

Maria Tullia Marenzi

Infermiera - Tutor Professionale -
Corso di Laurea in Infermieristica
Università degli Studi di Milano,
Polo San Carlo Borromeo di Milano
ASST Santi Paolo e Carlo, Presidio San Carlo
Borromeo di Milano

Alderete Danis Yacenia

Infermiera Neurologia e Neurochirurgia
ASST Santi Paolo e Carlo - Presidio San Carlo
Borromeo di Milano

Andrea Bortune

Infermiere - Tutor Professionale - Corso di
Laurea in Infermieristica
Università degli Studi di Milano, Polo San
Carlo Borromeo di Milano
ASST Santi Paolo e Carlo, Presidio San Carlo
Borromeo di Milano

Emanuela Florida De Rosa

Infermiera - Tutor Professionale - Corso di
Laurea in Infermieristica
Università degli Studi di Milano, Polo San
Carlo Borromeo di Milano
ASST Santi Paolo e Carlo, Presidio San Carlo
Borromeo di Milano

Sabrina Agata Tolomeo

Direttore Didattico Corso di laurea
in Infermieristica
Università degli Studi di Milano,
Polo San Carlo Borromeo di Milano
ASST Santi Paolo e Carlo,
Presidio San Carlo Borromeo di Milano

La scala di Braden e le criticità nell'applicazione clinica

The Braden Scale and Challenges in Clinical Application

**RIASSUNTO****Introduzione**

La scala di Braden è uno strumento ampiamente utilizzato dagli infermieri per valutare il rischio di lesioni da pressione (LdP). Nonostante la sua diffusione, studi precedenti, come quello condotto in Massachusetts, hanno evidenziato la presenza di termini vaghi nelle descrizioni degli indicatori della scala, causando interpretazioni soggettive e, potenzialmente, compromettendo l'affidabilità inter-valutatore. Inoltre, la scala non considera la durata dei fattori di rischio, elemento che può generare falsi positivi soprattutto in popolazioni diverse da quella per cui è stata originariamente sviluppata, ovvero gli anziani. Lo scopo del presente studio è stato quello di indagare le criticità interpretative di tali descrizioni e proporre possibili soluzioni.

Materiali e metodi

È stato effettuato uno studio qualitativo, basato su Focus Group online con 18 infermieri e 3 esperte in Wound Care di un ospedale lombardo, selezionati con metodo non probabilistico. Sono stati effettuati e trascritti 4 Focus Group. I dati sono stati analizzati per raggruppamento, similitudine e tendenze comuni sulla frequenza delle interpretazioni.

Risultati

I risultati confermano che espressioni come "cammina occasionalmente", "per brevi distanze" e "pelle sovente ma non sempre umida" risultano ambigue e suscettibili di interpretazioni divergenti, con il rischio di errori nella valutazione del punteggio. Un confronto con lo studio del Massachusetts ha evidenziato una sola differenza significativa nella definizione di "per brevi distanze".

Conclusioni

Il lavoro sottolinea la necessità di aggiornare le descrizioni della scala per riflettere le evoluzioni tecnologiche e scientifiche nel campo del Wound Care, oltre a rafforzare l'importanza del giudizio clinico dell'infermiere, insostituibile nel processo assistenziale. Si raccomanda, infine, la promozione di formazione continua per integrare strumenti standardizzati con competenze cliniche personalizzate, migliorando così la qualità dell'assistenza e la prevenzione delle LdP.

Parole chiave

Lesioni da pressione, cura della cute, documentazione infermieristica.

ABSTRACT**Introduction**

The Braden Scale is a widely used tool by nurses to assess the risk of pressure injuries (PIs). Despite its widespread use, previous studies, such as one conducted in Massachusetts, have highlighted the presence of vague terms in the descriptions of the scale's indicators, leading to subjective interpretations and potentially compromising inter-rater reliability. Furthermore, the scale does not consider the duration of risk factors, which may result in false positives, especially in populations different from those for which it was originally developed, namely the elderly. The aim of this study was to investigate interpretative challenges related to these descriptions and propose possible solutions.

Materials and Methods

A qualitative study was conducted using online Focus Groups with 18 nurses and 3 wound care specialists from a hospital in Lombardy, selected by a non-probabilistic method. Four Focus Groups were held and transcribed. Data were analyzed by grouping, similarity, and common trends in interpretation frequency.

Results

The results confirm that expressions such as "walks occasionally," "short distances," and "skin often but not always moist" are ambiguous and prone to divergent interpretations, posing a risk of scoring errors. A comparison with the Massachusetts study revealed only one significant difference regarding the definition of "short distances."

Conclusions

This study emphasizes the need to update the scale's descriptions to reflect technological and scientific advances in wound care, while reinforcing the importance of nurses' clinical judgment, which remains indispensable in the care process. Finally, continuous training is recommended to integrate standardized tools with personalized clinical skills, thereby improving care quality and pressure injury prevention.

Keywords

"Chronic wounds," "epidemiology," "pathophysiology," "pressure injury," "pressure sore," "pressure ulcer," "Braden scale," "interrater reliability," "interpretation," "rating," "interobserver," "nurse," "predicting pressure," "sore risk".

INTRODUZIONE

Le lesioni da pressione (LdP), sono definite come un danno localizzato alla pelle e/o al tessuto sottostante a seguito di pressione oppure in seguito a pressione in combinazione a forze di taglio (Kottner, J. et al., 2019) o dispositivo medici o di tipo altro tipo. Le LdP si possono riscontrare in tutti i contesti sanitari e possono colpire persone in ogni fascia d'età, ma sono più comuni tra gli anziani, in assistiti con lesione del midollo spinale e in assistiti dipendenti nelle attività di vita quotidiana. (Moore, Z. & Patton, D., 2019)

Le LdP sono tra gli eventi avversi più frequenti negli assistiti ospedalizzati in tutto il mondo e il trattamento delle LdP impone un onere significativo non solo agli assistiti e a chi li assiste, ma anche all'intero sistema sanitario e alla società, ed è associato a numerose visite ambulatoriali, ad una degenza ospedaliera quasi tre volte più lunga e, a volte, a complicanze potenzialmente letali e persino alla morte. (Huang, C. et al., 2021) (Hajhosseini, B., Longaker, M.T. & Gurtner, G.C., 2020) (Fu, H. et al., 2023)

La sedi più comuni delle LdP negli adulti si trovano in corrispondenza delle prominenze ossee, tra cui le più colpite sono l'osso sacro, i talloni e l'anca. Anche in ambito pediatrico possono svilupparsi lesione da pressione e la zona comunemente colpita risulta essere l'occipite. (Mervis, J.S. & Phillips, T.J., 2019)

