La valutazione della lesione: cosa osservare e cosa documentare

La valutazione di una lesione cutanea rappresenta uno dei momenti più importanti del processo assistenziale. Non si tratta semplicemente di osservare una ferita o di descriverne l'aspetto, ma di raccogliere informazioni cliniche, interpretarle e trasformarle in dati utili per orientare le decisioni assistenziali, pianificare gli interventi e monitorare nel tempo l'evoluzione del processo di guarigione. Nel Wound Care, valutare significa conoscere la lesione, comprenderne le caratteristiche, individuare i fattori che possono ostacolarne la riparazione e riconoscere tempestivamente eventuali segni di peggioramento. È un'attività che richiede competenze cliniche, capacità di osservazione, conoscenze scientifiche e un approccio metodologico condiviso tra i professionisti coinvolti nell'assistenza. Una valutazione superficiale o una documentazione incompleta possono compromettere la continuità assistenziale, rendere difficile il confronto tra rilevazioni successive e, soprattutto, ritardare l'individuazione di complicanze. Al contrario, una valutazione strutturata consente di costruire una fotografia clinica della lesione, fornendo una base oggettiva per la scelta del trattamento e per la verifica della sua efficacia. Il primo principio da considerare è che la lesione non deve mai essere valutata isolatamente dal paziente. La cute è un organo che risente delle condizioni generali dell'organismo, dello stato nutrizionale, della perfusione tissutale, delle patologie concomitanti, della mobilità, dell'età, dell'idratazione e delle terapie farmacologiche. Di conseguenza, l'analisi della lesione deve essere sempre inserita all'interno di una valutazione complessiva della persona. È fondamentale, innanzitutto, identificare la tipologia di lesione e, quando possibile, la sua eziologia: una lesione da pressione, un'ulcera venosa, un'ulcera arteriosa, una lesione diabetica del piede, una lesione traumatica o una ferita chirurgica presentano caratteristiche differenti e richiedono percorsi valutativi specifici. Confondere l'eziologia o limitarsi a descrivere genericamente una lesione come «ferita aperta» significa perdere informazioni fondamentali per la corretta gestione clinica. L'osservazione deve iniziare dalla sede anatomica, dalla localizzazione e dalla distribuzione della lesione. È importante registrare con precisione la regione interessata, l'eventuale presenza di più lesioni e la relazione con prominenze ossee, aree sottoposte a pressione, zone di frizione o punti di appoggio. Nelle lesioni degli arti inferiori, ad esempio, la localizzazione può fornire indicazioni importanti sull'ipotesi eziologica, pur non essendo sufficiente, da sola, a formulare una diagnosi. Uno degli elementi centrali della valutazione è rappresentato dalla misurazione della lesione. La rilevazione delle dimensioni deve essere effettuata utilizzando un metodo riproducibile e mantenendo, per quanto possibile, la stessa modalità di misurazione nei controlli successivi. Generalmente vengono rilevati lunghezza, larghezza e profondità, espresse in centimetri. Per garantire uniformità, è opportuno adottare un criterio condiviso, ad esempio considerando la lunghezza secondo l'asse cranio-caudale e la larghezza perpendicolarmente a esso.

