaggio, benda elastica senza cerotto	L'applicazione metodica e regolare del protocollo Wound Hygiene ad ogni cambio medicazione, ha permesso una migliore gestione della lesione. Le medicazioni con tecnologia Hydrofiber® hanno gestito l'essudato senza macerare la cute sana, facendo risalire il fondo della lesione, stimolando la chiusura dai bordi

L'azione di Aquacel™ Ag + Extra™



PROFESSIONISTA
GIAMPIERO AVRUSCIO
 Direttore UOC Angiologia

Struttura di appartenenza:
 Azienda Ospedale Università Padova

PAZIENTE: Femmina, 84 Anni

Patologie concomitanti:
 Artrite reumatoide, portatrice di Pacemaker, artroprotesi anca sx, osteoporosi, K mammario nel 2016, pregresso melanoma avambraccio dx, Gammopatia Monoclonale di significato incerto (MGUS), crolli vertebrali multipli, paziente in trattamento con Nuovi Anticoagulanti Orali, cardiopatia



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	26/10/2021	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Ulcera a manicotto con fondo ricco di slough, bordi inattivi, cute perilesionale macerata, essudato abbondante e dolore percepito NRS 9	Quantità essudato	Molto essudante
Tipo di lesione/eziologia	Ulcera a manicotto arto sx	Localizzazione	Arto Inferiore sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fondo con rilevanti segni Biofilm-correlati
Dimensioni iniziali	10x12 cm	Cute perilesionale	Macerata	Bordi/Margini	Macerati

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
 DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
6x10cm 28/2/2022	Riduzione dell'essudato, delle dimensioni e dei segni biofilm-correlati	Accesso bisettimanale. Inizialmente effettuati bendaggi blandi, poi coesivo ed anelastico	Utilizzo di Aquacel™ Ag + Extra™ fino a confermata assenza di segni biofilm-correlati



lo girovago da anni...



PROFESSIONISTA
VALENTINA MARTIN
 Medico Chirurgo Specialista
 in Geriatria
Struttura di appartenenza:
 Ambulatorio Vulnologico
 Poliambulatori Borgo Cavalli,
 Treviso-Aulss 2 Marca Trevigiana

PAZIENTE: Maschio, 52 Anni
Patologie concomitanti:
 HIV; HCV; HBV ed ipertensione arteriosa
 in paziente ex tossicodipendente



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fibrinosa, abbondantemente essudante, maleodorante, dolente	Quantità essudato	Molto essudante
27/10/2021	Localizzazione	Terzo medio inferiore di gamba sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% fibrinoso
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Leggermente arrossata e macerata	Bordi/Margini	Margini netti, corneificati e piantati
Lesione cronica				
Dimensioni iniziali				
25x10x1 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	ConvaMax™ Non Adesivo
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 cm 30/09/2022	L'ulcera è completamente ripitelizzata ed il dolore è scomparso. Il paziente ha ripreso la sua vita sociale senza paure e sentendosi "accettato"	Eseguito debridement chirurgico ad ogni accesso, previa applicazione di ortodermina ed applicato bendaggio compressivo. Le medicazioni inizialmente venivano eseguite 2 volte a settimana per l'essudato abbondante, poi 1 volta a settimana	La presa in carico del paziente, nella sua complessità e globalità, ha portato alla risoluzione della sua problematica in tempi accettabili

Lesione traumatica



PROFESSIONISTA
MARCO MACALI
 Wound Care Specialist

Struttura di appartenenza:
 Ospedale S.Maria Goretti ASL Latina

PAZIENTE: Maschio, 59 Anni
Patologie concomitanti:
 Nessuna



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	11/8/2021
Tipo di lesione/eziologia	Lesione post traumatica con amputazione chirurgica I, II e III dito del piede destro. Sutura parziale a livello del primo dito
Dimensioni iniziali	8x7 cm, irregolare

Descrizione generale della lesione alla presa in carico	A livello del II e III dito, fondo in fase di granulazione. A livello del I dito, in parte ricoperta di lembo suturato beante. Macerata
Localizzazione	Articolazione metatarso falangea piede dx
Cute perilesionale	Macerata

Quantità essudato	Essudante
Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Deterso e granuleggiante per il 95% e fibrinoso per il restante 5%
Bordi/Margini	Macerazione diffusa su tutto il perimetro. Margini adesi

Implementazione Wound Hygiene



PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Guarigione completa 11/03/2022	Progressiva riduzione delle dimensioni, per avanzamento dei margini fino a completa guarigione	Medicazioni 3 volte a settimana, successivamente 2. Si è proceduti alla deterzione con impacco di tensioattivi per 15', seguita da debridement e riattivazione dei margini. Infine, applicazione di Aquacel™ Ag + Extra™ con copertura di garze sterili e fasciatura leggera con idealbend	Soddisfazione ed entusiasmo del paziente che, grazie ad un recupero rapido, è riuscito a reinserirsi nella società e nel lavoro

Deiscenza in Paziente pediatrico ortopedico



PROFESSIONISTA
MONICA FRANZI
 Infermiera Esperta in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 IRCCS G.Gaslini

PAZIENTE: Maschio, 18 Anni
Patologie concomitanti:
 Sindrome di Klippel-Trenaunay-Weber



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Segni clinici di colonizzazione critica da <i>Pseudomonas Aeruginosa</i> , macerazione perilesionale, fondo con tessuto non vitale, essudato abbondante e maleodorante	Quantità essudato	Molto essudante
	09/11/2021	Localizzazione	Coscia dx e ginocchio dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	80 % tessuto non vitale, 20% tessuto di granulazione
	Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Macerata sul ginocchio	Bordi/ Margini	Con esiti cicatriziali per 2/3 della lesione sulla coscia, gli altri bordi si presentavano macerati, irregolari e sofferenti
	Diastasi post chirurgica				
Dimensioni iniziali					
	56 cm ²				

Implementazione Wound Hygiene

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione tensioattiva	Chirurgico / Ultrasuoni	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria: Aquacel™ Ag + Extra™ Medicazione di copertura: Avelle™, DuoDERM® CGF, DuoDERM® Extra™Thin
		Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™ Aquacel™ Foam, Foam Lite
DOPO 2 SETTIMANE					

STATO FINALE	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
	0 cm ² 11/02/2022	Ottimi risultati di riempimento del fondo e contrazione della lesione. La completa risoluzione è stata ottenuta l'11/02/2022, dopo corretta gestione della lesione, sospensione della riabilitazione e spostamento dell'elemento decubitante (bullone)	Spostamento del bullone del Fissatore Esterno Circolare, seguito da debridement chirurgico e meccanico; Medicazioni con Aquacel™ Ag + Extra™, Avelle™, idrocolloide sottile e schiuma di PU	La gestione delle lesioni in ambito pediatrico richiede grandi competenze e lavoro d'equipe, per dare sostegno al paziente nel minor tempo possibile. Al paziente era stata ipotizzata una risoluzione con intervento di Chirurgia Plastica che, grazie ai risultati ottenuti, è stato evitato

Lesione peritrocanterica



PROFESSIONISTA
GIANCARLO DONNOLA
 Specialista in Chirurgia d'Urgenza e DPS e Responsabile Medico SSD Wound Care
Struttura di appartenenza:
 SSD Wound Care ASL Taranto

PAZIENTE: Femmina, 75 Anni
Patologie concomitanti:
 Demenza senile



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo con zone di fibrina, necrosi superficiale ed esposizione ossea	Quantità essudato	Molto essudante
9/11/2021	Localizzazione	Trocantere sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	20% necrotico 80% deterso
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Arrossata e macerata, con margine ispessito	Bordi/Margini	Ispessiti
Lesione da Pressione				
Dimensioni iniziali				
9x7 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Enzimatico	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Enzimatico	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
3x4 cm			
24/11/2021	Notevole riduzione delle dimensioni iniziali	Cambio bisettimanale della medicazione	Nessuna

Lesione post traumatica arti inferiori



PROFESSIONISTA
MAURIZIO BALLESTRA E FEDERICA CROESE
 Coordinatore Infermieristico e infermiera professionale
Struttura di appartenenza:
 ASL 1 Imperiese Distretto Sanitario Ventimigliese

PAZIENTE: Femmina, 92 Anni
Patologie concomitanti:
 Paziente di 95 anni, ipertesa in terapia, esami ematochimici nella norma, in terapia per carenza da vitamina D. Quadro complessivo di fragilità ma, comunque, di parziale autosufficienza. Decadimento cognitivo negli ultimi mesi di trattamento



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	11/11/2021	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo deterso, tessuto di granulazione friabile, bordi a stampo bloccati, tendine esposto, lesione non healing	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione Post Traumatica arto inferiore sx, Insufficienza Venosa mista, ma con circolo aperto e lieve edema declive	Localizzazione	Arto Inferiore sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	60% fondo deterso con granulazione friabile; 40% fondo non vitale
Dimensioni iniziali	128 cm ²	Cute perilesionale	Integra, disidratata	Bordi/Margini	20% declivi; 80% "a stampo", bloccati

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
PROBABILITÀ DI PRESENZA DEL BOFIM				Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
3x2 cm 23/02/2022	Ripresa dei processi di riparazione, bordi in scivolo, tessuto di granulazione sano, riduzione significativa della lesione fino a passare a medicazione di chiusura. L'1/02/2022 la lesione si era ridotta del 90%, con la previsione di chiusura completa il 23/02/2022.	11/11/2021 Posizionamento di Aquacel™ Ag + Extra™ + TPN monouso 30 gg; 15/12/2021 Termine di uso della TPN. Successivamente, medicazione con garza Non-Ad, per alcune medicazioni e, poi, con Aquacel™ Foam; In fine, il 23/02/2022 si termina il trattamento con medicazioni di chiusura	La chiusura della lesione ha consentito alla paziente di riprendere le normali attività quotidiane limitate, ormai, da diversi mesi soprattutto per l'importante dolore percepito. Ottima la soddisfazione di familiari, Caregiver ed operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale

Ulcera paziente dializzato



PROFESSIONISTA
MARIO GIACINTO
 Podologo Specializzato in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Vulnologia Giacinto

PAZIENTE: Maschio, 58 Anni
Patologie concomitanti:
 Epatopatia in attesa di trapianto,
 Paziente dializzato, Aterosclerosi diffusa,
 Cardiopatia ischemica



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo necrotico, bordi ipercheratosici, cute perilesionale arrossata	Quantità essudato	Iperessudante
	19/11/2021				
	Tipo di lesione/eziologia	Localizzazione	Regione perimalleolare anteriore	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	90% necrotico
	Lesione mista				
	Dimensioni iniziali	Cute perilesionale	Arrossata	Bordi/Margini	Callosi
18x10 cm					

Implementazione Wound Hygiene

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Chirurgico / Ultrasuoni	Chirurgico / Ultrasuoni	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
	DOPO 2 SETTIMANE		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	5x4 cm	Riduzione delle dimensioni della lesione	Dopo la rimozione del tessuto necrotico, ho utilizzato Aquacel™ Ag + Extra™ per eliminare residui di biofilm e prevenirne la riformazione. Il cambio medicazione è avvenuto ogni 3gg, per gestire al meglio l'essudazione abbondante	Il paziente è stato sottoposto a trapianto di fegato e quindi non più medicato presso il mio studio. La medicazione utilizzata è stata molto efficace, in termini di gestione dell'essudato e prevenzione della riformazione del biofilm
	26/01/2022			

Lesione da trauma



PROFESSIONISTA
SILVANA SOULIER
 Infermiera Specializzata
 in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Asl CN 1 Ambulatorio Vulnologia
 Saluzzo

PAZIENTE: Femmina, 78 Anni
Patologie concomitanti:
 Insufficienza venosa cronica



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	22/09/2020	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione con fondo costituito da 95% slough e 5% granulazione; sospetto biofilm per stasi e mancata risposta ai trattamenti precedenti, molto dolorante (VAS 7) ed essudato moderato	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione traumatica	Localizzazione	Arto inferiore dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	95% slough, 5% granulazione
Dimensioni iniziali	8x2x2 cm	Cute perilesionale	Secca ed eczematosa	Bordi/Margini	Netti e statici

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
2x1,5 cm 20/10/2020	Lesione quasi guarita a 4 settimane di trattamento, superficializzata, con tessuto di granulazione sano, netta riduzione dell'essudazione e dolore, ormai, quasi assente	Bendaggio compressivo, analgesici cutanei	L'implementazione del protocollo Wound Hygiene ha permesso un netto miglioramento del fondo di lesione, garantendo la possibilità di avanzamento epiteliale. La medicazione usata ha permesso una disgregazione ottimale del biofilm, gestendo bene la sierosità e contribuendo ad indurre una granulazione sana



Esito ustione piede in Paziente diabetico



PROFESSIONISTA
VULNOLOGIA E DISTRETTO 10
 Infermieri Esperti e Specialisti in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 ASL3 Regione Liguria (GE)

PAZIENTE: Femmina, 55 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete mellito, arteriopatia precedentemente trattata con rivascolarizzazione



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	26/11/2021	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo non vitale: innesto cutaneo non attecchito, sofferente con conseguente necrosi	Quantità essudato	Molto essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione da esito di Ustione non gestita correttamente	Localizzazione	Dorso piede dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% tessuto non vitale
Dimensioni iniziali	75 cm ²	Cute perilesionale	Integra, edematosa	Bordi/Margini	Sofferenti

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
 DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 27/05/2022	Guarigione	Innesto il 19/01/22, non attecchito. In seguito, rimosso meccanicamente tessuto non vitale ed applicato il Wound Hygiene	Ottimo risultato per gestione multidisciplinare della paziente

Lesione Peristomale



PROFESSIONISTA
BARBARA MORSELLI E STEFANIA VIELLO
 Infermiere Specializzate in Stomaterapia
Struttura di appartenenza:
 Ambulatorio di Stomaterapia, piastra
 ambulatoriale chirurgica Ospedali Galliera

PAZIENTE: Maschio, 80 Anni
Patologie concomitanti:
 Operato fine ottobre 2021, ICS
 bilaterali, covid19 insorto durante
 il trattamento



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo fibrinoso, bordi edematosi, lesione con segni di colonizzazione critica	Quantità essudato	Essudante
30/11/2021	Localizzazione	Peristomale	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% non vitale
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Integra, idratata	Bordi/Margini	Introflessi, edematosi
Lesione peristomale				
Dimensioni iniziali				
6 cm ²				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Chiusura della lesione peristomale	Guarigione	Wound Hygiene, con controllo della carica batterica e biofilm con Aquacel™ Ag + Extra™	Importante velocizzare la chiusura della lesione peristomale per permettere al paziente una veloce riabilitazione e gestione della stomia. Aquacel™ Ag + Extra™ è stato fondamentale per diminuire la frequenza di accessi e di cambio placca, soprattutto durante l'ospedalizzazione nell'UO di malattie infettive x COVID
28/12/2021			

LDP di difficile gestione



PROFESSIONISTA
MORENA TASSONE
 Infermiera di Cure Domiciliari
 con Master in Wound Care

Struttura di appartenenza:
 ASL CN 1 - Borgo San Dalmazzo

PAZIENTE: Femmina, 93 Anni

Patologie concomitanti:
 Anamnesi pluripatologica, tra cui: Ipertensione Arteriosa, Insufficienza Respiratoria e polmonite recidivante in trattamento con ossigenoterapia con occhialini a 2L/min per 18 h/die circa



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene 7/12/2021	Descrizione generale della lesione alla presa in carico Lesione di IV stadio, con fondo necrotico e fibrinoso	Quantità essudato Molto essudante
Tipo di lesione/eziologia Progredita LdP di IV stadio, peggiorata a causa della polmonite recidivante e da protratta posizione supina		Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione 95% necrotico e fibrinoso
Dimensioni iniziali 7x8 cm		Bordi/Margini Frastagliati, arrossati e sanguinanti
Localizzazione Area sacrale	Cute perilesionale In parte sanguinante, in parte sana	

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
		Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura ConvaMax™ Non Adesivo
		Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	ConvaMax™ Non Adesivo

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
5x4 cm, appianata 30/06/2022	La lesione, malgrado un iniziale decorso evolutivo lento, ha raggiunto in 5/6 mesi una significativa riduzione delle dimensioni	Viene consigliato immediatamente materasso anti decubito ad aria ed educato la figlia ad un regime di mobilizzazione passiva a letto ogni 2 ore. Il cambio della medicazione, inizialmente 3 volte a settimana, si è successivamente ridotto a bisettimanale	Il successo terapeutico è stato sostenuto da diversi fattori, tra i quali un eccellente lavoro di gruppo, che opera seguendo i protocolli e la collaborazione del Care-Giver, che ha assicurato la giusta alternanza posturale a letto, il mantenimento della buona salute della cute "in toto", accuratamente lavata ed idratata, e la garanzia di un'applicazione metodica del protocollo Wound Hygiene



Lesione ascessualizzata del gluteo



PROFESSIONISTA
CHIARA AMENTA
 Infermiera di Area Chirurgica,
 Impiantatore PICC
Struttura di appartenenza:
 Azienda Ospedaliera di Perugia

PAZIENTE: Maschio, 53 Anni
Patologie concomitanti:
 Pregressa Eteroplasia con trattamento
 chemioterapico sospeso da 4 mesi



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Ampia lesione al gluteo, con slough su quasi tutta la superficie ed elevata essudazione	Quantità essudato	Iperessudante
10/12/2021	Localizzazione	Gluteo sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	80% fibrina e slough, 20% tessuto di granulazione
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Arrossata, umida e dolente	Bordi/Margini	Frastagliati ed umidi
Lesione iatrogena con ascesso				
Dimensioni iniziali				
8x5 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Ag Foam
				Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Ag Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 cm 16/02/2022	Riduzione delle dimensioni, appianamento e ritorno all'attività dei bordi, recupero totale della perdita di sostanza e riduzione degli accessi del paziente all'ambulatorio, con ottima compliance	Debridement chirurgico in ambulatorio, con posizionamento di Aquacel™ Ag + Extra™ e medicazione assorbente Aquacel Ag Foam per 30gg, con cambi da 3 a 2 volte a settimana. Infine, trattamento con Aquacel™ Ag+ Extra™ fino a chiusura lesione, con 1 cambio settimanale.	L'utilizzo di Aquacel™ Ag+ Extra™ e Aquacel™ Ag Foam ha permesso di gestire il cambio di medicazione, il biofilm, l'essudato; ottenendo un ottimo risultato



Un nemico Invisibile



PROFESSIONISTA
ANGELA GARRUBBA
 Medico chirurgo, Responsabile dell'Ambulatorio di Vulnologia e del Piede Diabetico
Struttura di appartenenza:
 P.O.Umberto I - Corato (BA)

PAZIENTE: Femmina, 79 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete mellito, Obesità grave, Dismetabolismo, Dislipidemia, Ipertensione Arteriosa



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Ulcera inveterata, con fondo apparentemente deterso e traslucido	Quantità essudato	Molto essudante
30/12/2021	Localizzazione	Arti inferiori, zona pretibiale	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% granulazione
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Moderatamente eritematosa ed edematosa	Bordi/Margini	Parzialmente corneificati ed edematosi
Ulcera vascolare flebostatica				
Dimensioni iniziali				
6x3 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
3x1,5 cm 28/04/2022	Ho osservato riduzione dell'area dell'ulcera, riduzione dell'essudazione, miglioramento della Compliance	Implementazione della procedura Wound Hygiene, con cambi medicazione inizialmente a pochi giorni, successivamente 1 volta a settimana	Nelle ultime medicazioni, data l'evoluzione positiva della lesione, si è deciso per un cambio di tipologia di medicazione, optando di proseguire prima con una medicazione solo assorbente e, successivamente, con un pad di acido ialuronico + collagene fino alla completa chiusura

Lesione biofilmata



PROFESSIONISTA
GERARDINA TRANCHINO
 Coordinatore Infermieristico
 Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Asl Napoli 3 Sud - Nola (NA)

PAZIENTE: Femmina, 82 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Quantità essudato
13/12/2021	La lesione si presentava con segni evidenti di biofilm e fondo fibrinoso	Iperessudante
Tipo di lesione/eziologia	Localizzazione	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione
Lesione vascolare	Regione sopra malleolare gamba dx	98% tessuto non vitale
Dimensioni iniziali	Cute perilesionale	Bordi/Margini
7x4 cm	Integra	Integri

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanica con soluzione salina / ringer	Enzimatico	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Ag Foam
				DuoDERM® CGF	Aquacel™ Ag Foam

DOPO 2
SETTIMANE

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	0 cm 27/07/2022	Lesione in via di guarigione	Interventi meccanici invasivi minimi, dato il quadro clinico. Inizialmente, cambio medicazione quotidiano dovuto all'abbondante essudazione, successivamente dilazionato a giorni alterni per giungere, infine, ad un cambio settimanale	Il risultato ottenuto è stato eccellente, anche grazie al valido supporto del care-giver ed alla disponibilità di medicazioni avanzate adeguate alle esigenze del caso



Anno

2022 & 2023

Ulcera pretibiale gamba sx



PROFESSIONISTA
ALESSIA FATTORI
 Infermiera Specialista in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 ASUFC

PAZIENTE: Femmina, 82 Anni
Patologie concomitanti:
 Nessuna



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo ipergranuleggiante, disomogeneo e ricoperto da fibrina	Quantità essudato	Poco essudante
10/01/2022	Localizzazione	Pretibiale e dorso laterale gamba sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	80% di tessuto ipergranuleggiante e fibrinoso
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Integra	Bordi/Margini	Bordi introflessi e callosi
Lesione traumatica				
Dimensioni iniziali				
12x8 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Chirurgico / Ultrasuoni	Chirurgico / Ultrasuoni	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Foam Adesiva	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Riduzione progressiva delle dimensioni sino a quasi completa chiusura 06/04/2022	L'uso della medicazione ha permesso il mantenimento di un ambiente umido, favorendo un isolamento termico ed agli agenti contaminanti. La medicazione si è rivelata atraumatica, di facile applicazione e rimozione consentendo, inoltre, di gestire la terapia compressiva	Paziente visitata e medicata una volta a settimana in un ambulatorio protetto di II livello ed una volta presso il Distretto di appartenenza	Nessuna



Gangrena diabetica piede dx



PROFESSIONISTA
ROSARIO GIOFFRÈ
 Dirigente Medico, Specialista in Chirurgia Vascolare, Università degli Studi di Genova, Master Universitario di II livello in Angiologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma
Struttura di appartenenza:
 Azienda Ospedaliera "Pugliese - Ciaccio"

PAZIENTE: Maschio, 59 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete mellito scompensato, Iperensione Arteriosa, Insufficienza renale cronica II stadio, Dislipidemia, Obesità



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene 10/01/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Necrosi del V dito con estensione al V metatarso, marcato edema ed eritema del piede e della gamba	Quantità essudato	Molto essudante				
Tipo di lesione/eziologia					Localizzazione	Arto Inferiore dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Tessuto necrotico - fibrinoso 50% circa
Gangrena diabetica settica V dito e V metatarso piede dx, con sindrome compartimentale della gamba da marcato linfedema flogistico								
Dimensioni iniziali Gangrena del diametro di circa 10 cm	Cute perilesionale	Edematosa ed eritematosa	Bordi/Margini	Margini regolari, edematosi ed eritematosi. Bordi sottominati				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
PRESA IN CARICO	 Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Chirurgico / Ultrasuoni	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
DOPO 2 SETTIMANE	 Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Restitutio ad integrum 16/07/2022	Riduzione progressiva del diametro della ferita, con margini degradanti verso il centro della lesione e presenza di tessuto di granulazione e raggiungimento della completa guarigione per II intenzione	Amputazione V dito e V metatarso con exeresi di abbondante tessuto necrotico - fibrinoso dal fondo della lesione, drenaggio di raccolte corpuscolate. Fasciotomie di gamba per evitare la sindrome compartimentale. Applicazione di Aquacel™ Ag + Extra™ inizialmente ogni 3gg e dopo ogni 7gg per 6 mesi.	Notevole controllo delle sovrainfezioni batteriche (verificato con esami colturali) e riduzione dell'essudazione



Ulcera vascolare piede dx



PROFESSIONISTA
ALESSIO PADERI
 Infermiere, Vice-coordinatore
 Assistenza Domiciliare Integrata

Struttura di appartenenza:
 ADI Asl Medio Campidano

PAZIENTE: Maschio, 87 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete mellito di tipo 2



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	14/1/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Margini frastagliati, a picco. Tracce di slough sul fondo, sospetto biofilm, essudato sieroso molto abbondante, cute perilesionale macerata	Quantità essudato	Molto essudante				
Tipo di lesione/eziologia	Ulcera vascolare non definita					Localizzazione	Zona malleolare dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	10% tessuto devitalizzato, 90% pseudo granulazione
Dimensioni iniziali	10x5 cm								

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	0,5x0,5 cm 19/12/2022	Scomparsa dello slough dal letto di lesione, ottenimento della riepitelizzazione con riduzione dell'area lesionale (quasi guarita)	Essudato molto abbondante, con cambio medicazione ogni 48/72h	Nessun problema nella gestione del caso



Decubito cuoio capelluto



PROFESSIONISTA

GUIDO CIPRANDI

MD, PhD, Responsabile Alta Specializzazione Wound Care Pediatrico, Chief Research Officer, Chirurgia Pediatrica, Chirurgia Plastica

Struttura di appartenenza:

Osp. Pediatrico Bambino Gesù, Dpt di Chirurgia, UOC di Chirurgia Plastica e Maxillofaciale

PAZIENTE: Maschio, 1 Anni

Patologie concomitanti:

Neoplasia Cerebrale, Idrocefalo, decubito della derivazione liquorale, deiscenza, Surgical Site Infection, liponecrosi sottocutanea



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	16/01/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	LdP di III Stadio, con segni d'infezione e sospetto biofilm, essudante, con bordi impilati	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Decubito inserzione	Localizzazione	Cuoio capelluto, lungo la curvatura di vertice	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Slough a tratti e quadro di liponecrosi per tessuto non vitale infetto
Dimensioni iniziali	15x2.3 cm	Cute perilesionale	Integra, con lievi segni di macerazione per ambiente troppo umido	Bordi/Margini	Impilati e parzialmente ritratti con lievi sottominature