I fattori di rischio che possono portare alla insorgenza delle lesioni da pressione risultano essere molteplici, le linee guida NPUAP/EPUAP/PPPIA 2019 ci indicano due tipologie di fattori di rischio suddivisi in fattori intrinseci ed estrinseci. I primi riguardano età, ipo-mobilità o immobilità, fattori metabolici e nutrizionali, ipertermia, malattie neurologiche, cardiovascolari e respiratorie, ipotensione, mentre i secondi sono riconducibili a pressione, forze di stiramento o di taglio, attrito o frizione, aumento della temperatura locale, umidità, presenza di dispositivi medici. (Associazione Infermieristica per lo studio delle Lesione cutanee (AISLEC, 2023) (Fu, H. et al., 2023) (de Bengy, A.F. et al., 2022) (Karahana, A. et al., 2018) (Wang, N. et al., 2022) (Pittman, J. & Gillespie, C., 2020) (Kozhimala, K. et al., 2023) (Li, Z., Lin, F., Thalib, L. & Chaboyer, W., 2020)

La prevenzione delle LdP è fondamentale per ridurre la loro incidenza e gravità. Esistono diverse scale di valutazione del rischio di LdP, come la scala di Braden e la scala Norton, che aiutano gli infermieri a valutare vari fattori di rischio, tra cui lo stato mentale, l'attività, la mobilità, la nutrizione, la percezione sensoriale e l'umidità cutanea. Questi strumenti forniscono un punteggio complessivo che indica il livello di rischio degli assistiti. (Associazione Infermieristica per lo studio delle Lesione cutanee (AISLEC, 2023) (Hajhosseini, B., Longaker, M.T. & Gurtner, G.C., 2020) (Lovegrove, J. et al., 2023. Borghardt, A.T. et al., 2015)

La scala di Braden è uno strumento specifico per valutare il rischio d'insorgenza di LdP, creato nel 1984 da due infermiere: Barbara Braden e Nancy Bergstrom e, pubblicata nel 1987 con la finalità d'aiutare agli operatori sanitari a prevedere il rischio di LdP per adottare misure preventive. È uno strumento recente, utilizzato in oltre trenta paesi del mondo, per valutare assistiti di età superiore agli otto anni ed è stata validata particolarmente per la valutazione delle persone anziane, con compromissione fisica e cognitiva. La scala è basata sulla fisiopatologia delle LdP e permette la valutazione di sei importanti fattori: percezione sensoriale, umidità, attività, mobilità, nutrizione, frizione e scivolamento. (Huang, C. et al., 2021) (Borghardt, A.T. et al), (2015. Barakat-Johnson, M. et al, 2019) (Black, J. et al., 2015)

Braden e Bergstrom hanno formulato le basi concettuali per comprendere il rischio complessivo d'insorgenza della LdP e l'eziologia del suo sviluppo sulla base di due aree: intensità e durata della pressione, tolleranza tissutale (Black, J. et al., 2015), tuttavia, presenta alcune criticità.

Una criticità rilevante che riguarda la scala di Braden è riconducibile al grado di soggettività da parte degli infermieri durante la somministrazione a causa della presenza di descrizioni vaghe o ambigue dei criteri valutativi. Le interpretazioni personali possono influenzare i punteggi assegnati a ciascun criterio e portare a variazioni nella valutazione del rischio tra diversi operatori sanitari o anche per lo stesso operatore in momenti diversi, che possono condurre a una valutazione inconsistente del rischio di lesioni da pressione.

L'ambiguità nei criteri di valutazione è stata descritta in uno studio condotto nel Massachusetts nel 2014 (Choi, J., Choi, J. & Kim, H., 2014).

Le descrizioni identificate come vaghe riguardano i seguenti items: Percezione sensoriale, umidità, attività, attrito e taglio, come descritto in Tabella 1.

Tabella 1. Descrizioni vaghe delle caratteristiche del paziente nella scala di Braden. (Choi, J., Choi, J. & Kim, H., 2014)

PARAMETRO	PUNTEGGIO DEL PARAMETRO	DESCRIZIONE VAGA
Percezione Sensoriale	Completamente limitata	Non vi è risposta (non geme). Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo
Umidità	Spesso bagnato	Pelle sovente ma non sempre umida
Attività	Cammina occasionalmente	Cammina occasionalmente durante il giorno ma per breve distanza
Attrito e Taglio	Problema potenziale	Mantiene la posizione sulla sedia o sul letto per la maggior parte del tempo, ma occasionalmente scivola verso il basso

I risultati dello studio affermano che, le interpretazioni degli infermieri delle descrizioni vaghe, sono palesemente diversificate: nell'item Percezione sensoriale, gli infermieri hanno interpretato l'espressione "in molte zone del corpo" in 12 modi diversi, da > del 50% (9%) a 100% (3%), mentre la risposta più frequente è stata "oltre il 75% del corpo" (38%).

Nell'item Umidità l'espressione "pelle sovente, ma non sempre umida" gli infermieri hanno interpretato il parametro relativo all'umidità della pelle in 15 modi diversi, ovvero, "dal 10 al 20% delle volte" (3%) a "oltre l'85% delle volte" (1%). L'interpretazione più condivisa è stata "il 50% delle volte" (38%),

Per quanto concerne l'item Attività, la descrizione vaga "cammina occasionalmente" durante il giorno, è stato interpretato in 11 modi diversi, da "una o due volte per turno di 8 ore" (60%) a "sei volte per turno di 8 ore" (1%). Sempre per il parametro "Attività", la più ampia definizione tra i cinque elementi vaghe, "percorre distanze molto brevi" ha avuto le risposte più diverse. Questa descrizione è stata interpretata in 19 modi diversi, da "cammina 1 piede" (1%) a "cammina 250 piedi" (1%). Circa un quarto degli infermieri (24,7%) considerava una "distanza molto breve" come 25 piedi, circa 7.5 metri.

In ultimo, ma non per importanza, la descrizione relativa al parametro di attrito e taglio, "Scivolare occasionalmente verso il basso", è stata la seconda descrizione interpretata dagli infermieri più diversamente, con 17 risposte diverse da "scivolare verso il basso una volta" (2%) a "scivolare verso il basso otto volte" (2%) durante un turno di 8 ore. La risposta più frequente è stata "scivolare tre o quattro volte in un turno di 8 ore" (23%).

Successivamente, le risposte degli infermieri sono state confrontate con quelle di due infermieri specializzati nella cura delle ulcere da pressione, che sono serviti come Gold Standard. Gli specialisti partecipanti allo studio hanno considerato l'espressione "in molte zone del corpo" come "75% o più" della superficie corporea interessata; mentre nell'espressione "pelle sovente ma non sempre umida" hanno interpretato come il "50% delle volte" in cui la pelle è umida; nell'espressione "cammina occasionalmente" viene interpretato come "una o due volte in un turno di 8 ore"

e “per brevi distanze” viene interpretato come “cammina fino a 25 piedi” (7.5 metri) e la descrizione “occasionalmente può slittare” viene considerata come “scivolamento verso il basso da 3 a 4 volte in un turno di 8 ore”.

