



PRO – 07

Protocollo per la prevenzione delle lesioni da decubito

Sommario

Applicabilità	3
Gestione del rischio	3
Emergenza Covid-19.....	5
Informazioni documentate da conservare	6
Revisione del Protocollo	6
1. DEFINIZIONE	7
2. OBIETTIVI	7
3. CLASSIFICAZIONE	7
4. FATTORI PREDISPONENTI	8
5. SEDI INTERESSATE.....	8
6. CAUSE	9
6.1 FATTORI LOCALI:.....	9
6.2 FATTORI SISTEMICI:	10
7. PROCEDURA DI PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO.....	10
7.1 OBIETTIVI	10
7.2 RISORSE	10
7.3 OPERATORI COINVOLTI:	10
7.4 TRASMISSIONE DELLE INFORMAZIONI	11
7.5 VALUTAZIONE.....	11
7.5.1 OBIETTIVO 1 (individuare i pazienti a rischio di LDD, in modo precoce):.....	11
7.5.2 OBIETTIVO 2 (garantire una corretta pianificazione assistenziale delle misure di prevenzione da adottare):.....	11
7.5.3 OBIETTIVO 3 (Adottare misure di prevenzione a carattere locale e generale):.....	12



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

**Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015**

Protocollo per la prevenzione delle lesioni da
decubito

Pag. 2 di 16

PRO – 07
Rev. 01 del 13.07.2020

7.6 Misure di prevenzione generale.....	12
7.7 Misure di prevenzione locale:	12
8. ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DELLE LESIONI DA COMPRESSIONE	13
Allegato 1 - ELENCO DELLA MODULISTICA ALLEGATA	15

Numero Revisione	Motivo	Data	Firma Legale Rappresentante	Firma RAQ
00	Prima emissione	31/03/2011		
01	Revisione	13.07.2020	FIRMATO A DISTANZA	FIRMATO A DISTANZA



Applicabilità

Fattore di rischio	n. Protocollo	Titolo del Protocollo adottato al fine di implementare un'azione di sistema atta ad affrontare il rischio connesso con il fattore specifico individuato	RSA CD e AD anziani	CAP	Comunità e CD Minori	Nidi d'infanzia	CDD / CDSO	CIAF/CAG/Educativa	Servizi immigrati e medd. Ling.	Assistenza scolastica	Assistenza sociale
Lesioni da decubito	01	Protocollo per la prevenzione delle lesioni da decubito	X	X			X			X	

Le misure di seguito indicate sono applicate in base alla pertinenza della specifica attività per la tipologia di ospiti del servizio/struttura. Per ciascun servizio / struttura può essere allegato un protocollo specifico che individua, tenuto conto della valutazione del rischio, particolari disposizioni derogatorie ovvero indicazioni operative rilevanti riguardo altresì alla tipologia di ospiti o ad altre esigenze specifiche del servizio.

Il Coordinatore si fa carico di tenere aggiornato il suddetto elenco e di trasmetterlo al RAQ che ne verifica la rispondenza al SGI e lo archivia tra gli elenchi della documentazione a sistema.

Gestione del rischio

La valutazione del rischio è il processo complessivo d'identificazione, analisi e ponderazione del rischio. L'attività di valutazione del rischio è applicata ai singoli processi aziendali, inclusi pertanto i processi di erogazione connessi all'applicazione del presente protocollo, e deriva dalla comprensione del contesto (fattori interni ed esterni) e delle parti interessate (cfr. Sez. 04 MGI e PG 04 Gestione del Rischio). Tale comprensione evidenzia fattori di rischio e opportunità che determinano la definizione dei processi aziendali e le loro interazioni.