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
DOPO 2 SETTIMANE	<p>Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico</p>	Enzimatico	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Aquacel™ Foam
PRESA IN CARICO	<p>Meccanica con soluzione antisettica</p>	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag Foam Adesiva	Aquacel™ Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 cm. Follow up a 1 mese senza relapse 10/02/2022	Totale scomparsa dei segni d'infezione (raggiunta in 10gg), con conseguente deterzione del fondo raggiunta in 2 settimane e riepitelizzazione completa in 3. Riduzione del 50% della lesione dopo i primi 7gg di trattamento Wound Hygiene	Deterzione ed antisepsi, seguite da accurato debridement tagliente del fondo e curettage dei bordi. Per i primi 7gg, cambio medicazione quotidiano, poi accesso e cambio ogni 48 ore per 10gg	Paziente con immunodepressione, eta' inferiore a 1 anno (8Mesi), gravi comorbidita' e lesione da decubito associata a device (MDRPU). SSI concomitante con segni clinici di iniziale biofilm. Disinfezione topica con Dimetilbiguanide-Poliesanide e Ossido Cloroso e cute perilesionale con clorexidina



Paziente con lesioni multiple



PROFESSIONISTA
CARLO RIVELLINI
 Chirurgo Vascolare con incarico di alta specialità
Struttura di appartenenza:
 ASL CN 1

PAZIENTE: Femmina, 84 Anni
Patologie concomitanti:
 Artrosi dell'anca, deficit deambulativo, insufficienza renale cronica, anemia cronica, cardiopatia ischemica



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Ulcerazione importante, iperessudante, con segni d'infezione area malleolare int. ed est. e necrosi dal tendine d'achille al tallone	Quantità essudato	Iperessudante
	16/01/2022	Localizzazione	Arto Inferiore, tallone-malleolo	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Sul tallone, tessuto necrotico per 80% dell'area. Sulle lesioni malleolari, tessuto prevalentemente deterso e granuleggiante
	Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Xerotica nell'area perilesionale	Bordi/Margini	Frastagliati e macerati
	Eziologia mista				
	Dimensioni iniziali				
	Lesioni multiple difficilmente misurabili				

Implementazione Wound Hygiene

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Chirurgico / Ultrasuoni	Chirurgico / Ultrasuoni	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Chirurgico / Ultrasuoni	Chirurgico / Ultrasuoni	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	1x0,5 cm area tallone (originariamente 5x10 cm) 16/01/2023	Guarigione completa delle lesioni malleolari. Lesione del tallone ridotta a piccole dimensioni	Inizialmente, utilizzo di cellule staminali e bendaggio compressivo a media compressione	L'uso delle staminali ha aiutato lo sbrigliamento dell'area del tallone. Ottima gestione dell'essudato con medicazione in Idrofibra Ag con capacità antibiofilm, che ha gestito adeguatamente il problema principale del contenimento della lesione

Ulcera pretibiale



PROFESSIONISTA
ALESSIA FATTORI
 Infermiera Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Piattaforma Ambulatoriale ASUFC

PAZIENTE: Maschio, 74 Anni
Patologie concomitanti:
 Patologia cardiovascolare e diabete.
 Eseguito intervento di rivascolarizzazione dell'arto a settembre 2021



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	19/01/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo con aree in riepitelizzazione ed altre di tessuto non vitale, dopo innesto cutaneo	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione da trauma con aggravamento a causa di patologia vascolare	Localizzazione	Pretibiale dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	70% tessuto di granulazione non sana
Dimensioni iniziali	10x6 cm	Cute perilesionale	Integra e idratata	Bordi/Margini	Irregolari

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Foam Adesiva	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
4x2,5 cm 05/10/2022	La lesione si è ridotta	Detersione metodica con tensioattivo ad ogni cambio, seguita da idratazione della cute perilesionale; Debridement con cucchiaio di Volkman e confezionamento di bendaggio elastocompressivo	Nessuna



Morso di cane



PROFESSIONISTA
DANIELA FANFANI
 Infermiere esperto in Wound Care,
 Referente Ospedale-Territorio, Firenze
 Sud Est
Struttura di appartenenza:
 Ospedale Santa Maria Annunziata,
 Poliambulatori, Firenze

PAZIENTE: Femmina, 64 Anni
Patologie concomitanti:
 Ipertensione, Insufficienza venosa, BMI>35
 (obesità)



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione superficiale, circolare, da morso di cane	Quantità essudato	Molto essudante
21/01/2022	Localizzazione	Arto inferiore sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	10% necrosi, 90% slough
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Arrossata, calda, edematosa ed eritematosa	Bordi/Margini	Introversi ed ispessiti
Lesione da morso di cane				
Dimensioni iniziali				
7x5 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Completa guarigione	Guarigione completa	Ciclo di medicazione con frequenza di cambio ogni 5gg	Medicazione ottimale per un uso sotto a bendaggio compressivo
19/05/2022			

Lesione difficile al tallone



PROFESSIONISTA
CARLA SANTELIA
 Coordinatrice Infermieristica
 Assistenza Domiciliare
Struttura di appartenenza:
 Asl SA, ADI Distretto di Pagani

PAZIENTE: Maschio, 72 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Necrotiche, fibrinose	Quantità essudato	Essudante
24/01/2022	Localizzazione	Tallone	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Prevalentemente necrotico
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Edematosa e macerata	Bordi/Margini	Irregolari
Lesioni multiple al tallone fibrinose, necrotiche, infette				
Dimensioni iniziali				
Lesioni multiple in un'area di 10 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	DuoDERM® Extra™Thin
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0	Guarigione completa	Debridement misto, con l'ausilio dell'azione autolitica di DuoDERM®. Cambio medicazione ogni 3gg	Nessuna
31/03/2022			

Sindrome di Cowden



PROFESSIONISTA
DIEGO CECI
 Infermiere Wound Specialist
Struttura di appartenenza:
 Azienda Ospedaliero Universitaria
 Sant'Andrea - Roma

PAZIENTE: Maschio, 30 Anni
Patologie concomitanti:
 Sindrome di Cowden o mutazione del gene
 PTEN, ipotiroidismo acquisito



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione con margini macerati, iperessudante, dolorante e cute perilesionale corneificata	Quantità essudato	Molto essudato
25/01/2022	Localizzazione	Pianta del piede	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	70% tessuto di granulazione
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Macerata e callosa	Bordi/ Margini	Margini correttamente digradanti per il 30% , netti per il 20% e callosi per il 50% ca
Deiscenza da ferita chirurgica				
Dimensioni iniziali				
4x4 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™
Meccanica con soluzione antisettica	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Guarigione completa	Miglioramento	Riduzione del carico mediante tutore total Aircast	Ripresa delle regolari attività quotidiane da parte del paziente e possibilità di sottoporsi a protesizzazione completa
19/01/2023			

Lesione piede sx in Paziente diabetico



PROFESSIONISTA
VULNOLOGIA E DISTRETTO 9
 Infermieri Esperti e Specialisti in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 ASL3 Regione Liguria (GE)

PAZIENTE: Maschio, 68 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete mellito, AOCP



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo parzialmente deterso, lesione refrattaria	Quantità essudato	Essudante
31/01/2022	Localizzazione	Piede sx, zona metatarsale	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	40% fibrina; 60% granulazione
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Integra	Bordi/Margini	Fermi
Piede diabetico				
Dimensioni iniziali				
6,6 cm ²				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0,1 cm ² 21/03/2022	Guarigione	Applicazione metodica e puntuale della procedura Wound Hygiene ad ogni accesso	Ripresa dei naturali processi di rigenerazione tissutale



Ulcera vascolare



PROFESSIONISTA
CINZIA MOCCI
 Infermiera di Chirurgia Generale,
 Master in Wound Care, Stomaterapista
Struttura di appartenenza:
 Ospedale Nostra Sig.ra di Bonaria-Asl
 Sanluri - San Gavino Monreale (SU)

PAZIENTE: Maschio, 50 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione ferma, con sospetto biofilm. Presenza di necrosi e slough su tutta la superficie	Quantità essudato	Essudante
4/2/2022	Localizzazione	Regione tibiale gamba sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	60% necrosi, 40% slough
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Eritematosa, ipercheratosica e discromica	Bordi/ Margini	Adesi, desquamati
Lesione vascolare mista				
Dimensioni iniziali				
16x5,5 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Detersione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam
				Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™ Aquacel™ Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
14x5 cm ca 14/10/2022	Miglioramento generale della lesione, margini più vitali ed attivi, con iniziale riepitelizzazione nella porzione prossimale e centrale; miglior trofismo cutaneo perilesionale	2/3 cambi di medicazioni settimanali, inizialmente, a seconda dell' essudato, con medicazione secondaria in foam. Successivamente, coperta con Avelle™	Paziente difficile, ex tossicodipendente, a volte discontinuo nel seguire il trattamento, condizionando negativamente i tempi di miglioramento della lesione

Lesione Arto Inferiore



PROFESSIONISTA
VULNOLOGIA E DISTRETTO 11
ASL3 REGIONE LIGURIA (GE)
 Infermiere Esperto e Specialista in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 ASL3 Regione Liguria (GE)

PAZIENTE: Femmina, 88 Anni
Patologie concomitanti:
 Insufficienza venosa



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo parzialmente deterso, tessuto di granulazione friabile, ipotesi di biofilm	Quantità essudato	Essudante
01/03/2022	Localizzazione	Arto Inferiore	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	30% necrosi e fibrina, 70% tessuto di granulazione friabile
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Arrossata, edematosa	Bordi/ Margini	Fermi, edematosi
Post-traumatica				
Dimensioni iniziali				
30,4 cm ²				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
1,05 cm ² 10/05/2022	Miglioramento della lesione	Applicazione del protocollo Wound Hygiene ad ogni cambio medicazione	Ripresa della contrazione della lesione



Ginocchio sx



PROFESSIONISTA
UGCA NEURORIABILITAZIONE
 Infermieri ed OSS

Struttura di appartenenza:
 Ospedale di Foligno - Foligno (PG)

PAZIENTE: Maschio, 50 Anni

Patologie concomitanti:
 Politrauma



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	15/3/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione cavitaria con presenza di fibrina ed escara gialla	Quantità essudato	Poco essudante
Tipo di lesione/eziologia	LdP di IV Stadio al ginocchio sx, con presenza di fibrina				
Dimensioni iniziali	3x3x0.5 cm				
Localizzazione	Ginocchio sx	Cute perilesionale	Arrossata	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	30% escara, 40% slough, 30% granulazione
Bordi/Margini	Infiammati, netti e frastagliati				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
3x1x0 cm	Diminuzione dell'essudato	Sostituzione giornaliera di garze sterili	La lesione appare ridotta in profondità e larghezza, con presenza di tessuto granuleggiante sano e margini declivi in riepitelizzazione
25/05/2022			

Ulcera sacrale



PROFESSIONISTA
MARIACONCETTA URSINI
 Infermiera Professionale
Struttura di appartenenza:
 ASP Catanzaro - Cure Domiciliari Integrate

PAZIENTE: Femmina, 83 Anni
Patologie concomitanti:
 Morbo di Parkinson, intervento per frattura di femore dx



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Presenza sia di escara che necrosi umida, precedentemente trattata dai familiari con garza grassa. Forte cattivo odore	Quantità essudato	Essudante
18/3/2022	Localizzazione	Regione sacrale	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Tessuto necrotico per l'80%. Dopo la rimozione dell'escara, il fondo si presenta con slough, essudato e fibrina ostinata
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Arrossata e frastagliata	Bordi/Margini	Bordi con presenza di sottominature
Lesione da pressione sacrale				
Dimensioni iniziali				
23x20 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Aquacel™ Ag Foam
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
1x4 cm 31/10/2022	Riduzione delle dimensioni, della quantità di essudato e del cattivo odore	Media di 3 cambi a settimana, per la presenza di abbondante essudato, per circa 8 mesi	Si è riusciti ad eliminare il tessuto necrotico, applicando la procedura Wound Hygiene, che ha permesso di portare a guarigione la paziente, evitando infezioni, nonostante l'allocalazione sacrale della lesione su paziente incontinente con pannolone

Deiscenza di ferita ortopedica



PROFESSIONISTA
LUCIA CATTANEO
 Infermiera di Ortopedia

Struttura di appartenenza:
 GSD - IOB - Policlinico Ponte San Pietro - Ponte San Pietro (BG)

PAZIENTE: Femmina, 58 Anni

Patologie concomitanti:
 Neuropatia arti inferiori, Ipertensione Arteriosa e scompenso cardiaco in Paziente alcolista e tabagista



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA IN CARICO

<p>Data inizio trattamento con Wound Hygiene</p> <p>22/3/2022</p> <p>Tipo di lesione/eziologia</p> <p>Deiscenza ferita chirurgica sulla cresta tibiale destra, a seguito di intervento di sintesi ossea a mezzo di placche</p> <p>Dimensioni iniziali</p> <p>17x2 cm</p>	<p>Descrizione generale della lesione alla presa in carico</p> <p>Deiscenza con esposizione ossea, presumibilmente infetta</p>	<p>Quantità essudato</p> <p>Essudante</p>
<p>Localizzazione</p> <p>Gamba dx</p>	<p>Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione</p> <p>Fondo deterso, privo di fibrina e necrosi</p>	
<p>Cute perilesionale</p> <p>Integra ma arrossata</p>	<p>Bordi/Margini</p> <p>Arrossati</p>	

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	<p>Meccanica con soluzione salina / ringer</p>	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	<p>Medicazione primaria</p> <p>Aquacel™ Ag + Extra™</p>	<p>Medicazione di copertura</p> <p>Avelle™</p>
	<p>Meccanica con soluzione antisettica</p>	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	<p>Avelle™</p>	<p>Altro</p>

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
<p>0 cm</p> <p>23/06/2022</p>	<p>Guarigione completa raggiunta in 3 mesi (1 mese di trattamento con Avelle™, seguito da trattamento con Aquacel foam ag adesiva e Sofargen)</p>	<p>Durata totale di 3 mesi di trattamento, con cambio medicazione 1 volta a settimana, con esecuzione regolare della procedura Wound Hygiene™. Al 15°gg, introduzione di terapia compressiva tramite calza per Insufficienza Venosa</p>	<p>Nessuna</p>

LDP di difficile guarigione



PROFESSIONISTA
MANUELA BRAMARDI
 Coordinatore Infermieristico
 Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Asl CN 1 - Cuneo

PAZIENTE: Femmina, 75 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete tipo 2, Iperensione, Insufficienza Venosa (ABI 0,9) in paziente con vertebropalstica e protesi alla spalla



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	25/3/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione con tessuto non vitale, fibrinoso e difficilmente rimovibile con metodiche meccaniche. Lesione presente da oltre 4 mesi, con scarsa tendenza alla guarigione	Quantità essudato	Poco essudante				
Tipo di lesione/eziologia	Lesione da Pressione al malleolo esterno sinistro					Localizzazione	Malleolo inferiore arto sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% fibrina
Dimensioni iniziali	2x1 cm								

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	DuoDERM® CGF
Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	DuoDERM® CGF

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
1x0.5 cm dopo un mese di trattamento 29/04/2022	Riattivazione della lesione (dopo 4 mesi di stasi) con riduzione delle dimensioni e formazione di tessuto di granulazione sana in 1 mese di trattamento. Chiusura totale della lesione dopo 2 mesi dalla presa in carico.	Consigliato scarico della pressione durante le ore notturne con talloniera in fibra cava siliconata. Eseguito bendaggio a bassa compressione per migliorare il ritorno venoso, con protezione del malleolo ulcerato con cotone di germania	L'applicazione del regime Wound Hygiene, associata ad una metodica di sbrigliamento autolitico con idrocolloide ed idrofibra, è stata in grado di sbloccare una situazione statica da mesi e di avviare la lesione verso la guarigione

Ulcera venosa



PROFESSIONISTA
ALESSANDRO TEDESCHI
 Infermiere Specialista
 in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Ambulatorio Ferite Difficili Macerata

PAZIENTE: Maschio, 65 Anni
Patologie concomitanti:
 Nessuna



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico Localizzazione Cute perilesionale	Automedicata con Citrosil per 8 mesi. Non healing, bordi netti, fondo falanga c con Slough e tessuto necrotico, macerazione perilesionale	Quantità essudato	Molto essudante	
	26/03/2022			Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Falanga c	
	Tipo di lesione/eziologia			Terzo medio inferiore di gamba sx, regione mediale	Bordi/Margini	Netti, a scalino
	Ulcera venosa			Integra ad ore 12, 3 e 9; macerata ad ore 6		
Dimensioni iniziali						
	36x26 cm					

Implementazione Wound Hygiene

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura ConvaMax™ Non Adesivo
		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Extra™	ConvaMax™ Non Adesivo

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	0 cm 16/12/2022	Guarigione completa	Effettuati 3 cambi settimanali nelle prime 2 settimane, ridotti a 2 nei successivi 15gg ed, infine, 1 cambio settimanale	L'implementazione del regime Wound Hygiene ha permesso di vincere il biofilm, rappresentando il trattamento utile fino a guarigione. Alla scomparsa dello Slough si è provveduto ad adattare l'intensità di approccio di conseguenza. La medicazione si è dimostrata performante anche sotto bendaggio compressivo

Lesione traumatica complessa



PROFESSIONISTA

**VALENTINA AGNELLI E
MONIA CECCARELLI**

Coordinatrice infermieristica

Struttura di appartenenza:

Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Perugia - Pronto soccorso

PAZIENTE: Femmina, 70 Anni

Patologie concomitanti:

Bronchite Cronica in fumatrice,
Vasculopatia periferica



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione con tessuto necrotico al 90% e granulazione non sana per il restante 10%; ematoma e flogosi marcata in area perilesionale; dolore persistente	Quantità essudato	Poco essudante
30/03/2022	Localizzazione	Terzo inferiore gamba sx, regione tibiale	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	90% tessuto devitalizzato, 10% granulazione non sana
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Arrossata, con ematoma sottocutaneo evidente e presenza di edema	Bordi/Margini	Edematosi e non vitali
Lesione traumatica				
Dimensioni iniziali				
7x7 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 cm 21/07/2022	Guarigione completa con minimo esito cicatriziale	Dopo un iniziale Debridement intenso, che ha permesso di evidenziare la complessità generale della lesione, si è proceduto con il protocollo Wound Hygiene fino a completa guarigione, eseguendo il cambio medicazione ogni 3 gg, fino ad arrivare ad un solo controllo settimanale	La principale difficoltà incontrata all'inizio del trattamento è stata l'elevato dolore procedurale durante la fase di debridement. Si sono implementati sistemi di trattamento antalgico prima di effettuare lo sbrigliamento, che hanno permesso una più efficace rimozione del tessuto infetto e non vitale

Hydrofiber in deiscenze chirurgiche



PROFESSIONISTA
PIERLUIGI GALLO
 Medico Chirurgo Vulnologo
Struttura di appartenenza:
 Mavi Center - Napoli

PAZIENTE: Maschio, 68 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete mellito di tipo 2, Iperensione Arteriosa, Arteriopatia Cronica Ostruttiva, Dislipidemia, infezione



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	1/4/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione con presenza di pseudo ed iper-granulazione e sospetto biofilm. Bordi corneificati. Iperemia ed infiammazione perilesionale. Sospetta Infezione.	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Deiscenza settica post amputazione maggiore bilaterale di gamba	Localizzazione	Monconi bilaterali di cosce	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Pseudogranulazione 90%, Fibrina e necrosi 10%
Dimensioni iniziali	60 cm ²	Cute perilesionale	Iperemica ed infiammata	Bordi/Margini	Corneificati ed introflessi

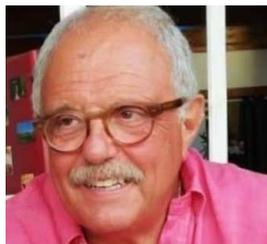
Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
 DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	0 cm 25/05/2022	Guarigione completa	Primo approccio di trattamento con Aquacel™ Ag + Extra™, seguito da 21gg ca di NPWT (120mm Hg) ed, infine, trattamento con Aquacel™ Ag + Extra™ sino a chiusura	Previa bonifica del fondo di lesione, si è optato per l'uso combinato di NPWT con Aquacel™ Ag + Extra™ prima e, successivamente, con Aquacel™ Ag + Extra™ fino a guarigione

Ulcera mista con biofilm



PROFESSIONISTA

FRANCESCO PETRELLA

Responsabile Ambulatorio di Chirurgia Generale -
Centro specializzato nella cura delle ulcere cutanee
ASL NA3 SUD Distretto 34

Struttura di appartenenza:

Ambulatorio di Chirurgia Generale- Distretto 34
ASL NA3 SUD

PAZIENTE: Maschio, 76 Anni

Patologie concomitanti:

Diabete, Insufficienza Venosa
Cronica



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo deterso ma privo di tessuto di granulazione sano e con margini inattivi	Quantità essudato	Essudante
01/04/2022	Localizzazione	III distale regione laterale gamba dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Assenza di tessuto di granulazione
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Leggermente iperemica	Bordi/Margini	Margini non attivi
Eziologia mista				
Dimensioni iniziali				
10x4 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	<p>Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico</p>	Meccanico (PAD / garza)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	<p>Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico</p>	Meccanico (PAD / garza)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
3x1 cm 31/10/2022	Riduzione delle dimensioni della ferita	Cambio di medicazione ogni 3 gg	Il paziente soffre di ulcere cutanee in maniera ricorrente e discontinua da 16 anni. Nel 2014, si era sottoposto ad intervento per innesto cutaneo



Ulcera da pressione arto inferiore sx



PROFESSIONISTA
MARIA TRAMONTANO
 Coordinatore Infermieristico
 Servizio A.D.I.
Struttura di appartenenza:
 ASL Napoli 1 Centro - Distretto
 Sanitario n. 31 - Napoli

PAZIENTE: Femmina, 80 Anni
Patologie concomitanti:
 Iperensione, diabete mellito, sindrome
 da allettamento post frattura



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene 4/04/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico Lesione infetta, con segni biofilm correlati, margini irregolari e macerati	Quantità essudato Molto essudante
	Tipo di lesione/eziologia Lesione da Pressione conseguente ad allettamento per frattura di femore		
	Dimensioni iniziali 6x5 cm	Localizzazione Tallone sx	Bordi/Margini Irregolari e macerati
		Cute perilesionale Macerata ed arrossata	

Implementazione Wound Hygiene

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione salina / ringer	Enzimatico	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
		Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
DOPO 2 SETTIMANE						

STATO FINALE	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
	Guarigione completa 05/05/2022	Dopo la terza medicazione con Aquacel™ Ag + Extra™ ho ripulito meccanicamente il fondo della lesione e continuato a medicare ogni 3gg, fino alla guarigione. Esito: Riepitelizzazione completa	Il paziente è stato presente alla mia osservazione per 30gg. Medicazione inizialmente ogni 2gg, e, a seguire, ogni 3. Ho istruito il Caregiver per la mobilizzazione del paziente, una corretta deterzione della ferita con ringer lattato e ispezione del fondo di lesione ad ogni cambio medicazione	Nel trattamento della lesione, fino alla completa guarigione, sono stati preziosi gli step indicati dal documento di Consensus Wound Hygiene

Miglioramento in lesione dal 2019



PROFESSIONISTA
LUCIA LUISE E GLORIA DORIGO
 Infermiere Specialiste in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Ulss 6 Euganea, ambulatorio
 vulnologico Padova

PAZIENTE: Femmina, 73 Anni
Patologie concomitanti:
 Ipertensione, cardiopatia, insufficienza venosa



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo della lesione con fibrina, segni clinici di biofilm, bordi a tratti secchi e macerati	Quantità essudato	Poco essudante
13/04/2022	Localizzazione	Malleolo esterno gamba dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% Tessuto con segni di biofilm
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	A tratti, sia secca che macerata	Bordi/ Margini	Secchi e macerati, irregolari, frastagliati
Malleolo esterno gamba dx				
Dimensioni iniziali				
5.5 cm x 3 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Aquacel™ Foam
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
1x1 cm 15/05/2022	Riduzione delle dimensioni della lesione con miglioramento del fondo. Ripristino delle caratteristiche cutanee	Prima dell'utilizzo di Aquacel™ Ag + Extra™ le medicazioni venivano cambiate bisettimanalmente. Con l'introduzione del suo utilizzo, si è passati a 1 volta alla settimana. In aggiunta, si è applicato bendaggio elastocompressivo a corta estensione	Ulcera cronica presente dal 2019, con l'utilizzo di Aquacel™ Ag + Extra™, raggiunge un miglioramento sostanziale della lesione

Lesione da Pressione al Tallone



PROFESSIONISTA
MASSIMILIANO MAGRO
 Infermiere Specialista in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 ASL Roma 4 Casa della Salute Ladispoli

PAZIENTE: Maschio, 72 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete, insufficienza renale, insufficienza venosa, obesità



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	20/4/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione infetta con necrosi, fibrina, corneificazione dei bordi e macerazione	Quantità essudato	Molto essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione da Pressione	Localizzazione	Tallone piede sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	35% fibrina, 65% necrosi
Dimensioni iniziali	5x4 cm	Cute perilesionale	Callosa, macerata e disepitelizzata	Bordi/Margini	Callosi e macerati

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
 DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Probabilità di presenza del biofilm	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Aquacel™ Foam
Probabilità di presenza dei bordi	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Chiusura completa 02/12/2022	Formazione di tessuto di granulazione sano e, successivamente, chiusura della lesione	Sbrigliamento meccanico e riattivazione dei bordi. Applicazione del Wound Hygiene ad ogni cambio medicazione	Ottima performance di Aquacel™ Ag + Extra™ e dell'efficacia della procedura Wound Hygiene

Lesione biofilmata



PROFESSIONISTA
FERDINANDO CAMPITIELLO
 Medico Chirurgo, Specialista in Chirurgia Generale e Chirurgia Vascolare
Struttura di appartenenza:
 Università della Campania Luigi Vanvitelli

PAZIENTE: Femmina, 58 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete mellito, ipertensione arteriosa, ipotiroidismo



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Ulcera circonfenziale biofilmata, dolente	Quantità essudato	Iperessudante
26/04/2022	Localizzazione	Gamba dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Denso
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Distrofica, edematosa	Bordi/Margini	Irregolari
Ulcera flebo-linfostatica				
Dimensioni iniziali				
Circonfenziale				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con acqua	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Guarigione completa 12/07/2022	Deterzione del fondo della lesione, con riduzione e miglioramento della qualità, che ha consentito un innesto dermo epidermico a spessore parziale	Inizialmente, cambi medicazione ogni 48 ore. Successivamente alla riduzione dell'essudato, 2 medicazioni settimanali per 35gg	La medicazione è stata associata ad un ottimo bendaggio anelastico multistrato multicomponente