Lo studio conclude affermando che, sebbene l’interpretazione degli infermieri, fosse per la maggior parte coerente con quella degli esperti, la grande variabilità nelle risposte, rappresenterebbe una minaccia potenziale per una valutazione coerente e accurata dell’assistito a rischio di ulcera da pressione. (Choi, J., Choi, J. & Kim, H., 2014) Inoltre, in letteratura emerge che, analogamente, un altro item che potrebbe risentire di ambigua interpretazione, riguarda la Nutrizione. Questo indicatore valuta l’assunzione dei nutrienti incluse proteine, liquidi, integratori e la modalità di alimentazione. Tuttavia, la sua soggettività e l’interpretazione individuale dei livelli di gravità come ad esempio “molto scarso”, “probabilmente inadeguato”, “adeguato” o “eccellente” possono essere di equivoca interpretazione, poiché si basano su informazioni relative alla percezione degli assistiti o fornite dai familiari rispetto alla nutrizione dell’assistito e possono condurre ad una sottovalutazione del rischio. Inoltre da questo studio emerge che i livelli di albumina sierica e una valutazione più completa dello stato nutrizionale dell’assistito sono un miglior predittore nell’insorgenza di LdP, ma queste valutazioni richiedono tempo e formazione (Serpa LF, Santos VLCC, 2014).

Dalla letteratura si evince che l’esclusione dell’item Nutrizione non altera la capacità di prevedere lo sviluppo delle LdP acquisite in ospedale. Inoltre, valutare la nutrizione entro le prime 24 ore dal ricovero non è predittivo per l’insorgenza delle LdP, e possono essere influenzate da informazioni inaccurate riportate dall’assistito o dalla famiglia che potrebbe sovrastimare circa il 20%, allo stesso modo gli assistiti ricoverati con una prescrizione “nulla per os” potrebbero indurre l’infermiere ad assegnare un punteggio pari a 1 sull’item nutrizione nella scala di Braden. Tuttavia, la valutazione della nutrizione si è dimostrata predittiva per l’insorgenza delle LdP, solo durante la seconda settimana di degenza ospedaliera poiché fornisce una visione più accurata dell’assunzione alimentare dell’assistito nel tempo. (Miller, N. et al., 2016)

Un’ulteriore criticità riscontrata in letteratura è che la scala di Braden può essere interpretata in modi diversi se compilata da infermieri appartenenti a diversi setting di cura. Uno studio condotto in Cina afferma che infermieri appartenenti a unità operative differenti, hanno valutato individualmente lo stesso assistito dando un punteggio complessivo differente, portando a una stratificazione del rischio diversa. Questa discrepanza nella valutazione può influenzare le decisioni cliniche e le strategie di cura dell’assistito.

Gli item che hanno generato maggiore discrepanza di valutazione tra i diversi valutatori sono gli item relativi all’Umidità, Nutrizione e frazionamento e scivolamento. Tuttavia, gli infermieri appartenenti alla stessa unità operativa, per lo stesso assistito hanno attribuito punteggi complessivi simili tra di loro. (Wang L, Chen H, Yan H, Gao J, Wang F, Ming Y, et al. 2014)

Poiché queste descrizioni delle caratteristiche dell’assistito nella Scala Braden servono come criteri per stratificare il rischio di insorgenza di LdP, tali descrizioni devono essere univoche e devono essere interpretate in egual modo da tutti i professionisti che adoperano la scala. Descrizioni così vaghe rappresentano, quindi, potenziali criticità e difficoltà per una valutazione accurata e coerente del rischio di LdP con la scala di Braden. (Choi, J., Choi, J. & Kim, H., 2014.)

Un altro aspetto critico della scala di Braden risiede nel suo potere predittivo che dipende dalla popolazione esaminata e dalle variabili non considerate all’interno di essa. Infatti, la scala di Braden tiene conto di diverse variabili, come la mobilità, la nutrizione, l’attività, l’umidità, l’attrito e la frizione. Tuttavia, potrebbero esistere altre variabili rilevanti che non vengono prese in considerazione, come ad esempio la presenza di comorbidità specifiche o l’uso di determinati farmaci.

In alcune popolazioni come nella terapia intensiva l’applicazione della scala Braden presenta un’effettiva capacità predittiva positiva moderata 68% e una specificità pari al 74%. In generale la scala di Braden risulta più affidabile quando applicata ad assistiti ospedalizzati di popolazione caucasica e di età inferiore ai 60 anni, con una sensibilità di 83% e una specificità di 78% e con un valore di soglia di 18, mentre quando viene applicata ad assistiti anziani si rileva una sensibilità del 77% e specificità del 71%. Una possibile ragione è che le persone anziane sviluppano malattie croniche a causa della loro ridotta riserva fisiologica, che non è considerata nella scala di Braden. Inoltre, da un confronto dell’applicazione della scala di Braden nelle unità di terapia intensiva e nei reparti generali si evidenzia una maggiore efficacia negli assistiti ricoverati nei reparti generali. Questo perché alcuni fattori di rischio aggiuntivi per le LdP, come l’ambiente di emergenza, la sedazione, l’uso di farmaci vasoattivi, la ventilazione meccanica, l’incontinenza e l’edema, non sono inclusi nella scala di Braden. (Huang C, Ma Y, Wang C, Jiang M, Yuet Foon L, Lv L, et al. 2021)

I risultati influenzati da fattori temporanei, costituiscono un altro elemento critico della scala. La valutazione del rischio mediante la scala di Braden può essere influenzata da fattori temporanei, come il dolore acuto, la febbre

o lo stato mentale alterato del paziente. Questi fattori possono portare a una valutazione del rischio inaccurata o transitoria. Anche per la popolazione degli assistiti sottoposti ad intervento chirurgici si evidenzia che il rischio di insorgenza LdP dipende da molti fattori estrinseci non integrati nella scala, come la temperatura della sala operatoria, il tipo di anestesia, la posizione in cui si trova l'assistito e fattori intrinseci che aumentano la suscettibilità alle LdP come ad esempio, lo stato nutrizionale, le comorbidità dell'assistito, l'età e l'incontinenza fecale e urinaria. Inoltre, il tipo di intervento chirurgico, la durata dell'intervento, i dispositivi di riscaldamento o di posizionamento e fattori emodinamici (stato ipotensivo, circolazione extracorporea, e perdita di sangue) contribuiscono all'aumento del rischio di insorgenza di LdP nella fase intraoperatoria. L'accertamento che viene effettuato il giorno prima dell'intervento o nel postoperatorio potrebbe non riflettere accuratamente i rischi postoperatori in quanto non include variabili preoperatorie quali età, indice di massa corporea (BMI) o comorbidità significative che sono associati allo sviluppo di LdP. (Aloweni, F. et al., 2019.) (Yılmaz, E. & Başlı, A.A., 2021.)