In linea con i principi seguiti della norma IEC 31010:2009, la metodologia seguita per la valutazione del rischio è quella che, valuta la grandezza del rischio (indice del rischio) come moltiplicatore di una matrice quadrata 4x4, quindi:



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

**Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015**

Pag. 4 di 16

**Protocollo per la prevenzione delle lesioni da
decubito**

PRO – 07
Rev. 01 del 13.07.2020

P				
	4	8	12	16
	3	6	9	12
	2	4	6	8
	1	2	3	4
				C

$R = P \times C$
 R = indice del rischio;
 P = probabilità o frequenza del verificarsi dell'evento;
 C = ponderazione delle conseguenze derivanti

Valutazione indice dei rischi (R)


Range numerico	Livello	Misure di contenimento
1 – 3	Rischio basso	Nessuna AC specifica, consolidamento dei livelli di Rischio, valutazione eventuali miglioramenti.
4 – 8	Rischio medio	Predisposizione AC od obiettivi di miglioramento nel medio periodo, aumento del monitoraggio e del controllo.
9 – 16	Rischio alto	Predisposizione AC urgenti, stretto monitoraggio e controllo della fonte di Rischio.

Valutazione della probabilità (P)

Indice numerico	Livello	Definizione/criterio
1	Improbabile	Indica la scarsissima probabilità del verificarsi dell'evento per la mancanza della presenza oggettiva del rischio in esame. Non sono noti episodi già verificatisi. Assenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento susciterebbe incredulità.
2	Occasionale	Indica la scarsa possibilità del verificarsi dell'evento. Sono noti solo rarissimi episodi già verificatisi o che sarebbero potuti accadere. Scarsa presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento ipotizzato susciterebbe grande sorpresa.
3	Probabile	Indica la possibilità concreta del verificarsi dell'evento. È noto qualche episodio in cui alla non conformità ha fatto seguito l'evento. Presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento ipotizzato susciterebbe una moderata sorpresa.
4	Molto probabile	Esiste una correlazione diretta tra la non conformità rilevata ed il verificarsi dell'evento ipotizzato. Si sono già verificati episodi per la stessa non conformità rilevata in situazioni operative simili. Alta presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità.

Valutazione delle conseguenze (C)

Indice numerico	Livello	Definizione/criterio
1	Lieve	Evento di scarsa entità, con conseguenze facilmente contenibili
2	Media	Evento di media entità, che coinvolge parte dell'Organizzazione
3	Grave	Evento di grave entità, che coinvolge parte dell'Organizzazione

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015	Pag. 5 di 16
	Protocollo per la prevenzione delle lesioni da decubito	PRO – 07 Rev. 01 del 13.07.2020

4	Gravissima	Evento di grave entità, che coinvolge l'intera Organizzazione
---	------------	---------------------------------------------------------------

La Cooperativa elabora, per i diversi servizi, una valutazione del rischio specifico di erogazione, a partire dall'applicazione del presente protocollo tenendo conto:

- Delle NC rilevate rispetto al processo considerato
- Delle AC intraprese a seguito di NC o reclami riferibili al processo
- Dei reclami pervenuti relativamente al processo
- Di eventuali eventi critici, near miss o criticità rilevate e riferibili al processo
- Dei risultati di controlli, verifiche, ispezioni anche di Enti esterni relativamente al processo
- Dei risultati degli audit interni relativi al processo
- Dell'efficacia della formazione erogata che ha un impatto sul processo
- Dei risultati conseguiti dalle azioni di miglioramento intraprese relativamente al processo considerato
- Dell'andamento del processo e di altri aspetti specifici inerenti il processo
- Di ulteriori fattori rilevanti del contesto interno od esterno impattanti sul processo
- Dei risultati derivanti dalle indagini di soddisfazione del cliente e del clima interno
- Dai rapporti del servizio dei Coordinatori dei servizi e delle strutture

Emergenza Covid-19


In relazione all'emergenza Covid – 19 la Cooperativa ha adottato le misure di sicurezza da applicare all'erogazione del servizio, mediante protocolli speciali, procedure e documenti organizzativi. Il presente protocollo, per quanto incompatibile con le più strette misure di sicurezza previste, viene da queste modificato senza necessità di specifica revisione.

Il quadro normativo di riferimento è in costante evoluzione. [A questo link del sito web del Dipartimento della Protezione Civile](#) sono disponibili in costante aggiornamento i provvedimenti normativi a livello governativo e regionali relativi alla gestione dell'emergenza.

[A questo link](#) in particolare sono disponibili le Ordinanze del Presidente della Regione Toscana specificamente inerenti la gestione dell'emergenza nelle strutture socio-sanitarie.

