



**COMUNE DI BERGAMO
DIREZIONE SERVIZI SOCIALI ED EDUCATIVI**

PROTOCOLLO DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE – PIAGHE DA DECUBITO

CENTRO DIURNO DISABILI

Redatto ai sensi di quanto previsto
dalla D.G.R. X/2261 del 01.08.2014, dalla D.G.R. n. X/2569 del 31.10.2014, dalla D.G.R.
n. X/2989 del 23.12.2014, dalla D.G.R. n. X/4702/2015, dalla D.G.R. n. X/5954/2016,
dalla D.G.R. n. X/7600/2017, dalla D.G.R. n. XI/1046/2018

Adottato con determinazione dirigenziale n. 2002 in data 16/10/2015
Aggiornato con determinazione dirigenziale n. 0328/19 in data 12/02/2019



**COMUNE DI BERGAMO
DIREZIONE SERVIZI SOCIALI ED EDUCATIVI**

1. OBIETTIVO DEL PROTOCOLLO.

Lo scopo del protocollo è quello di fornire informazioni e indicazioni di carattere generale e specifico riguardo la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione / piaghe da decubito. Al CDD in presenza di condizione di rischio compete attivare interventi di mobilitazione dell'utente, controllare la pelle in generale e soprattutto le zone sottoposte a pressione, che devono essere ispezionate almeno una volta al giorno, facendo particolare attenzione agli arrossamenti che persistono dopo il cambio di posizione e attivare segnalazioni all'infermiere professionale presente in struttura e alla famiglia dell'assistito in caso di mutamento delle condizioni cliniche della cute.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE.

Il presente protocollo nelle parti di pertinenza del CDD, in base alle specifiche responsabilità e competenze di ciascun operatore, si applica a tutti gli utenti del Centro Diurno Disabili nella condizione di rischio determinata dalla valutazione del rischio tramite la scala BRADEN; si rivolge a tutti gli operatori socio-sanitari coinvolti in attività di cura e di assistenza, a tutela di tutti gli utenti del Centro Diurno Disabili del Comune di Bergamo.

3. STRUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO.

Il Centro Diurno Disabili ha scelto di indicare per la valutazione del rischio lesioni da pressione / piaghe di decubito la scala BRADEN (Allegato 1).

La scala BRADEN (allegato 1) è costituita da 7 items che concorrono ad esprimere il rischio lesioni da pressione / piaghe di decubito dell'assistito;

La valutazione del rischio deve essere effettuata per tutti gli utenti del CDD da parte dell'infermiere professionale - (scheda di valutazione del rischio lesioni da pressione / piaghe di decubito di cui all'allegato 1).

La scheda debitamente compilata va inserita nel FASAS di ciascun utente del CDD.

Una nuova valutazione va eseguita ad ogni variazione significativa delle condizioni cliniche e dopo ogni episodio di presenza di lesioni e comunque ogni sei mesi.