Gli assistiti in terapia intensiva sono esposti ad una moltitudine di fattori di rischio non presi in considerazione nella scala di Braden e potenzialmente non modificabili, che potrebbero influenzare lo sviluppo della LdP (Cox, J., 2017), quali la sedazione e un cattivo stato nutrizionale, con varie condizioni di comorbidità, tra cui diabete mellito, infezione, malattie cardiovascolari/vascolari, e sono quasi invariabilmente confinati a letto per periodi prolungati. Gli studi dimostrano che questi fattori di rischio conferiscono alla scala Braden una buona sensibilità, ma una bassa specificità quando viene applicata agli assistiti critici. (Wei, M. et al., 2020.)

Le criticità evidenziate nella scala di Braden, se non identificate, potrebbero portare a una valutazione errata del rischio di lesioni da pressione determinando conseguenze significative per l'assistito e per il suo percorso di cura, minando la fiducia dello stesso e dei caregiver nel processo di valutazione e nel team sanitario.

Inoltre, se il rischio di sviluppare lesioni da pressione viene sottostimato, inevitabilmente determina un effetto negativo per mancanza di implementazione di misure preventive, con conseguente aumento delle complicazioni cutanee serie e al peggioramento delle condizioni dell'assistito, con conseguenze legali per l'infermiere, specialmente se la persona assistita sviluppa lesioni da pressione causate dalla mancata prevenzione o gestione inadeguata delle lesioni.

Lo scopo del presente lavoro è di indagare come gli infermieri interpretano le criticità e le descrizioni vaghe presenti nella scala di Braden e a tal fine, quanto le loro risposte differiscono o corrispondono alle interpretazioni di infermieri esperti in Wound Care.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio

È stato condotto uno studio descrittivo.

I dati sono stati raccolti mediante l'utilizzo della tecnica del Focus Group.

Partecipanti

I partecipanti sono stati selezionati con metodo non probabilistico. Per la selezione dei partecipanti sono state incluse tutte le unità operative dell'ospedale lombardo, che adottano la scala di Braden come strumento per l'accertamento del rischio di lesione da pressione nell'adulto; nello specifico dai Dipartimenti di area medica, il Dipartimento di area chirurgica e il Dipartimento area cure intensive.

Per la selezione degli infermieri sono stati stabiliti i seguenti criteri di inclusione:

- Utilizzo della Scala di Braden nella pratica clinica;
- Anzianità di servizio (2 categorie):
 - Infermieri con esperienza professionale di almeno 2 anni;
 - Esperti in Wound Care con esperienza professionale di almeno 5 anni.

Per ciascuna Unità Operativa dei tre Dipartimenti dell'ospedale, sono stati selezionati dai Coordinatori e dalle Coordinatrici, da 1 a 3 infermieri, in base alla disponibilità a partecipare ai Focus Group e alla turnistica di servizio lavorativo.

Gli infermieri coinvolti nei Focus Group sono stati distribuiti eterogeneamente in rapporto a età, genere e anni di esperienza professionale, mentre sono stati suddivisi in due categorie a seconda della formazione specifica in ambito del Wound Care.

Inizialmente sono stati identificati 28 infermieri e 5 infermieri esperti in Wound Care partecipanti al progetto, ma a causa di imprevisti sopraggiunti per motivi organizzativi della turnistica e per impegni professionali, 7 infermieri e 2 infermieri esperti in Wound Care non hanno potuto partecipare ai Focus Group.

Dei 21 identificati, hanno partecipato realmente allo studio 18 infermieri e 3 infermieri esperti in Wound Care. La tabella 2 descrive le caratteristiche degli infermieri che hanno partecipato ai Focus Group.

Tabella 2: Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti ai Focus Group.

Caratteristiche dei partecipanti ai Focus Group		
	Infermieri	Numero Assoluto
	Età (media anni)	43 anni
Genere	Donna	14 (77,7%)
	Uomo	4 (22,2%)
	Anni di esperienza (media anni)	21 anni
	Totale infermieri	18
	Infermieri esperti in Wound Care	Numero Assoluto
	Età (media anni)	48 anni
Genere	Donna	3
	Anni di esperienza (media anni)	27 anni
	Totale infermieri esperti in Wound Care	3
	Totale campione	21

Preparazione dei Focus Group

Prima della conduzione dei Focus Group è stato sviluppato un piano dettagliato, comprensivo degli obiettivi di ricerca, dei criteri di selezione dei partecipanti, delle modalità di reclutamento del campione e delle domande guida relative all'argomento di indagine. È stata definita una lista di controllo delle attività necessarie per la preparazione delle sessioni e successivamente è stata inviata per mezzo di posta elettronica, la richiesta di autorizzazione allo svolgimento dei Focus Group alla Direzione Medica di Presidio, alla Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Locali e al Responsabile della Protezione e Conservazione dei dati, informandoli sul motivo della ricerca e la tecnica utilizzata.

A ogni partecipante è stata inviata una mail di invito a partecipare ai Focus Group nella quale venivano specificate tutte le informazioni necessarie riguardanti il motivo della ricerca, la tecnica utilizzata, la modalità di raccolta dati, i tempi, le modalità e il luogo degli incontri. Alla mail venivano allegati il modulo con la descrizione del progetto di ricerca, il modulo di consenso alle registrazioni audio-video che doveva essere sottoscritto e consegnato preliminarmente ad ogni incontro.

Ottenuto il consenso sottoscritto dai partecipanti, è stata creata la Teams e, nella sezione dedicata, sono state rese disponibili le domande che sarebbero state poste durante il Focus Group, nonché, la Scala di Braden con le descrizioni vaghe poste in evidenza.

I Focus Group sono stati organizzati nel mese di gennaio 2024. La partecipazione ai Focus Group è stata completamente libera e volontaria, con la possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento e ritirarsi dalla ricerca. Per gli infermieri, sono state progettate 3 sessioni di Focus Group. Ogni sessione ha coinvolto un massimo di 8 persone, della durata massima di 90 minuti per sessione, dalle ore 13:00 alle ore 14:30, al fine di assicurare la più ampia e ricca condivisione dei punti vista e delle opinioni nel tempo disponibile.

Per gli infermieri esperti in Wound Care, è stata progettata una sessione di Focus Group anch'essa della durata massima di 90 minuti, dalle ore 9:00 alle ore 10:30.

Modalità di conduzione dei Focus Group

I Focus Group sono stati condotti dalla ricercatrice, in qualità di conduttrice, presentando le finalità dello studio, la durata dell'incontro, il motivo e il momento di avvio della registrazione. Inoltre, la conduttrice ha agito da attivatrice della discussione, facilitando il confronto e utilizzando le domande in modo stimolante per incoraggiare la partecipazione attiva di tutti i membri del gruppo, mentre la relatrice della Tesi ha svolto il ruolo di osservatrice e assistente, annotando su un blocco per appunti, le dinamiche di interazione fra i partecipanti, le forme di comunicazione non verbale e altri indizi rilevanti, sincerandosi che ogni partecipante abbia avuto la possibilità di esprimere la propria opinione, confrontandosi con gli altri.