[A questo link](#) in particolare è disponibile la documentazione prodotta dall'A.USL Toscana Nord Ovest inerenti la gestione dell'emergenza nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Si fa riferimento a tale documentazione quale aggiornamento delle leggi e della documentazione di origine esterna.

 <p>C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale</p>	Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015	Pag. 6 di 16
	Protocollo per la prevenzione delle lesioni da decubito	PRO – 07 Rev. 01 del 13.07.2020

Ai fini della gestione dell'emergenza, le autorità sanitarie e di protezione civile emettono altresì protocolli e linee guida con indicazioni operative da applicare e/o raccomandazioni suggerite riferibili ad esempio a strutture o servizi assistenziali e socio-sanitari specifici. Anche tale documentazione viene acquisita dal sistema come documentazione di origine esterna ed è oggetto sia di trasmissione ai servizi interessati, che di applicazione nella documentazione di erogazione del servizio.

In particolare vengono formalmente recepite nel sistema di gestione:

- le Ordinanze del Presidente della Regione Toscana sopra richiamate e applicabili al contesto aziendale;
- le Delibere di GR Toscana applicabili al contesto aziendale
- le Linee di indirizzo della Regione Toscana applicabili al contesto aziendale
- le Linee di indirizzo elaborate dall'A. USL Toscana Nord Ovest – Unità di Crisi Gestione dell'emergenza COVID-19;
- Rapporti Covid-19 a cura dell'Istituto Superiore di Sanità <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

Informazioni documentate da conservare

Presso i singoli servizi / strutture sono in uso modulistica specifica per la registrazione delle informazioni documentate da conservare inerenti lo svolgimento degli atti assistenziali. In alcune strutture è in uso altresì il gestionale e-personam che progressivamente consente di sostituire la registrazione cartacea con la registrazione digitalizzata.

In allegato al presente protocollo (allegato 1) l'elenco della modulistica ad esso riconducibile in uso presso ciascun servizio / struttura. Il Coordinatore si fa carico di tenere aggiornato il suddetto elenco e di trasmetterlo al RAQ che ne verifica la rispondenza al SGI e lo archivia tra gli elenchi della documentazione a sistema. Resta inteso che ciascun servizio non sia autorizzato ad introdurre autonomamente nuova modulistica e che ciò avvenga attraverso l'ordinario processo di emissione.

Revisione del Protocollo

Il presente protocollo è sottoposto a revisione triennale e ogniqualvolta ciò si renda necessario. La revisione può essere proposta anche dai singoli servizi per il tramite del Coordinatore e/o dell'infermiere laddove presente.



La proposta di revisione può essere inoltrata al RAQ via email indicando:

- **n. pagina oggetto di modifica;**
- **paragrafo da modificare;**
- **testo del paragrafo da modificare;**
- **testo proposto per la modifica**

1. DEFINIZIONE

Le lesioni da decubito sono aree localizzate di necrosi della cute e dei tessuti sottocutanei prodotte dalla pressione tra due piani rigidi (osso-letto, sedia, apparecchio ortopedico).

Le lesioni da decubito sono lesioni distrofiche conseguenti a cattiva nutrizione dei tessuti, espressione localizzata di una patologia generale, che costringe a mantenere per troppo tempo una posizione obbligata.

Le lesioni da compressione sono una malattia che interessa il paziente nella sua totalità e qualsiasi intervento preventivo e/o terapeutico che si limiti a pochi centimetri quadrati di tessuto e trascuri le condizioni generali è destinato al fallimento.

2. OBIETTIVI

Il presente protocollo ha i seguenti obiettivi:

- identificare i soggetti a rischio di lesione, che necessitano di interventi preventivi, e dei fattori specifici che li pongono a rischio;
- mantenere e migliorare il grado di tolleranza del tessuto alla pressione al fine di evitare la lesione;
- proteggere dagli effetti negativi provocati da forze meccaniche esterne (come pressione, frizione, stiramento);
- favorire la guarigione di lesioni cutanee.

3. CLASSIFICAZIONE

Anatomicamente le lesioni da compressione vengono classificate in gradi.