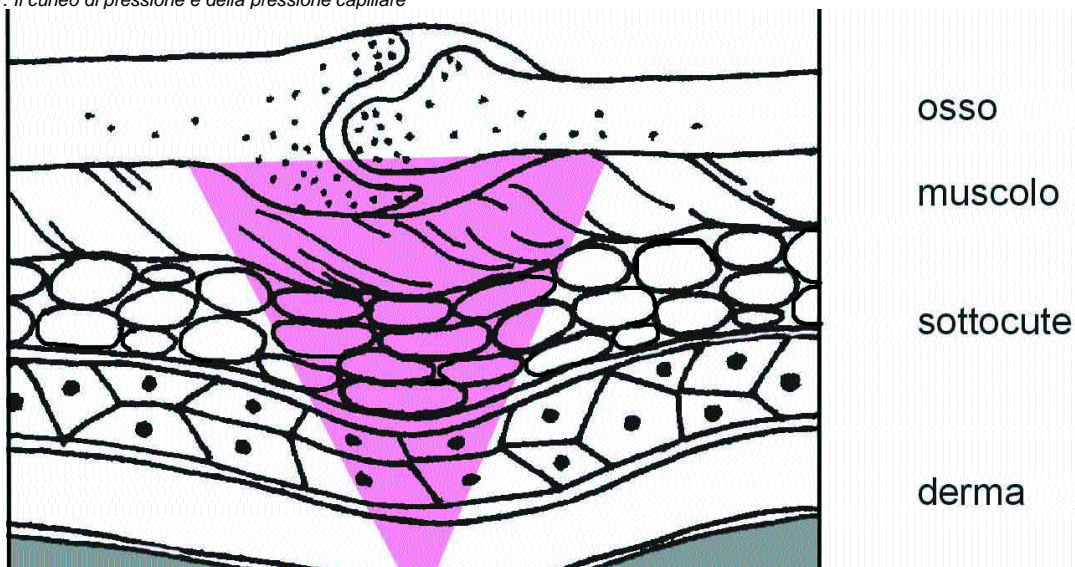
**COMUNE DI BERGAMO
DIREZIONE SERVIZI SOCIALI ED EDUCATIVI**

4. LE LESIONI DA DECUBITO.

Cosa sono?

Le lesioni da decubito sono causate principalmente dall'immobilità che porta ad una riduzione della quantità di sangue e dei nutrienti nelle aree sottoposte a pressione. Frequentemente ciò avviene dove i tessuti vengono schiacciati tra una prominente ossea ed un piano rigido (Fig. 1).

Figura 1. Il cuneo di pressione e della pressione capillare



Maggiore è il tempo di permanenza su queste aree e maggiore sarà il danno ai tessuti, che possono anche morire, creando così una lesione cutanea chiamata ulcera o piaga da decubito la cui gravità è compresa tra un livello minimo, caratterizzato da un leggero arrossamento cutaneo e un livello massimo, caratterizzato da crateri profondi che possono raggiungere il muscolo e l'osso.

Dove si formano?

Ci sono parti del corpo più soggette al rischio di formazione di lesioni da decubito di altre; a seconda che l'individuo sia in posizione sdraiata o seduta queste parti possono cambiare. Quando una persona giace a lungo nel letto le zone maggiormente a rischi sono quelle riportate nelle figure 2 e 3. Tra quelle indicate, le zone ove più frequentemente si sviluppano le lesioni sono il sacro, i talloni e il fianco.

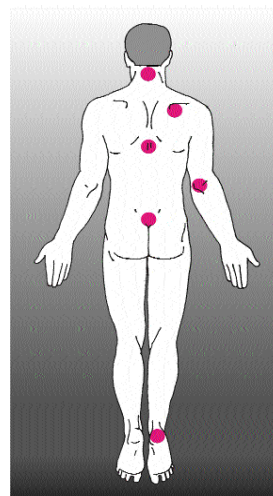


Figura 2. Le zone di rischio del paziente in posizione supina



**COMUNE DI BERGAMO
DIREZIONE SERVIZI SOCIALI ED EDUCATIVI**

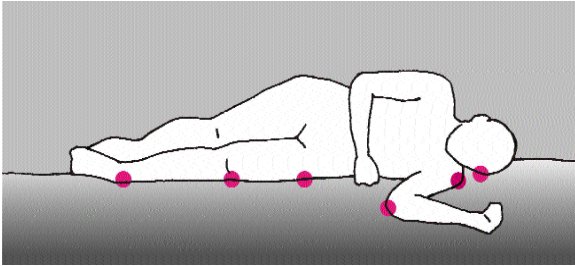


Figura 3. Le zone di rischio del paziente in posizione di fianco

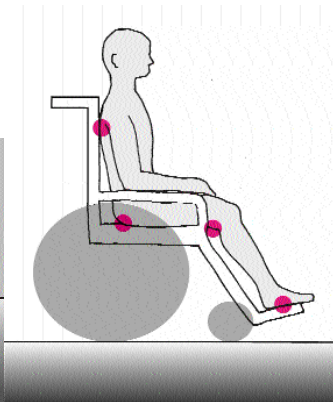


Figura 4. Le zone di rischio in posizione seduta ed in carrozzina

Se la persona resta frequentemente in poltrona o su carrozzina, le zone maggiormente a rischio sono quelle riportate dalla figura 4. Tra quelle indicate la più critica è certamente la zona ischiatica (i glutei).

Quando si rischia una lesione da decubito?