Per garantire la maggior affidabilità all'intero percorso, sono stati effettuati 2 Focus Group pilota che hanno per-

messo alla scrivente di sperimentare e acquisire dimestichezza con la tecnica utilizzata e acquisire sicurezza nella gestione del gruppo.

Al termine di ogni sessione, ci si è assicurati che non sia stato tralasciato nulla nella discussione ed è stata effettuata la ricapitolazione dell'obiettivo di ricerca, per comprendere se ci fossero opinioni o contenuti che non fossero stati espressi e, che tutti i componenti del Focus Group abbiano avuto la possibilità di contribuire con le loro opinioni. Inoltre, è stato fatto un riassunto da parte della conduttrice di quanto detto lungo la sessione di lavoro, per comprendere se tutti i dati sono stati raccolti.

È stato restituito al gruppo un feedback sull'andamento della discussione ed è stato chiesto un feedback ai partecipanti sull'esperienza svolta.

Argomenti e domande dei Focus Group

Per esplorare approfonditamente gli argomenti in discussione si son poste uno schema di domande che andavano ad indagare; le opinioni, le esperienze e le percezioni dei partecipante riguardo all'utilizzo della scala di Braden in relazione a: all'interpretazione delle cinque descrizioni vaghe delle caratteristiche dell'assistito, identificate come particolarmente difficili, sulla valutazione della nutrizione, valutazione degli infermieri sulla priorità di rilevanza degli indicatori della scala di Braden e infine, ulteriori considerazione della scala di Braden.

Per la raccolta dati e è stata progettata un'unica domanda chiave per ogni elemento d'indagine, nella quale si richiedeva una riflessione attenta da parte dei partecipanti. Per ogni indicatore è stata proiettata una slide contenente il parametro; la descrizione dell'Item e la domanda chiave.

Modalità di analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata condotta nel periodo compreso tra gennaio e febbraio 2024. Tutte le sessioni sono state audio video registrate per consentire una successiva trascrizione integrale delle discussioni.

Ogni sessione è stata ascoltata numerose volte e trascritta "verbatim".

Le trascrizioni sono state utilizzate per identificare, rilevare e raggruppare le similitudini, le tendenze comuni e/o ricorrenti delle criticità riscontrate nella scala di Braden e del modo di interpretazione delle descrizioni vaghe che i partecipanti hanno espresso durante i Focus Group. Al fine di ridurre al massimo i punti di vista, i sentimenti ed esperienze personali della ricercatrice, relativi all'argomento di ricerca, è stata utilizzata la tecnica del bracketing in tutte le fasi di analisi dei dati. Ai diversi segmenti della trascrizione comuni, simili o ricorrenti, è stata assegnata una etichetta e sono stati organizzati al fine di sviluppare una sintesi utile per la descrizione dei risultati. Questa operazione è stata effettuata senza l'utilizzo di software.

Considerazioni etiche

La partecipazione ai Focus Group è avvenuta su invito e nel rispetto della volontarietà di ciascun partecipante.

A tutti i partecipanti è stato chiesto un consenso scritto per l'autorizzazione alla registrazione audio-video della discussione, con la facoltà di revoca del consenso in qualsiasi momento della ricerca.

La ricerca si è svolta nel rispetto delle linee guida di Helsinki ed è stata autorizzata dalle Direzioni dell'ospedale.

RISULTATI

In totale sono stati effettuati 4 Focus Group, di cui 3 con infermieri provenienti da diversi setting di cura e 1 con infermiere esperte in Wound Care. Su 33 persone invitate, 21 hanno aderito ai Focus Group, i restanti 12 sono stati impossibilitati a partecipare a causa di imprevisti professionali o impegni personali sopraggiunti.

Mediamente, ciascun Focus Group, ha avuto una durata di 65 minuti.

Dall'analisi dei dati risulta che la maggioranza degli infermieri intervistati sono di genere femminile, con quattordici partecipanti di genere femminile e quattro di genere maschile come rappresentato in Fig. 1.

L'età media degli infermieri è di 43 anni, mentre la loro esperienza clinica media è di 21 anni. Per quanto riguarda le esperte nel Wound Care, l'età media è di 48 anni, con un'esperienza clinica media di 27 anni.

1° indicatore: "Percezione Sensoriale"

Il 100% degli infermieri ritengono che *"in molte zone del corpo"* è una descrizione vaga considerandolo un fattore limitante, poiché ha un ampio margine di interpretazione.

I dati riassunti nella tabella 3, evidenziano cinque modi diversi di interpretare la descrizione *"in molte zone del corpo"* presente nella scala di Braden.

Tabella 3. Modi d'interpretazione degli infermieri del termine vago "in molte zone del corpo".

Modi d'interpretazione del termine vago "in molte zone del corpo"	Partecipanti al Focus Group
Assistito in condizione d'allettamento, condizione critiche, stato di coma, sopore, sedazione viene interpretato con il 100% della superficie corporea interessata	14
Interpretato come maggiore dal 70% della superficie corporea	1
Assistito vigile in grado di comunicare, interpretato dal 70% al 80% della superficie corporea	1
Assistito in pronto soccorso che presentano stati di sopore e incoscienza temporanei legate al momento specifico la descrizione risulta fuorviante	1
In più zone critiche del corpo (arti, tronco, glutei, trocanteri, prominenze vertebrali)	1

2° Indicatore: "Umidità".

Il 100% degli infermieri ritengono che questa descrizione sia vaga e affermano che, l'esperienza e il giudizio clinico dell'infermiere siano fondamentali.

I dati riassunti nella tabella 4 evidenziano cinque modi diversi di interpretare la descrizione "pelle sovente ma non sempre umida" presente nella scala di Braden.

Tabella 4. Modi d'interpretazione degli infermieri alla descrizione vaga "pelle sovente ma non sempre umida"

Modi d'interpretazione del termine vago "pelle sovente ma non sempre umida"	Partecipanti al Focus Group
Assistito incontinente che utilizza Presidio anatomico assorbente e richiede cambi da 2 a 3 volte nel turno di 8 ore	9
Assistito che utilizza Presidio anatomico assorbente viene considerato sempre bagnato e richiede cambi da 2 a 3 volte per turno di 8 ore	4
Assistito continente che necessita Presidio anatomico assorbente richiede cambio da 2 a 3 volte nel turno di 8 ore	3
Quantificare la descrizione sia estremamente difficile. In questi casi, l'esperienza del valutatore è ritenuta di grande importanza.	1
Assistito necessità di cambiare il lenzuolo almeno 1 a 2 volte per turno	1

3° Indicatore: "Attività"

La tabella 5 evidenzia nove modi d'interpretare la descrizione "cammina occasionalmente" presente nella scala di Braden.