La classificazione più conosciuta e utilizzata è quella di SHEA.

Tale classificazione prevede 4 gradi a seconda degli stati cutanei e sottocutanei interessati. Ai gradi da Shea corrispondono i seguenti quadri clinici come indicati dalla ACN-FN IB (Ass. Cattolique du Nursing, Fed. Neutre des Inf. Belgique).

CLASSIFICAZIONE ACN-FN IB

GRADO 1	Eritema
GRADO 2	Vescicole, flittene Disepitelizzazione



GRADO 3	Escara Ulcerazione Granulazione superiore al 33%
GRADO 4	Guarigione

CLASSIFICAZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO

(da Shea 75, modificata secondo N.P.U.A.P., 1995)

GRADO 1: eritema della pelle (non lacerato) non reversibile alla digitopressione. Il segnale preannuncia l'ulcerazione della pelle.

GRADO 2: ferita a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma. L'ulcera è superficiale e si preannuncia clinicamente, come un'abrasione, una vescica o una leggera cavità.

GRADO 3: ferita a tutto spessore che implica danno o necrosi del tessuto sottostante che si può estendere fino alla fascia muscolare, ma senza attraversarla. L'ulcera si presenta clinicamente come profonda cavità che può o non può essere sottominata.

GRADO 4: ferita a tutto spessore con estesa distruzione dei tessuti, necrosi o danno ai muscoli, ossa o strutture di supporto (tendini, capsula articolare, etc).

Generalmente la piaga ha una forma a tronco di cono con la base sul piano osseo e con un'area nascosta molto più estesa di quella visibile all'esterno. La cute arrossata, o una piccola escoriazione è spesso il segno precoce del processo distruttivo che si sviluppa negli strati più profondi per aprirsi poi all'esterno manifestandosi in tutta la sua gravità.

4. FATTORI PREDISPONENTI

- Immobilizzazione a letto/o sulla carrozzina e compressione della cute e dei tessuti sottocutanei tra le prominenze ossee e ciò su cui poggia il corpo (materasso, carrozzina, gesso);
- nutrizione ed idratazione inadeguata (cachessia, disidratazione, ipoprotidemia, deficienze vitaminiche, anemia, etc);
- deficit neurologici, paralisi motoria, ipotrofia muscolare, ridotta sensibilità;
- edema;
- scarsa igiene personale;
- incontinenza.

5. SEDI INTERESSATE

Le aree generalmente soggette alle lesioni da decubito sono le seguenti:

1. sacro
2. tallone
3. grande trocantere
4. tuberosità ischiatica



- | | |
|------------------|----------------------|
| 5. cresta iliaca | 9. scapola |
| 6. malleolo | 10. spalla |
| 7. ginocchio | 11. processo spinoso |
| 8. gomito | 12. occipite |


6. CAUSE

Alla formazione delle ulcere concorrono **fattori locali** e **sistemici**.

FATTORI LOCALI	FATTORI SISTEMICI
Pressione	Età
Forza di stiramento e taglio	Riduzione della mobilità
Attrito o frizione	Malnutrizione
Aumento della temperatura locale	Malattie arteriose
L'umidità	Ipotensione
	Malattie croniche: diabete, IRC...

6.1 FATTORI LOCALI:

- **Pressione:** forza applicata perpendicolarmente all'unità di superficie. La lesione compare quando la forza comprimente esercitata nell'interfaccia tra il piano di appoggio e la superficie corporea supera i 32 mm Hg, per un periodo superiore alle capacità intrinseche della persona (di solito 2 ore). Le sedi maggiormente interessate sono: la sede sacrale, ischiatica, trocanterica, occipitale, i talloni, i malleoli, le orecchie, i gomiti, e qualsiasi zona sottoposta a pressione.
- **Forze di stiramento e taglio:** pressione tangenziale con effetto di stiramento che determina trazione sui tessuti molli, strozzamento ed occlusione dei vasi con trombosi del microcircolo e conseguente necrosi tessutiale profonda. Tali forze sono più intense nella zona sacrale quando il paziente è in posizione seduta o semiortopnoica. In tal modo lo scheletro continua a scivolare in avanti provocando zone di stiramento dei tessuti superficiali su quelli profondi. Lo stiramento e la conseguente strozzatura dei vasi a livello profondo provocano ischemia e necrosi.
- **Attrito e frizione:** è la forza esercitata da due superfici che si muovono l'una in senso opposto all'altra, durante il contatto si genera calore e sfregamento delle due parti.
- **Aumento della temperatura locale:** l'aumento della temperatura locale prodotta da materassi e cuscini determinano un aumento del danno tessutiale.
- **Umidità:** se eccessiva determina macerazione della cute esponendo quest'ultima a maggiori rischi di ulcerazione (l'incontinenza urinaria e fecale, la sudorazione possono aggravare ulteriormente il quadro se non vengono adeguatamente corrette).