I fattori di rischio che aumentano la possibilità di incorrere in una lesione da decubito sono: essere confinati a letto o su una sedia, essere incapaci di muoversi, essere incontinenti per feci ed urine, malnutriti o con ridotta lucidità mentale, sono fattori di rischio che aumentano la possibilità di incorrere in una lesione da decubito.

È evidente che quanto maggiore è la presenza dei fattori sopraelencati, tanto più aumenta il rischio.

Per facilitare la valutazione, proponiamo una divisione della gravità del rischio in quattro classi:

1. Nessun Rischio

La persona assistita si lava, mangia da solo, prende le medicine. Si alza e cammina, anche se con l'aiuto di un bastone. È lucido, risponde in modo logico e rapido alle domande. Non è incontinente anche se magari ha un catetere.

2. Rischio Lieve

La persona assistita ha bisogno di aiuto per alcune azioni. È lucido ma occorre ripetergli le domande. Si alza e cammina da solo per un po', ma poi va sorretto. Occasionalmente è incontinente per le urine.

3. Molto a Rischio

La persona assistita ha bisogno di aiuto per parecchie azioni. Non è sempre lucido. È costretto su sedia a rotelle, e si alza solo se aiutato. È incontinente per le urine più di due volte al giorno ma non sempre, e due o tre volte per le feci ma non sempre.

4. Rischio Grave

La persona assistita è totalmente dipendente dagli altri per tutte le azioni. È disorientato e confuso. È costretto a letto per tutte le 24 ore. Richiede assistenza per qualunque movimento. È incontinente.



**COMUNE DI BERGAMO
DIREZIONE SERVIZI SOCIALI ED EDUCATIVI**

5. PREVENZIONE.

Cosa fare per prevenire le lesioni da decubito?

Fortunatamente è possibile diminuire il rischio mettendo in atto tutti i provvedimenti descritti nei capitoli successivi; in sintesi: cura e protezione adeguata della cute, corretta alimentazione, mobilitazione precoce.

Tutto questo si basa su ricerche, giudizi dei professionisti e pratica. Quanto illustrato può anche essere utilizzato nel caso in cui le lesioni si siano già formate, per evitare un loro peggioramento.

5.1. MOBILIZZAZIONE PRECOCE.

Considerando che la migliore prevenzione si ottiene con il movimento e quindi il costante variare della posizione, è importante seguire un programma di riabilitazione finalizzato al raggiungimento della maggiore indipendenza possibile che può consistere anche solo nel sapersi muovere autonomamente e correttamente nel letto ed in modo corretto.

Una precauzione da prendere è quella di evitare gli sfregamenti che si creano durante gli spostamenti del paziente trascinato nel letto o dal letto alla carrozzina.

Pellicole trasparenti, creme barriera, spray al silicone e altri prodotti possono aiutare a proteggere la pelle o a ridurre i danni dovuti a frizione.

Evitate l'uso di ciambelle poiché possono aumentare il rischio di lesioni limitando l'irrorazione sanguigna nella zona di contatto, evitate l'uso di velli in quanto non sono utili alla prevenzione.

Vediamo ora cosa fare in alcune circostanze comuni.

5.1.1. Se l'assistito è costretto a letto

La posizione deve essere variata ogni due ore per diminuire la pressione esercitata dal peso corporeo sui punti d'appoggio.

La testata del letto dovrebbe essere leggermente rialzata, una posizione troppo alta (superiore ai 30°) infatti, può provocare slittamento con conseguente danno della pelle e della microcircolazione.

Materassi a schiuma, aria, gel o acqua sono utili nella prevenzione; il costo e l'efficacia variano secondo il tipo. È importante che il prodotto sia il migliore tra quelli proposti per il vostro caso e comunque di altezza non inferiore ai 15/18 centimetri dal piano del letto.

Evitare la pressione diretta sulle anche quando l'assistito è posto sul fianco

Posizionando un cuscino dietro la schiena aiuteremo la persona a stare voltata mantenendo una pressione minima sui fianchi.

I cuscini devono essere interposti tra gli arti inferiori, per evitare il contatto delle ginocchia e caviglie quando si utilizza la posizione di fianco.

Se la persona è completamente immobile, in posizione supina, i cuscini devono essere posizionati tra le gambe, dal polpaccio alla caviglia, per mantenere i talloni sollevati. Mai mettere cuscini sotto le ginocchia.