Modi d'interpretazione del termine vago "pelle sovente ma non sempre umida"	Partecipanti al Focus Group
Assistito che cammina da 1 a 2 volte in un turno di 8 ore	6
Assistito che deambula con assistenza di FKT o personale da 2 a 3 volte durante la giornata.	3
Assistito che cammina 2 volte durante le ore di veglia.	2
Assistito che deambula in autonomia per almeno 2 volte per turno di 8 ore	2
Assistito che fa gli spostamenti in autonomia da 2 a 3 volte al giorno .	1
Dalla sua esperienza con assistiti in condizione d'allettamenti ha difficoltà di quantificare.	1
Assistito parzialmente collaborante nella deambulazione e cammina da 2 a 3 volte durante la giornata	1
Necessità di definire la descrizione vaga in termini tempo, spazio o entrambi	1
La rende meno vaga per esclusione confrontando con gli altri livelli di gravità. Assistito che cammina 2 volte per turno.	1

3° Indicatore: "Attività"

La tabella 6 evidenzia 9 modi diversi d'interpretare la descrizione vaga *"per brevi distanze"*

Modi d'interpretazione del termine vago <i>"per brevi distanze"</i>	Partecipanti al Focus Group
Percorso da 7 metri a 10 metri	5
Deambula da 6 metri a 10 metri	4
Non riesci a quantificarla	2
Distanza da 4 a 10 metri	2
Distanza da 10 a 20 a metri	1
Distanza da 20 a 30 metri	1
Tragitto di 10 a 20 passi	1
Non è in grado di specificare la distanza in metri o passi	1
Dalla sua esperienza con assistiti allettati non riesci a quantificarla.	1

5° Indicatore: "Nutrizione".

Tabella 7: Modalità di valutazione della nutrizione degli infermieri partecipanti ai Focus Group, durante la somministrazione della Scala di Braden

Valutazione della Nutrizione	N° Persone
Eseguono la valutazione dello stato nutrizionale all'ingresso e entro 24/48h	17
Somministrazione della scala MUST	15
Analisi degli indicatori biochimici: proteina, lipidi, albumina, aminoacidi.	3
Utilizzano gli indicatori biochimici in un secondo momento di valutazione della nutrizione come l'albumina.	1
Assistiti con problemi di nutrizione come la disfagia globale, cachettici, oncologici, viene assegnato nel livello di gravità 1 "molto povera"	4
"Nutrizione adeguata" in presenza di Nutrizione artificiale.	1
Monitoraggio con il Diario alimentare per ogni pasto.	1
Limite dell'item della Nutrizione valuta solo la malnutrizione per difetto e Sottolineano che la malnutrizione in eccesso altrettanto rilevante nell'insorgenza di LdP.	11
Un digiuno temporaneo da uno, due a tre giorni da un assistito che presenta uno stato di nutrizione buono non viene assegnato un punteggio 1 "molto povera" perché si considera sempre la valutazione globale dell'assistito	17
Si riflette se assegnare un punteggio 3 "nutrizione adeguata" sia corretto con una nutrizione artificiale	1
In pronto soccorso la nutrizione si basa sulla valutazione visiva dall'infermiere e dall'informazione dall'assistito, dal caregiver, non utilizzano la scala MUST.	1

6° Indicatore: Frizionamento e Scivolamento.

La tabella 8 evidenzia sette modi d'interpretare la descrizione *"occasionalmente può slittare"* presente nella scala di Braden.

Tabella 8. Modi d'interpretazione degli infermieri alla descrizione vaga "occasionalmente può slittare"

Modi d'interpretazione del termine vago "occasionalmente può slittare"	Partecipanti al Focus Group
Assistito in condizione di allettamento, se slitta diventa un problema reale.	6
Assistito slitta da 1 a 2 volte e chiama per essere riposizionato al letto per turno di 8 ore	5
Assistito Slitta da 4 a 6 volte o anche 20 volte durante la giornata. Sottolinea la difficoltà a quantificarla.	2
Suggerisce eliminare il termine "occasionalmente" poiché è un avverbio troppo vago	2
Assistito che slitta 10 volte durante la giornata ma 4 volte collabora ne riposizionamento e 6 volte non collabora	1
Assistito che slitta 6 volte durante le ore di veglia, e da 3 a 4 volte per un turno di 8 ore considerando una superficie di materasso normale.	1
Assistito vigile con disabilità motoria che esegue cambi posturali, ma tende a slittare, sarebbe utile monitorare quante volte ha bisogno di essere riposizionato nelle 2 ore	1

Valutazione della scala di Braden

Questo tema affrontava la percezione degli infermieri partecipanti al Focus Group, in termini di rilevanza degli indicatori contenuti nella scala e la priorità che ad essi assegnerebbero. La tabella 9 descrive i risultati

Tabella 9. Priorità di rilevanza degli indicatori della Scala di Braden degli infermieri partecipanti ai Focus Group

Indicatore della Scala di Braden	Priorità di rilevanza degli indicatori da 18 infermieri partecipanti al Focus Group			
	Alta	Media	Bassa	Nessuna
Percezione sensoriale	12	3	1	2
Umidità	13	3	0	2
Attività	13	3	0	2
Nutrizione	13	3	0	2
Mobilità	16	0	0	2
Frizionamento e scivolamento	11	3	2	2

Ulteriore considerazione della Scala di Braden

Questo tema affrontava la considerazione di ulteriori fattori di rischio da considerare per l'insorgenza di LdP che nella scala di Braden non vengono contemplati. La tabella 10 riassume i dati

Tabella 10. Fattori di rischio da considerare in aggiunta agli indicatori della Scala di Braden Fattori di rischio identificati Partecipanti al Focus Group

Fattori di rischio identificati	Partecipanti al Focus Group
Presenza di dispositivi (telemetria, elettrodi, maschera full face ecc.)	6
Presenza di patologie che favoriscono le lesioni (es. patologie vascolari, metaboliche ecc.)	3
Utilizzo di detergenti alcalini	1
Utilizzo di farmaci immunosoppressivi	2
Presenza di lesioni	2
Modificazioni della temperatura corporea: ipotermia - ipertermia	2
Stato di coscienza modificato che rende difficile la somministrazione della scala	1
Assistiti sottoposti a intervento chirurgico: durata dell'intervento; posizionamento sul letto operatorio	1

Le risposte delle specialiste nel Wound Care

Le tre specialiste nel Wound Care considerano che le descrizioni riscontrate sulla scala di valutazione del rischio di Braden siano vaghe, specialmente espressioni come *"occasionalmente"*, che lasciano ampio margine di interpretazione agli infermieri, portando ad una valutazione soggettiva del rischio.

1° indicatore: Percezione Sensoriale

Per quanto riguarda il primo indicatore della Percezione Sensoriale, le esperte hanno delineato una serie di interpretazioni per il termine *"molte zone del corpo"* nel livello di gravità 1, che variano in base alla tipologia dell'assistito stratificando in assistiti in condizioni critiche (incoscienti; tetraplegici); assistiti geriatrici con deficit cognitivi; assistiti paraplegici; assistiti giovani (giovani adulti).

