

Stadiazione delle lesioni da pressione: errori frequenti e corretta classificazione

La corretta stadiazione delle lesioni da pressione rappresenta un elemento fondamentale nella valutazione clinico-assistenziale della persona, nella pianificazione degli interventi di prevenzione e trattamento e nel monitoraggio dell'evoluzione della lesione nel tempo. Non si tratta di una semplice classificazione descrittiva, ma di un processo valutativo che richiede conoscenze anatomiche, competenze cliniche, capacità di osservazione e applicazione coerente delle raccomandazioni scientifiche. Nella pratica quotidiana, soprattutto nei contesti ospedalieri, domiciliari e residenziali, la classificazione delle lesioni da pressione può essere influenzata da interpretazioni soggettive, conoscenze non aggiornate o utilizzo improprio dei sistemi di stadiazione. Questi errori possono determinare una documentazione poco accurata, ostacolare la comunicazione tra professionisti e compromettere la possibilità di confrontare correttamente le valutazioni successive. Per questo motivo, la stadiazione deve essere considerata parte integrante di un processo assistenziale strutturato, nel quale osservazione clinica, documentazione, prevenzione e rivalutazione siano strettamente connesse. Le lesioni da pressione sono definite come danni localizzati della cute e/o dei tessuti sottostanti, generalmente in corrispondenza di una prominenza ossea, oppure associati all'utilizzo di dispositivi medici o di altri oggetti a contatto con la superficie corporea. La loro insorgenza è correlata alla pressione, da sola o associata alle forze di taglio, che possono determinare deformazione dei tessuti, compromissione della perfusione e danno cellulare. Il rischio è particolarmente rilevante nelle persone con mobilità ridotta, alterazioni della sensibilità, compromissione dello stato nutrizionale, fragilità clinica o necessità di assistenza continuativa. La classificazione internazionale elaborata dal National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) distingue quattro stadi, ai quali si affiancano la lesione da pressione non stadiabile e la lesione da pressione dei tessuti profondi. Le denominazioni e le modalità operative devono essere applicate coerentemente con il sistema di classificazione adottato dall'organizzazione e con le indicazioni delle linee guida di riferimento. La quarta edizione della linea guida internazionale EPUAP/NPIAP/PPPIA, pubblicata nel 2026, costituisce un riferimento aggiornato per la pratica clinica e per l'approfondimento delle raccomandazioni internazionali. Uno degli errori più frequenti consiste nel confondere l'estensione superficiale della lesione con la sua profondità. Una lesione di piccole dimensioni non è necessariamente superficiale, così come una lesione ampia non deve essere automaticamente classificata come avanzata. La stadiazione si basa sulle caratteristiche anatomiche dei tessuti coinvolti e visibili, non sul diametro della lesione, sulla quantità di essudato, sulla presenza di cattivo odore o sul dolore riferito dalla persona. Questi ultimi elementi possono essere clinicamente importanti, ma devono essere valutati separatamente e integrati nella descrizione complessiva della ferita. La lesione da pressione di stadio 1 è caratterizzata da cute integra con eritema persistente non sbiancabile alla digitopressione. L'area può presentare differenze di temperatura, consistenza o sensibilità rispetto ai tessuti circostanti. Nelle persone con cute pigmentata, l'eritema può essere difficile da riconoscere e la valutazione deve considerare anche eventuali variazioni di colore, dolore localizzato, calore, raffreddamento, edema o alterazioni della consistenza. Limitarsi a cercare un arrossamento evidente può quindi portare a sottostimare il danno iniziale. È importante distinguere lo stadio 1 dall'eritema transitorio che può comparire dopo una variazione posturale o da alterazioni cutanee riconducibili ad altre cause. La persistenza del segno e la mancata sbiancabilità rappresentano elementi centrali della classificazione, ma devono essere interpretati nel contesto clinico complessivo. La presenza di cute integra non esclude un danno da pressione: al contrario, può rappresentare il segnale iniziale di una compromissione tissutale che richiede una rivalutazione tempestiva del rischio e delle misure preventive. La lesione da pressione di stadio 2 è caratterizzata da perdita cutanea a spessore parziale, con esposizione del derma. Il fondo della lesione appare generalmente vitale, rosa o rosso, umido e può presentarsi come un'ulcera superficiale oppure come una vescicola sierosa integra o rotta. In questa classificazione non devono essere presenti tessuto adiposo visibile, tessuto di granulazione, slough o escara nel letto della lesione. Un errore particolarmente frequente consiste nel classificare come stadio 2 qualsiasi lesione superficiale, indipendentemente dalla sua origine. Le lesioni associate all'umidità, la dermatite associata all'incontinenza, le lesioni da frizione e le lacerazioni cutanee possono presentare un aspetto simile, ma non sono automaticamente lesioni da pressione. La