La profondità deve essere valutata con particolare attenzione, utilizzando strumenti idonei e nel rispetto della sicurezza del paziente. Quando presenti, devono essere documentati anche eventuali sottominature, tunnel o tragitti fistolosi, specificandone la localizzazione mediante il riferimento convenzionale dell'orologio, con le ore 12 orientate verso la testa del paziente. Queste informazioni sono particolarmente importanti perché una lesione apparentemente poco estesa in superficie può presentare un interessamento tissutale significativamente più profondo. La valutazione dei tessuti presenti nel letto della lesione costituisce un altro passaggio essenziale. È necessario descrivere la tipologia e la distribuzione dei tessuti osservabili, distinguendo, quando identificabili, tessuto di granulazione, tessuto fibrinoso, slough e tessuto necrotico. Il tessuto di granulazione, generalmente rosso o rosato e caratterizzato da un aspetto umido e granulare, è espressione di una fase del processo riparativo. La presenza di fibrina o di tessuto devitalizzato deve invece essere interpretata nel contesto clinico, evitando automatismi nella scelta degli interventi. La documentazione dovrebbe indicare la percentuale approssimativa di ciascuna tipologia di tessuto presente, quando la valutazione lo consente. Ad esempio, una descrizione come «70% tessuto di granulazione e 30% tessuto fibrinoso» risulta maggiormente informativa rispetto a una generica annotazione di «fondo della lesione sporco». È importante ricordare che la valutazione visiva può essere condizionata dalla presenza di essudato, medicazioni precedenti o residui di prodotti topici. Un'attenzione specifica deve essere dedicata ai margini della lesione e alla cute perilesionale. I margini possono apparire regolari, irregolari, ispessiti, macerati, sottominati o distaccati. La cute circostante deve essere osservata per individuare eventuali fenomeni di macerazione, eritema, edema, secchezza, desquamazione, fragilità, dermatiti o segni di sofferenza tissutale. La presenza di arrossamento, calore locale, edema o dolore può rappresentare un elemento significativo nella valutazione di un possibile processo infiammatorio o infettivo. Tuttavia, nessun singolo segno deve essere interpretato automaticamente come indicativo di infezione. È necessario considerare l'insieme delle manifestazioni cliniche, l'evoluzione della lesione e le condizioni generali della persona. Tra gli elementi da ricercare rientrano l'aumento del dolore, la comparsa o l'incremento dell'essudato, la presenza di essudato purulento, l'odore persistente dopo la detersione, l'estensione dell'eritema e l'eventuale comparsa di manifestazioni sistemiche. Particolare importanza assume la valutazione dell'essudato. Non è sufficiente annotarne genericamente la presenza: occorre descriverne la quantità, il colore, la consistenza e le eventuali variazioni nel tempo. L'essudato può essere sieroso, siero-ematico, ematico o purulento e la sua quantità può essere definita, secondo una scala condivisa, come assente, scarsa, moderata o abbondante. La sua interpretazione deve essere correlata alle caratteristiche della lesione e alla medicazione utilizzata. Anche il dolore rappresenta un parametro imprescindibile. La valutazione deve comprendere la presenza del dolore a riposo, durante la mobilizzazione e durante le procedure di medicazione. È utile rilevarne l'intensità attraverso scale validate, come la Numerical Rating Scale (NRS), quando applicabile, documentando anche le caratteristiche del dolore, la durata, la localizzazione e gli eventuali fattori

che lo aggravano o lo alleviano. Una lesione può presentare un aspetto apparentemente favorevole e, contemporaneamente, determinare una sintomatologia dolorosa importante, con conseguenze sulla qualità di vita, sul sonno e sulla collaborazione del paziente al percorso assistenziale. (PAINAD quando il MMSE è inferiore a 15 pt). La valutazione deve inoltre comprendere la ricerca di eventuali segni di esposizione o interessamento di strutture anatomiche profonde, quali tendini, muscoli, fasce, cartilagini e tessuto osseo. La loro presenza deve essere documentata con precisione, evitando manovre esplorative non necessarie o potenzialmente traumatiche. Nelle lesioni da pressione, inoltre, la classificazione deve seguire il sistema previsto dalle linee guida di riferimento, senza confondere la stadiazione con la descrizione generica della profondità della ferita. Un aspetto spesso sottovalutato è la valutazione della cute nelle aree circostanti e nelle altre sedi a rischio. La presenza di una lesione dovrebbe indurre il professionista a verificare l'eventuale comparsa di ulteriori danni cutanei, soprattutto nelle persone fragili, allettate, con ridotta mobilità o con alterazioni della sensibilità. La prevenzione di nuove lesioni rappresenta infatti una componente inscindibile del percorso di cura. Accanto all'osservazione locale, è necessario raccogliere informazioni sulle condizioni generali del paziente. Stato nutrizionale, idratazione, controllo glicemico, perfusione periferica, mobilità, continenza, comorbilità e terapie in corso possono influenzare significativamente i tempi e le modalità di guarigione. Nelle lesioni degli arti inferiori, ad esempio, la valutazione vascolare assume un'importanza determinante: non è possibile pianificare correttamente un trattamento compressivo senza aver prima verificato l'adeguatezza della perfusione arteriosa e l'eventuale presenza di controindicazioni. La documentazione rappresenta il naturale completamento della valutazione clinica. Ciò che non viene registrato rischia di non essere conosciuto dagli altri professionisti e di non poter essere confrontato nel tempo. La cartella clinico-assistenziale deve quindi contenere informazioni chiare, oggettive, pertinenti e comprensibili, evitando espressioni generiche, giudizi personali o descrizioni prive di significato clinico. Una registrazione efficace dovrebbe riportare almeno la data e l'ora della valutazione, la sede anatomica, la tipologia e l'eziologia presunta della lesione, le dimensioni, la profondità, le caratteristiche del letto, i margini, la cute perilesionale, l'essudato, il dolore e gli eventuali segni di complicanza. Devono essere documentati anche la procedura di detersione, gli eventuali interventi effettuati, i prodotti utilizzati, la tipologia di medicazione applicata e la risposta del paziente alla procedura. La documentazione fotografica, quando prevista dai protocolli aziendali e autorizzata secondo le procedure applicabili, rappresenta un valido supporto alla valutazione. Le immagini consentono di confrontare l'evoluzione della lesione e possono facilitare la comunicazione tra professionisti. Tuttavia, devono essere realizzate nel rispetto della riservatezza, della protezione dei dati personali e delle procedure di conservazione previste dalla struttura. È opportuno utilizzare una scala metrica, mantenere una distanza e un'illuminazione quanto più possibile costanti e associare sempre la fotografia a una descrizione clinica scritta. L'immagine, da sola, non sostituisce la valutazione professionale.