**COMUNE DI BERGAMO
DIREZIONE SERVIZI SOCIALI ED EDUCATIVI**

5.1.2. Se l'assistito è in carrozzina o su sedia

La posizione deve essere variata ogni ora. Se possibile, l'assistito dovrebbe sollevarsi ogni 15 minuti per ridurre la pressione sulle zone a rischio e ripristinare la circolazione. Molto utili sono i cuscini al silicone o ad aria, valutando sempre qual è il migliore per il proprio caso.

Non basta essere sulla sedia, ma occorre anche essere ben posizionati rispettando l'allineamento del corpo.

5.2. CORRETTA ALIMENTAZIONE.

Per mantenere la cute elastica e protetta è importante una buona alimentazione ricca di proteine e calorie.

Se non si può assumere una quantità di cibo adeguata al fine di mantenere il peso ottimale o se si nota un aumento od una sua riduzione, si può aver bisogno di un supplemento vitaminico o di un'integrazione proteica all'interno di una dieta controllata e bilanciata.

Se l'alimentazione naturale non è sufficiente può essere integrata, discutendone con il medico di base, il dietista e l'infermiere che valuteranno opportunamente le condizioni generali della persona (come la presenza di diabete o problemi renali, difficoltà nell'assunzione di cibo, ecc.) prima di definire una dieta speciale.

L'assunzione di una dieta bilanciata può prevenire la formazione di nuove lesioni e/o aiutare il processo di guarigione, se già presenti.

E' opportuno pesarsi periodicamente. Consultare il medico o l'infermiere quando vi sono importanti variazioni di peso. Una variazione non programmata del peso di 4/5 Kg in più o in meno in 6 mesi dovrebbe essere accuratamente valutata.

5.3. CURA E PROTEZIONE DELLA CUTE.

La pelle in generale e soprattutto le zone sottoposte a pressione, devono essere ispezionate almeno una volta al giorno, facendo particolare attenzione agli arrossamenti che persistono dopo il cambio di posizione.

Lo scopo è quello di trovare e correggere eventuali problemi prima che insorgano lesioni da decubito.

Avere la cute in "salute", in buone condizioni è importante al fine di prevenire future lesioni da decubito.

Una cute ben curata è meno facilmente lesionabile e guarisce più velocemente di una in cattive condizioni.

Potete favorire la prevenzione di una lesione anche con il buon trattamento di quelle eventualmente già presenti. Per favorire un buon stato della cute:

- ispezionarla almeno una volta al giorno per trovare precocemente arrossamenti o cambiamenti di colore o altre alterazioni.
- fare il bagno, necessario per una buona pulizia e conforto, usando saponi neutri ed acqua non troppo calda.
- applicare creme emollienti per evitare che la cute si disidrati.



**COMUNE DI BERGAMO
DIREZIONE SERVIZI SOCIALI ED EDUCATIVI**

I problemi della cute possono essere anche dovuti a incontinenza parziale o totale di urina o feci. Se l'incontinenza non può essere controllata completamente:

- a. pulire la cute il più spesso possibile.
- b. usare una crema protettiva o pomata barriera o spray al silicone per una corretta protezione della cute, fatevene consigliare una dal medico o dall'infermiere.
- c. usare pannoloni e/o mutande assorbenti per tenere lontano l'umidità dalla cute evitando la macerazione.

Evitate di massaggiare le zone a rischio con alcool o preparati che lo contengono in quanto si corre il pericolo di danneggiare i tessuti aumentando il rischio di formazione di lesioni da decubito.

6. COME INTERVENIRE.

Il processo di guarigione di una lesione da decubito, come abbiamo già detto prima, dipende principalmente da tre fattori: la riduzione della pressione, la cura della ferita e da una buona alimentazione.

Una lesione si forma quando vi è una pressione costante sui tessuti di determinati distretti del corpo. Lunghi periodi di immobilità o di stasi in una posizione, oltre a determinare una lesione una volta che questa si è formata, ne rallentano la guarigione. Cercare quindi di annullare la pressione sulla lesione è il primo passo per facilitare la sua guarigione.

Come si è già visto nella parte relativa alla prevenzione, le lesioni si formano essenzialmente sulle prominenze ossee (come fianco, glutei o talloni) che sopportano il maggior peso quando si è costretti a letto o seduti.