diagnosi differenziale deve considerare la distribuzione, la sede anatomica, le condizioni della cute circostante, i fattori causali e la storia clinica della persona. Lo stadio 2 non deve essere utilizzato come categoria generica per descrivere ogni perdita superficiale di sostanza cutanea. La lesione da pressione di stadio 3 comporta una perdita cutanea a tutto spessore, con coinvolgimento del tessuto sottocutaneo. Il tessuto adiposo può essere visibile e possono essere presenti tessuto di granulazione, margini arrotondati e sottominature. La profondità effettiva dipende anche dalla sede anatomica, poiché lo spessore del tessuto sottocutaneo varia considerevolmente nelle diverse regioni del corpo. In questo stadio non sono esposte o direttamente palpabili attraverso la lesione strutture profonde quali fascia, muscolo, tendine, cartilagine o osso. La presenza di tessuto adiposo visibile può aiutare a distinguere lo stadio 3 dallo stadio 2, ma non è sufficiente considerarla isolatamente. Occorre verificare le caratteristiche complessive della lesione, la profondità del danno e l'eventuale coinvolgimento delle strutture anatomiche più profonde. Una classificazione corretta richiede quindi una valutazione che non si limiti all'impressione visiva iniziale. La lesione da pressione di stadio 4 è caratterizzata da perdita cutanea e tissutale a tutto spessore con esposizione o palpabilità diretta di fascia, muscolo, tendine, cartilagine o osso all'interno della lesione. Possono essere presenti tessuto di granulazione, margini arrotondati, sottominature e aree di escara o slough. Il danno può estendersi a strutture anatomiche profonde e richiede una valutazione clinica accurata, anche per identificare eventuali complicanze. Un errore consiste nel determinare lo stadio 4 esclusivamente sulla base delle dimensioni o dell'aspetto particolarmente grave della lesione. La classificazione deve invece fondarsi sulle strutture effettivamente esposte o direttamente palpabili. È inoltre necessario ricordare che alcune sedi anatomiche, come il ponte nasale, l'orecchio, l'occipite e il malleolo, presentano una quantità limitata di tessuto sottocutaneo: in queste sedi una lesione non può essere classificata come stadio 3 o 4 sulla sola base di una profondità apparentemente importante, se non sono presenti i criteri anatomici richiesti. La lesione da pressione non stadiabile è caratterizzata da una perdita cutanea e tissutale a tutto spessore nella quale l'entità del danno non può essere determinata perché il letto della lesione è coperto da slough, escara o altro tessuto che ne impedisce un'adeguata visualizzazione. La rimozione del tessuto che ostacola la valutazione, quando clinicamente indicata e appropriata, può consentire di identificare lo stadio effettivo. È fondamentale non confondere una lesione non stadiabile con una lesione di stadio 4. La presenza di escara non dimostra, da sola, che siano coinvolte strutture profonde: finché il tessuto sottostante non è valutabile, la classificazione deve rispettare i criteri previsti per la lesione non stadiabile. Occorre inoltre prestare particolare attenzione all'escara secca, aderente e stabile del tallone o di un arto con possibile compromissione ischemica. In questi casi non si deve procedere automaticamente alla sua rimozione: la decisione richiede una valutazione clinica appropriata, considerando la perfusione, le condizioni locali e le indicazioni del professionista competente. La lesione da pressione dei tessuti profondi costituisce un'altra categoria specifica. Può manifestarsi con un'area persistente di colorazione rosso scuro, marrone-violacea o violacea, non sbiancabile, oppure con separazione dell'epidermide che rivela un fondo scuro o una vescicola ematica. Possono precedere le modificazioni cromatiche variazioni della temperatura, della consistenza o della sensibilità locale. Il danno può evolvere rapidamente, rendendo evidente una compromissione più estesa, oppure risolversi senza perdita tissutale. L'errore principale consiste nel confondere questa presentazione con un semplice ematoma, un'ecchimosi o un'alterazione cutanea di altra origine. La diagnosi richiede la valutazione dei fattori causali, della sede, delle caratteristiche dei tessuti e dell'evoluzione clinica. La categoria relativa al danno dei tessuti profondi non deve essere utilizzata per descrivere lesioni traumatiche, vascolari, neuropatiche o dermatologiche che non soddisfano i criteri diagnostici delle lesioni da pressione. Un ulteriore aspetto da considerare riguarda le lesioni correlate ai dispositivi medici. Maschere, tubi, cannule, sistemi di fissaggio, presidi per l'ossigenoterapia e altri dispositivi possono esercitare pressioni localizzate e determinare danni cutanei. In questi casi la lesione può riprodurre la forma o il profilo del dispositivo responsabile. Se interessa la cute, deve essere classificata utilizzando il sistema di stadiazione previsto, documentando anche il dispositivo associato e la sede del danno. Le lesioni da pressione delle mucose, invece, non devono essere classificate secondo gli stadi cutanei, poiché le caratteristiche anatomiche della mucosa non consentono l'applicazione dello stesso sistema. La diagnosi differenziale rappresenta uno dei passaggi più delicati dell'intero processo. Non tutte le lesioni presenti in corrispondenza di una prominenza ossea sono necessariamente lesioni da pressione e non tutte le ferite croniche possono essere classificate mediante il sistema di stadiazione. Le ulcere