LdP Tallone



PROFESSIONISTA
VULNOLOGIA E DISTRETTO 12
ASL3 REGIONE LIGURIA (GE)
 Infermieri Esperti e Specialisti in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 ASL3 Regione Liguria (GE)

PAZIENTE: Maschio, 91 Anni
Patologie concomitanti:
 Allettamento



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	27/4/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo con tessuto devitalizzato, bordi piani, essudante, cute perilesionale disepitelizzata	Quantità essudato	Essudante	
Tipo di lesione/eziologia	Lesione da Pressione		Localizzazione	Tallone dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% tessuto devitalizzato
Dimensioni iniziali	38 cm ²		Cute perilesionale	Disepitelizzata	Bordi/Margini	Piani

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Extra™	DuoDERM® CGF

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 22/07/2022	Guarigione	Rimozione autolitica tessuto non vitale con enzimi e carbosimetilcellulosa sodica (CMCNa). Successivamente, CMCNa ed idrocolloide o schiuma di poliuretano con CMCNa. Wound Hygiene ad ogni cambio medicazione	Buon risultato, vista l'età ed il carente stato nutrizionale del paziente



Ferita chirurgica infetta e diastasata



PROFESSIONISTA
ALESSANDRO SCALISE
 Professore Associato, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
Struttura di appartenenza:
 Università Politecnica Marche - Azienda Ospedali Riuniti Marche Ancona

PAZIENTE: Maschio, 57 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	2/05/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Segni d'infezione locale	Quantità essudato	Molto essudante
Tipo di lesione/eziologia	Ferita chirurgica infetta	Localizzazione	Inguine bilaterale	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Tessuto non healing al 100%
Dimensioni iniziali	20x30 cm ca	Cute perilesionale	Macerata	Bordi/Margini	Inattivi

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
PROBABILITÀ DI PRESENZA DEL BIOFILM	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
Meccanica con soluzione antisettica	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Aquacel™ Ag Foam
Meccanica con soluzione antisettica	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 03/07/2022	Chiusura fondo e sutura chirurgica	20gg circa di applicazione, con debridement chirurgico e meccanico e 3 cambi settimanali per monitoraggio dei segni clinici d'infezione	A seguito di precedenti trattamenti inadeguati, si è raggiunta la guarigione grazie alla corretta procedura di applicazione del Wound Hygiene con medicazione Aquacel™ Ag + Extra™



Esito di amputazione in un piede



PROFESSIONISTA
NADIA GUARAGLIA
 Infermiera con Master in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 AOU SS Annunziata Sassari, Chirurgia
 d'Urgenza - Sassari

PAZIENTE: Femmina, 85 Anni
Patologie concomitanti:
 Paziente con diabete scompensato



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Presenza di slough e materiale necrotico, iperemia perilesionale	Quantità essudato	Essudante
7/5/2022	Localizzazione	I e II dito piede sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	50% fibrina, 50% slough
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Iperemica e disepitelizzata	Bordi/Margini	Fermi, netti e frastagliati
Deiscenza chirurgica per amputazione dita del piede				
Dimensioni iniziali				
10x5 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Guarigione completa	Guarigione	2 cambi settimanali	Paziente diabetica e cardiopatica scompensata
29/08/2022			

Best Practice: Wound Hygiene



PROFESSIONISTA
SILVIA LUCHETTA E PAOLA GRASSO
 Infermiere Territoriali Team Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Gruppo Wound Care ASL AT - Asti Sud

PAZIENTE: Femmina, 78 Anni
Patologie concomitanti:
 Ipertensione, malattia cardiaca, insufficienza venosa



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	9/5/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione con segni d'infezione, cute perilesionale edematosa, bordi necrotici, slough ed abbondante essudazione	Quantità essudato	Essudante				
Tipo di lesione/eziologia	Ulcera venosa della gamba					Localizzazione	Gamba dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% slough
Dimensioni iniziali	9x5x0,5 cm								

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 29/06/2022	Guarigione	Bendaggio all'ossido di zinco e terapia compressiva	L'implementazione del protocollo Wound Hygiene, associato alla terapia compressiva e l'uso di Aquacel™ Ag + Extra™ sino a fine trattamento, hanno permesso una completa guarigione della lesione



LdP sacrale in Paziente politrauma



PROFESSIONISTA

IVANA MURA
Infermiera

Struttura di appartenenza:
Centro di Riabilitazione Santa Maria Bambina - Oristano

PAZIENTE: Maschio, 50 Anni

Patologie concomitanti:
Incidente sul lavoro, cranioplastica tecale bilaterale, flogosi polmonare, fratture costali d6, d7, d8, craniotomia decompressiva, ischemia fronto parietale dx ed edema diffuso



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione di IV Stadio con esposizione ossea	Quantità essudato	Molto essudante
11/5/2022	Localizzazione	Sacro	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fondo necrotico 5% e tessuto di pseudo granulazione
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Macerata, con segni biofilm correlati	Bordi/Margini	Frastagliati
Lesione da Pressione da postura supina obbligata, in paziente alta intensità				
Dimensioni iniziali				
19x15 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Enzimatico	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Enzimatico	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Guarigione	Guarigione	Inizialmente è stata utilizzata TPN con irrigazione a 39°. Successivamente, medicazioni con Aquacel™ Ag + Extra™	Nessuna
07/11/2022			

Tragitto fistoloso faringo-cutaneo



PROFESSIONISTA
FRANCESCO STIVALA
 Wound Care Specialist

Struttura di appartenenza:
 A.O.U. Città della Salute e della
 Scienza di Torino, Ospedale
 Molinette

PAZIENTE: Maschio, 66 Anni
Patologie concomitanti:
 Iperensione, Iperetrofia prostatica benigna



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene 12/5/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico Lesione post-chirurgica complicata da tragitto fistoloso della pESSIA oro-faringea con perdita di sostanza. Infezione da Pseudomonas aeruginosa	Quantità essudato	Iperessudante
Tipo di lesione/eziologia Tragitto fistoloso faringo - cutaneo in paziente sottoposto ad intervento chirurgico di laringectomia totale		Localizzazione	Mediana del collo
Dimensioni iniziali 8x4 cm		Cute perilesionale	Integra
		Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Inizialmente, presenza di fibrina su fondo di lesione con essudato purulento e maleodorante
		Bordi/Margini	Bordi lineari, al momento della presa in carico presentano macerazione da iperessudato salivare

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Detersione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanico (PAD / garza)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura ConvaMax™ Non Adesivo
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanico (PAD / garza)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Chiusura completa 08/07/2022	Riduzione del tragitto fistoloso faringo-cutaneo (successivamente chiuso dopo intervento chirurgico di trasposizione di lembo dorsale). Riepitelizzazione completa della lesione sottostante al tragitto fistoloso	Eseguita medicazione compressiva con benda coesiva e tape kinesiologico, per avvicinamento meccanico dei bordi e riduzione del flusso di saliva proveniente dal tragitto fistoloso	Grazie all'utilizzo di Aquacel™ Ag + Extra™ con opportune medicazioni di copertura e l'abbinamento a terapia antibiotica sistemica, siamo riusciti a gestire l'infezione e l'iperessudato salivare proveniente dalla fistola. Questo ha permesso di riattivare i processi rigenerativi, sino alla riepitelizzazione e chiusura completa



Ulcera venosa



PROFESSIONISTA

VINCENZO DI MARTINO
Wound Care Specialist

Struttura di appartenenza:
U.O.S.D. Rete Ulcere Cutanee ASL NA 3 SUD

PAZIENTE: Femmina, 82 Anni

Patologie concomitanti:
Diabete, nefropatia



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	16/05/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo con 20% di tessuto devitalizzato ed 80% di tessuto di granulazione. Essudazione maleodorante e di entità media	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione venosa				
Dimensioni iniziali	12,3x5,6 cm				
Localizzazione	Arto Inferiore dx	Bordi/Margini	Integra	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	80 % granulazione, 10 % fibrina, 10% necrosi
Cute perilesionale					

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Ag Foam
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Extra™	Aquacel™ Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 20/07/2022	Guarigione completa in 64gg	Per i primi 20gg, 3 cambi medicazione settimanali, successivamente ridotti a 2, con aggiunta di bendaggio elasto-compressivo	Paziente non autosufficiente trattata a domicilio



Marco: ...neverending story



PROFESSIONISTA

LAURA NICOLAI

Ambulatorio di Chirurgia Vascolare, Ospedale di Castelfranco: IP Stefania Turcato, IP Lara Gentilini, Dr.ssa Laura Nicolai, Dr. Doro Stefano, Dr. Gian Antonio Boschetti, Dr. Daniele Masotti

Struttura di appartenenza:

UOC di Chirurgia Vascolare di Treviso - sede di Castelfranco

PAZIENTE:

Maschio, 44 Anni

Patologie concomitanti:

Obesità, Insufficienza Venosa Cronica in paziente forte fumatore



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

<p>Data inizio trattamento con Wound Hygiene</p> <p>26/5/2022</p> <p>Tipo di lesione/eziologia</p> <p>Ampie lesioni ulcerative di gamba, bilaterali, post-traumatiche (lesioni penetranti da schegge metalliche)</p> <p>Dimensioni iniziali</p> <p>8x14 cm a sx.</p>	<p>Descrizione generale della lesione alla presa in carico</p> <p>Lesioni con spesso strato di fibrina, sovrainfette (paziente inizialmente ricoverato per stato settico)</p>	<p>Quantità essudato</p> <p>Iperessudante</p>
<p>Localizzazione</p> <p>Superficie anteriore di gamba, bilaterale</p>	<p>Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione</p> <p>Fibrinoso</p>	
<p>Cute perilesionale</p> <p>Rosea, non macerata, con discromia da Insufficienza Venosa Cronica</p>	<p>Bordi/Margini</p> <p>Netti ed ispessiti (3 mm ca)</p>	

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO DOPO 2 SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™ ConvaMax™ Non Adesivo
	Meccanica con acqua	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	ConvaMax™ Non Adesivo

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
2x11cm a sinistra 31/01/2023	Oltre la lesione fotografata, il paziente riportava anche altre due lesioni a dx che inizialmente avevano un diametro di 8 e 5 cm. A fine osservazione, le lesioni a dx sono 3 con diametro variabile da 1 a 3 cm. Persistono discretamente secernenti.	Applicato bendaggio elastico ad ogni medicazione, che viene eseguita a cadenza bisettimanale. Il paziente è scarsamente compliant, non sospende abitudine tabagica e si rifiuta di afferrare al servizio di dietetica e nutrizione	Paziente poco compliant, con peso corporeo intorno a 200kg. Le lesioni sono presenti dal settembre 2020, con graduale e costante peggioramento. Nel frattempo, si sono succeduti ricoveri in ambiente medico per stato settico. La nostra presa in carico risale a maggio 2022



Lesione vasculitica dolorante



PROFESSIONISTA
FRANCESCA MENICONI E FABIOLA GIGLIARELLI
 Infermiere
Struttura di appartenenza:
 Ospedale San Giovanni Battista

PAZIENTE: Femmina, 78 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete, arteriopatia grave



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico Lesione vasculitica dolorante con margini frastagliati e fermi, cute perilesionale eritematosa e macerata	Quantità essudato	Molto essudante		
31/05/2022		Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	90% slough e fibrina		
Tipo di lesione/eziologia				Localizzazione	Malleolo esterno Arto Inferiore sx
Vasculite					
Dimensioni iniziali		Cute perilesionale	Bordi/ Margini	Bordi rialzati non vitali e irregolari	
16x6 cm	Eritematosa e macerata				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
PROBABILITÀ DI PRESENZA DEL BIOFILM				Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione antisettica	Enzimatico	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
PROBABILITÀ DI PRESENZA DEL BIOFILM DOPO 2 SETTIMANE					
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Guarigione 18/12/2022	Miglioramento graduale di tutta la lesione, sino a guarigione completa	Rimozione del tessuto non vitale con curette, in seguito ad esiti parziali di azione enzimatica sulla fibrina tenacemente radicata al fondo. Successivamente, applicazione di Idrogel con Aquacel™ Ag + Extra™. Cambio medicazione eseguito ogni 72h circa	Tempo di guarigione buono, con soddisfacente controllo del dolore in paziente compliant fino a completa guarigione



Ulcera venosa



PROFESSIONISTA
MARCO SIGONA E MARELLA CASTRICINI
 Responsabile Unità Operativa Semplice
 Ferite Difficili AST 3
Struttura di appartenenza:
 UOC Dermatologia Ospedale Macerata

PAZIENTE: Maschio, 89 Anni
Patologie concomitanti:
 Insufficienza venosa, Ipertensione



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	01/06/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Presenza di slough, essudazione moderata, sospetto biofilm ed infezione locale, con tessuto di granulazione friabile	Quantità essudato	Essudante				
Tipo di lesione/eziologia	Ulcera venosa della gamba					Localizzazione	Malleolare interna	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% slough
Dimensioni iniziali	8x7x0,5 cm								

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
1x2x0 cm 01/07/2022	Lesione migliorata, essudato assente, assenza di segni d'infezione, riduzione del dolore e presenza di tessuto di granulazione	Accessi eseguiti nelle date 01/06, 10/06, 17/06, 29/06 e 01/07. Ad ogni accesso si è provveduto all'applicazione del protocollo Wound Hygiene, medicando con Aquacel™ Ag + Extra™ coperta da garza sterile	Il 13 luglio la lesione risultava chiusa

Lesione vascolare con esposizione tendinea



PROFESSIONISTA
NADIA GUARAGLIA
 Infermiera con Master in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 AOU SS Annunziata Sassari,
 Chirurgia d'Urgenza - Sassari

PAZIENTE: Maschio, 78 Anni
Patologie concomitanti:
 Insufficienza Venosa, safenectomia, Bpco, cardiopatia



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	6/6/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione ferma, con margini arrotondati e netti; Fondo con fibrina, Slough ed esposizione tendinea. Essudato maleodorante, sospetto biofilm	Quantità essudato	Molto essudante
Tipo di lesione/eziologia	Ulcera vascolare presente da 4 anni	Localizzazione	Terzo medio gamba sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	30-40% fibrina/slough, 60-70% tessuto di pseudogranulazione
Dimensioni iniziali	8,2x5,5 cm	Cute perilesionale	Iperemica ed arrossata	Bordi/ Margini	Netti, frastagliati ed inattivi, con parziale presenza di macerazione

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
5,1x2,6 cm 13/07/2022	Riduzione del volume di essudato ed assenza di cattivo odore; Riduzione del dolore, con margini attivi, contrazione del letto lesione, cute rimarginata	2 cambi settimanali	Nessuna

Deiscenza da melanoma



PROFESSIONISTA
FRANCESCO PALUMIERI
 Medico Specialista in ortopedia
Struttura di appartenenza:
 Ospedale di Cona Ferrara

PAZIENTE: Femmina, 65 Anni
Patologie concomitanti:
 Melanoma con metastasi renale e polmonare,
 ipertensione Arteriosa



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	La lesione si presentava sporca, con forte essudazione, margini in stasi, dolore urente e sospetto biofilm	Quantità essudato	Molto essudante
15/06/2022	Localizzazione	Regione antero mediale terzo distale tibia dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Granuleggiante 5/10%, slough 80%, fibrina 5/10%
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	In sofferenza, arrossata	Bordi/Margini	Inattivi
Deiscenza di ferita				
Dimensioni iniziali				
5x4 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 cm 15/09/2022	Guarigione completa della lesione	Detersione energica con clorexidina. Sbrigliamento chirurgico fino a sanguinamento e riattivazione dei margini. A metà trattamento la paziente ha sviluppato neoformazione ed abbiamo continuato solo con detersione e medicazione	Dopo 1 mese, eseguita biopsia con diagnosi finale di melanoma. Sulla neoformazione, ipergranuleggiante, è stato evitato il debridement, utilizzando solo detersione soft ed Aquacel™ Ag + Extra™. Non appena la paziente ha iniziato la chemioterapia, la lesione si è ridotta notevolmente

Necrosi del 1° dito del piede dx



PROFESSIONISTA
PAOLA FIAMMA
 Infermiera Esperta in Wound Care

Struttura di appartenenza:
 Ospedale San Filippo Neri - Roma

PAZIENTE: Maschio, 70 Anni

Patologie concomitanti:
 Diabete, ipertensione



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene 15/6/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico Necrosi parziale del I dito piede dx con perdita di sostanza	Quantità essudato Essudante
Tipo di lesione/eziologia Ascesso plantare con necrosi del 1° dito del piede dx, a seguito di un'infiltrazione di cortisone per algia post-traumatica		Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione 80% di tessuto necrotico. A seguito di debridement, 10% fibrina/slough con tessuto di granulazione friabile
Dimensioni iniziali 12x4 cm		Bordi/Margini Netti ed introflessi
Localizzazione I metatarso piede dx	Cute perilesionale Segni clinici d'infezione, edema, cute secca ed eritematosa	

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Chirurgico / Ultrasuoni	Chirurgico / Ultrasuoni	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Aquacel™ Foam	
Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam	

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
5x1 cm 25/08/2022	Risoluzione del quadro necrotico infettivo, con parziale risoluzione della perdita di sostanza del I dito. Sulla pianta del piede sono visibili i tramiti fistolosi cicatrizzati	Incisione chirurgica della faccia mediale del I dito, finalizzata a drenaggio e bonifica dell'ascesso plantare, con rimozione della necrosi	Applicazione del Wound Hygiene ad ogni cambio di medicazione



TPN monouso post amputazione Arto Inferiore



PROFESSIONISTA

CINZIA LANZONE

Posizione Organizzativa Dipartimento Chirurgico, Responsabile Ambulatorio Ferite Difficili

Struttura di appartenenza:

ASL 4 Regione Liguria - Ambulatorio Infermieristico Ferite Difficili - SC Chirurgia Lavagna - Lavagna (GE)

PAZIENTE: Maschio, 63 Anni

Patologie concomitanti:

Diabete mellito di tipo 2



PRESA IN CARICO

<p>Data inizio trattamento con Wound Hygiene</p> <p>15/6/2022</p>	<p>Descrizione generale della lesione alla presa in carico</p> <p>Tessuto sufficientemente perfuso, ma con tracce di fibrina e sottominature</p>	<p>Quantità essudato</p> <p>Essudante</p>	
<p>Tipo di lesione/eziologia</p> <p>Flemmone al piede dx e gangrena delle dita, deiscenza ferita chirurgica</p>		<p>Localizzazione</p> <p>Arto Inferiore dx</p>	<p>Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione</p> <p>30% tessuto non vitale, 70% tessuto deterso</p>
<p>Dimensioni iniziali</p> <p>96 cm²</p>		<p>Cute perilesionale</p> <p>Integra</p>	<p>Bordi/Margini</p> <p>Introflessi e sottominati</p>

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	<p>Meccanica con soluzione tensioattiva</p>	<p>Meccanico (PAD / garza)</p>	<p>Meccanico (PAD / garza)</p>	<p>Medicazione primaria</p> <p>Aquacel™ Ag + Extra™</p>	<p>Medicazione di copertura</p> <p>Avelle™</p>
	<p>Meccanica con soluzione tensioattiva</p>	<p>Meccanico (PAD / garza)</p>	<p>Meccanico (PAD / garza)</p>	<p>Aquacel™ Ag + Extra™</p>	<p>Avelle™</p>

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
<p>0 cm²</p> <p>03/08/2022</p>	<p>Dopo 15gg di trattamento si è apprezzato un significativo miglioramento della lesione, con assenza di fibrina, evidente riepitelizzazione e riduzione dell'area. Il paziente ha dimostrato un'ottima compliance nell'uso del dispositivo; non ha avvertito dolore né disagio e velocizzato la riabilitazione</p>	<p>Deterzione meccanica e frequenza di cambio medicazione ogni 5 gg. Dopo 1 mese, si è completato il trattamento con medicazioni bioattive per 20gg, fino a chiusura completa</p>	<p>Il paziente ha potuto avviarsi alla protesica, recuperando la sua vita - e quella del Caregiver - con piena soddisfazione. Questo si traduce anche nella nostra soddisfazione di aver saputo prenderci cura del paziente, contribuendo al suo inserimento sociale, in una nazione che, in maniera concreta, gli ha dimostrato accoglienza</p>



Ulcera venosa recidiva



PROFESSIONISTA
ORNELLA FORMA
 Responsabile Clinico di Ricerca e
 Formazione, Unità di Vulnologia

Struttura di appartenenza:
 Ospedale San Raffaele - Milano

PAZIENTE: Maschio, 62 Anni

Patologie concomitanti:
 Episodio di embolia polmonare (1994) dopo TVP
 arto inferiore; legatura delle perforanti gamba sx.
 1997 ulcere venose gamba sx; 2000 autoinnesto
 DE (Thiersch). Episodi di ulcere venose recidivanti,
 sempre alla gamba sx. Attualmente, ulcere da 5 anni



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	16/6/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Cute perilesionale mal gestita, con bordi callosi, ipercheratosi, macerazione e fondo fibrinoso	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione venosa pluri-recidivante	Localizzazione	Terzo inferiore gamba sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	70% fondo necrotico
Dimensioni iniziali	10x9x0.2	Cute perilesionale	Mal gestita e con ipercheratosi	Bordi/Margini	Bordi callosi e, in alcuni punti, macerati

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Medicazione primaria	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Ag Foam
Medicazione di copertura	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag Foam Non Adesiva	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Pressochè invariate 02/02/2023	Si erano ottenuti buoni risultati; Poi, a seguito di ricovero per Covid con complicanza polmonare, il paziente è ritornato dopo 4 mesi	Dopo 4 medicazioni, buon controllo dell'essudato con riduzione dell'odore. Da medicazione complessa, si è passati a medicazione di "copertura"	Ancora in trattamento

Moto che passione



PROFESSIONISTA
AMBULATORIO INFERMIERISTICO
LESIONI CUTANEE
 Infermiere Specializzate in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 ASST Ovest milanese

PAZIENTE: Maschio, 51 Anni
Patologie concomitanti:
 Nessuna



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Quantità essudato
17/06/2022	Escara	Poco essudante
Tipo di lesione/eziologia	Localizzazione	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione
Traumatica	Cresta tibiale Arto Inferiore sx	100% Escara
Dimensioni iniziali	Cute perilesionale	Bordi/ Margini
6,5x 3,5 cm	Integra	Non attivi

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
4X2 cm 08/07/2022	Riduzione delle dimensioni con comparsa di tessuto di granulazione	Nessuno	Nessuna



Lesione arto inferiore dx



PROFESSIONISTA
RAFFAELA CALZAVARA
 Infermiera
Struttura di appartenenza:
 ULSS 6 Euganea, Distretto n. 4

PAZIENTE: Femmina, 79 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete, malattia cardiaca generale,
 BMI >35, in Terapia Antibiotica Orale
 e con mobilità limitata



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Paziente sofferente durante la procedura di medicazione, zona perilesionale arrossata essudante	Quantità essudato	Essudante
17/06/2022	Localizzazione	Arto inferiore dx, zona sopra malleolare interna	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% tessuto con segni biofilm correlati
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Arrossata e sofferente	Bordi/Margini	Non definiti, arrossati e macerati
Lesione biofilmata con essudato abbondante				
Dimensioni iniziali				
7x5 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Detersione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione					
	<p>Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico</p>	<p>Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico</p>	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	<table border="1"> <tr> <th>Medicazione primaria</th> <th>Medicazione di copertura</th> </tr> <tr> <td>Aquacel™ Ag + Extra™</td> <td>Altro</td> </tr> </table>	Medicazione primaria	Medicazione di copertura	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
Medicazione primaria	Medicazione di copertura								
Aquacel™ Ag + Extra™	Altro								
			Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	<table border="1"> <tr> <th>Medicazione primaria</th> <th>Medicazione di copertura</th> </tr> <tr> <td>Aquacel™ Ag + Extra™</td> <td>Altro</td> </tr> </table>	Medicazione primaria	Medicazione di copertura	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
Medicazione primaria	Medicazione di copertura								
Aquacel™ Ag + Extra™	Altro								

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
3x3 cm 18/07/2022	Riduzione dell'essudato e delle dimensioni della lesione	Nessuna	Nessuna

Vasta ulcera arto inferiore



PROFESSIONISTA
BARBARA BERTINI
 Infermiera con Master in Wound Care,
 Referente Ambulatorio Infermieristico
 Lesioni Cutanee
Struttura di appartenenza:
 Ambulatorio Infermieristico Ospedale
 di Comunità

PAZIENTE: Femmina, 86 Anni
Patologie concomitanti:
 Cardiopatia, Insufficienza Venosa Cronica,
 ipercifosi dorsale, ipomobilità



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene 17/06/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico Lesione dolorosa, con fondo non vitale e profondità non stadiabile	Quantità essudato Iperessudante	
	Tipo di lesione/eziologia Lesione necrotica insorta in seguito ad importante edema degli arti inferiori, con soffiusione emorragica			Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione 100% tessuto necrotico
	Dimensioni iniziali 30x10 cm anteriormente, 20x10 cm posteriormente			Cute perilesionale Arrossata e sofferente per presenza di edema e macerazione
	Localizzazione Arto Inferiore dx, regione anteriore-esterna e zona poplitea			

Implementazione Wound Hygiene

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Enzimatico	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
	DOPO 2 SETTIMANE		Meccanica con soluzione tensioattiva	Enzimatico	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	10x15 cm	Dopo 6 settimane di trattamento, comparsa di tessuto granuleggiante per circa il 50%, bordi in attivazione e cute perilesionale sana. Dopo ulteriori 11 settimane, fondo granuleggiante al 100%, bordi attivi con bottoni epiteliali e cute perilesionale sana	Ad inizio trattamento, sbrigliamento enzimatico; Successivamente, escluso il rischio emorragico, courettage con cucchiaio di Volkman, associato a bendaggi compressivi multistrato, con 3 cambi settimanali, poi ridotti ad 1, in conseguenza della ridotta essudazione	Le patologie concomitanti hanno rallentato il processo di guarigione, ma il trattamento tempestivo sulle cause (edema-emorragia) e l'allontanamento sistematico dei tessuti non vitali della lesione, hanno permesso il controllo della carica batterica, creando un microambiente favorente granulazione e riepitelizzazione
	06/02/2023			