Che aspetto può avere una lesione da decubito?

Una lesione da decubito è una ferita dei tessuti, che può arrivare ad interessare sottocute, muscolo, tendini e ossa.

Solitamente il fattore che ne determina l'insorgenza, come già detto, è la pressione che, esercitata su un distretto del corpo, determina su quella parte una riduzione dell'afflusso di sangue e quindi di nutrimento e di ossigeno ai tessuti, provocando una loro sofferenza. Se al tessuto della parte interessata manca per molto tempo il "carburante" possono morire molte cellule, dando origine alla lesione.

La lesione da decubito può essere chiamata *lesione da pressione, ulcera da decubito, piaga* o più semplicemente *decubito* e la sua gravità dipende dalla quantità di tessuto danneggiato e dalla profondità di questo.

La lesione può interessare lo strato più superficiale della cute:

- a. *essa rimarrà integra ma di colore rossastro (stadio 1);*
- b. *negli strati più profondi si formerà una vescicola con conseguente lacerazione (stadio 2) fino a formare una "crosta" nera e dura che ricopre un cratere profondo e spesso infetto (stadio 3 e 4).*



**COMUNE DI BERGAMO
DIREZIONE SERVIZI SOCIALI ED EDUCATIVI**

Cosa si può fare per migliorare la situazione?

La guarigione delle lesioni da decubito non può fare a meno di un'adeguata cura della ferita che si suddivide in: pulizia, rimozione del tessuto morto, uso di medicazioni adeguate.

7. LA PULIZIA DELLA FERITA.

Le lesioni da decubito guariscono meglio quando sono pulite per cui dovrebbero essere libere da tessuti non vitali (morti) come croste e necrosi, da eccessive secrezioni e da altri detriti. Se la pulizia risulta inadeguata, la guarigione potrebbe rallentare od addirittura complicarsi con l'infezione della lesione.

Un professionista può farvi vedere come pulire una lesione. La pulizia va effettuata ogniqualvolta si effettui la medicazione. Solitamente il cambio della medicazione prevede un'irrigazione od un risciacquo, il materiale disciolto può anche essere allontanato delicatamente con una garza; è importante però impiegare i metodi ed i materiali giusti. Il tessuto nuovo o comunque che sta guarendo è delicato e potrebbe danneggiarsi e far male se si usa troppa forza durante le irrigazioni ed i risciacqui. La pulizia può essere inefficace se viene usata poca energia.

Non usare disinfettanti ed acqua ossigenata in quanto da alcuni anni ricerche cliniche sconsigliano la disinfezione della ferita perché i prodotti chimici impiegati alterano o danneggiano seriamente i tessuti vitali, soprattutto quelli nuovi o rigenerati come quelli delle lesioni da decubito, rallentando il processo di guarigione.

8. A CHI CI SI PUO' RIVOLGERE IN CASO DI PROBLEMI ?

In Italia vi sono molte possibilità di rivolgersi a professionisti, associazioni professionali, servizi di aziende pubbliche o private, aziende farmaceutiche le quali possono aiutare ad affrontare con professionalità il problema delle lesioni da decubito.

- IL MEDICO DI BASE O LO SPECIALISTA.

Può prescrivervi molti degli ausili e medicazioni in commercio, utili e che diano garanzie per una corretta prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito.

Il medico di base anche su richiesta dello specialista può prescrivere ausili e presidi rimborsabili entro una certa quota mensile, stabilita per legge.

Le medicazioni e gli ausili prescrivibili, possono essere richiesti in base ai requisiti richiesti dalla normativa vigente.

- L'INFERMIERE PROFESSIONALE.

Può essere necessario come abbiamo visto, l'assistenza di un infermiere qualificato.

Il Servizio Sanitario Nazionale, offre la propria assistenza attraverso il Servizio Infermieristico Territoriale. Potete chiedere informazioni direttamente alle Aziende Sanitarie della vostra zona od al medico di base.