venose, le lesioni arteriose, le ulcere neuropatiche, le lesioni cutanee traumatiche, le dermatiti associate all'umidità e le lesioni da frizione richiedono valutazioni eziologiche specifiche. Applicare impropriamente gli stadi delle lesioni da pressione a queste condizioni può generare informazioni fuorvianti e orientare in modo inappropriato la pianificazione assistenziale. Anche l'idea di classificare una lesione soltanto in base alla sua sede anatomica deve essere evitata. Il sacro, i talloni, i trocanteri e altre prominenze ossee sono sedi frequenti, ma la localizzazione da sola non permette di stabilire la diagnosi né lo stadio. È necessario considerare il meccanismo di insorgenza, l'esposizione alla pressione e alle forze di taglio, la mobilità, le condizioni generali e le caratteristiche cliniche della lesione. Un'altra criticità riguarda la rivalutazione nel tempo. Quando una lesione guarisce, non è corretto ridurne progressivamente lo stadio, ad esempio descrivendo una lesione di stadio 4 in guarigione come stadio 3, poi stadio 2 e infine stadio 1. La stadiazione non è una scala lineare di guarigione da percorrere in senso inverso. Una lesione precedentemente classificata a uno stadio avanzato mantiene tale riferimento storico anche durante il processo riparativo. Il miglioramento deve essere documentato attraverso la descrizione delle caratteristiche attuali, delle dimensioni, della profondità valutabile, dei tessuti presenti e degli altri indicatori di evoluzione, secondo il protocollo adottato. Quando la lesione è guarita, si documenta la guarigione senza attribuire retroattivamente uno stadio inferiore. La documentazione clinico-assistenziale svolge quindi un ruolo decisivo. Una stadiazione corretta dovrebbe essere accompagnata da una descrizione strutturata che comprenda sede anatomica, dimensioni, caratteristiche del letto della lesione, condizioni dei margini, cute perilesionale, eventuali sottominature o tunnel, essudato, dolore e segni che richiedono approfondimento clinico. È opportuno registrare la data e l'ora della valutazione, il professionista responsabile e gli interventi adottati, in modo da consentire il confronto tra rilevazioni successive. La misurazione deve essere effettuata con criteri coerenti e ripetibili, così da ridurre le differenze determinate dalle modalità di rilevazione. Le fotografie cliniche possono essere utili per documentare l'evoluzione, purché acquisite e conservate secondo le procedure organizzative, le regole di protezione dei dati e le indicazioni applicabili. Le immagini non sostituiscono la valutazione diretta, soprattutto quando la profondità, la consistenza dei tessuti o la presenza di sottominature non sono chiaramente identificabili. La stadiazione deve inoltre essere distinta dalla valutazione complessiva della lesione. Lo stadio descrive l'entità anatomica del danno secondo il sistema adottato, ma non esprime da solo la gravità clinica, il rischio infettivo, la prognosi o la velocità di guarigione. Una valutazione completa può richiedere l'analisi della perfusione, dello stato nutrizionale, della mobilità, del dolore, delle comorbidità, dell'eventuale presenza di infezione e dei fattori che ostacolano la riparazione tissutale. La scelta degli interventi deve derivare da questo insieme di informazioni e non dal solo numero dello stadio. Nelle RSA, dove le persone assistite possono presentare fragilità, deterioramento cognitivo, ridotta mobilità e bisogni assistenziali complessi, l'adozione di criteri condivisi è particolarmente importante. La valutazione iniziale, la rivalutazione periodica del rischio, la sorveglianza delle aree vulnerabili e la comunicazione tra professionisti consentono di riconoscere precocemente le modificazioni cutanee e di intervenire in modo tempestivo. Il coordinamento delle professioni sanitarie ha il compito di promuovere procedure coerenti, formazione continua, audit documentali e momenti di confronto sui casi complessi, favorendo una cultura professionale orientata alla sicurezza e al miglioramento continuo. La formazione dovrebbe includere anche esercitazioni su casi clinici, immagini rappresentative di differenti fototipi cutanei e situazioni nelle quali la diagnosi differenziale risulta particolarmente complessa. Il confronto tra professionisti può contribuire a ridurre la variabilità interpretativa e a individuare tempestivamente le situazioni che richiedono una valutazione specialistica. È altrettanto importante verificare periodicamente l'aderenza alle procedure, analizzare gli errori di classificazione e aggiornare gli strumenti documentali in funzione delle evidenze scientifiche. Le linee guida internazionali offrono un riferimento indispensabile, ma la loro applicazione richiede giudizio clinico, competenza e attenzione alle caratteristiche della singola persona. L'adozione di un sistema di classificazione non deve diventare un esercizio meccanico: è necessario riconoscere quando i criteri sono soddisfatti, quando la lesione non può essere stadiata e quando l'aspetto osservato può essere spiegato da un'eziologia diversa dalla pressione. In conclusione, la corretta stadiazione delle lesioni da pressione non è soltanto un requisito documentale, ma uno strumento essenziale per descrivere il danno tissutale, condividere informazioni attendibili, monitorare l'evoluzione clinica e sostenere decisioni assistenziali appropriate. Gli errori più frequenti derivano dalla confusione tra lesioni di origine diversa, dalla valutazione superficiale della profondità, dall'applicazione impropria delle