Ulcere cutanee arti inferiori



PROFESSIONISTA
VINCENZO LAULETTA
 Medico Specialista in Chirurgia Generale
Struttura di appartenenza:
 ASL Taranto

PAZIENTE: Maschio, 32 Anni
Patologie concomitanti:
 Nessuna



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesioni cutanee di II e III stadio a livello di gamba e coscia	Quantità essudato	Iperessudante
24/6/2022	Localizzazione	Arti inferiori	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fondo sano
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Edematosa a margini frastagliati	Bordi/ Margini	Frastagliati e sottominati
Ulcere cutanee di II e III Stadio agli arti inferiori				
Dimensioni iniziali				
40x50 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanica con soluzione salina / ringer	Chirurgico / Ultrasuoni	Chirurgico / Ultrasuoni	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	ConvaMax™ Adesivo
Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	ConvaMax™ Adesivo

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
5x3 cm	Guarigione con esiti diacronico - distrofici	Medicazioni bisettimanali con debridement meccanico	Nessuna
10/01/2023			

Deiscenza post amputazione



PROFESSIONISTA

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ASL1 REGIONE LIGURIA DISTRETTO SANREMESE
 Equipe Assistenza Domiciliare Integrata ASL1, Distretto Sanremese
Struttura di appartenenza:
 Assistenza Domiciliare Integrata ASL1 Regione Liguria - Distretto Sanremese

PAZIENTE: Femmina, 89 Anni

Patologie concomitanti:
 Grave Insufficienza Arteriosa, ischemia dell'arto inferiore sx



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo fibrinoso, margini/bordi introflessi e piantati, essudato corpuscolato, segni di colonizzazione critica ed ipotesi di Biofilm	Quantità essudato	Essudante
01/07/2022	Localizzazione	Arto Inferiore sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	90% fondo fibrinoso, 10% fondo deterso
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Integra	Bordi/Margini	Introflessi e piantati
Deiscenza da ferita chirurgica post amputazione				
Dimensioni iniziali				
16 cm ²				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
Meccanica con acqua	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 cm ² 23/08/2022	Il 23/08/2022 viene dimessa dal servizio A.D.I. per raggiunta guarigione	L'1/07 si inizia trattamento con Aquacel™ Ag + Extra™. A partire dal 27/07, si continua con l'aggiunta di Avelle™ ed, in fine, dal 18/08, con medicazione di chiusura	Con un appropriato trattamento della lesione, si riduce il numero degli accessi domiciliari e, soprattutto, il disagio di doversi sottoporre a continue medicazioni. Abbiamo riscontrato anche un beneficio economico relativo ai costi sanitari diretti ed indiretti



Trattamento domiciliare piede diabetico



PROFESSIONISTA
TEAM ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
 Coordinatore Infermieristico Francesca Perazzo
Struttura di appartenenza:
 ASL 4 Regione Liguria - Assistenza Domiciliare Integrata Distretto 15 - Chiavari

PAZIENTE: Maschio, 74 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete, flemmone, fistola plantare



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo deterso, ipotesi di biofilm	Quantità essudato	Essudante
07/07/2022	Localizzazione	Arto Inferiore sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% granulazione
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Integra, edematosa	Bordi/Margini	Sottominati
Piede diabetico, lesione laterale, con fistola plantare				
Dimensioni iniziali				
4x2,5x3 cm, con tunnelizzazione plantare				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Probabilità di presenza del biofilm	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™
Probabilità di presenza del biofilm	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
1,5x0,7 cm e risoluzione completa della tunnelizzazione 05/10/2022	Presentata, inizialmente, con le dimensioni di 4x2,5 cm con 3 di profondità e tunnelizzazione plantare, alla data del 7 settembre la lesione si mostra di dimensioni decisamente ridotte: 1,5x0,7 cm. con risoluzione completa della tunnelizzazione e fondo deterso	Dal 7 luglio 2022, per 21 giorni: Trattamento con Aquacel™ Ag + Extra™ e TPN monouso (-80mm Hg), per controllare la carica batterica e favorire la risalita del fondo. Il 28 luglio, si opta per trattamento con TPN standard (-125 mmHg) e, dal 10 Agosto, si porta la lesione a chiusura con l'uso di Aquacel™ Ag + Extra™	L'approccio multidisciplinare ci ha permesso di ottenere ottimi risultati in un tempo decisamente breve, migliorando il flusso di lavoro degli operatori, il comfort del paziente e dei familiari



Lesione vascolare



PROFESSIONISTA
ANIELLO APUIZZO
 Infermiere Specialista in Lesioni Cutanee/Master in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Usl Toscana Sud Est

PAZIENTE: Femmina, 85 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete, insufficienza vascolare, ipertensione, demenza senile



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Quantità essudato
8/07/2022	Fondo non deterso, con segni biofilm-correlati e bordi frastagliati	Poco essudante
Tipo di lesione/eziologia	Localizzazione	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione
Lesione vascolare	Arto Inferiore sx, area posteriore del polpaccio	Fondo prevalentemente coperto da granulazione non sana
Dimensioni iniziali	Cute perilesionale	Bordi/Margini
9,5x2 cm	Assenza di eritema	Fermi

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 04/08/2022	In 4 settimane si è raggiunta la guarigione. Già nelle prime 2 settimane, si è evidenziata una riduzione delle dimensioni di quasi il 50%	Paziente sovrappeso scarsamente collaborante, con continuo decubito supino aggravante la lesione. Per le prime 2 settimane, applicazione di bendaggio ossido di zinco con cambio settimanale. Nelle ultime 2, solo bendaggio lieve	Si ottiene la guarigione solo se si persevera attraverso un gioco di squadra

Lesioni superessudanti



PROFESSIONISTA
DANIELA RIBERO
 Infermiere esperto in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 ASL CN 1, Ambulatorio di Vulnologia
 Verzuolo Verzuolo (CN)-

PAZIENTE: Maschio, 88 Anni
Patologie concomitanti:
 Obesità con Insufficienza Venosa Cronica,
 portatore di lesioni multiple all'arto inferiore
 sinistro da circa 1 mese



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesioni a stampo, presenti da 1 mese, in progressiva estensione per macerazione, fortemente essudanti, con dolore VAS 10 non supportato	Quantità essudato	Iperessudante
12/07/2022	Localizzazione	Arto inferiore sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% granuleggiante
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Macerata	Bordi/Margini	Macerati, bloccati
Lesioni multiple venose				
Dimensioni iniziali				
3x2,5 cm, 1,5x0,5 cm, 2,5x1,5 cm, 3x0,5 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	ConvaMax™ Non Adesivo
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	ConvaMax™ Non Adesivo

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
2 lesioni rimaste: 1,5x0,5 cm e 2x0,05 cm 09/09/2022	Riduzione della frequenza dei cambi medicazione (da 48 h nella prima settimana a 72 h per le successive). Dopo 1 mese di trattamento la gestione dell'essudato non costituisce più un problema e si sospende l'utilizzo del superassorbente. Dopo 7 settimane le lesioni risultano quasi completamente riepitelizzate	Bendaggio elastocompressivo, terapia antalgica	L'associazione della procedura Wound Hygiene con l'uso di Aquacel™ Ag + Extra™ e ConvaMax™ hanno permesso un'ottima gestione dell'essudato e della carica microbica. La scelta terapeutica si è rivelata fondamentale nel migliorare la quotidianità del paziente, anche per quanto concerne il dolore (VAS 2) con ripresa della deambulazione

Lesione guarita in 60 giorni



PROFESSIONISTA
LUCIA LUISE E GLORIA DORIGO
 Infermiere Specialiste in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 ULSS 6 Euganea, Ambulatorio Vulnologico di Padova

PAZIENTE: Maschio, 93 Anni
Patologie concomitanti:
 Vasculopatia, cardiopatia



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	19/07/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione presente da 1 anno senza miglioramenti: apparentemente fondo con tessuto di granulazione, secco, con lieve macerazione dei bordi	Quantità essudato	Poco essudante	
Tipo di lesione/eziologia	Lesione venosa spontanea		Localizzazione		Malleolo esterno dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione
Dimensioni iniziali	1x1,5 cm			Cute perilesionale	Rosea, integra e secca (disidratata)	

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	Cute integra 19/09/2022	Guarigione	Mediamente, 1 cambio medicazione settimanale, con utilizzo di bendaggio elasto-compressivo più tubulare, fino al 29.7. Successivamente, gambaletto elasto-compressivo	Lesione precedentemente trattata per 1 anno come ulcera di difficile guarigione, in realtà, una volta disgregato ed inibito il biofilm e con l'utilizzo del bendaggio elasto-compressivo, è guarita in tempi rapidi

Ustione da contattato con fiamme



PROFESSIONISTA
ADI MESORACA
 Infermieri
Struttura di appartenenza:
 Asp Crotone

PAZIENTE: Maschio, 79 Anni
Patologie concomitanti:
 Anemia sideropenica - Ipertensione Arteriosa



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	1/11/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione con segni d'infezione locale, essudazione moderata verdastra e maleodorante, fondo fibrinoso, bordi e margini in estensione, cute perilesionale integra	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Ustione da calore di gamba e coscia dx	Localizzazione	Regione sovramalleolare interna	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fondo fibrinoso, Score B, granulazione 50-100%
Dimensioni iniziali	Ustione a tutto spessore gamba e coscia posteriore	Cute perilesionale	Secca, con aree di ipercheratosi e zone di fragilità cutanea	Bordi/Margini	In estensione

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanico (PAD / garza)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Carboflex®
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Ag Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
4x2 cm 01/02/2023	In 10 settimane, si osserva rigenerazione epiteliale dai bordi della ferita verso il centro, su metà della lesione	Profonda ed estesa deterzione dell'intera gamba con soluzioni tensioattive ed antimicrobiche. Debridement e riattivazione dei bordi mediante curette e medicazioni con idrofibra coperta da schiuma di poliuretano. Cambi medicazione ogni 48h per moderata essudazione (Antibiotico ev). Dopo 15gg, cambio medicazione bisettimanale e, successivamente, 1 a settimana	Dolore procedurale (NRS 8) riscontrato solo nella fase iniziale del trattamento



Disabilità e decubito dell'alluce



PROFESSIONISTA

GUIDO CIPRANDI

MD, PhD, Responsabile Alta Specializzazione Wound Care Pediatrico, Chief Research Officer, Chirurgia Pediatrica, Chirurgia Plastica

Struttura di appartenenza:

Osp. Pediatrico Bambino Gesù, Dpt di Chirurgia, UOC di Chirurgia Plastica e Maxillofacciale

PAZIENTE: Maschio, 12 Anni

Patologie concomitanti:

Disabilità con Paraparesi Spastica, conseguenza di severo trauma della strada e lesione midollare, magrezza



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	LdP non stadiabile per presenza di ampia necrosi della punta dell'alluce; tessuto non vitale pericirconfenziale ed essudazione importante	Quantità essudato	Essudante
25/07/2022	Localizzazione	Alluce piede dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Escara bruna e necrosi evidente anche gialla
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Macerata, necrotica, a tratti ulcerata ed essudante	Bordi/Margini	Integrati al fondo di lesione
Lesione da Pressione				
Dimensioni iniziali				
2 cm di diametro, circolare				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	DuoDERM® Extra™Thin
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 cm 22/09/2022	Guarigione completa, riepitelizzazione graduale: ad oggi, dopo tre mesi, nessun relapse. Mai infezioni. Bordi perilesionali e tratto centrale della lesione necrotica ben trattati, senza alcun segno di complicanze a carico della cute perilesionale ne' di SSI	Approccio con delicato sharp debridement in anestesia locale percutanea ed asportazione dei tessuti non vitali e dell'escara sia bruna che gialla. Medicazione con Aquacel™ Ag + Extra™ ogni 48 ore per 5 cambi consecutivi, successivamente ogni 72 ore per 15gg. Infine, medicazioni domiciliari ogni 3/4gg	Lesione sfidante, come sono le lesioni del piede nei disabili per ridotta perfusione, assenza della pompa del ritorno venoso e di capacità motoria. Richiesta di FKT quotidiana per la prima settimana, poi con sessioni di 2-3 volte a settimana fino a guarigione. Tutore per il mantenimento della corretta postura



Gestione lesione post traumatica arto inferiore



PROFESSIONISTA
ELENA RAPETTO
Infermiera

Struttura di appartenenza:
Ambulatorio Infermieristico
Territoriale ASL 2 Regione Liguria

PAZIENTE: Femmina, 76 Anni
Patologie concomitanti:
Insufficienza Venosa in fumatrice



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene 28/7/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico Tessuto di granulazione friabile, fondo parzialmente deterso; durante il trattamento è comparsa una nuova lesione di 6 cm ² in area perilesionale	Quantità essudato Essudante
Tipo di lesione/eziologia Lesione post traumatica AI con Insufficienza Venosa Cronica	Localizzazione Arto inferiore dx, lato esterno	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione 90% granulazione friabile, 10% fibrina
Dimensioni iniziali 72 cm ²	Cute perilesionale Fragile ed, in parte, disepitelizzata	Bordi/Margini Bloccati

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 cm ² 21/11/2022	Guarigione completa	Gestione dell'ipergranulazione, deterzione della cute perilesionale, idratazione, bendaggio	Facendo parte di un ambulatorio infermieristico territoriale, durante il trattamento, abbiamo potuto avvalerci della collaborazione ospedaliera dell'Infettivologo per la gestione dell'infezione e della Dermatologia per la gestione dell'ipergranulazione. La paziente era stata inquadrata preventivamente dal Chirurgo Vascolare.



Wound Hygiene FLC in collagenopatia



PROFESSIONISTA
PATRIZIA MAGRO
 Chirurgo pediatria
Struttura di appartenenza:
 A.O.U. Città della Salute e della Scienza
 presidio Regina Margherita

PAZIENTE: Maschio, 8 Anni
Patologie concomitanti:
 Paziente affetto da sindrome Ehlers Danlos
 (collagenopatia)



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Ferita con segni di colonizzazione, fondo deterso, con bordi frastagliati e necrotici	Quantità essudato	Essudante
30/07/2022	Localizzazione	Gamba dx, dal ginocchio verso la faccia laterale della tibia	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Detersa per l'80%
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Normocromica, integra	Bordi/Margini	Frastagliati, necrotici a picco
Ferita traumatica				
Dimensioni iniziali				
20x3 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Guarigione completa 08/12/2022	Guarigione completa: piana, elastica, sebbene con esito cicatriziale antiestetico, dovuto alla patologia di base	Medicazione con Aquacel™ Ag + Extra™ con aggiunta di collagene e copertura con Avelle™	Diastasi terzo distale della ferita in corso di virusi durante il trattamento, ma senza comparsa di sovrainfezioni batteriche. Infine esito di guarigione della lesione su paziente molto complesso

Gestione Lesione da Pressione al sacro



PROFESSIONISTA

ANNA CABIDDU
Infermiera

Struttura di appartenenza:
Reparto di Neuroriabilitazione,
Ospedale San Martino - Oristano

PAZIENTE: Maschio, 24 Anni

Patologie concomitanti:
Nessuna



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico Lesione iperessudante, con ipertrofia del fondo lesionale (sospetto d'ipergranulazione), presenza di slough e segni biofilm-correlati	Quantità essudato	Iperessudante
	3/8/2022		Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione 15/20% slough, 80% tessuto di granulazione ipertrofico	
	Tipo di lesione/eziologia			Bordi/Margini Buone condizioni
	Lesione da Pressione in seguito a trauma da incidente stradale Dimensioni iniziali 7x6 cm ca			
Localizzazione	Sacrale	Cute perilesionale	Buono stato	

Implementazione Wound Hygiene

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
	DOPO 2 SETTIMANE		Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	3,5x3 cm ca 11/12/2022	Lesione in miglioramento, con forte contrazione: Da quasi 7x6 cm a circa 3,5x3 cm, con fondo non più esuberante, margini parzialmente ipercheratosici, ancora in cura	Medicazione secondaria con garza; uso di Aquacel™ Ag + Extra™ per circa 2 mesi poi, scomparsi i segni biofilm-correlati, Aquacel™ Extra™. Cambi iniziali frequenti, giornalieri, a causa di alvo non regolare ed incontinente	Paziente sottoposto a craniotomia con lesioni importanti, esito di un incidente stradale. Ancora in cura, si continua con Wound Hygiene, dato l'elevato rischio di riformazione di biofilm



La telemedicina soccorre l'Avelle



PROFESSIONISTA
FRANCESCA PASQUALI
 Responsabile Medico S.S.
 Vulnologia ASL AL

Struttura di appartenenza:
 Asl AL - Alessandria

PAZIENTE: Femmina, 75 Anni

Patologie concomitanti:
 Paziente con ridotta mobilità in terapia con NAO



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	8/8/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Ferita complessa, con infarcimento ematico dei tessuti profondi, estesa area necrotica, margini irregolari, dolore importante	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione post traumatica lacero-contusa dei tessuti molli	Localizzazione	Ginocchio dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Prevalentemente necrotico
Dimensioni iniziali	>40 cm ²	Cute perilesionale	Arrossata e rigonfia	Bordi/Margini	Irregolari

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Chirurgico / Ultrasuoni	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Avelle™
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Avelle™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Guarigione completa 20/09/2022	Lesione guarita	Paziente seguito con il supporto della telemedicina	L'importanza della fase di debridement, nel contesto d'applicazione della Wound Hygiene, e l'associazione di due tecnologie all'avanguardia, portano alla guarigione rapida un trauma in paziente sciagurata in terapia con NAO



Carcinoma squamocellulare



PROFESSIONISTA
STEFANIA BOTTOS
 Infermiere Specialista in Lesioni Cutanee Complesse
Struttura di appartenenza:
 AsFO Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

PAZIENTE: Maschio, 89 Anni
Patologie concomitanti:
 Nessuna. Asportazione chirurgica di Carcinoma squamocellulare (G2/pT1 LV0 sec. TNM)



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Sofferenza ischemica superficiale della ferita chirurgica all'occipite, in prossimità di un punto di sutura, in seguito rimosso	Quantità essudato	Essudante
09/08/2022	Localizzazione	Occipite	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Slough 80%, granulazione 20%
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Integra, su esito cicatriziale per asportazione di neoformazione	Bordi/ Margini	Attivi, con margini in riepitelizzazione tra ore 8 e 12
Deiscenza di sutura chirurgica				
Dimensioni iniziali				
1.5x1 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™ ESENTA™ Film Protettivo	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag Foam Adesiva ESENTA™ Film Protettivo	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Lesione chiusa 13/09/2022	Epitelizzazione	Paziente ambulatoriale medicato, inizialmente, ogni 3gg e, successivamente, ogni 7 usando, come medicazione secondaria, garza e cerotti adesivi color carne	L'applicazione del trattamento Wound Hygiene ha permesso l'epitelizzazione della lesione con buon esito cicatriziale

Lesione traumatica gamba sx



PROFESSIONISTA
MASSIMILIANO MAGRO
 Infermiere Specialista in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 ASL Roma 4 Casa della Salute Ladispoli

PAZIENTE: Maschio, 72 Anni
Patologie concomitanti:
 Insufficienza Venosa, ipotiroidismo, mielodisplasia, artrite reumatoide



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	16/8/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione con necrosi ai margini di notevoli dimensioni	Quantità essudato	Poco essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione traumatica Arto Inferiore sx	Localizzazione	Arto Inferiore sx, localizzazione anteriore	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	15% granulazione, 85% necrosi
Dimensioni iniziali	20x10 cm	Cute perilesionale	Edematosa	Bordi/Margini	Bordi e margini necrotici

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
5x1,5 cm 27/01/2023	Lesione in via di guarigione	Frequenza media di cambio medicazione bisettimanale, per un totale di 24 medicazioni	Caso che si è risolto con una metodica e regolare applicazione delle 3 fasi indicate dalla procedura Wound Hygiene e dell'utilizzo dell'Aquacel™ Ag + Extra™ come medicazione



Necrosi del piede covid-relata



PROFESSIONISTA

IVANA MURA
Infermiera

Struttura di appartenenza:
Centro di Riabilitazione Santa Maria Bambina - Oristano

PAZIENTE: Femmina, 40 Anni

Patologie concomitanti:
Insufficienza cardiaca ed insufficienza respiratoria



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Presenza di necrosi, edema e fibrina	Quantità essudato	Poco essudante
16/8/2022	Localizzazione	Piede dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fibrina e necrosi con osso esposto
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Ipercheratosica e discromica	Bordi/Margini	Necrotici
Necrosi distale dell'arto per tromboembolia				
Dimensioni iniziali				
Tutto il piede				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Enzimatico	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Guarigione 10/12/2022	Guarigione	Medicazione secondaria con garza e schiuma, inizialmente con cambio giornaliero, poi a saturazione	Visita angiologica pre trattamento, medicazioni giornaliere mediante uso di bisturi e cucchiaio Kay. Debridement antolitico e, in ultimo, riattivazione dei bordi fino a guarigione



Amputazione II dito piede diabetico



PROFESSIONISTA
GIUSEPPE SCARMOZZINO, ELENA CALIDONNA E ADRIANA ARCIERI
 Dirigente Medico, Specializzazione in Chirurgia Generale
Struttura di appartenenza:
 ADI Vibo Valentia

PAZIENTE: Maschio, 48 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete, obesità, ipertensione



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene 25/8/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico Esito di amputazione II dito, con ulcera escavata a decorso obliquo in direzione del V raggio	Quantità essudato Molto essudante
Tipo di lesione/eziologia Lesione post-traumatica su piede diabetico, con necrosi colliquativa infetta avanpiede dx e necrosi secca del II dito	Localizzazione Piede dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione Necrosi fibrinoide
Dimensioni iniziali 10x3 cm	Cute perilesionale Iperemica	Bordi/Margini Bordi fibrinosi, a tratti sottominati

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
PRESA IN CARICO	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
DOPO 2 SETTIMANE	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 18/12/2022	Guarigione completa della lesione	Media di 3 cambi a settimana	Il paziente ritorna a deambulare tranquillamente

I caso: ARNAS Garibaldi



PROFESSIONISTA
SALVATORE AUTERI E ANTONINO PUGLIARA
 Medico ed Infermiere
Struttura di appartenenza:
 ARNAS Garibaldi

PAZIENTE: Femmina, 72 Anni
Patologie concomitanti:
 Malattia Venosa Cronica,
 sindrome ansioso depressiva



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Quantità essudato
31/8/2022	Fondo prevalentemente ricoperto da fibrina, margini frastagliati	Moderato
Tipo di lesione/eziologia	Localizzazione	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione
Ulcera flebotatica malleolare interna sx	Malleolo interno sx	70% fibrina e segni biofilm-correlati
Dimensioni iniziali	Cute perilesionale	Bordi/Margini
8x4 cm	Macerata	Frastagliati, macerati

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Medicazione primaria	Sodio ipoclorito, soluzione fisiologica	Sbrigliamento chirurgico	Chirurgico	Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura
Medicazione di copertura	Sodio ipoclorito, soluzione fisiologica	Sbrigliamento chirurgico	Chirurgico	Aquacel™ Ag + Extra™	Compresse di garza; bendaggio elasto-compressivo

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0	Guarigione	Eseguiti 11 cambi medicazioni	Eseguito tampone della lesione e terapia antibiotica mirata
07/12/2022			

Il trattamento di un'ustione



PROFESSIONISTA

SONIA BRIZZI, CINZIA DATTERI E CLAUDIA SERGIAMPIETRI
 Infermiere Specialiste in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Ambulatorio Wound Care Massa Carrara
 - Azienda Usl Toscana Nord Ovest

PAZIENTE: Femmina, 50 Anni

Patologie concomitanti:
 Nessuna



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Vesciche, arrossamento, edema e calore	Quantità essudato	Poco essudante
1/09/2022	Localizzazione	Torace	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Vesciche chiuse ed esiti di vesciche con fibrina
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Arrossata, calda, dolente, edematosa	Bordi/Margini	Margini netti
Ustione da calore, a spessore parziale				
Dimensioni iniziali				
60 cm ²				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	Riparazione completa con minimi esiti cicatriziali 30/09/2022	Riduzione del dolore, dell'infiammazione e, di conseguenza, del rossore e dell'edema	Eseguite medicazioni bisettimanali per la gestione dell'essudato (che dopo i primi giorni è aumentato)	Negli ultimi accessi, in considerazione della scarsa essudazione, si è provveduto a sostituire solo la medicazione di copertura, lasciando quella primaria in situ

Lesione estesa su paziente eroinomane



PROFESSIONISTA
SALVATORE RENNELLA
 Care Manager, Coordinatore infermieristico ADI
Struttura di appartenenza:
 GSD - IOB - Policlinico Ponte San Pietro - ADI - Ponte San Pietro (BG)

PAZIENTE: Maschio, 50 Anni
Patologie concomitanti:
 Tabagismo e tossicodipendenza



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	12/9/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione a spessore parziale, statica da oltre 12 mesi, con segni d'infezione locale (odore, dolore, edema) e biofilm-correlati	Quantità essudato	Molto essudante
Tipo di lesione/eziologia	Ulcera della gamba da eziologia sconosciuta	Localizzazione	Gamba sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	50% slough
Dimensioni iniziali	13x10x2 cm	Cute perilesionale	Integra	Bordi/Margini	Fermi

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
7x5 cm 07/02/2023	Dopo 4 mesi, riduzione del 50% dell'estensione della lesione	Eseguito ciclo di antibiotico. Cambio medicazioni settimanale con bendaggio compressivo	Nessuna

Ascesso plantare fistolizzato



PROFESSIONISTA
PAOLA FIAMMA
 Infermiera Esperta in Wound Care

Struttura di appartenenza:
 Ospedale San Filippo Neri - Roma

PAZIENTE: Maschio, 62 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete, ipertensione



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene 14/9/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico Localizzazione Cute perilesionale	Quantità essudato Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione Bordi/Margini	Ascesso purulento con necrosi	Essudante
Tipo di lesione/eziologia Lesione piede diabetico con ascesso plantare purulento fistolizzato alla cute			Piede dx	20% necrosi ed 80% fibrina
Dimensioni iniziali 4x3 cm			Edematosa e con segni clinici d'infezione	Callosi e macerati

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Aquacel™ Foam
Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
2x1 cm 19/01/2023	Granulazione del tessuto in esito; il paziente ha proseguito le medicazioni presso il proprio domicilio	Incisione dell'ascesso e bonifica del contenuto purulento, drenaggio della cavità. Nel corso delle medicazioni, ulteriore sbrigliamento del materiale necrotico. All'ottenimento di una buona deterzione della cavità ascessuale plantare, si provvede a medicare con zaffo di Aquacel™ Ag + Extra™. Frequenza medicazioni bisettimanale	Applicazione del Wound Hygiene ad ogni cambio di medicazione



Quanto brutto è questo ematoma?