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015	Pag. 10 di 16
	Protocollo per la prevenzione delle lesioni da decubito	PRO – 07 Rev. 01 del 13.07.2020

6.2 FATTORI SISTEMICI:

- **Età:** la senescenza aumenta il rischio di sviluppare lesioni a causa delle modificazioni che interessano la pelle; assottigliamento, fragilità delle giunzioni dermo-epidermiche, diminuzione della percezione del dolore.
- **Riduzione della mobilità:** tutte le malattie che inducono il paziente ad una mancata mobilità determinano un aumentato rischio di lesioni. Malattie neurologiche, sedazione farmacologia, fratture espongono il paziente ad altissimo rischio di lesioni da pressione. Nella frattura di femore in particolare, le lesioni del calcagno si presentano con maggiore incidenza.
- **Malnutrizione:** è ampiamente dimostrato che la malnutrizione calorico-proteica espone il paziente ad un rischio di contrarre lesioni e ne influenza la guarigione. In particolare l'ipoalbuminemia è strettamente correlata con la formazione di lesioni.
- **Malattie arteriose o ipotensione:** i disturbi vascolari arteriosi riducendo l'afflusso ematico riducono la tolleranza alla pressione, le lesioni degli arti inferiori dovrebbero sempre essere studiate con il doppler. Nei soggetti ipotesi la pressione necessaria ad occludere i vasi è inferiore.
- **Malattie croniche:** il diabete, l'insufficienza renale, le malattie febbrili, sono un altro importante fattore di rischio (acidosi, ischemia tissutale).

7. PROCEDURA DI PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO

Tale procedura ha lo scopo di costruire degli strumenti che mirano a garantire comportamenti professionali (assistenziali e organizzativi) con il fine di migliorare costantemente la qualità assistenziale delle prestazioni erogate.

7.1 OBIETTIVI


1. individuare i pazienti a rischio di LDD, in modo precoce;
2. garantire una corretta pianificazione assistenziale delle misure di prevenzione da adottare;
3. adottare misure e strategie di prevenzione a carattere locale e generale.

7.2 RISORSE

Scala di Norton-exton Smith, Scala di Braden, materiale per cure igieniche, trattamento incontinenza, prodotti per idratazione cutanea, presidi antidecubito, piano di lavoro assistenziale integrato.

7.3 OPERATORI COINVOLTI:

Addetti assistenza e.

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015	Pag. 11 di 16
	Protocollo per la prevenzione delle lesioni da decubito	PRO – 07 Rev. 01 del 13.07.2020

7.4 TRASMISSIONE DELLE INFORMAZIONI

Segnalazioni nelle schede assistenziali.

7.5 VALUTAZIONE

Tramite scale e verifica del raggiungimento degli obiettivi prefissi.

7.5.1 OBIETTIVO 1 (individuare i pazienti a rischio di LDD, in modo precoce):

individuazione precoce di tutti i pazienti a rischio, ossia di tutti quei soggetti che a causa di fattori generali o locali ad una patologia o ad una sua complicanza, vanno incontro maggiormente all'insorgenza di LDD.

Occorre effettuare una valutazione delle condizioni generali del paziente e della condizione della cute integra con una buona osservazione e raccolta dati sia al momento dell'ingresso in struttura che ad ogni variazione importante. Tutte le informazioni devono essere registrate nelle modulistica prevista per ogni figura professionale (diario tutelare, infermieristico e medico, ecc) e comunicate all'infermiere professionale, all'assistente sociale ed alle figure tutorie nel caso dei centri diurni.