categorie e dalla mancata distinzione tra stadiazione e monitoraggio della guarigione. Migliorare la classificazione significa investire nella formazione, nella standardizzazione delle procedure, nella qualità della documentazione e nella collaborazione multiprofessionale. La stadiazione, quando applicata correttamente, diventa parte di un percorso più ampio di prevenzione e gestione delle lesioni, nel quale l'osservazione clinica e la centralità della persona rimangono elementi irrinunciabili. La precisione terminologica non è un dettaglio formale: è una componente concreta della qualità e della sicurezza dell'assistenza.

Bibliografia essenziale

- *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. Fourth Edition, 2026.*
- *Edsberg L. E., Black J. M., Goldberg M., McNichol L., Moore L., Sieggreen M. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing. 2016;43(6):585–597. doi:10.1097/WON.0000000000000281.*
- *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. 2019.*
- *Agenzia per la Ricerca e la Diffusione di Tecnologie per la Salute (AISLeC). Prevenzione e trattamento delle ulcere/lesioni da pressione: guida rapida di riferimento. Traduzione italiana della linea guida internazionale, 2019.*

Sitografia

- *International Guideline – classificazione delle lesioni da pressione: <https://internationalguideline.com/classification>*
- *International Guideline – prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione: <https://www.internationalguideline.com/the-international-guideline>*
- *National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) – Pressure Injury Stages: <https://npiap.com/page/PressureInjuryStages>*
- *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP): <https://epuap.org/>*
- *AISLeC – Associazione Italiana per lo Studio delle Lesioni Cutanee: <https://aislec.it/>*

Nota metodologica: il contenuto ha finalità informativa e formativa e non sostituisce la valutazione clinica individuale, le procedure della struttura o il giudizio dei professionisti competenti. Per l'applicazione operativa è opportuno fare riferimento alla quarta edizione delle linee guida internazionali del 2026 e alle procedure aggiornate adottate dalla propria organizzazione.