PROFESSIONISTA
VALENTINA MARTIN
 Medico Chirurgo Specialista
 in Geriatria
Struttura di appartenenza:
 Ambulatorio Vulnologico
 Poliambulatori Borgo Cavalli,
 Treviso-Aulss 2 Marca Trevigiana

PAZIENTE: Maschio, 82 Anni
Patologie concomitanti:
 Cardiopatia ischemica; fibrillazione atriale
 in trattamento anticoagulante orale,
 ipertensione arteriosa, diabete mellito non
 insulino dipendente, ipercolesterolemia,
 ipoacusia, obesità



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	15/09/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Vasta ulcera con fondo necrotico, moderatamente essudante, lievemente maleodorante, molto dolente, cute perilesionale arrossata	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Ulcera traumatica				
Localizzazione	Terzo medio inferiore di gamba sx	Cute perilesionale	Arrossata	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Tessuto 100 % necrotico
Dimensioni iniziali	35x15x3 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	ConvaMax™ Non Adesivo
Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
10x5 cm 11/11/2022	Netto miglioramento dell'ulcera con riduzione delle dimensioni della stessa (60%), con raggiungimento di fondo deterso e completa scomparsa del dolore	Giunge alla mia osservazione dopo un mese dal trauma; viene eseguito debridement chirurgico ambulatoriale e successiva evacuazione di ematoma; viene applicato bendaggio compressivo; l'accesso in ambulatorio viene eseguito inizialmente 3 volte poi 2 volte a settimana in base all'essudazione della lesione	Il paziente con la medicazione adeguata, con l'applicazione del bendaggio, non avendo più dolore, ha completamente cambiato la sua qualità di vita, ha ripreso la mobilizzazione e la sua consueta attività



Ascesso plantare piede diabetico



PROFESSIONISTA
PAOLA FIAMMA
 Infermiera Esperta in Wound Care

Struttura di appartenenza:
 Ospedale San Filippo Neri - Roma

PAZIENTE: Maschio, 34 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete, positività a Covid-19



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene	15/9/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Esposizione dei tendini estensori del piede dopo intervento di sbrigliamento per raccolta purulenta	Quantità essudato	Molto essudante						
	Tipo di lesione/eziologia	Ascesso plantare plurifistolizzato, esposizione dei tendini estensori del piede				Localizzazione	Piede dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	70% granulazione			
	Dimensioni iniziali	8x7 cm							Cute perilesionale	Edematosa	Bordi/Margini	Introflessi e macerati

Implementazione Wound Hygiene

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Chirurgico / Ultrasuoni	Chirurgico / Ultrasuoni	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura ConvaMax™ Non Adesivo
		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	6x1,5 cm 19/01/2023	Risoluzione della perdita di sostanza nella regione dorsale, dell'ascesso plantare e della fistolizzazione alla base del I dito	Intervento di sbrigliamento per raccolta purulenta sul dorso del piede. Posizionamento di drenaggio a dito di guanto. Medicazione della regione dorsale con Aquacel™ Ag + Extra™, che viene posto anche nella cavità ascessuale alla base del I dito. Medicazione bisettimanale	Applicazione del Wound Hygiene ad ogni cambio di medicazione



Ulcera venosa arto inferiore



PROFESSIONISTA
ELENA ROATTINO
 Infermiera di Cure Domiciliari ed
 Ambulatorio di Vulnologia

Struttura di appartenenza:
 ASL CN 1 - Cuneo

PAZIENTE: Maschio, 61 Anni
Patologie concomitanti:
 Varici arti inferiori in paziente fumatore
 in trattamento con prisma



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	20/9/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Ulcera insorta a settembre 2018 e mai guarita, con essudazione importante e fondo prevalentemente fibrinoso	Quantità essudato	Molto essudante
Tipo di lesione/eziologia	Ulcera venosa arto sx, terzo medio inferiore	Localizzazione	Terzo medio inferiore arto sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fondo con fibrina molle
Dimensioni iniziali	7x5 cm	Cute perilesionale	Discromica con accumulo di essudato giallastro e maleodorante	Bordi/Margini	Macerati ed arrossati

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
		Chirurgico / Ultrasuoni	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
		Chirurgico / Ultrasuoni	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 cm 23/11/2022	Guarigione completa	Laser terapia vascolare. Debridement chirurgico con anestesia locale (Ortodermina e Lidocaina). Medicazione 2 volte a settimana poi, dopo 20gg, 1 volta a settimana. Bendaggio elastocompressivo multistrato	L'applicazione intensa del protocollo Wound Hygiene, grazie alla collaborazione chirurgica e metodica ad ogni accesso, è stata determinante nell'accelerazione dei processi di guarigione. La medicazione ha gestito molto bene l'essudato ed il biofilm, favorendo la riparazione del tessuto



Il caso: ARNAS Garibaldi



PROFESSIONISTA
SALVATORE AUTERI E ANTONINO PUGLIARA
 Medico ed Infermiere
Struttura di appartenenza:
 ARNAS Garibaldi

PAZIENTE: Maschio, 78 Anni
Patologie concomitanti:
 Ipertensione arteriosa



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo prevalentemente ricoperto da fibrina, infetta, margini frastagliati ed in rilievo	Quantità essudato	Moderato
	21/9/2022	Localizzazione	Malleolo interno sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	80% fibrina e segni biofilm-correlati
	Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Macerata	Bordi/Margini	Frastagliati, macerati
	Ulcera flebotatica malleolare interna sx				
	Dimensioni iniziali				
	16x6 cm				

Implementazione Wound Hygiene

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Sodio ipoclorito, soluzione fisiologica	Sbrigliamento chirurgico	Chirurgico	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Compresse di garza, bendaggio elasto-compressivo
		Sodio ipoclorito, soluzione fisiologica	Sbrigliamento chirurgico	Chirurgico	Aquacel™ Ag + Extra™	Compresse di garza, bendaggio elasto-compressivo
DOPO 2 SETTIMANE						
STATO FINALE	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE		
	0,5 cm 22/02/2023	In via di guarigione	Eseguiti 22 cambi medicazioni	Eseguito tampone della lesione e terapia antibiotica mirata; utilizzata altresì medicazione a base di collagene ed argento oltre la copertura con Aquacel™ Ag + Extra™. Sottoposto ad infiltrazione PRP		



Lesione vascolare venosa



PROFESSIONISTA
EDGARDO NORGINI
 Infermiere Specialista in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 PO Misericordia Ambulatorio Wound Care specialistico Infermieristico di 2° livello - Grosseto

PAZIENTE: Femmina, 84 Anni
Patologie concomitanti:
 Nessuna



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	26/9/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione vascolare venosa superficiale a livello tibiale	Quantità essudato	Poco essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione vascolare	Localizzazione	Piatto tibiale gamba dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fondo lesione costituito per il 40% da slough, 10% tessuto di riepitelizzazione, 20% tessuto necrotico e 30% da tessuto di granulazione
Dimensioni iniziali	8x8,5 cm	Cute perilesionale	Integra	Bordi/Margini	Fermi

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO DOPO 2 SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con acqua	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con acqua	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 cm 10/10/2022	Guarigione completa, malgrado presenza di ipercheratosi	Medicazione una volta a settimana, con applicazione di bendaggio compressivo	Il caso ha avuto un decorso abbastanza breve, anche grazie alla compliance della paziente ed all'ottima prestazione della medicazione utilizzata



Lesione Arto Inferiore



PROFESSIONISTA
VULNOLOGIA E DISTRETTO 13
ASL3 REGIONE LIGURIA (GE)
 Infermiere Esperto e Specialista in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 ASL3 Regione Liguria (GE)

PAZIENTE: Femmina, 83 Anni
Patologie concomitanti:
 Insufficienza venosa,
 ipertensione



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	26/9/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo in via di detersione con tessuto devitalizzato e tessuto di granulazione friabile, bordi a stampo	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Post-traumatica	Localizzazione	Arto inferiore dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	50% tessuto devitalizzato, 50% tessuto di granulazione friabile
Dimensioni iniziali	16,65 cm ²	Cute perilesionale	Arrossata, edematosa	Bordi/Margini	A stampo

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Detersione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0,5 cm ² 22/12/2022	Notevole contrazione della lesione	Applicazione del protocollo Wound Hygiene, con medicazione Aquacel™ Ag + Extra™	Veloce contrazione

Lesione da morso di ragno violino



PROFESSIONISTA
ROBERTA RICCI, CRISTINA URBINI E ANDREA CALABRESE
 Infermiera / Coordinatrice / Chirurgo Plastico
Struttura di appartenenza:
 Azienda Ospedaliera Perugia / Usl Umbria 1

PAZIENTE: Maschio, 44 Anni
Patologie concomitanti:
 Paraplegia post traumatica dal 2004



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	La lesione presentava fibrina e slough su tutto il fondo, essudato abbondante, bordi macerati ed inerti, con sottominatura ad ore 12	Quantità essudato	Molto essudante
30/09/2022	Localizzazione	Sacro	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	20% fibrina, 80 % slough
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Macerata, ipercheratosa e parzialmente disepitelizzata	Bordi/Margini	Macerati, non vitali ed ispessiti
Lesione da morso di ragno violino, in zona sacrale				
Dimensioni iniziali				
9x5x1 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™ ESENTA™ Film Protettivo	Avelle™ DuoDERM® CGF Aquacel™ Foam
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™ Avelle™	Avelle™ DuoDERM® CGF Aquacel™ Foam

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	0 13/01/2023	Guarigione completa	Trattamento per 4 settimane con Aquacel™ Ag + Extra™ ed Avelle™. Nelle 2 settimane successive, trattamento con Aquacel™ Ag + Extra™ ed Aquacel™ Foam sacrale. Si è deciso di applicare nuovamente Avelle™ per velocizzare il processo di guarigione nelle successive 3 settimane. Si è terminato il trattamento fino a guarigione con DuoDERM® CGF	Si è potuta apprezzare l'azione antibiofilm di Aquacel™ Ag + Extra™ in associazione ad Avelle™. Il protocollo Wound Hygiene è diventato lo standard di trattamento nel nostro reparto



Lesione avanzata II stadio



PROFESSIONISTA
CARMINE ERRA, JESSICA MARANO, FEDERICA PELLICCIA E ANTONELLA PASSARO
 Dirigente Medico, Specialista in Geriatria, Esperto in Vulnologia
Struttura di appartenenza:
 Ambulatorio Vulnologico Ospedaliero P.O. "Luigi Curto"

PAZIENTE: Maschio, 19 Anni
Patologie concomitanti:
 Nessuna, rimozione apparecchio gessato per frattura bimalleolare di gamba



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	1/10/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Presenza di fibrina sul fondo, con essudazione. Assenza di segni di colonizzazione critica, non maleodorante, lievemente dolente	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione da Pressione per uso apparecchio gessato	Localizzazione	Regione calcaneare piede dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Slough 50%, fibrina 50%
Dimensioni iniziali	Diametro 6 cm	Cute perilesionale	Lievemente iperemica	Bordi/Margini	Ipercheratosici

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam
Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 10/11/2022	A 20gg, riduzione notevole dell'essudazione, con presenza di tessuto di granulazione, pur persistendo scarsi residui di fibrina. Lesione guarita	Inizialmente cambio giornaliero per 10gg. Successivamente a controllo, cambio a giorni alterni per altri 10gg. A 20gg, ulteriore controllo	Il Paziente ha intrapreso un percorso riabilitativo passivo concomitante al trattamento della lesione. A guarigione avvenuta, ha potuto iniziare un percorso di riabilitazione intensiva, con buon recupero dell'articolazione del piede

Amputazione avampiede destro



PROFESSIONISTA
RAFFAELE TRULLI
 Responsabile ambulatorio
 vulnologico
Struttura di appartenenza:
 Ambulatorio di Vulnologia SS
 Annunziata

PAZIENTE: Maschio, 56 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete, insufficienza renale



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Quantità essudato	Essudante
02/10/2022	Paziente con comorbidità, giunto in ambulatorio con necrosi e infezione	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Tessuto scarsamente granuleggiante, con presenza di slough
Tipo di lesione/eziologia	Localizzazione	Bordi/Margini	Irregolari
Necrosi dell'avampiede, causata da Insufficienza arteriosa	Avampiede anteriore dx		
Dimensioni iniziali	Cute perilesionale		
15x5 cm	Infiammata		

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
8x5 cm 03/11/2022	Riduzione delle dimensioni della lesione, con comparsa di granulazione sana	Si è seguito metodicamente il protocollo Wound Hygiene detergendo, nello specifico, con soluzione tensioattiva e medicando con Aquacel™ Ag + Extra™	Si è assistito ad un rapido miglioramento, pertanto si prosegue con l'applicazione del protocollo Wound Hygiene



Ulcera neoplastica in tracheostomia



PROFESSIONISTA
MARIANTONIETTA PLANTERA
 Specialista in Chirurgia Generale
Struttura di appartenenza:
 Asl Lecce

PAZIENTE: Maschio, 54 Anni
Patologie concomitanti:
 K laringeo MTS



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	La lesione si presentava estremamente essudante e sanguinante	Quantità essudato	Ipersudante
02/10/2022	Localizzazione	Margine dx della regione sottomandibolare	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Lesione fistolizzata con segni biofilm-correlati
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Fragile e tumefatta, esito di radioterapia in corso	Bordi/ Margini	Ipertrofici con mucosa estroflessa
Ulcera neoplastica				
Dimensioni iniziali				
5x2 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
PROBABILITÀ DI PRESENZA DEL BIOFILM	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam
PROBABILITÀ DI PRESENZA DEL BIOFILM	Meccanica con acqua	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
3x1cm 05/02/2023	Lesione nettamente migliorata	Medicazioni trisettimanali	Miglioramento della qualità nella gestione della lesione da parte del paziente

Lesione linfatica arto inferiore



PROFESSIONISTA
RAFFAELE TRULLI
 Ambulatorio di Vulnologia SS
 Annunziata di Chieti
Struttura di appartenenza:
 Ambulatorio di Vulnologia SS
 Annunziata

PAZIENTE: Maschio, 73 Anni
Patologie concomitanti:
 Insufficienza venosa, linfedema



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Segni d'infezione locale e presenza di linfedema da stasi, complicato da ulcere linfatiche di III Stadio	Quantità essudato	Essudante
3/10/2022	Localizzazione	Gamba sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Tessuto prevalentemente con segni biofilm-correlati
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Arrossata ed infiammata	Bordi/Margini	Frastagliati
Lesione linfatica e vascolare gamba DX da insufficienza venosa				
Dimensioni iniziali				
20x5 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
15x3 cm 10/11/2022	Riduzione dei segni d'infezione ed infiammazione, con progressione della lesione verso la guarigione	Applicazione regolare del protocollo Wound Hygiene, con medicazioni bisettimanali	La lesione, in seguito all'implementazione corretta del protocollo Wound Hygiene, ha avuto un'accelerazione verso la guarigione



Lesione traumatica su paziente pluripatologico



PROFESSIONISTA
EDGARDO NORGINI
 Infermiere Specialista in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 PO Misericordia Ambulatorio Wound Care specialistico Infermieristico di 2° livello - Grosseto

PAZIENTE: Maschio, 59 Anni
Patologie concomitanti:
 Ipertensione, Insufficienza Venosa, Ipoglicemia, Sclerosi Tuberosa



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo con slough e fibrina, essudato moderato	Quantità essudato	Essudante
11/10/2022	Localizzazione	Terzo medio arto inferiore dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Slough e granulazione non sana 80%, 10% tessuto necrotico, 10% fibrina
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Secca e arrossata	Bordi/Margini	Fermi, con sedimenti radicati e margini irregolari
Lesione traumatica				
Dimensioni iniziali				
12x6 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Enzimatico	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanico (PAD / garza)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
3x2 cm 14/12/2022	Con il procedere del trattamento, la lesione ha mostrato una costante progressione positiva, con fondo deterso, bordi attivi, netta riduzione delle dimensioni e dell'essudazione	Inizio del trattamento con deterzione e medicazione antisettica con gel, per l'eliminazione fisica di detriti e biofilm. Successivamente, lavaggio della lesione con acqua e sapone ed impacco con soluzione tensioattiva con antisettico e medicazione con Aquacel™ Ag + Extra™ 10x10 cm e bendaggio	Il paziente accede al nostro ambulatorio dopo 3 mesi di medicazioni senza esito positivo, anche per il quadro pluripatologico sottostante, un uso non appropriato delle medicazioni e la compliance di un paziente che, nonostante la lesione, ha sempre continuato ad esercitare il suo lavoro senza problemi



Percorso di healing in 45 giorni



PROFESSIONISTA
LUCIA LUISE E GLORIA DORIGO
 Infermiere Specialiste in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Ulss 6 Euganea, ambulatorio
 vulnologico Padova

PAZIENTE: Maschio, 74 Anni
Patologie concomitanti:
 Iperensione, diabete, cardiopatia dilatativa
 post ischemica, pregressa angioplastica
 coronarica (PTCA)



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione vascolare con fondo misto, essudante, con segni biofilm correlati	Quantità essudato	Molto essudante
14/10/2022	Localizzazione	Tibia sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	70% di tessuto con sospetto biofilm, 30% tessuto di granulazione
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Discromica, trasudante ed edematosa	Bordi/Margini	Bordi: Rosei ed estroflessi. Margini: Rosei, parzialmente macerati ed edematosi
Ulcera tibiale sx				
Dimensioni iniziali				
11x6 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	ConvaMax™ Non Adesivo
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 06/12/2022	Riduzione costante delle dimensioni, sino a raggiungere la guarigione completa	Frequenza di accesso bisettimanale per medicazione e bendaggio multistrato, più fisso, per 5 settimane	Il paziente continua gli accessi di controllo 1 volta a settimana presso il nostro ambulatorio, fino all'utilizzo del gambaletto elastocompressivo

Lesione malleolare paziente paraplegico



PROFESSIONISTA
CINZIA TEROLLA
 Responsabile di Area Dipartimentale e Coordinatrice Area Neuromotoria-Unità Spinale Riabilitazione
Struttura di appartenenza:
 Istituti Clinici Maugeri

PAZIENTE: Maschio, 56 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete mellito di tipo 2, paraplegia D6-D8, vasculopatia cronica cerebrale, esiti di TVP ascellare e omerale sinistra, pemfigoide bolloso



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene	17/10/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione maleodorante, anche per scarsa igiene del paziente, paziente ipertermico. Lesione cavitaria ad ore 12, profonda 1 cm	Quantità essudato	Molto essudante
	Tipo di lesione/eziologia	Lesione da Pressione		Localizzazione		Malleolo sx
	Dimensioni iniziali	6x4 cm	Cute perilesionale		Arrossata ed eritematosa (da cerotto)	Bordi/Margini

Implementazione Wound Hygiene

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	Guarigione completa 25/01/2023	Guarigione della lesione in 3 mesi, con esiti cicatriziali e cute secca	Cambi medicazione ogni 2 giorni. Eseguito tamponamento culturale, che ha confermato i sospetti d'infezione (klebsiella Pneumoniae ESBL). Eseguito ciclo di antibiotico con Tazocin	Un obiettivo prioritario nel trattamento è stato il contenimento dell'essudato, in funzione dell'infezione multiresistente, probabilmente correlata alla scarsa igiene del paziente

Esofagocolon plast fistola eso-trac



PROFESSIONISTA
ORNELLA FORMA
 Responsabile Clinico di Ricerca e Formazione, Unità di Vulnologia

Struttura di appartenenza:
 Ospedale San Raffaele - Milano

PAZIENTE: Maschio, 62 Anni

Patologie concomitanti:
 Polmonite trattata con antibiotico terapia. 07/10/2020 intervento chirurgico di deconnessione del tubulo gastrico, confezionamento di esofagostomia cervicale. Riparazione della lesione tracheale con lembo peduncolato di gran dorsale ed intercostale



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Presenza di fibrina, con parziale necrosi del margine, 50% tessuto di granulazione	Quantità essudato	Essudante
17/10/2022	Localizzazione	Addome mediale	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	50% granulazione, 50% necrosi
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Eritematosa, edematosa, calda	Bordi/Margini	Margini eritematosi
Deiscenza addominale				
Dimensioni iniziali				
8x3x0.4 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
5x0.8 cm, superficiale 10/01/2023	Epitelizzazione quasi completa	Ferita chirurgica cronicizzata, trattamento specifico per disgregazione ed inibizione del biofilm, gestione dell'essudato e della carica microbica	Buona gestione della ferita chirurgica, ormai cronicizzata. Migliori le condizioni di qualità di vita del paziente, che non poteva più essere sottoposto ad altro intervento chirurgico



Il mistero



PROFESSIONISTA
AMBULATORIO INFERMIERISTICO
LESIONI CUTANEE
 Infermiere Specializzate in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 ASST Ovest milanese

PAZIENTE: Maschio, 65 Anni
Patologie concomitanti:
 Insufficienza Venosa Cronica,
 Ipercolesterolemia



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Quantità essudato
18/10/2022	Escara	Poco essudante
Tipo di lesione/eziologia	Localizzazione	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione
Sconosciuta	Malleolo interno Arto Inferiore sx	100% Escara
Dimensioni iniziali	Cute perilesionale	Bordi/Margini
5x4,2 cm	Integra	Non attivi

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
5x4 cm 17/01/2023	Miglioramento del tessuto	18.10.2022 ECD arterioso: Negativo per arteriopatia. 22.10.2022 Tampone colturale positivo per Corynebacterium Amycolatum. 8.11.2022 Biopsia cutanea: Flogosi cronica attiva ulcerativa, Fibrosi, Steatosi	Screening patologie autoimmuni negativi. Dagli esami ematici, risulta presenza di componenti monoclonali in corso di approfondimenti

Ulcera moncone residuo



PROFESSIONISTA
MICHELE VERNACI
 Medico Chirurgo, Chirurgia Generale e Chirurgia Pediatrica
Struttura di appartenenza:
 ASP Catania

PAZIENTE: Maschio, 83 Anni
Patologie concomitanti:
 Arteriopatia obliterante periferica



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione con abbondante fibrina e segni di sepsi	Quantità essudato	Essudante
18/10/2022	Localizzazione	Moncone residuo post-amputazione avampiede sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fibrina 90%
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Normale	Bordi/Margini	In parte piani ed in parte cheratosici/inattivi
Discesa di ferita chirurgica				
Dimensioni iniziali				
8x5 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Detersione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA IN CARICO

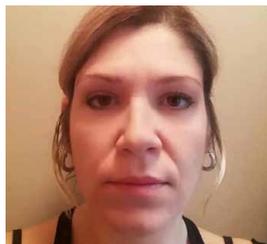
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Chirurgico / Ultrasuoni	Chirurgico / Ultrasuoni	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Ag Foam
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Chirurgico / Ultrasuoni	Chirurgico / Ultrasuoni	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
4x2,5 cm ca 14/02/2023	Riduzione delle dimensioni della ferita del 70% circa	Dopo detersione, debridement chirurgico e riattivazione bordi mediante bisturi ad ultrasuoni. Cambi medicazione ogni 2gg	La scelta appropriata delle medicazioni Aquacel™ Ag + Extra™ con Aquacel™ Foam Adhesive hanno consentito una corretta gestione dell'essudato e del biofilm, inevitabilmente presente, riducendo in maniera considerevole i tempi di miglioramento della lesione

Ferita traumatica



PROFESSIONISTA
MATILDE SARGENTINI
 Infermiere esperto in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Ospedale Santa Maria Annunziata,
 Poliambulatori, Firenze

PAZIENTE: Femmina, 84 Anni
Patologie concomitanti:
 Insufficienza venosa, BPCO, Asma allergico,
 Ipertensione



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesioni traumatiche multiple	Quantità essudato	Essudante
20/10/2022	Localizzazione	Arto inferiore dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Slough 100%
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Arrossata, calda ed edematosa	Bordi/Margini	Netti e devitalizzati
Lesione traumatica multipla				
Dimensioni iniziali				
Lesione prossimale: 8x4 cm. Lesione distale: 5,5x3,5 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Enzimatico	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
DOPO 2 SETTIMANE	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

DOPO 2
SETTIMANE

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
2x2 cm lesione distale, Guarigione completa per la lesione prossimale 03/02/2023	Riduzione delle dimensioni della ferita, con miglioramento del tessuto perilesionale e frequenza di cambio medicazione ridotta ad 1 volta a settimana	Cambio medicazione ogni 48/72 ore, con bendaggio compressivo	Il processo di guarigione ha subito un rallentamento indotto dall'utilizzo di cortisonici e dalla scarsa compliance del paziente alla terapia compressiva

Viaggio di nozze



PROFESSIONISTA
ANNA MORGESE
 Dirigente Medico
Struttura di appartenenza:
 ASL BA - UO Chirurgia Generale
 Ospedale Don Tonino Bello -
 Molfetta (BA)

PAZIENTE: Maschio, 33 Anni

Patologie concomitanti:
 Obesità, Insufficienza Venosa Cronica



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	26/10/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	1) Ulcera a margini irregolari del piatto tibiale 2) Ulcera malleolo esterno, con fondo fibrinoso	Quantità essudato	Molto essudante
Tipo di lesione/eziologia	Ulcera Venosa	Localizzazione	1) Piatto tibiale sx 2) Malleolo esterno gamba sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	1) 20 % Tessuto di Granulazione, 60% Fibrina, 20% Tessuto necrotico 2) 10% Tessuto di Granulazione, 90% Fibrina
Dimensioni iniziali	1) 13x10 cm e 2) 7x5 cm	Cute perilesionale	1) Macerata, flogotica 2) Macerata	Bordi/ Margini	1 e 2) Margini irregolari, bordi introflessi (ad Epibole)

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Detersione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Chirurgico / Ultrasuoni	Chirurgico / Ultrasuoni	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	ConvaMax™ Non Adesivo
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
1) 1,5x1 cm 2) 0 03/01/2023	1) In via di guarigione 2) Guarigione completa	Ecocolordoppler Arterovenoso, bendaggio elastocompressivo	Il bendaggio compressivo associato alla medicazione Aquacel™ Ag + Extra™ ha consentito di gestire l'abbondante essudato, preservando la cute perilesionale