Nel caso degli assistiti in condizioni critiche, incoscienti o tetraplegici confinati a letto o in carrozzina, *"molte zone del corpo"* viene interpretato come il 100% della superficie corporea interessata. Questo è dovuto alla posizione della persona, che rende molte parti del corpo sottoposte a pressione a causa delle disabilità motorie. Questa interpretazione si applica, ad esempio, agli assistiti in terapia intensiva o ai tetraplegici.

Negli assistiti geriatrici con gravi patologie, come l'Alzheimer in uno stato avanzato, e con deterioramento delle condizioni cognitive, ma che mantengono un certo grado di movimento o magari sono soggetti a contenzione, *"molte zone del corpo"* corrisponde al 70%-80% della superficie corporea. Questo può includere aree come l'occipite, le scapole e le prominenze posteriori.

Per gli assistiti paraplegici che sono in grado di controllare alcune parti del corpo per alleviare la pressione e possono comunicare la loro percezione sensoriale, *"molte zone del corpo"* corrisponde al 60%-80% della superficie corporea. Infine, in una persona giovane, *"molte zone del corpo"* si riferisce al 20%-30% della superficie corporea interessata. Questo si applica, ad esempio, agli assistiti chirurgici o ortopedici senza problemi cognitivi e con una capacità sensoriale attiva

2° Indicatore: "Umidità"

Nel 2° indicatore l'Umidità, *"pelle sovente ma non sempre umida"* nel livello di gravità 2 viene interpretato come la necessità di cambiare il presidio assorbente da 1 a 2 volte per turno di 8 ore. Inoltre, se l'assistito è portatore di un catetere vescicale e ha necessità dell'utilizzo di un presidio assorbente, non viene assegnato un punteggio 4 a causa dell'aumento dell'esposizione all'umidità.

Una specialista lo considera *"occasionalmente bagnato"* se l'assistito ha la necessità di utilizzare il presidio anatomico assorbente.

Due specialiste, concordano sul fatto che l'utilizzo di un presidio assorbente comporti un aumento dell'esposizione della pelle all'umidità. Questo avviene perché la traspirazione viene inibita, creando un ambiente caldo e umido. La presenza di questa *"barriera"* fa sì che la pelle sia considerata come *"costantemente bagnata"*, aumentando il livello di gravità della situazione. Tutte le specialiste, ritengono importante la qualità del presidio assorbente, che garantisca una alta assorbenza, Inoltre se sono garantiti molti cambi, ad esempio 5 cambi al giorno, la pelle si può considerare *"occasionalmente bagnata"*.

3° Indicatore: Attività

Due specialiste, interpretano queste descrizioni nel modo seguente: *"cammina occasionalmente"* come cammina da 1 a 2 volte per turno di 8 ore, mentre per "brevi distanze" intendono una distanza massima di 20 metri.

Mentre, la specialista 3 interpreta queste descrizioni in modo diverso: *"cammina occasionalmente"* la considera come l'assistito che cammina solo 1 volta per un turno di 8 ore e definisce "brevi distanze" come un percorso di andata e ritorno che va dai 5 ai 10 metri.

Da notare che questi spostamenti possono avvenire in diversi momenti, come quando l'assistito si reca ai servizi igienici o per svolgere terapie.

Tutte le specialiste contestano la descrizione del livello 4: *"cammina al di fuori della camera almeno due volte al giorno e nella camera almeno una volta ogni due ore"*. Secondo loro, questo livello assegna un grado di rischio di sviluppo di LdP troppo basso rispetto alla reale mobilità dell'assistito. Volendo quantizzare questo item bisogna intendere *"frequentemente"* come cammina almeno 6 a 8 volte al giorno fuori dalla camera.

6° Indicatore: Frizionamento e Scivolamento

Per il 6° indicatore, Frizione e Scivolamento, la descrizione *"occasionalmente può slittare"* è interpretato come scivolamento verso il basso da 3 a 4 volte durante un turno di 8 ore, in quanto se l'assistito scivola più di 4 volte durante il turno allora diventa un problema e passa al livello di gravità 1 che è altamente compromesso.

Le specialiste fanno notare che l'adozione di ausili ergonomici, come ad esempio i letti articolati riduce lo scivolamento e consente di mantenere la posizione corretta per un periodo di tempo adeguato.

Valutazione della scala di Braden

Tutte le specialiste attribuiscono grande importanza alla percezione sensoriale in quanto, se compromessa, potrebbe influenzare negativamente la mobilità dell'assistito. Di conseguenza, considerano anche di elevata importanza gli indicatori relativi alla mobilità, all'umidità, alla frizione e allo scivolamento, nonché all'attività. Tuttavia, non ritengono che l'indicatore della nutrizione abbia la stessa rilevanza degli altri.

5° Indicatore: "Nutrizione"

Per valutare lo stato nutrizionale le specialiste applicano il protocollo utilizzato presso l'ospedale e concordano che ad una persona a digiuno temporaneo non venga assegnato il livello di gravità 1.

Criticità riscontrate delle specialiste del Wound Care.

Le specialiste riscontrano come criticità nell'indicatore Umidità che il grado di esposizione della pelle all'umidità sia da correlare ai cambi di presidio assorbente e non ai cambi di lenzuola come indicato nella scala Braden e aggiungono che un assistito portatore di un presidio assorbente che riesce a bagnare le lenzuola deve essere considerato *"costantemente bagnato"* non *"spesso bagnato"*.

Nell'indicatore Umidità importante considerare il tipo di presidio assorbente che garantisce; una alta assorbenza, cambi di 5 volte al giorno e la valutazione dei vari fattori come incontinenza, sudorazione, terapia come le creme di protezione, bisogna valutare nel complesso.

Le specialiste ritengono errata la descrizione del livello 4 dell'item attività in quanto non ritengono che si possa dire *"cammina frequentemente"* di un assistito che cammina due volte al giorno fuori dalla camera. Volendo quantizzare questo item bisogna intendere *"frequentemente"* come cammina almeno 6 a 8 volte al giorno fuori dalla camera.

Infine, le specialiste riflettono sulle descrizioni della scala di Braden che nascono proprio per guidare all'operatore ad associare ad attribuire il punteggio adeguato e sottolineano la necessità di revisionare la scala di Braden che non tiene conto degli ausili ergonomici come i letti articolati, presidi assorbenti per controllo dell'umidità, e altri strumenti che non erano largamente utilizzati nel 1984

DISCUSSIONE

I risultati emersi dai Focus Group confermano la presenza di termini ambigui e descrizioni vaghe nella scala di Braden, in particolare relativamente alle caratteristiche dell'assistito. L'indicatore che ha generato il maggior numero di interpretazioni divergenti è stato quello relativo all'attività. Le espressioni "per brevi distanze" e "cammina occasionalmente" sono state interpretate in nove modi diversi dagli infermieri coinvolti, evidenziando una mancanza di chiarezza che può compromettere l'uniformità nella valutazione.