La continuità della documentazione assume un valore ancora maggiore nelle strutture residenziali, negli ambienti ospedalieri e nell'assistenza domiciliare, dove più professionisti possono alternarsi nella gestione dello stesso paziente. Utilizzare terminologie condivise, strumenti di valutazione standardizzati e modalità di registrazione uniformi permette di ridurre le discrepanze interpretative e favorisce una maggiore coerenza degli interventi. La rivalutazione periodica è indispensabile per comprendere se il percorso terapeutico e assistenziale stia producendo i risultati attesi. Non è sufficiente registrare che la medicazione è stata eseguita: occorre verificare se le dimensioni si stanno riducendo, se il tessuto di granulazione aumenta, se l'essudato diminuisce, se la cute perilesionale migliora e se il dolore risulta controllato. In caso di mancato miglioramento, peggioramento o comparsa di nuovi segni clinici, è necessario riconsiderare il quadro complessivo, l'appropriatezza degli interventi e l'eventuale necessità di una valutazione specialistica. Strumenti come il modello TIME possono supportare il ragionamento clinico, aiutando il professionista a considerare i tessuti non vitali, l'infezione o l'infiammazione, il bilancio dell'umidità e i margini della lesione. Non devono essere considerati una semplice checklist da compilare, ma una guida per organizzare l'osservazione e orientare gli interventi. La qualità del Wound Care non si misura, infatti, soltanto attraverso la scelta di una medicazione tecnologicamente avanzata o di un prodotto innovativo. Dipende soprattutto dalla capacità di effettuare una valutazione accurata, individuare le cause che mantengono attiva la lesione, pianificare interventi appropriati e verificarne nel tempo l'efficacia. Osservare, misurare, interpretare e documentare sono quattro azioni strettamente collegate, che trasformano un semplice cambio di medicazione in un vero intervento assistenziale fondato sul ragionamento clinico. Una documentazione accurata non è un adempimento burocratico, ma uno strumento di tutela del paziente, di responsabilità professionale e di qualità organizzativa. È attraverso dati oggettivi, confrontabili e condivisi che il professionista sanitario può dimostrare il percorso assistenziale realizzato, favorire la collaborazione multidisciplinare e contribuire a migliorare gli esiti di cura. Nel Wound Care, la differenza non la fa soltanto ciò che applichiamo sulla lesione, ma soprattutto ciò che siamo capaci di osservare, comprendere e documentare.

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 a procedure aggiornate adottate dalla propria organizzazione.

Bibliografia e sitografia

1. EPUAP, NPIAP, PPPIA (2026). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline – Fourth Edition. International Guideline. Consultazione della linea guida internazionale.

2. EPUAP, NPIAP, PPPIA (2019). Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione – Guida rapida di riferimento. Versione italiana a cura di AISLeC. Guida rapida in italiano.

3. Wound Bed Preparation Advisory Board (2021). Wound Bed Preparation 2021. Consultazione dell'articolo scientifico.

4. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Consensus Document: Wound Exudate and the Role of Dressings. Documento di consenso sull'essudato.

5. VA/DoD (2026). Clinical Practice Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injuries. Consultazione delle linee guida.

6. National Center for Biotechnology Information (NCBI). Nursing Fundamentals – Chapter 20: Wound Care. Approfondimento sulla valutazione e documentazione delle ferite