Le scale di valutazione utilizzate, dal seguente protocollo in base anche all'integrazione con i progetti aziendali specifici, sono:

Scala di BRADEN, identifica come "*cut off*" il punteggio di 16. L'esperienza clinica suggerisce di identificare un livello di basso/medio rischio intorno al punteggio 12-13, al di sotto del quale si entra a livelli di alto/altissimo rischio.


Scala di NORTON, strumento molto semplice che permette di valutare 5 parametri come condizioni generali, stato mentale, capacità di camminare, capacità di muoversi nel letto, incontinenza. A ciascun parametro va assegnato un punteggio da 1 a 4 che permette così di individuare i pazienti in:

- AD ALTO RISCHIO, con punteggio da 5 a 9;
- A RISCHIO, con punteggio da 10 a 14;
- NON A RISCHIO, quando il punteggio è superiore a 14.

Si parte da una valutazione iniziale, e se il paziente è a rischio o ad alto rischio si può procedere a fare delle valutazioni in itinere a circa 3 mesi (salvo diverse indicazioni mediche), non attendendo i 6 mesi o 1 anno, in base alla programmazione dei PAI, ma ad intervalli prestabiliti e ad ogni variazione delle condizioni generali di salute.

7.5.2 OBIETTIVO 2 (garantire una corretta pianificazione assistenziale delle misure di prevenzione da adottare):

tutti gli interventi assistenziali devono essere supportati dal protocollo specifico e devono essere registrati nella documentazione personale del paziente e nel PAI dove è previsto.

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015	Pag. 12 di 16
	Protocollo per la prevenzione delle lesioni da decubito	PRO – 07 Rev. 01 del 13.07.2020

7.5.3 OBIETTIVO 3 (Adottare misure di prevenzione a carattere locale e generale):
gli interventi preventivi possono essere suddivisi in misure preventive generali o locali:

7.6 Misure di prevenzione generale

- identificazione precoce dei pazienti a rischio;
- evitare l'iperdosaggio di sedativi e tranquillanti;
- effettuare FKT, esercizi attivi, passivi, per il mantenimento del tono muscolare e vascolare;
- alzare precocemente il paziente;
- stabilire un corretto apporto nutrizionale, favorendo l'alimentazione secondo il gradimento del paziente per quantità e qualità, stimolare l'alimentazione regolare, sorvegliare il corretto apporto idrico e alimentare (utilizzare le apposite schede di monitoraggio), nelle circostanze di malnutrizione grave procedere ad attivare forme di alimentazione alternative,
- correggere l'incontinenza, evitando il cateterismo se non necessario e utilizzare sistemi alternativi;
- educare il paziente ed i familiari ad un cambio frequente di postura e ad un'attenta osservazione della cute.

7.7 Misure di prevenzione locale:

- monitoraggio integrità cutanea,
 - osservare frequentemente le zone a rischio per evidenziare la presenza di sintomi premonitori (arrossamento della zona a rischio, dolenza, cianosi, lieve aumento del termotatto),
 - registrare quotidianamente le osservazioni nei diari assistenziali;
- decompressione delle zone ad alto rischio,
 - variando la posizione ogni 2/3 ore, salvo indicazioni diverse in base alle condizioni cliniche,
 - non utilizzare presidi circolari per il sollevamento dei calcagni,
 - nelle persone costrette in sedia, alternare almeno ogni ora i punti sotto pressione con una pianificazione dei posizionamenti o educare, qualora fosse in grado, il paziente a cambiare posizione almeno ogni 15 minuti,
 - evitare massaggi nelle prominenze ossee nei pazienti a rischio,
 - nella mobilizzazione utilizzare le seguenti norme: nel decubito laterale evitare il posizionamento ad angolo retto sul trocantere, ma inclinare a 30° il paziente in modo da mantenere un'ampia superficie d'appoggio; sollevare la testa del letto il meno possibile e per il tempo più breve in base alle condizioni cliniche;
 - utilizzare i dispositivi per il sollevamento e lo spostamento dei pazienti, mantenere l'allineamento posturale nei posizionamenti sia seduti che a letto per distribuire il peso, la pressione e le forze di stiramento;
 - utilizzare il trapezio qualora il paziente sia in grado di cambiare posizione;