Ulteriori ambiguità sono state riscontrate anche nell'indicatore della percezione sensoriale e in quello dell'umidità. L'espressione "in molte zone del corpo", riferita alla percezione del dolore, e quella "pelle sovente ma non sempre umida", sono state entrambe oggetto di diverse interpretazioni. In particolare, gli infermieri concordano nel ritenere inadeguato l'attribuire il punteggio massimo (4) agli assistiti portatori di catetere vescicale che utilizzano anche presidi assorbenti. Analogamente, il grado di esposizione all'umidità non dovrebbe prescindere dalla frequenza dei cambi di biancheria, come invece previsto dalla scala. In entrambi i casi, gli infermieri ritengono più appropriato un punteggio pari a 2.

Il confronto tra i Focus Group e le esperte in Wound Care ha mostrato una sostanziale sovrapposizione delle interpretazioni, con l'eccezione dell'indicatore di percezione sensoriale. In particolare, la descrizione "capacità di percepire il dolore in molte zone del corpo" (grado 1 di gravità) è stata oggetto di interpretazioni differenti da parte delle esperte, che l'hanno associata a specifiche condizioni cliniche (es. assistiti incoscienti, tetraplegici, anziani con deficit cognitivi, giovani paraplegici). Tuttavia, è stato concordato che, in caso di immobilità inevitabile, l'espressione "molte zone del corpo" dovrebbe essere riferita al 100% della superficie corporea.

Le esperte hanno inoltre evidenziato la necessità di considerare le interazioni tra gli item della scala. Alcuni fattori, se presenti contemporaneamente, possono avere un effetto sinergico, aumentando significativamente il rischio di insorgenza di lesioni da pressione. Ad esempio, un assistito con mobilità ridotta risulta più vulnerabile agli effetti di frizione e scivolamento; analogamente, la presenza di umidità cutanea può amplificare tali effetti. Tuttavia, queste interazioni non sono sempre adeguatamente esplicitate nella scala di Braden.

Dal confronto con gli esperti statunitensi dello studio condotto in Massachusetts (Choi, J., Choi, J. & Kim, H., 2014), emerge una concordanza sull'interpretazione di alcune espressioni: ad esempio, "cammina occasionalmente" è intesa da entrambi i gruppi come la capacità di camminare da 1 a 2 volte per turno di 8 ore. Per quanto riguarda

l'indicatore "frizione e scivolamento", la descrizione "occasionalmente può slittare" è stata interpretata come "uno scivolamento verso il basso da 3 a 4 volte in un turno di 8 ore". Tuttavia, persistono differenze nella quantificazione dell'espressione "per brevi distanze": le esperte in Wound Care indicano un range tra 5 e 20 metri, mentre gli esperti del Massachusetts definiscono una distanza di 7,5 metri.

Un aspetto interessante emerso dai Focus Group è la coerenza delle interpretazioni tra infermieri appartenenti alla stessa unità operativa. Ciò sembra essere il risultato di una progressiva armonizzazione delle pratiche valutative, sviluppatasi con l'esperienza condivisa nel tempo. Questo dato è in linea con quanto riportato in letteratura sulla formazione di una cultura valutativa comune all'interno dei gruppi di lavoro.

Infine, durante i Focus Group è stato molto discusso il tema della valutazione dello stato nutrizionale. I partecipanti hanno sottolineato l'importanza di adottare metodi validati per la valutazione entro le 24/48 ore dall'ingresso dell'assistito, integrando anche esami di laboratorio. In particolare, la sieroproteina albumina è stata indicata come un utile marcatore dello stato nutrizionale e un valido indicatore predittivo per l'insorgenza delle lesioni da pressione.

CONCLUSIONI

Il presente studio ha evidenziato come la scala di Braden, pur rappresentando uno strumento ampiamente utilizzato e riconosciuto nella pratica infermieristica per la prevenzione delle lesioni da pressione (LdP), presenti alcune criticità legate alla chiarezza delle sue descrizioni e alla variabilità interpretativa tra valutatori. I dati raccolti attraverso i Focus Group confermano che, sebbene la scala offra un valido supporto per l'assessment del rischio, non può sostituire il giudizio clinico e critico dell'infermiere, che deve integrare le informazioni fornite dallo strumento con l'osservazione diretta e l'esperienza professionale.

Un aspetto centrale emerso dall'analisi è la vaghezza di alcune espressioni presenti nella scala, che può portare a una disomogeneità valutativa. Le interpretazioni differenti da parte degli infermieri indicano un rischio significativo di errori inter-valutatore, che può compromettere l'accuratezza della valutazione del rischio e, di conseguenza, l'efficacia degli interventi preventivi.

Particolare attenzione è stata posta sulla necessità di contestualizzare l'utilizzo della scala di Braden in base alla tipologia di assistiti. In particolare, è stata sollevata la questione della scarsa adattabilità dello strumento ad assistiti in terapia intensiva, per i quali molte delle descrizioni risultano poco rappresentative della condizione clinica reale. Questo solleva il problema della validità esterna della scala, in quanto originariamente concepita e validata su una popolazione diversa rispetto a quella attuale, più complessa e clinicamente instabile.

Alla luce di quanto emerso, si evidenzia la necessità di un aggiornamento delle descrizioni contenute nella scala di Braden, rivisitandone il linguaggio e la struttura in modo da renderla più chiara, specifica e aderente agli standard di pratica clinica contemporanea. L'obiettivo è quello di ridurre le ambiguità semantiche, facilitare l'interpretazione omogenea tra professionisti e garantire un'efficace personalizzazione della valutazione del rischio.

Confronto con la letteratura

I risultati di questo studio sono coerenti con quanto riportato nella letteratura internazionale. Numerosi autori hanno evidenziato la necessità di integrare strumenti standardizzati come la scala di Braden con il giudizio clinico infermieristico, per garantire una valutazione complessiva più accurata e centrata sulla persona assistita (Bergstrom et al., 1987; Coleman et al., 2013).

Studi recenti (Baumgarten et al., 2020; Cox, 2017) hanno inoltre sottolineato che l'ambiguità di alcune descrizioni nella scala di Braden può portare a discrepanze inter-osservatore, confermando il rischio di sottovalutazioni o sovrastime del rischio. In particolare, Cox (2017) ha evidenziato come termini come "cammina occasionalmente" o "per brevi distanze" siano spesso interpretati in modo soggettivo, a seconda del contesto clinico e dell'esperienza dell'infermiere.

Anche la letteratura critica l'applicabilità della scala a pazienti in setting ad alta complessità, come le unità di terapia intensiva. Un'analisi sistematica condotta da Tayyib e Coyer (2016) ha rilevato che la scala di Braden tende a sovrastimare o sottostimare il rischio in pazienti critici, suggerendo la necessità di adattamenti o l'uso di strumenti specifici per tali contesti.

Infine, diversi autori propongono la revisione e modernizzazione del linguaggio della scala, allo scopo di ridurre le ambiguità e garantire una maggiore coerenza con le pratiche cliniche attuali (Smith et al., 2021). Questo conferma l'urgenza, già evidenziata nel presente studio, di un aggiornamento formale della scala per rispondere alle esigenze cliniche contemporanee.