Gestione di un catetere PICC



PROFESSIONISTA
FRANCESCO GASTALDO
 Infermiere Ospedaliero
Struttura di appartenenza:
 ULSS 6 Euganea, Ospedale di Schiavonia

PAZIENTE: Femmina, 65 Anni
Patologie concomitanti:
 Paziente oncologica



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene 26/10/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Cute arrossata, essudante, dolorante e pruriginosa, specificatamente in corrispondenza delle zone di adesione della medicazione silconica	Quantità essudato	Poco essudante				
Tipo di lesione/eziologia					Localizzazione	Braccio dx, zona omerale	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fondo prevalentemente deterso
Eritema da reazione a medicazione in silicone, con conseguente autolesione, per uso inappropriato di amuchina a domicilio								
Dimensioni iniziali 9x12 cm	Cute perilesionale	Arrossata, essudante, dolorante e pruriginosa	Bordi/Margini	Adesi a fondo di lesione				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™ ESENTA™ Film Protettivo	Aquacel™ Foam
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™ ESENTA™ Film Protettivo	Aquacel™ Foam

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	0 09/11/2022	Risoluzione della lesione	Scelta di applicazione di ESENTA™ Film Protettivo sulla cute perilesionale, applicazione di Aquacel™ Ag + Extra™ 5x5 cm attorno al PICC e medicazione secondaria Aquacel™ Foam Adesivo, di conseguenza per procedura applicazione di film in poliuretano ad elevato MVTR	Cambio medicazione a 3gg, nella prima settimana dalla formazione lesione, poi ogni 7gg. A 20gg dal trattamento con Tecnologia Hydrofiber®, la cute perilesionale risulta integra e sana

Non medicare da solo a casa un PICC



PROFESSIONISTA
FRANCESCO GASTALDO
 Infermiere Ospedaliero
Struttura di appartenenza:
 ULSS 6 Euganea, Ospedale di Schiavonia

PAZIENTE: Maschio, 73 Anni
Patologie concomitanti:
 Carcinoma al pancreas con disidratazione e difficile trattamento



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Arrossamento e molto essudato, con presenza di prurito e dolore	Quantità essudato	Essudante
26/10/2022	Localizzazione	Braccio dx, zona omerale	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fondo deterso epitelizzante
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Arrossata e dolorante	Bordi/Margini	Adesi a fondo di lesione
Lesione da complicanze di terapia e condizioni generali di patologia				
Dimensioni iniziali				
9x12 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™ ESENTA™ Film Protettivo	Aquacel™ Ag Foam
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™ ESENTA™ Film Protettivo	Aquacel™ Ag Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 23/11/2022	Risoluzione della problematica presentata, sino al termine del trattamento chemioterapico	Medicazione a 3gg nella prima settimana, successivamente a 7gg. Nella seconda settimana, utilizzata una volta eosina	L'utilizzo di ESENTA™ Film Protettivo sulla cute perilesionale, la scelta appropriata della tecnologia Hydrofiber® con Aquacel™ Ag + Extra™ e, successivamente, Aquacel™ Ag Foam hanno permesso di preservare il PICC, consentendo al paziente di proseguire le terapie fino al termine, senza doverlo rimuovere

Ulcere in Paziente Autoimmune



PROFESSIONISTA
BARBARA DE ANGELIS
 Chirurgo Plastico
Struttura di appartenenza:
 Università di Roma Tor Vergata, UOC di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva - Roma

PAZIENTE: Maschio, 56 Anni
Patologie concomitanti:
 Morbo di Crohn, in terapia cortisonica ed immunosoppressiva



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Entrambe le ulcere si presentavano necrotiche ed infette; Stadio IB della Scala Texas	Quantità essudato	Poco essudante
28/10/2022	Localizzazione	Ulcera gamba sx, III medio inferiore; Ulcera gamba dx, III superiore	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% Necrotica
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Fragile, infiammata ed iperemica	Bordi/Margini	Degradanti ed introflessi
Ulcere bilaterali post traumatiche in Paziente autoimmune				
Dimensioni iniziali				
3x2 cm a dx; 6x4 cm a sx				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0%	Guarigione	Per le prime due medicazioni abbiamo applicato olio ionizzato, con l'obiettivo di ammorbidire sia il fondo lesione che la cute perilesionale e medicato con Aquacel™ Ag + Extra™. A seguire, è stata medicata solo con Aquacel™ Ag + Extra™. L'idrofibra veniva coperta da garza sterile e bendaggio coesivo leggero. Le medicazioni sono state cambiate ogni 5/7gg	La medicazione scelta ha consentito di ridurre gli accessi in ambulatorio, supportando un'ottima compliance della paziente, che riferisce notevole riduzione del dolore e soddisfazione per la breve durata del trattamento
23/11/2022			



Cure alternative



PROFESSIONISTA
STEFANIA BOTTOS
 Infermiere Specialista in Lesioni Cutanee Complesse
Struttura di appartenenza:
 AsFO Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

PAZIENTE: Maschio, 59 Anni
Patologie concomitanti:
 Nessuna. Evidenza di ferita infetta necrotica III distale della gamba dx, che si era procurato 3 settimane prima e che aveva trattato con metodi alternativi



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene 31/10/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico Lesione su terreno d'Insufficienza Venosa, con segni d'infezione locale, fondo con slough, non maleodorante	Quantità essudato Molto essudante
Tipo di lesione/eziologia Ulcera infetta (tampone colturale positivo per Klebsiella oxytoca, Enterobacter cloacae complex, Staphylococcus aureus) da Insufficienza Venosa	Localizzazione Terzo inferiore di gamba	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione Slough 100%
Dimensioni iniziali 2.5x2.5 cm	Cute perilesionale Ipercromica, con escoriazione tra ore 12 e 2	Bordi/Margini Non attivi, margini frastagliati

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™ ESENTA™ Film Protettivo	Medicazione di copertura Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag Foam Adesiva ESENTA™ Film Protettivo	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Lesione chiusa 23/12/2022	Epitelizzazione	Paziente ambulatoriale, con medicazione settimanale, inizialmente trattato anche con bendaggio compressivo. Dopo 2 settimane, raggiunta la riduzione dell'edema della gamba, si procede alla sua sostituzione con gambaletto compressivo di 1ª classe con medicazione adesiva	L'applicazione del trattamento Wound Hygiene, associato alla terapia compressiva ed alla correzione dello stile di vita della persona, hanno permesso il rapido raggiungimento dell'epitelizzazione della lesione



Ustione da contattato con fiamme



PROFESSIONISTA
ADI MESORACA
 Infermieri
Struttura di appartenenza:
 Asp Crotone

PAZIENTE: Maschio, 79 Anni
Patologie concomitanti:
 Anemia sideropenica - Ipertensione Arteriosa



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione con segni d'infezione locale, essudazione moderata verdastra e maleodorante, fondo fibrinoso, bordi e margini in estensione, cute perilesionale integra	Quantità essudato	Essudante
1/11/2022	Localizzazione	Regione sovramalleolare interna	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fondo fibrinoso, Score B, granulazione 50-100%
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Secca, con aree di ipercheratosi e zone di fragilità cutanea	Bordi/Margini	In estensione
Ustione da calore di gamba e coscia dx				
Dimensioni iniziali				
Ustione a tutto spessore gamba e coscia posteriore				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanico (PAD / garza)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Carboflex®
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Ag Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
4x2 cm 01/02/2023	In 10 settimane, si osserva rigenerazione epiteliale dai bordi della ferita verso il centro, su metà della lesione	Profonda ed estesa deterzione dell'intera gamba con soluzioni tensioattive ed antimicrobiche. Debridement e riattivazione dei bordi mediante curette e medicazioni con idrofibra coperta da schiuma di poliuretano. Cambi medicazione ogni 48h per moderata essudazione (Antibiotico ev). Dopo 15gg, cambio medicazione bisettimanale e, successivamente, 1 a settimana	Dolore procedurale (NRS 8) riscontrato solo nella fase iniziale del trattamento



Lesione traumatica



PROFESSIONISTA

LAURA CASADEI, CRISTINA PATERGNANI, FILIPPO LODI, ANDREA RAVAIOLI E GIANLUCA CORTINI

Infermieri dell'Ambulatorio Ortopedico-Sala Gessi

Struttura di appartenenza:

Ospedale "Morgagni Pierantoni"

PAZIENTE: Maschio, 50 Anni

Patologie concomitanti:
Nessuna



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	01/11/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesioni con fondo prevalentemente deterso ed aree con presenza di fibrina	Quantità essudato	Poco essudante	
Tipo di lesione/eziologia	Lesione di origine traumatica con area disepitelizzata falange I e III dito mano destra		Localizzazione	I e III dito mano dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	70% granulazione, 30% fibrina
Dimensioni iniziali	I dito: 2x2x0,3 cm; III dito: 4x2x0,5 cm		Cute perilesionale	Sana	Bordi/Margini	Attivi

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con acqua	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Ferite chiuse 20/12/2022	Ferite quasi completamente chiuse dopo 8 settimane di trattamento	5 cambi medicazione, con frequenza di 1 cambio a settimana nelle prime 3 e, successivamente, ogni 2 settimane. Applicazione di Wound Hygiene e medicazione Aquacel™ Ag + Extra™ ad ogni accesso	Nessuna

Lesione vascolare arto inferiore



PROFESSIONISTA
TOMMASO CECI
 Responsabile U.O.S.D Assistenza
 Domiciliare Integrata, Teramo
Struttura di appartenenza:
 ADI Asl Teramo

PAZIENTE: Femmina, 66 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete, insufficienza venosa



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione vascolare con sospetto di biofilm	Quantità essudato	Essudante
02/11/2022	Localizzazione	Gamba dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Prevalentemente slough
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Con segni d'inflammazione	Bordi/Margini	Frastagliati
Lesione di origine vascolare				
Dimensioni iniziali				
22x7 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Chirurgico / Ultrasuoni	Chirurgico / Ultrasuoni	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Chirurgico / Ultrasuoni	Chirurgico / Ultrasuoni	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
6X5 cm 15/12/2022	Costante riduzione della dimensione e dei segni d'inflammazione fino al raggiungimento della guarigione completa oltre la tempistica di osservazione del caso	Medicazione 3 volte a settimana, seguendo il protocollo Wound Hygiene	Applicando metodicamente le 4 fasi della procedura Wound Hygiene, ad ogni cambio di medicazione, si è arrivati alla guarigione della lesione in 6 settimane

Ulcera infetta sovra malleolare



PROFESSIONISTA
MATTEO GRILLI
 Specialista in Stomatologia e Woundcare
Struttura di appartenenza:
 AST Fermo UOC Chirurgia

PAZIENTE: Femmina, 84 Anni
Patologie concomitanti:
 Anemia cronica



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Segni biofilm-correlati, con presenza di slough, bordi netti e frastagliati, media essudazione	Quantità essudato	Essudante
2/11/2022	Localizzazione	Zona sovra malleolare dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Slough e segni biofilm-correlati
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Macerata	Bordi/Margini	Irregolari, infiammati e netti
Ulcera infetta sovra malleolare da insufficienza venosa				
Dimensioni iniziali				
4x5 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO

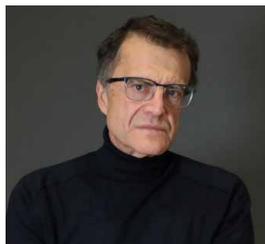
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
1,5 cm 27/01/2023	Lesione quasi completamente guarita	Accessi bisettimanali, seguendo il Wound Hygiene e procedendo alla medicazione con Aquacel™ Ag + Extra™	Applicando il Wound Hygiene con Aquacel™ Ag + Extra™ abbiamo sicuramente potuto assistere ad un'accelerazione della guarigione. La Paziente ha indossato, successivamente, la calza elastica

Lesione da frattura bimalleolare



PROFESSIONISTA

PANFILO DI GREGORIO

Responsabile Centro di Vulnologia-Chirurgia Rigenerativa-Chirurgia del Piede Diabetico

Struttura di appartenenza:

ASL 1 Abruzzo - UO Chirurgia Generale
PO Sulmona

PAZIENTE: Femmina, 79 Anni

Patologie concomitanti:

Diabete, ipertensione



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	3/11/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione insorta da 8 mesi, precedentemente trattata con garza grassa e pomate	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione generata da una frattura bimalleolare	Localizzazione	Zona malleolare dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fibrinoso con presenza di essudato
Dimensioni iniziali	8x7cm	Cute perilesionale	Parzialmente macerata	Bordi/Margini	Frastagliati

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Chirurgico / Ultrasuoni	Chirurgico / Ultrasuoni	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Chirurgico / Ultrasuoni	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
2 cm 02/01/2023	Riduzione dell' 85% della ferita, seguita da guarigione	Applicazione del protocollo Wound Hygiene con cambi medicazione ogni 3gg per 8 settimane. Numero di cambi totali: 13	La scelta di applicare metodicamente il protocollo Wound Hygiene si è rivelata la strategia efficace per la risoluzione rapida del problema



Lesione sacrale



PROFESSIONISTA
ROMINA DAQUA
 CPSI Collaboratore Professionale Infermiere
Struttura di appartenenza:
 Cure Domicilari Integrate ASP Catanzaro

PAZIENTE: Maschio, 43 Anni
Patologie concomitanti:
 SLA



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	La lesione si presentava con escara e tessuto fibrinoso, dolorosa e maleodorante	Quantità essudato	Iperessudante
7/11/2022	Localizzazione	Regione sacrale	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Tessuto necrotico 70%, depositi di fibrina 30%
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Arrossata, tumefatta	Bordi/Margini	Margini sottominati
Lesione da Pressione di III- IV Stadio				
Dimensioni iniziali				
13x7cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
2x4 cm 10/02/2023	Eliminazione dello slough e dei depositi fibrinosi sul letto di lesione; riduzione notevole dell'area di lesione da una settimana all'altra	Inizialmente, 3 cambi a settimana a causa dell'elevata essudazione; successivamente, si è passati a 2 cambi settimanali	Il paziente continua ad essere trattato con medicazione Aquacel™ Foam. Il fondo di lesione è granuleggiante e vascolarizzato



Ulcera vascolare arto inferiore



PROFESSIONISTA
MARIACONCETTA URSINI
 Infermiera Professionale
Struttura di appartenenza:
 ASP Catanzaro - Cure Domiciliari Integrate

PAZIENTE: Femmina, 82 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete mellito di tipo II, ipertensione arteriosa, cardiopatia ipertensiva, ipercolesterolemia, glaucoma



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo lucido con slough, margini discontinui e fibrina. La paziente riferiva molto dolore	Quantità essudato	Molto essudante
09/11/2022	Localizzazione	Gamba dx, sopra malleolare	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	10% fibrinoso, 50% con segni biofilm-correlati, 40% granulazione
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Integra	Bordi/Margini	Bordi adesi e margini appianati
Ulcera vascolare diabetica				
Dimensioni iniziali				
15x15 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
PROBABILITÀ DI PRESENZA DEL BIOFILM	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro	
PROBABILITÀ DI PRESENZA DEL BIOFILM	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag Foam Non Adesiva	Altro	

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
1x10 cm 24/01/2023	Riduzione del 90% delle dimensioni delle lesione, della quantità di essudato e scomparsa del dolore	Cambio medicazione 2 volte a settimana, per un periodo complessivo di 2 mesi	Ottimizzazione dei tempi di guarigione

L'azione di Aquacel™ Ag + Extra™



PROFESSIONISTA
GIAMPIERO AVRUSCIO
 Direttore UOC Angiologia

Struttura di appartenenza:
 Azienda Ospedale Università Padova

PAZIENTE: Femmina, 84 Anni

Patologie concomitanti:
 Artrite reumatoide, portatrice di Pacemaker, artroprotesi anca sx, osteoporosi, K mammario nel 2016, pregresso melanoma avambraccio dx, Gammopatia Monoclonale di significato incerto (MGUS), crolli vertebrali multipli, paziente in trattamento con Nuovi Anticoagulanti Orali, cardiopatia



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	26/10/2021	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Ulcera a manicotto con fondo ricco di slough, bordi inattivi, cute perilesionale macerata, essudato abbondante e dolore percepito NRS 9	Quantità essudato	Molto essudante
Tipo di lesione/eziologia	Ulcera a manicotto arto sx	Localizzazione	Arto Inferiore sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fondo con rilevanti segni Biofilm-correlati
Dimensioni iniziali	10x12 cm	Cute perilesionale	Macerata	Bordi/Margini	Macerati

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
 DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
PROBABILITÀ DI PRESENZA DEL BIOFILM	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
6x10cm 28/2/2022	Riduzione dell'essudato, delle dimensioni e dei segni biofilm-correlati	Accesso bisettimanale. Inizialmente effettuati bendaggi blandi, poi coesivo ed anelastico	Utilizzo di Aquacel™ Ag + Extra™ fino a confermata assenza di segni biofilm-correlati



Deiscenza safenectomia



PROFESSIONISTA
MARCELLO AQUINO
 Coordinatore reparto Camera Iperbarica
Struttura di appartenenza:
 A.O. Moscati - Avellino

PAZIENTE: Maschio, 60 Anni
Patologie concomitanti:
 Cardiopatia



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	10/11/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Tessuto necrotico, dolente, edema, infezione, iperemia	Quantità essudato	Essudante	
Tipo di lesione/eziologia	Deiscenza da intervento per safenectomia		Localizzazione		Gamba sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione
Dimensioni iniziali	20x4cm			Cute perilesionale	Iperemica e dolente	

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Enzimatico	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
8x3cm	Riduzione del 60% delle dimensioni	Cambio medicazione ogni 3 giorni	Nessuna
05/02/2023			

Lesione da trauma da strada



PROFESSIONISTA
ARTURO CANIGLIA
 Infermiere esperto in Wound Care e Risk Management
Struttura di appartenenza:
 ASST Gaetano Pini - CTO

PAZIENTE: Maschio, 37 Anni
Patologie concomitanti:
 Nessuna



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	11/11/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione essudante con i bordi piantati e cute perilesionale leggermente arrossata. Presente escara sulle due lesioni prossimali distaccate	Quantità essudato	Poco essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione da trauma				
Localizzazione	Caviglia sx				
Dimensioni iniziali	8x6 cm				
Cute perilesionale	Leggermente arrossata	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	20% escara	Bordi/Margini	Fermi

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Enzimatico	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Chirurgico / Ultrasuoni	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 cm 20/12/2022	Guarigione completa raggiunta in 1 mese	Frequenza di cambio medicazione 2 volte a settimana	Nessuna

LdP secondo il Wound Hygiene



PROFESSIONISTA
ADI MESORACA
 Infermieri
Struttura di appartenenza:
 ASP Crotone - Mesoraca (KR)

PAZIENTE: Maschio, 41 Anni
Patologie concomitanti:
 Encefalopatia da eziologia autoimmune,
 Polineuropatia sensitiva-motoria, pregressa
 embolia polmonare, Trombosi vena poplitea
 sx, Angioma D5, Osteocondrosi lombosacrale



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	22/07/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione con necrosi marrone e slough, alcune aree limitrofe con presenza di fibrina e tessuto di granulazione. Bordi attivi. Cute perilesionale iperemica ed abbondante essudazione	Quantità essudato	Molto essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione da Pressione	Localizzazione	Sacrale	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Letto della lesione coperto da fibrina e necrosi molle (score D3)
Dimensioni iniziali	15X9 cm	Cute perilesionale	Integra, umida e moderatamente iperemica	Bordi/ Margini	Bordi e margini irregolari, attivi, prони al sanguinamento

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

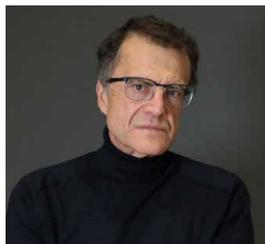
	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
PROBABILITÀ DI PRESENZA DEL BOFIRM					
Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Aquacel™ Ag Foam
Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Ag Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Guarita, con evidenti esiti cicatriziali 13/11/2022	Riduzione della dimensione della lesione e degli accessi infermieristici, fino a completa guarigione, con miglioramento di compliance della persona presa in carico e del Caregiver	Cambi di medicazione 2/3 volte al giorno per i primi 10gg, a causa dell'essudazione abbondante ed incontinenza fecale (CV posizionato). Detersione con acqua e sapone di Marsiglia seguita da soluzione salina. Debridement eseguito con curette per la rimozione di fibrina non adesa. Cambi medicazione bisettimanali. Assenza di dolore	Grazie alla piena collaborazione sia del paziente che del Care giver, condizioni imprescindibili del percorso di guarigione, abbiamo raggiunto l'obiettivo. Durante il percorso abbiamo attivato la consulenza del nutrizionista (in seguito a calo ponderale e rifiuto del paziente ad alimentarsi) e del chirurgo (in seguito a tampone culturale positivo e prescrizione di 2 settimane di antibiotici sistemici)



Lesione vascolare arto inferiore



PROFESSIONISTA
PANFILO DI GREGORIO
 Responsabile Centro di Vulnologia-Chirurgia Rigenerativa-Chirurgia del Piede Diabetico
Struttura di appartenenza:
 ASL 1 Abruzzo - UO Chirurgia Generale
 PO Sulmona

PAZIENTE: Femmina, 77 Anni
Patologie concomitanti:
 Artrite reumatoide



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	13/11/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione precedentemente trattata per 8 settimane, con segni ascrivibili a presenza di biofilm, bordi macerati e frastagliati	Quantità essudato	Essudante				
Tipo di lesione/eziologia	Lesione vascolare da insufficienza venosa					Localizzazione	Gamba sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fibrinoso con presenza di segni biofilm-correlabili
Dimensioni iniziali	5x7 cm								

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	<p>Meccanica con soluzione tensioattiva</p>	Chirurgico / Ultrasuoni	Chirurgico / Ultrasuoni	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	<p>Meccanica con soluzione tensioattiva</p>	Chirurgico / Ultrasuoni	Chirurgico / Ultrasuoni	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
1 cm 13/01/2023	Lesione quasi completamente guarita	Applicazione del protocollo Wound Hygiene con accessi bisettimanali, per un totale di 12 medicazioni 8 settimane ca	L'applicazione del protocollo Wound Hygiene ha sicuramente permesso di accelerare la guarigione della lesione



Wound Hygiene nel post trauma



PROFESSIONISTA
SIMONA LOTITO
 Dirigente Medico
 di Chirurgia Generale
Struttura di appartenenza:
 Azienda Ospedaliero-Universitaria
 Policlinico Umberto I

PAZIENTE: Maschio, 50 Anni
Patologie concomitanti:
 Nessuna



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	14/11/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione trofica di forma grossolanamente romboidale, sanguinante al contatto	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione trofica post chirurgica				
Dimensioni iniziali	10.5x 4,5x0.6 cm circa				
Localizzazione	Terzo inferiore gamba sx	Cute perilesionale	Prevalentemente secca	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	90% tessuto devitalizzato e 10% ipergranuleggiante
Bordi/Margini	Irregolari, margine cutaneo con aree ipercheratosiche alternate a margini umidi				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Avelle™

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	7x2.5x0,25 cm	Al termine del trattamento con Avelle™, la lesione appariva detersa con margini attivi ed in ripitelizzazione, tanto da poter proseguire il trattamento con AQUACEL® Ag+ Extra™ (1 medicazione ogni 5 gg per 2 settimane)	Cambio della medicazione ogni 6/7 gg. Tra la prima e la seconda sono trascorsi solo 5 gg a causa della saturazione della medicazione. N. di gg totali di applicazione 27. Applicata anche terapia elastocompressiva	Il paziente continua le medicazioni presso il proprio domicilio, con deterzione a base di soluzione tensioattiva e medicazione con Aquacel™ Ag + Extra™ + terapia elastocompressiva. Non riferisce dolore (peraltro presente solo nel corso della prima settimana di trattamento, con VAS 4) ed ha definito il trattamento come semplice da gestire.
	12/12/2022			



Lesione da arma da fuoco



PROFESSIONISTA
SARA SANDRONI
 Referente Rete Aziendale Infermieri
 Specialisti Lesioni Cutanee
Struttura di appartenenza:
 Azienda Usl Toscana Sud Est

PAZIENTE: Maschio, 67 Anni
Patologie concomitanti:
 Obesità, ipertensione



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Ulcera non-healing con prevalenza di tessuto non vitale	Quantità essudato	Poco essudante
14/11/2022	Localizzazione	Esterno piede sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	80% tessuto non vitale, 20% tessuto vitale
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Integra, non compromessa	Bordi/Margini	Inattivi ed edematosi
Ulcera cutanea ad eziologia traumatica				
Dimensioni iniziali				
32 cm ²				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
2 cm ²			
30/01/2023	Riduzione delle dimensioni dell'ulcera superiore all' 80%	Presa in carico ambulatoriale con accessi 2 volte a settimana	Presa in carico ancora attiva, mantenendo lo stesso protocollo di trattamento

Ottavia e la sua stampella



PROFESSIONISTA
ANNA MORGESE
 Dirigente Medico
Struttura di appartenenza:
 ASL BA - UO Chirurgia Generale
 Ospedale Don Tonino Bello -
 Molfetta (BA)

PAZIENTE: Femmina, 73 Anni
Patologie concomitanti:
 Insufficienza Venosa Cronica, Osteoporosi
 severa, deambulazione con ausili



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione vascolare presente da circa 4 anni, con fondo prevalentemente fibrinoso	Quantità essudato	Molto essudante
17/11/2022	Localizzazione	Gamba sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	90% Fibrina
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Edematosa, eritematosa	Bordi/Margini	Margini irregolari, Bordi introflessi (ad Epibole)
Ulcera Venosa				
Dimensioni iniziali				
6,5x6 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Chirurgico / Ultrasuoni	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
3,5x3 cm 11/01/2023	Lesione in via di guarigione, con fondo deterso e cute perilesionale integra	Ecocolordoppler Arterovenoso, bendaggio elastocompressivo	La paziente aveva medicato la lesione in autonomia, con l'ausilio del medico di base, che aveva prescritto collagenasi e cloramfenicolo prima della presa in carico



Guarigione di una lesione difficile



PROFESSIONISTA
STEFANO AURIEMMA, BARBARA COGO E CATERINA CECCHIN
 Cardiochirurgo-Responsabile DMO Vulnologia,
 Infermiere specializzate in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Ospedale San Bortolo - Ambulatorio Vulnologico