- utilizzare le spondine protettive (qualora sia prescritte) per aiutare a variare posizione;
 - monitorizzare i cambiamenti posturali con l'apposita scheda;
 - utilizzare cuscini per separare le prominenze ossee;
 - evitare di posizionare il paziente sul trocantere direttamente;
 - i pazienti seduti in carrozzella dovrebbero avere dispositivi per lo scarico della pressione come cuscini, ma mai utilizzare le ciambelle, e controllare sempre l'allineamento del busto;
- assicurare l'igiene alla persona,
- effettuando un'igiene adeguata del malato e del letto,
 - mantenendo la cute pulita e asciutta, evitando la contaminazione con le deiscenze, mantenendo il letto sempre in ordine (biancheria pulita, evitare la presenza di briciole o di altro nel letto),
 - evitando pieghe negli indumenti e nella biancheria del letto,
 - utilizzare saponi neutri,
 - evitare acqua troppo calda e materiali che possano irritare a causa dello strofinamento; non devono essere utilizzati disinfettanti per la pulizia della cute; in caso di pazienti incontinenti valutare accuratamente il presidio scelto (ricorrere in certe circostanze anche a pannoloni ad alta assorbenza) per mantenere la superficie a contatto con il presidio asciutta;
 - non utilizzare mai alcool saponato o sostanze a base alcolica per la detersione, non utilizzare talco o polveri varie;
 - asciugare bene tamponando senza strofinare;
 - controllare attentamente la cute almeno una volta nella giornata.
- proteggere la cute,
- applicando localmente creme idratanti-protettive e prodotti barriera in caso di incontinenza,
 - non massaggiare energicamente le zone di pressione per non danneggiare la microcircolazione locale,
 - proteggere i gomiti, le caviglie, talloni, la cute e tutte le prominenze ossee con appositi presidi; utilizzare per i letti teli cerati con lo strato superiore in spugna.
- ridurre le forze di pressione,
- utilizzando presidi antidecubito (materassi, cuscini) ed archetti per la biancheria da letto.

8. ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DELLE LESIONI DA COMPRESIONE

- Nel momento in cui si evidenzia la presenza di una lesione da compressione segnalare l'evento nel modulo degli "Eventi sentinella" (o "Eventi Critici"), nel caso dei centri diurni



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

**Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015**

Pag. 14 di 16

Protocollo per la prevenzione delle lesioni da
decubito

PRO – 07
Rev. 01 del 13.07.2020

segnalare l'evento sul quaderno delle consegne e nella cartellina utente, ed avvisare l'assistente sociale e la famiglia.

- adottare misure preventive rispetto al rischio specifico di ogni utente;
- valutare periodicamente la lesione (ogni sette giorni e ogni qualvolta che vi sia la necessità per modifiche relative all'utente);
- ogni variazione delle condizioni delle lesioni deve essere comunicata al medico curante così come ogni trattamento da attuare.
- associare sempre le norme di prevenzione a quelle di trattamento.
- il personale addetto all'assistenza qualora evidenzi o lesioni da compressione o variazioni inerenti lo stato cutaneo, ha l'obbligo di segnalarlo nel diario e deve informare il responsabile del servizio.



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

**Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015**

Protocollo per la prevenzione delle lesioni da
decubito

Pag. 15 di 16

PRO – 07
Rev. 01 del 13.07.2020

Allegato 1 - ELENCO DELLA MODULISTICA ALLEGATA

SERVIZIO / STRUTTURA _____

E- personam

€ **Si**

€ **No**

In caso di risposta 'Si' indicare quali sezioni sono utilizzate:

- ...
- ...
- ...

Indicare quali moduli legati al presente protocollo sono in uso:

Modulo	In uso (✓)

Aggiornato al _____



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

**Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015**

Protocollo per la prevenzione delle lesioni da
decubito

Pag. 16 di 16

PRO – 07
Rev. 01 del 13.07.2020