PAZIENTE: Femmina, 90 Anni
Patologie concomitanti:
 Malattia cardiovascolare e renale



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	17/11/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Presenta slough e granulazione, con cute perilesionale rossa/eritematosa, sospetta presenza di biofilm	Quantità essudato	Poco essudante	
Tipo di lesione/eziologia	Ulcera mista gamba dx		Localizzazione	Arto Inferiore dx sovramalleolare esterno	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	30% slough, 70% granulazione
Dimensioni iniziali	2x2cm		Cute perilesionale	Arrossata, eritematosa, dolorosa	Bordi/Margini	Non definiti ed arrossati

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Probabilità di presenza del biofilm	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
Probabilità di presenza del biofilm	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 12/12/2022	Lesione guarita in data 12/12/2022	-	Lesione presente da più di 3-6 mesi

Carcinoma spinocellulare della rima anale



PROFESSIONISTA
ORNELLA FORMA
 Responsabile Clinico di Ricerca e Formazione, Unità di Vulnologia

Struttura di appartenenza:
 Ospedale San Raffaele - Milano

PAZIENTE: Maschio, 59 Anni

Patologie concomitanti:
 HIV+ (carica negativa, CD4 500). HCV negativizzato dopo terapia eradicante. Angiosclerosi della biforcazione e origine arteria carotide interna dx (assenza di stenosi emodinamicamente significative) Iperensione arteriosa, Dislipidemia AOCP



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	22/11/2022
Tipo di lesione/eziologia	Lesione in esiti di miles, con diastasi completa e fondo ricoperto di fibrina
Dimensioni iniziali	5,5x3x2 cm
Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione con fondo in iniziale detersione, senza macerazione della cute perilesionale. Essudato sieroso, scuro, maleodorante
Localizzazione	Intervento chirurgico di resezione addomino-perineale secondo Miles, con approccio laparotomico
Cute perilesionale	Indenne, ben idratata. Non presenta eritema ne macerazione
Quantità essudato	Essudante
Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	50-75% granuleggiante
Bordi/Margini	Dal 25-75% epitelio attivo

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
4x2 cm, superficiale 03/02/2023	In preparazione per biostimolante dermico	La medicazione è stata scelta appositamente per la sua interattività con la lesione: Gestione ottimale della carica microbica e dell'essudato, programmando 2 cambi medicazione 2 volte a settimana	La gestione ottimale di questa tipologia di lesione ha permesso, altro elemento importante, di poter gestire il dolore. Dopo settimane il paziente si è potuto finalmente sedere



Recidiva di ulcera venosa



PROFESSIONISTA

MIRCO SANGUINETTI

Laurea triennale Infermieristica presso Università degli Studi di Genova. In corso, Master in Infermieristica di Famiglia e Comunità

Struttura di appartenenza:

ASL 5 Spezzino

PAZIENTE: Femmina, 75 Anni

Patologie concomitanti:

Insufficienza Venosa Cronica agli arti inferiori, pregressa safenectomia bilaterale, varici recidivanti. Valgismo dell' alluce bilaterale. Alterata qualità del sonno, portatrice di CPAP notturna



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene 22/11/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Ulcera malleolare con rilevante quantità di essudato, presenza di fibrina sul letto della lesione, che risulta ampia ma superficiale	Quantità essudato	Essudante
	Tipo di lesione/eziologia Ulcera venosa recidiva in quadro d'Insufficienza Venosa Cronica				
	Localizzazione	Zona perimalleolare mediale, al III inferiore di gamba dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	50% di tessuto fibrinoso e 50% di tessuto parzialmente deterso	
	Cute perilesionale	Arrossata e macerata			Bordi/Margini
Dimensioni iniziali	4,5 cm				

Implementazione Wound Hygiene

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
		Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag Extra™	Altro
DOPO 2 SETTIMANE						

STATO FINALE	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
	2,2 cm 13/01/2023	L'ulcera, dopo un intervallo di circa 2 mesi, risulta migliorata, con il fondo di lesione più sgombro da fibrina, dimensioni ridotte, bordi migliorati ed appianati. Ridotta anche la callosità perilesionale, lasciando prospettare ulteriore miglioramento e riduzione	Deterzione ed antisepsi della lesione tramite soluzione salina e ringer con rimozione di tessuto secco e calloso. Debridement effettuato, inizialmente, tramite garza sterile e, successivamente, con bisturi per rimozione tessuto necrotico e slough	Il paziente è in attesa di sottoporsi ad intervento di oblitterazione delle varici con procedura endovascolare



Gestione LdP conseguente a trauma stradale



PROFESSIONISTA
JESSICA FLORE
 Infermiera
Struttura di appartenenza:
 Neuroriabilitazione Ospedale San Martino

PAZIENTE: Maschio, 36 Anni
Patologie concomitanti:
 Nessuna



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione non stadiabile per presenza di materiale necrotico	
	29/11/2022	Localizzazione	Sacro	
	Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Iperemica con piccole ulcerazioni a spessore parziale	
	Lesione da Pressione	Quantità essudato	Poco essudante	
	Dimensioni iniziali		Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	95% necrotico, 5% tessuto di granulazione
	10x7 cm ca		Bordi/Margini	Iperemici, sofferenti

Implementazione Wound Hygiene

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
	DOPO 2 SETTIMANE		Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Extra™

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	3x3x2 cm 29/01/2023	Miglioramento e riduzione della lesione. Continua a sottoporsi al protocollo Wound Hygiene perché la lesione ha tendenza a formare biofilm. Si opta per l'uso di Avelle™ come medicazione secondaria, da pochi giorni, per stimolare la crescita di tessuto granulativo. Miglioramento della cute perilesionale	Cambi trisettimanali, occasionalmente più frequenti quando la lesione veniva contaminata da feci per l'incontinenza del Paziente	Paziente complesso, in seguito a grave incidente stradale, ancora ricoverato



Lesione traumatica



PROFESSIONISTA
LAURA CASADEI
 Ambulatorio Ortopedici, Sala Gessi Forlì
Struttura di appartenenza:
 Ospedale "Morgagni Pierantoni"

PAZIENTE: Maschio, 49 Anni
Patologie concomitanti:
 Paziente con storia oncologica, sottoposto a trattamento chemioterapico



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	30/11/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Assenza di segni di flogosi, secrezioni e sanguinamento. Margini non delimitati, con tessuto disorganizzato e privo di granulazione	Quantità essudato	Poco essudante		
Tipo di lesione/eziologia	Lesione traumatica da schiacciamento. Ferita lacerocontusa con parziale avulsione ungueale						
Dimensioni iniziali	3 cm						
Localizzazione	I dito mano sx	Cute perilesionale	Integra	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Assenza di tessuto di granulazione, flogosi o secrezioni		
						Bordi/Margini	Margini non delimitati, con tessuto disorganizzato

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Detersione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
1,5 cm 22/12/2022	Dopo 14 gg, la ferita si mostra con appiannamento dei margini, rivascularizzazione della matrice ungueale, contrazione ed iniziale coagulazione del fondo. Dopo 22 gg la ferita risulta cicatrizzata	Prima medicazione 30/11: applicazione Wound Hygiene e medicazione Aquacel™ Ag + Extra™. Seconda medicazione 7/12: Wound Hygiene - Aquacel™ Ag + Extra™. Terza medicazione 14/12: applicazione Wound Hygiene, curettage del coagulo, Aquacel™ Ag + Extra™. Quarta medicazione : ferita cicatrizzata	Nessuna



Ferita post-traumatica



PROFESSIONISTA
TOMAS GHEZZI
 Infermiere, Stomatopista e
 Wound Care Specialist
Struttura di appartenenza:
 USL Umbria 1 - Città di Castello (PG)

PAZIENTE: Maschio, 54 Anni
Patologie concomitanti:
 Nessuna



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Deiscenza in lesione da schiacciamento, secondaria a tentativo di riparazione per prima intenzione in regime di urgenza	Quantità essudato	Poco essudante
30/11/2022	Localizzazione	Malleolo esterno Arto Inferiore dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Tessuto non vitale nel 100% dell'area con segni clinici di infezione, Falanga score D
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Eritematosa	Bordi/Margini	Iperemici
Lesione post-traumatica da schiacciamento				
Dimensioni iniziali				
7x4x1,5 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Riparazione completa 17/01/2023	Progressiva riparazione, evidenziata da una marcata riduzione dell'area di lesione, in assenza di complicanze durante l'intero trattamento	Wound management secondo i criteri valutativi Wound Bed Preparation e TIMERS, con approccio guida gestionale Wound Hygiene	L'utilizzo di strumenti valutativi ed operativi validati, universalmente riconosciuti e basati su prove di efficacia hanno permesso un decorso lineare ed una completa guarigione della lesione

Linfedema



PROFESSIONISTA
LUCIANO BERSANO
 Infermiere esperto in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 ASL CN 1, Ambulatorio di Vulnologia

PAZIENTE: Maschio, 48 Anni
Patologie concomitanti:
 Ipertensione Arteriosa, Dislipidemia,
 Obesità importante, apnee notturne



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	01/12/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Linfedema importante su entrambi gli arti, con polsi pedidi presenti. Cute perilesionale arrossata, elevata essudazione e sospetto biofilm	Quantità essudato	Molto essudante
Tipo di lesione/eziologia	Linfedema				
Dimensioni iniziali	15x6 cm	Localizzazione	Arto inferiore sx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fondo devitalizzato
		Cute perilesionale	Arrossata ed edematosa	Bordi/Margini	Frastagliati

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 cm 11/01/2023	Guarigione completa raggiunta in 40 giorni	Terapia compressiva con bendaggio multistrato con coesiva forte, ossido di zinco ed ittiolo	Ottima gestione dell'essudato e del Biofilm con approccio Wound Hygiene

Ustione bimba



PROFESSIONISTA
PATRIZIA MAGRO
 Chirurgo Pediatrico
Struttura di appartenenza:
 A.O.U. Città della Salute e della
 Scienza presidio Regina Margherita
 - Torino

PAZIENTE: Femmina,
Patologie concomitanti:
 Nessuna



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene 1/12/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico Ustione di II grado superficiale. Rottura flittene spontanea	Quantità essudato Essudante
Tipo di lesione/eziologia Ustione di II grado da liquido bollente	Localizzazione Mano dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione Deterso
Dimensioni iniziali Tutte le dita e metà del palmo	Cute perilesionale Iperemica	Bordi/Margini Iperemici

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Guarita 20/12/2022	Guarita, senza esito di cicatrice retratta	Medicata con Aquacel™ Ag + Extra™, con attesa del distacco spontaneo della medicazione	Il distacco spontaneo della medicazione ha svelato la riepitelizzazione completa della lesione



Ferita cardiocirurgica-sternotomia



PROFESSIONISTA

BRIGIDA TIZIANA CANALE

Dottorssa in Scienze Infermieristiche,
Coordinatore delle Professioni Sanitarie I livello

Struttura di appartenenza:

Riabilitazione Cardio-Respiratoria P.O.
"Tiberio Evoli", ASP RC

PAZIENTE: Femmina, 72 Anni

Patologie concomitanti:

Diabete tipo I, obesità, osteoporosi,
vasculopatia, dislipidemia,
ipertensione e BPCO



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fondo con tessuto fibrotico e parzialmente necrotico	Quantità essudato	Poco essudante
1/12/2022	Localizzazione	Processo xifoideo	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Prevalentemente fibrotico, con piccole aree necrotiche
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Infiammata	Bordi/Margini	Presenza di aree di erosione e macerazione
Deiscenza chirurgica				
Dimensioni iniziali				
4 cm				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
IN CARICO

DOPO 2
SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Ag Foam Aquacel™ Foam Pro
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Extra™ Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Ag Foam

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0 07/01/2023	Esiti positivi già dopo 5 gg. con ricrescita del tessuto sottostante e minima essudazione. Al 10 giorno, il tessuto granulativo copriva circa il 50% del fondo. Dopo 18gg la paziente è stata dimessa e gestita ambulatorialmente, con medicazioni settimanali. Guarigione completa raggiunta in 3 settimane	Al giorno 1, tolettatura del tessuto fibro-necrotico e conseguenti cambi medicazione ogni 2gg prima e, successivamente, ogni 3-4gg. Paziente dimessa al giorno 18, gestita ambulatorialmente. Netto miglioramento progressivo, con ricrescita di tessuto, minima essudazione e cambi medicazioni 1 volta a settimana per 15gg	Nonostante le comorbidità e patologie sottostanti, l'uso di Aquacel™ Ag + Extra™ ha favorito una guarigione in tempi brevi, con minore stress per la Paziente - che ha potuto intraprendere un processo riabilitativo sereno- e riducendo il tempo d'impiego del personale



Wound Hygiene lesione collo



PROFESSIONISTA
ANTONINO LOMBARDO
 Dott. Coordinatore Infermieristico
Struttura di appartenenza:
 A.O.U Città della Salute e della Scienza
 presidio Molinette

PAZIENTE: Femmina, 70 Anni
Patologie concomitanti:
 Resezione gastrica per K gastrico, K laringe,
 Iperensione, Polmonite basale



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene	05/12/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione necrotica, necessita debridement chirurgico. Moderatamente essudante, complicata dall'abbondante saliva che fuoriesce dal salivary stent	Quantità essudato	Iperessudante
	Tipo di lesione/eziologia	Lesione post chirurgica		Localizzazione		Mediana del collo
	Dimensioni iniziali	7x7x5 cm	Cute perilesionale		Eritematosa	Bordi/Margini

Implementazione Wound Hygiene

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura ConvaMax™ Non Adesivo
		Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	ConvaMax™ Non Adesivo

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	3x3x4 cm	Controllo dei fluidi e della carica batterica. Assenza di segni di sovrainfezione in paziente oncologico defedato	Lesione sottominata cavitaria trattata con zaffo di Aquacel™ Ag + Extra™. Cute perilesionale trattata con idratazione profonda. Debridement chimico e controllo del biofilm con Aquacel™ Ag + Extra™. Controllo dei fluidi (essudato e saliva) con ConvaMax™	La gestione della lesione è fortemente complicata dall'eccessiva salivazione, che non permette di ritardare il cambio medicazione, attualmente ogni 48 h. Aquacel™ Ag + Extra™ ha coadiuvato un debridement selettivo, annullando il rischio di emorragia dei grossi vasi del collo
	20/12/2022			



Ustione profonda della mano



PROFESSIONISTA
ANGELA SASSONE
 Infermiera, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
Struttura di appartenenza:
 Policlinico di Bari. UOC Chirurgia Plastica con annesso Centro Ustioni

PAZIENTE: Femmina, 70 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete insulino resistente



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Ustione intermedio-profonda della mano dx, con interessamento del dorso	Quantità essudato	Essudante
5/12/2022	Localizzazione	Dorso mano dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fibrina per il 50%
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Integra	Bordi/Margini	Regolari
Ustione intermedio-profonda da scoppio				
Dimensioni iniziali				
Dorso della mano dx a spessore intermedio-profondo				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

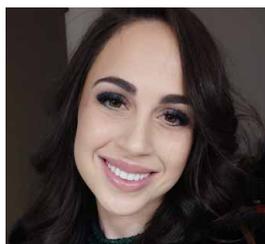
	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Enzimatico	Chirurgico / Ultrasuoni	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Chirurgico / Ultrasuoni	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Miglioramento del fondo lesionale e margini in riepitelizzazione 15/12/2022	Netto miglioramento del fondo della lesione. L'uso di Aquacel™ Ag + Extra™ ha permesso di evitare il ricorso ad un innesto cutaneo	Debridement iniziali di tipo enzimatico (Nexobrid) e medicazioni eseguite con Aquacel™ Ag + Extra™. Dal giorno 5/12/2022, eseguiti 2 cambi medicazione ogni 5gg. Gli esiti sono apprezzabili nell'ultima immagine, datata 15/12/22	L'utilizzo di Aquacel™ Ag + Extra™ ha contribuito ad una rapida guarigione, scongiurando il rischio di dover far affrontare alla Paziente, 70 anni e diabetica, un intervento d'innesto



Deiscenza peristomale



PROFESSIONISTA
JESSICA GAMMINO
 Infermiera Stomaterapista
Struttura di appartenenza:
 Ospedale Sirai Carbonia

PAZIENTE: Femmina, 89 Anni
Patologie concomitanti:
 Ipertensione, obesità



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene 07/12/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico Deiscenza con margini irregolari, presenza di sottominature, fondo con slough e sospetto biofilm	Quantità essudato Molto essudato
Tipo di lesione/eziologia Deiscenza di ferita chirurgica		
Dimensioni iniziali 4,5x2 cm	Localizzazione Quadrante addominale inferiore dx	Bordi/Margini Irregolari, frastagliati con sottominatura
	Cute perilesionale Iper-pigmentata	

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura DuoDERM® Extra™Thin
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Extra™	DuoDERM® Extra™Thin

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Riduzione fino a completa guarigione 12/01/2023	Guarigione	Inizialmente, cambi giornalieri; poi ogni 3 giorni, in funzione della capacità di adesione della placca da stomia	Paziente oncologica, con difficoltà nella gestione della stomia e, di conseguenza, della deiscenza, trattandosi di ciecostomia



Maria e il suo amato cane



PROFESSIONISTA
ANNA MORGESE
 Dirigente Medico
Struttura di appartenenza:
 ASL BA - UO Chirurgia Generale
 Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta
 (BA)

PAZIENTE: Femmina, 59 Anni
Patologie concomitanti:
 Diabete insulino dipendente, Obesità



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Quantità essudato
12/12/2022	N° 2 ferite chirurgiche infette con esposizione di mezzo di sintesi	Molto essudante
Tipo di lesione/eziologia	Localizzazione	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione
Trauma e deiscenza chirurgica dopo intervento ortopedico	Gamba sx	85% Fibrina, 15% Tessuto di Granulazione
Dimensioni iniziali	Cute perilesionale	Bordi/Margini
2x1,5 cm e 3x2,5 cm	Edematosa, eritematosa	Introflessi (ad Epibole)

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
1x 0,5 cm e 1,5x1 cm	In via di guarigione	Ecocolordoppler Arterovenoso, bendaggio elastocompressivo	Correzione della terapia antidiabetica, prescrizione di terapia antiedemigena (Bromelina)
09/01/2023			

Lesione vascolare



PROFESSIONISTA
KATIA LUCHETTI
 Infermiere esperto in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 AST Pesaro Urbino, Distretto Sanitario, Ambulatorio Ferite Difficili - Urbania (PU)

PAZIENTE: Femmina, 78 Anni
Patologie concomitanti:
 Ipertensione Arteriosa



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	12/12/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Gamba dx, l anteriore, bordi callosi, disidratati, cute perilesionale secca, essudato giallastro in modica quantità, fondo con il 90% di fibrina	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Lesione vascolare gamba dx, presente da 18 mesi	Localizzazione	Gamba dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	90% fibrina, 10% granulazione
Dimensioni iniziali	6x4 cm	Cute perilesionale	Secca, disidratata	Bordi/Margini	Callosi, disidratati

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
3,5x1,2 cm, con fondo in granulazione e bordi attivi 06/02/2023	Riduzione della lesione a 3,5x1,2 cm, con fondo granuleggiante al 100%, bordi attivi, cute perilesionale idratata ed integra	All inizio, cambio medicazione 2 volte a settimana; successivamente, 1 cambio settimanale. Per tutto il trattamento, è stato eseguito bendaggio coesivo a 2 strati	Grazie all'applicazione metodica della procedura Wound Hygiene, con l'utilizzo di Aquacel™ Ag + Extra™, si sono ottenuti buoni risultati, pur tenendo una cadenza di cambio medicazione settimanale



Lesione da trauma



PROFESSIONISTA

LAURA CASADEI, CRISTINA PATERGNANI, FILIPPO LODI, ANDREA RAVAIOLI E GIANLUCA CORTINI

Infermieri dell'Ambulatorio Ortopedico-Sala Gessi

Struttura di appartenenza:

Ospedale "Morgagni Pierantoni"

PAZIENTE: Femmina, 66 Anni

Patologie concomitanti:
Nessuna



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	13/12/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Ferita senza flogosi, presenza di secrezioni sierose, fondo fibrinoso con area necrotica	Quantità essudato	Poco essudante		
Tipo di lesione/eziologia	Lesione da trauma Arto Inferiore con vasto ematoma		Localizzazione		Arto Inferiore dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fibrina 70%, necrosi 30%
Dimensioni iniziali	1,8x1,8x1 cm				Cute perilesionale		Normale

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
0,8x0,8x0,5 cm 11/01/2023	Lesione migliorata, dimensioni ridotte, con evidente innalzamento del fondo	Accessi effettuati nelle date 13/12, 19/12, 27/12, 04/01 ed 11/01. Ad ogni accesso si è applicata la procedura Wound Hygiene, provvedendo alla medicazione mediante Aquacel™ Ag + Extra™	Nessuna



Ulcera venosa terzo inferiore gamba



PROFESSIONISTA
AICHA AIT BASSOU
 Infermiera Specialista in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Ambulatorio Ferite Difficili Ast
 Pesaro Urbino - Pesaro

PAZIENTE: Femmina, 87 Anni
Patologie concomitanti:
 Insufficienza venosa, ipertensione, artrite reumatoide



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	14/12/2022	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Arto edematoso, essudato abbondante di colore verdastro con fondo fibrinoso. Cute perilesionale macerata. Bordi bloccati	Quantità essudato	Essudante
Tipo di lesione/eziologia	Recidiva di ulcera venosa al terzo inferiore della gamba dx	Localizzazione	Terzo inferiore gamba dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fibrinoso 100%
Dimensioni iniziali	7x3 cm	Cute perilesionale	Macerata	Bordi/Margini	Inattivi

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Detersione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA IN CARICO

DOPO 2 SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con acqua	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
4x1.5 cm 15/02/2023	Fondo della lesione deterso, senza presenza di fibrina; Bordi attivi e cute perilesionale integra. Riduzione dell'edema della gamba, con miglioramento della sintomatologia dolorosa	Eseguito tampone colturale, con conferma di colonizzazione critica. Detersione con acqua e sapone, quando disponibili o con detergente tensioattivo. Debridement con courette e medicazione 2 volte alla settimana. Eseguito bendaggio compressivo a 4 strati per ridurre l'edema	Ancora in trattamento, ma in via di guarigione

WH in lesione Post Traumatica



PROFESSIONISTA
CURE DOMICILIARI - ASSISTENZA DOMICILIARE
- DISTRETTO SAVONESE ASL2 REGIONE LIGURIA
 Luciana Boggiatto Infermiera Expert in
 Vulnologia e Infermieri ADI
Struttura di appartenenza:
 ASL2 Regione Liguria (SV)

PAZIENTE: Femmina, 72 Anni
Patologie concomitanti:
 Obesità, diabete



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione necrotica, bordi introflessi	Quantità essudato	Essudante
28/12/2022	Localizzazione	Arto Inferiore sx, regione tibiale anteriore, sotto l'articolazione del ginocchio	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% tessuto non vitale, escara secca
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Integra	Bordi/Margini	Edematosi, introflessi
Post-traumatica				
Dimensioni iniziali				
20 cm ²				

Implementazione Wound Hygiene

- 1 Deterzione
- 2 Sbrigliamento
- 3 Riattivazione
- 4 Medicazione

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				ESENTA™ Film Protettivo	DuoDERM® CGF Altro
Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
12 cm ² 29/01/2023	Miglioramento della lesione con deterzione del fondo	Wound Hygiene: Inizialmente, debridement autolitico (Idrogel + Idrocolloide) ed aumento del numero di accessi da 1 a 2 volte a settimana. Dopo 15 giorni, la lesione mostrava segni significativi di miglioramento e presentava un fondo deterso per il 70%, con bordi in scivolo. Successivamente Aquacel™ Ag + Extra™	Lesione non healing da 6 mesi, ha ripreso, in soli 15 giorni, il processo di riparazione tissutale grazie all'approccio avanzato alla lesione: Tramite la valutazione corretta secondo TIMERS, associata ad una gestione appropriata delle tecniche di best practice con il protocollo Wound Hygiene

Wound Hygiene in lesione traumatica



PROFESSIONISTA
ELISA MARINELLI
 Infermiere Specialista in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Usl Toscana Sud Est (Area territoriale Valtiberina)

PAZIENTE: Femmina, 86 Anni
Patologie concomitanti:
 Idrocefalia normotesa, Morbo di Alzheimer (fase iniziale)



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione automedicata per circa 30gg. Al primo accesso, appariva completamente ricoperta da slough e molto dolorosa	Quantità essudato	Essudante
	30/12/2022	Localizzazione	Arto Inferiore dx regione tibiale	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% slough
	Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Arrossata, edematosa, fragile	Bordi/ Margini	Piani, ma prevalentemente non attivi
	Lesione traumatica				
	Dimensioni iniziali				
	181,5 cm ²				

Implementazione Wound Hygiene

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanico (PAD / garza)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Altro
		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
DOPO 2 SETTIMANE						

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	60 cm ² ca 09/02/2023	La lesione ha sviluppato una rapida progressione verso la guarigione. Il trattamento si è dimostrato adeguato, sia in termini di gestione della carica batterica, che dell'infiammazione, del dolore e dell'essudato, favorendo la compliance dell'assistita	Il trattamento in tutto il periodo di osservazione, è avvenuto seguendo le 4 fasi del protocollo Wound Hygiene. Cambio medicazione ogni 7gg. Applicazione di bendaggio multistrato	Lesione ancora in trattamento, ma in fase di guarigione



Lesione vasculitica



PROFESSIONISTA
MARCO ROMITELLI
 Infermiere Specialista in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Ambulatorio Ferite Difficili - Distretto Sanitario di Fano, AST 1

PAZIENTE: Maschio, 37 Anni
Patologie concomitanti:
 Nessuna



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione di piccole dimensioni, dolorosa, con fondo ricoperto di fibrina, bordi inattivi e margini scuri	Quantità essudato	Essudante
30/12/2022	Localizzazione	Arto Inferiore sx, zona perimalleolare esterna	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fondo ricoperto di fibrina
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Integra	Bordi/Margini	Bordi non attivi, margini scuri
Lesione vasculitica arto inferiore				
Dimensioni iniziali				
2x4 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Totale riepitelizzazione	Dopo 24 gg. lesione completamente riepitelizzata	30/12 Prima medicazione: Applicazione Wound Hygiene con Aquacel™ Ag + Extra™, garza sterile e cerotto tnt. 17/1 Seconda medicazione: applicazione Wound Hygiene, Aquacel™ Ag + Extra™. 24/01: lesione riepitelizzata	Nessuna
24/01/2023			



Lesione da sfregamento



PROFESSIONISTA
ANNALISA LIPONA
 Collaboratore Professionale Infermiere,
 referente Ambulatorio Chirurgia Generale
Struttura di appartenenza:
 A.O. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona

PAZIENTE: Maschio, 54 Anni
Patologie concomitanti:
 Obesità, neuropatia cronica post
 Herpes Zoster



PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione da grattamento con sindrome dolorosa elevata	Quantità essudato	Essudante
01/01/2023	Localizzazione	Nuca, lato dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fondo con evidente slough e tessuto di granulazione non sana
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Arrossata	Bordi/Margini	Frastagliati
Lesione da grattamento con sindrome dolorosa elevata				
Dimensioni iniziali				
7x3 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
1 cm			
22/02/2023	Raggiungimento di guarigione quasi completa	-	Nessuna

Lesione da decubito



PROFESSIONISTA
CARMEN FOGLIA
 Coordinatrice infermieristica
 Assistenza Domiciliare Asl Caserta
Struttura di appartenenza:
 Asl Caserta

PAZIENTE: Femmina, 92 Anni
Patologie concomitanti:
 Cardiopatia



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Fibrinosa	Quantità essudato	Essudante
	5/01/2023				
	Tipo di lesione/eziologia	Localizzazione	Sottogluteo dx	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Fondo prevalentemente coperto da slough
	Lesione di II Stadio				
Dimensioni iniziali	Cute perilesionale	Integra	Bordi/Margini	Netti	
5x7cm					

Implementazione Wound Hygiene

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™	Medicazione di copertura Aquacel™ Ag Foam
		Meccanica con soluzione tensioattiva + antisettico	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Aquacel™ Ag Foam

STATO FINALE	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
	Guarigione quasi completa 06/02/2023	Netta riduzione delle dimensioni della ferita, ormai quasi completamente guarita	3 cambi settimanali	La paziente, 92enne, non deambula ed è posizionata h24 su una poltrona, prova dispositivi antidecubito

Deiscenza safenectomia



PROFESSIONISTA
STEFANIA BOTTOS
 Infermiere Specialista in Lesioni Cutanee Complesse
Struttura di appartenenza:
 AsFO Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

PAZIENTE: Maschio, 73 Anni
Patologie concomitanti:
 Iperensione Arteriosa e dislipidemia, Cardiopatia ipertensiva ed ischemica cronica, con pregressa angina da sforzo in coronaropatia critica trivasale e del tronco comune. Intervento di 5 bypass coronarici con entrambe le arterie toraciche e safena



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene 09/01/2023	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Sofferenza ischemica superficiale della ferita chirurgica da safenectomia, con presenza di necrosi	Quantità essudato	Essudante
	Tipo di lesione/eziologia Sofferenza ischemica di ferita chirurgica				
	Dimensioni iniziali 3 aree di lesione: una distale puntiforme, una centrale 3x1.5 cm ed una prossimale 2x1 cm	Localizzazione	Interno di gamba	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Slough 80%, granulazione 20%
		Cute perilesionale	Integra	Bordi/Margini	Non attivi, margini netti e frastagliati

Implementazione Wound Hygiene

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione tensioattiva	Taglio (curette / bisturi)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria Aquacel™ Ag + Extra™ ESENTA™ Film Protettivo	Medicazione di copertura Altro
		Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag Foam Adesiva ESENTA™ Film Protettivo	Altro

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	Lesioni prossimale e distale epitelizzate; Lesione centrale 1.5x 0.7 cm 06/02/2023	Raggiunta granulazione e parziale epitelizzazione	Paziente ambulatoriale, in corso di riabilitazione cardiologica, con necessità di garantire controllo del cattivo odore e sbrigliamento del fondo di lesione. Medicazione eseguita, inizialmente, 2 volte a settimana ed, ora, ogni 7gg. La medicazione viene fissata con tubolare bielastico	L'applicazione puntuale della procedura Wound Hygiene ha permesso il controllo del cattivo odore, il progressivo sbrigliamento del fondo di lesione e garantito alla persona la prosecuzione della terapia riabilitativa cardiologica

Ulcera da morganello



PROFESSIONISTA
DOSSA CARLOTTA BONASSO, CRISTINA COLOMBI E PAOLA GASTALDI
 Chirurgo Generale ed Infermiere Esperte in Wound Care
Struttura di appartenenza:
 Ambulatorio Vulnologia, Ospedale Agnelli, ASL TO 3

PAZIENTE: Femmina, 76 Anni
Patologie concomitanti:
 Insufficienza renale acuta, diabete mellito, obesità, Iperensione Arteriosa, ipercolesterolemia, varici arti inferiori, AOCIP iniziale senza stenosi, BBdx incompleto. Paziente allergica all'argento, allo zinco, al betadine



PRESA IN CARICO	Data inizio trattamento con Wound Hygiene 17/01/2023	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesioni con essudazione copiosa, di tipo verdastro-purulento	Quantità essudato	Molto essudante
	Tipo di lesione/eziologia				
	Dimensioni iniziali	Cute perilesionale	In parte integra, altrimenti arrossata ed infiammata	Bordi/Margini	Margini netti
	Lesioni multiple bilaterali, con estensione per buona parte dell'area frontale della gamba				

Implementazione Wound Hygiene

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione		
PRESA IN CARICO		Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
					Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
DOPO 2 SETTIMANE		Meccanica con soluzione tensioattiva	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Extra™	Altro

	DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
STATO FINALE	Dimensioni ridotte di tutte le lesioni, in particolare di quelle più distali 09/02/2023	Netti miglioramenti a distanza di poche settimane, fondo prevalentemente granuleggiante	Iniziata terapia con doppio antibiotico ed antidolorifico	Netto miglioramento ed ottima gestione dell'essudato grazie alla tecnologia Hydrofiber®. Dopo pochi giorni dall'inizio trattamento, si è optato per proseguire con Aquacel™ Extra™, per scarsa tolleranza della Paziente all'Argento

Lesione oncologica



PROFESSIONISTA
ANTONELLA SAMPERI
 Infermiere
Struttura di appartenenza:
 Asl Sud Est Val d' Elsa

PAZIENTE: Femmina, 95 Anni
Patologie concomitanti:
 Ipertensione, diabete mellito,
 fibrillazione cronica



STATO INIZIALE



STATO INTERMEDIO



STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Lesione con morfologia a cavolfiore	Quantità essudato	Essudante
22/01/2023	Localizzazione	Cicatrice sulla mammella sx asportata 20 anni fa	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Tessuto tumorale
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Edema	Bordi/Margini	Frastagliati
Lesione tumorale				
Dimensioni iniziali				
5x5 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione salina / ringer	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione antisettica	Enzimatico	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag Foam Non Adesiva	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Non valutabile	In fase di monitoraggio della lesione	Inizialmente, accessi 3 volte a settimana, poi maggiormente dilazionati. Trattata fase di sanguinamento con emostatico Tabotamp	Consepevole che l'obiettivo del trattamento non potesse essere la guarigione, data l'eziologia ed il quadro Paziente, il raggiungimento della gestione dell'essudato ed il mantenimento delle dimensioni della lesione sono risultati che hanno soddisfatto le mie aspettative
08/02/2023			



Schiacciamento di caviglia



PROFESSIONISTA
DOTT. GIULIO LEONE, KATIA SAVIGNANO E PAOLA ZURLENI
 Dirigente Medico in Ortopedia e Traumatologia; Infermiere
Struttura di appartenenza:
 IRCCS San Gerardo dei Tintori

PAZIENTE: Maschio, 57 Anni
Patologie concomitanti:
 BPCO, varici venose agli arti inferiori



PRESA IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	31/01/2023
Tipo di lesione/eziologia	Lesione traumatica con sofferenza cutanea provocata dallo schiacciamento di una lastra di cemento caduta sulla caviglia del paziente
Dimensioni iniziali	7x5 cm

Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Presenza di necrosi cutanea in esiti di schiacciamento
Localizzazione	Caviglia sx
Cute perilesionale	Lievemente sofferente

Quantità essudato	Essudante
Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	100% escara (rimossa alla presa in carico)
Bordi/Margini	Arrossati ed edematosi

Implementazione Wound Hygiene

PRESA IN CARICO
DOPO 2 SETTIMANE

	1 Detersione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Taglio (curette / bisturi)	Taglio (curette / bisturi)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
Area residua 1x1 cm 14/02/2023	Guarigione completa in 3 settimane	Cambio medicazione settimanale	Paziente in trattamento con fissatore esterno per frattura di gamba con grave sofferenza dei tessuti molli. Lesione guarita agilmente per seconda intenzione

Gestione di SSI senza parete addominale



PROFESSIONISTA
CLARA MAINO
 Infermiera Esperta
Struttura di appartenenza:
 Ambulatorio Lesioni -DPS -
 Fondazione IRCCS San Gerardo
 dei Tintori - Monza

PAZIENTE: Maschio, 73 Anni
Patologie concomitanti:
 Cardiopatia ischemica; Ipertensione arteriosa;
 diverticolosi del sigma; vasculopatia cronica con atrofia
 corticale; 2021 emicolectomia dx per carcinoma del
 colon, complicato da deiscenza anastomotica e shock
 settico; 04/21 int. conservativo del colon



STATO INIZIALE

STATO INTERMEDIO

STATO FINALE

PRESA
IN CARICO

Data inizio trattamento con Wound Hygiene	Descrizione generale della lesione alla presa in carico	Vasta ulcera con fondo granulativo fragile, poco omogeneo, tendenzialmente friabile e con essudazione abbondante	Quantità essudato	Molto essudante
02/03/2023	Localizzazione	Addome	Tipologia e quantità % di tessuto del fondo di lesione	Granulazione non sana (C)
Tipo di lesione/eziologia	Cute perilesionale	Integra	Bordi/ Margini	Margini prevalentemente netti, con aree in principio di riepitelizzazione
Deiscenza laparotomica - Frozen Abdomen				
Dimensioni iniziali				
8,5x8,6 cm				

Implementazione Wound Hygiene

PRESA
DOPO 2
SETTIMANE
IN CARICO

	1 Deterzione	2 Sbrigliamento	3 Riattivazione	4 Medicazione	
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Medicazione primaria	Medicazione di copertura
				Aquacel™ Ag + Extra™	Altro
	Meccanica con soluzione antisettica	Meccanico (PAD / garza)	Meccanico (PAD / garza)	Aquacel™ Ag + Extra™	Altro

STATO FINALE

DIMENSIONI E DATA	ESITI	INTERVENTI	NOTE
7x4,4 cm 28/4/2023	Netto miglioramento della qualità tessutale in termini di compattezza, omogeneità e riduzione dell'essudazione, con riduzione delle dimensioni dell'area lesionale ed estensione della riepitelizzazione	L'ampia area esposta, esito di deiscenza addominale per SSI, è stata inizialmente ridotta con un innesto autologo e cute prelevata dalla coscia del paziente. Il sito di prelievo è stato trattato, sin dall'inizio, con Aquacel™ Extra™, giungendo a completa riepitelizzazione in 2 settimane, senza cambi	Lesione acuta addominale senza parete muscolare sottostante.



Wound Hygiene: il viaggio

Ancora una volta, si ringraziano sentitamente tutti i professionisti e i team specialistici che hanno voluto condividere la propria casistica clinica con tutti noi e con i futuri lettori. In ordine alfabetico di seguito:

Adriana Arcieri
Aicha Ait Bassou
Alessandro Greco
Alessandro Scalise
Alessandro Tedeschi
Alessia Fattori
Alessio Paderi
Andrea Calabrese
Andrea Ravaioli
Angela De Mola
Angela Garrubba
Angela Sassone
Aniello Apuzzo
Anna Cabiddu
Anna Morgese
Annalisa Lipona
Antonella Brundu
Antonella Passaro
Antonella Poggi
Antonella Sampieri
Antonino Lombardo
Antonino Pugliara
Arturo Caniglia
Barbara Bertini
Barbara Cogo
Barbara Collu
Barbara De Angelis
Barbara Morselli
Brigida Tiziana Canale
Carla Santelia
Carlo Rivellini
Carlotta Bonasso
Carmen Foglia
Carmine Erra
Caterina Cecchin
Chiara Amenta
Cinzia Datteri
Cinzia Lanzone
Cinzia Mocci
Cinzia Terolla
Clara Maino
Claudia Sergiampietri
Claudio Castrogiovanni
Cristina Colombi
Cristina Patergnani
Cristina Urbini
Daniela Fanfani
Daniela Mastrazzo
Daniela Ribero
Diego Ceci
Diego Mastronicola

Edgardo Norgini
Elena Calidonna
Elena Rapetto
Elena Roattino
Elisa Marinelli
Fabiola Gigliarelli
Federica Croese
Federica Pelliccia
Ferdinando Campitiello
Filippo Lodi
Francesca Maria De Buggias
Francesca Meniconi
Francesca Pasquali
Francesca Perazzo
Francesco Gastaldo
Francesco Palummieri
Francesco Petrella
Francesco Puccio
Francesco Stivala
Gerardina Tranchino
Giampiero Avruscio
Giancarlo Donnola
Gianfranca Mameli
Gianluca Cortini
Gianvito Corona
Giuliana Bruno
Giulio Leone
Giuseppe Nebbioso
Giuseppe Scarmozzino
Gloria Dorigo
Guido Ciprandi
Ivana Mura
Jessica Flore
Jessica Gammino
Jessica Marano
Katia Luchetti
Katia Savignano
Laura Casadei
Laura Lepri
Laura Nicolai
Lucia Cattaneo
Lucia Luise
Luciano Bersano
Luigia Martucci
Manuela Bramardi
Marcello Aquino
Marco Di Giacomo
Marco Macali
Marco Romitelli
Marco Sigona
Marella Castricini

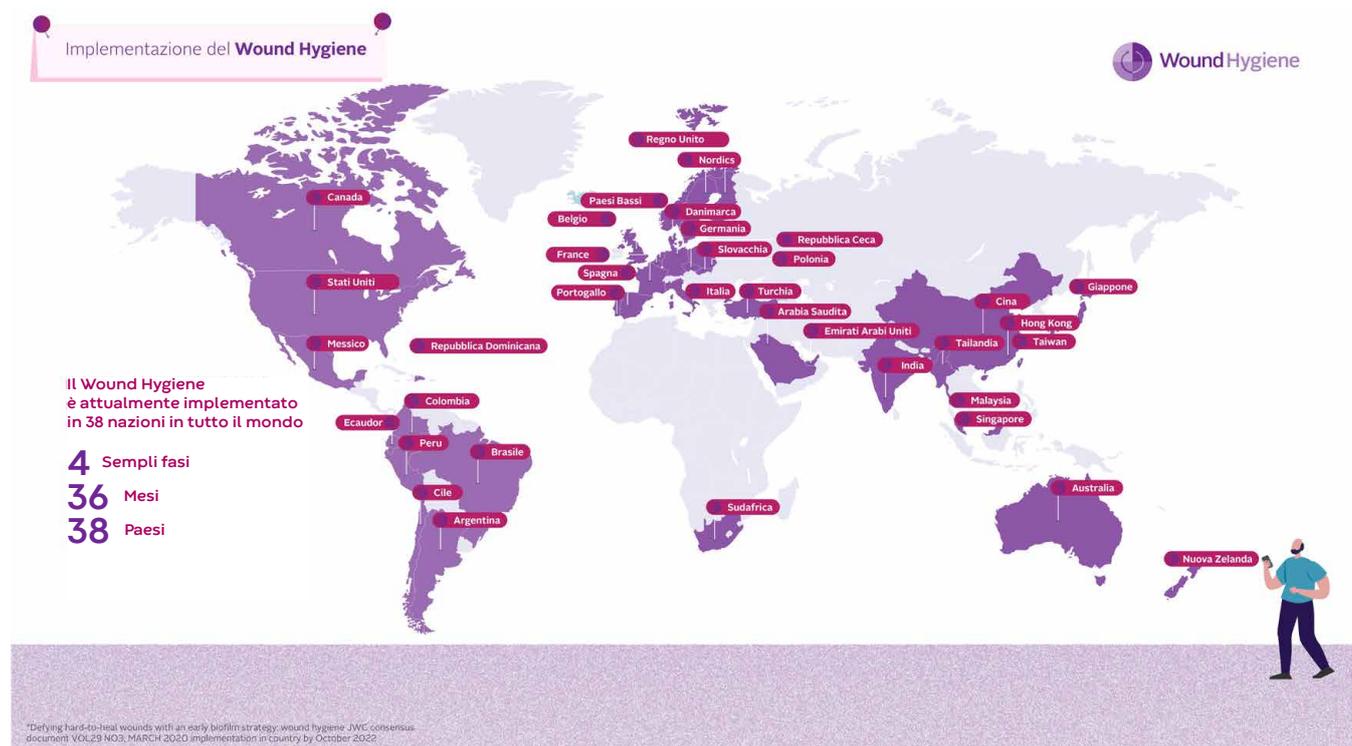
Maria Tramontano
Mariaconcetta Ursini
Mariagrazia Nurchi
Mariantonietta Plantera
Mario Giacinto
Martina Pangos
Massimiliano Magro
Matilde Sargentini
Matteo Costa
Matteo Grilli
Maurizio Ballestra
Maurizio Carnali
Michele Vernaci
Mirco Sanguinetti
Monia Ceccarelli
Monica Franzini
Morena Tassone
Nadia Guaraglia
Ornella Forma
Panfilo Di Gregorio
Paola Fiamma
Paola Gastaldi
Paola Grasso
Paola Salmè
Paola Zurleni
Patrizia Magro
Pierluigi Gallo
Raffaella Calzavara
Raffaele Trulli
Roberta Bernardi
Roberta Ricci
Romina Daqua
Rosario Gioffrè
Salvatore Auteri
Salvatore Rennella
Sara Sandroni
Shpresa Haxhiaj
Silvana Soulier
Silvia Luchetta
Simona Lotito
Sonia Brizzi
Stefania Bottos
Stefania Viello
Stefano Auriemma
Tomas Ghezzi
Tommaso Ceci
Valentina Agnelli
Valentina Martin
Vincenzo Di Martino
Vincenzo Lauletta

Team Specialistici

ADI Mesoraca - Asp Crotone
Ambulatorio di Chirurgia Vascolare di Treviso - Ospedale di Castelfranco
Ambulatorio infermieristico lesioni cutanee - ASST Ovest Milanese
Ambulatorio Lesioni Dermatologia - P.O. S. Paolo Savona - ASL 2 Regione Liguria
Ambulatorio Medicazioni Team Sala Gessi - Ospedale di Oderzo
Assistenza Domiciliare Integrata - ASL 1 regione Liguria - Distretto Sanremese
Assistenza Domiciliare Integrata - Distretto Sanitario Imperia - ASL 1 Regione Liguria
Cure domiciliari - Assistenza Domiciliare - Distretto Savonese - ASL 2 Regione Liguria
Cure domiciliari Distretto delle Bormide - ASL 2 Regione Liguria
Equipe infermieristica - Ambulatorio di Chirurgia Plastica - Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino
S.C. Chirurgia Generale - Breast Unit e S.C. Chirurgia Plastica Ricostruttiva - ASL 2 Regione Liguria
Team Assistenza Domiciliare Integrata - Distretto 15 - ASL 4 Regione Liguria
Team Vulnologico A.O. Mauriziano Umberto I di Torino
UGCA Team Neuroriabilitazione - Ospedale di Foligno (PG)
Vulnologia e Distretto 8 - ASL 3 Regione Liguria (GE)
Vulnologia e Distretto 9 - ASL 3 Regione Liguria (GE)
Vulnologia e Distretto 10 - ASL 3 Regione Liguria (GE)
Vulnologia e Distretto 11 - ASL 3 Regione Liguria (GE)
Vulnologia e Distretto 12 - ASL 3 Regione Liguria (GE)
Vulnologia e Distretto 13 - ASL 3 Regione Liguria (GE)

Il viaggio continua

Unisciti anche tu al Movimento Globale Wound Hygiene



Bibliografia

1. N Høiby et al. ESCMID guideline for the diagnosis and treatment of biofilm infections 2014. *Clin Microbiol Infect* 2015; 21: S1-S25
2. Gurjala AN et al. Development of a novel, highly quantitative in vivo model for the study of biofilm-impaired cutaneous wound healing. *Wound Rep Reg* (2011) 19 400-410
3. Hall-Stoodley L I et al. Towards diagnostic guidelines for biofilm-associated infections. *FEMS Immunol Med Microbiol.* 2012; 65:127-145
4. Malone M et al. 2017. The prevalence of biofilm in chronic wounds: a systematic review and meta-analysis of published data. *JWC*; 20-25
5. Wolcott R, Sanford N, Gabriliska R et al. Microbiota is a primary cause of pathogenesis of chronic wounds. *J Wound Care.* 2016; 25(10): S33-S43
6. Wolcott RD (2017) Biofilms cause chronic infections. *J Wound Care* 26(8): 423-5
7. Guest J, Ayoub N, McIlwraith T (2015) Health economic burden that wounds impose on the National Health Service in the UK. *BMJ Open* 5(12)
8. Sen CK (2019) Human wounds and its burden: An updated compendium of estimates. *Adv Wound Care* 8(2)
9. Bowler PG, Parsons, D. Combatting wound biofilm and recalcitrance with a novel anti-biofilm Hydrofiber® wound dressing. *Wound Medicine* 14 (2016) 6-11
10. Said J, Walker M, Parsons D, Stapleton Pa, Beezer AE, Gaisford S. An in vitro test of the efficacy of an anti-biofilm wound dressing international *Journal of Pharmaceutics.* 474 (2014) 177-181.
11. Murphy C, Atkin L, Dissemmond J et al. Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: "wound hygiene." *J Wound Care* 2019;28:818-22. <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.12.818>
12. Wolcott R, Fletcher J. The role of wound cleansing in the management of wounds. *Wounds International* 2014;1(1):25-30
13. Gabriel A, Schraga ED, Windle ML. Wound irrigation. *Medscape* 2013. <https://tinyurl.com/kpzjc6m> (accessed 14 February 2020)
14. Sharp A. Effective debridement in a changing NHS: A UK consensus. *Wounds UK* 2013;9(Suppl 1).
15. Stewart PS. Biophysics of biofilm infection. *Pathog Dis* 2014;70:212-8. <https://doi.org/10.1111/2049-632X.12118>
16. Malone M, Swanson T. Biofilm-based wound care: the importance of debridement in biofilm treatment strategies. *Br J Community Nurs* 2017;22:S20-5. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.Sup6.S20>
17. Schultz GS, Woo K, Weir D et al. Effectiveness of a monofilament wound debridement pad at removing biofilm and slough: ex vivo and clinical performance. *J Wound Care* 2018;27:80-90. <https://doi.org/10.12968/jowc.2018.27.2.80>
18. Strohal R, Dissemmond J, Jordan O'Brien J et al. EWMA document: Debridement. An updated overview and clarification of the principle role of debridement. *J Wound Care* 2013;22:5. <https://doi.org/10.12968/jowc.2013.22.Sup1.S1>
19. Hobot JA, Walker M, Newman GN, Bowler PG. Effect of Hydrofiber wound dressings on bacterial ultrastructure *J electr micro* 2008;57:67-75
20. Coutts P, Sibbald RG. The effect of a silver-containing Hydrofiber dressing on superficial wound bed and bacterial balance of chronic wounds. *Int Wound J.* 2005;2(4):348-356; Robinson BJ. The use of a hydrofibre dressing in wound management. *J Wound Care.* 2000;9(1):32-34.
21. Hoekstra MJ, Hermans MHE, Richters CD, Dutrieux RP. A histological comparison of acute inflammatory responses with a Hydrofiber or tulle gauze dressing. *J Wound Care.* 2002;11(2):113-119.
22. Reddy M, Kohr R, Queen D, Keast D, Sibbald G. Practical treatment of wound pain and trauma: a patient-centered approach. An overview. *Ostomy Wound Manage.* 2003;49(suppl 4A):S2-S1
23. Murphy C, Atkin L, Hurlow J et al. Wound hygiene survey: awareness, implementation, barriers and outcomes. *J Wound Care* 2021;30(7):582-590. <https://doi.org/10.12968/jowc.2021.30.7.582>



24. Murphy C, Mrozikiewicz-Rakowska B, Kuberka I et al. Implementation of Wound Hygiene in clinical practice: early use of an antibiofilm strategy promotes positive patient outcomes. *J Wound Care* 2022;31(Suppl 1):S1–S32. <https://doi.org/10.12968/jowc.2022.31.Sup1.S1>
25. Murphy C, Atkin L, Swanson T et al. International consensus document. Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: Wound Hygiene. *J Wound Care* 2020;29(Suppl 3b):S1–S28. <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup3b.S>
26. Percival SL, Chen R, Mayer D et al. Mode of action of poloxamer-based surfactants in wound care and efficacy on biofilms. *Int Wound J* 2018;15:749–755. <https://doi.org/10.1111/iwj.12922>
27. Frykberg RG, Banks J. Challenges in the treatment of chronic wounds. *Adv Wound Care (New Rochelle)* 2015;4(9):560–582. <https://dx.doi.org/10.1089%2Fwound.2015.0635>
28. Skilled Wound Care. Tissue Types. <https://tinyurl.com/22fbs5jr>
29. Nichols E. Describing a wound: from presentation to healing. *Wound Essentials* 2015;10(1):56–61
30. Flanagan M. The characteristics and formation of granulation tissue. *J Wound Care* 1998;7(10):508–510. <https://doi.org/10.12968/jowc.1998.7.10.508>
31. Itaca / Constantino Kavafis
32. <https://www.convatec.com/about-us/media/2016/convatec-receives-two-top-awards-from-journal-of-wound-care-world-union-of-wound-healing-societies-wuwhs/>



Raccolta Casi Clinici 2020 - 2023

Il Wound Hygiene è un metodo strutturato che consente di superare gli ostacoli alla guarigione creati dal biofilm. Con questo libro ci siamo dati l'obiettivo di rappresentare l'impatto che il Wound Hygiene ha portato nella pratica clinica attraverso la raccolta dei casi clinici più rappresentativi da tutto il territorio italiano, che Voi, autori degli stessi, avete voluto condividere con noi e con il lettore.