In molte Aziende Sanitarie, è stato attivato sia il Servizio Infermieristico Territoriale per l'assistenza degli utenti a domicilio che l'Assistenza Domiciliare Integrata (su richiesta del



**COMUNE DI BERGAMO
DIREZIONE SERVIZI SOCIALI ED EDUCATIVI**

medico curante) e che potrà assistere il paziente attraverso la più ampia collaborazione ed integrazione di specialisti Infermieri, Dietisti, Fisiatri e Fisioterapisti e altri specialisti. Per non incorrere in rapporti con personale che non sia qualificato ed adeguatamente preparato, è opportuno richiedere ai Collegi Provinciali I.P.A.S.V.I. l'elenco degli Infermieri che esercitano la libera professione o degli studi associati o cooperative riconosciute dalla professione che operano nella provincia del comune di residenza.

- IL FARMACISTA.

Può consigliare quale tipo di medicazione, nella fascia di vostro interesse, è "rimborsabile" ed in quale formato.

Può anche indicare quale tipo di medicazione non rimborsabile è attualmente inserito nell'informatore farmaceutico e quindi comunque commercializzato.

Per avere maggiori garanzie sui prodotti che si intende acquistare, è opportuno richiedere esplicitamente quelli certificati dalla Comunità Europea e marchiati CE sulla confezione.

9. MEDICAZIONI E AUSILI

Medicazioni e ausili possono essere dispensati dai vari servizi sanitari competenti territorialmente con contributi a carico del SSN solo a chi, previa richiesta specifica, sia in possesso della dichiarazione di invalidità o sia comunque autorizzato per effettiva necessità. Occorre quindi rivolgersi al medico curante o all'ASL competente per richiedere il prodotto più idoneo al vostro caso.

Coloro che sono nella condizione di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o di Dimissione Protetta (DP) riceveranno ugualmente i prodotti necessari, previo accertamento del medico responsabile e restituzione degli stessi qualora non ne sussista più la necessità.

Per quanto riguarda le medicazioni ne hanno diritto gli adulti invalidi (anche in attesa di riconoscimento) e minori di 18 anni non deambulanti o affetti da patologie che obbligano a degenza continua.

Per gli ausili, solo alcuni sono completamente rimborsabili dal SSN, dato il loro elevato costo. Questi sono prescrivibili ad adulti invalidi e a minori di anni 18 affetti da patologie gravi che obbligano alla degenza senza soluzione di continuità (letti e materassi antidecubito), ovvero a favore di soggetti non deambulanti allo scopo di evitare piaghe da decubito (cuscini), come dal D.M. del 30 luglio 1991 e dal Nomenclatore Tariffario.

10. TEMPI DI REVISIONE DEL PROTOCOLLO.

Il presente protocollo è valido dalla data della specifica determina dirigenziale e sarà rivisto ogni 36 mesi o ogni qualvolta sia necessario recepire necessarie modifiche o sulla base di nuove indicazioni ricavabili dalla letteratura scientifica di settore o su segnalazione degli utilizzatori.

11. RIFERIMENTI DOCUMENTALI.

- Avanzi A., Saccò M. (2006) *Prevenzione e trattamento delle piaghe da decubito. dal punto di vista dell'infermiere*. Bologna: OSC Health care.



COMUNE DI BERGAMO
DIREZIONE SERVIZI SOCIALI ED EDUCATIVI

- Ricci E., Cassino R. (2003) *Piaghe da decubito*. Roma: Minerva Medica.



**COMUNE DI BERGAMO
DIREZIONE SERVIZI SOCIALI ED EDUCATIVI**

Allegato 1)

SCALA BRADEN.

Indicatori	Variabili				Punti
	4	3	2	1	
Percezione sensoriale. Abitù a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla posizione	Non limitata. Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio	Leggermente limitata. Risponde agli ordini verbali, ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. Ha limitata capacità di avvertire il dolore o il disagio in una o due estremità	Molto limitata. Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore o disagio almeno per la metà del corpo	Completamente limitata. Non vi è risposta, allo stimolo doloroso, a cause del diminuito livello di coscienza o della sedazione o della limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo	
Umidità. Grado di esposizione della pelle all'umidità	Raramente bagnato. La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate a intervalli regolari	Occasionalmente bagnato. La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra una volta al giorno	Spessa bagnato. Pelle sovente, ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno tre volte al giorno	Costantemente bagnato. La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione dell'urina, eccetera. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova bagnato	
Attività. Grado di attività fisica	Cammina frequentemente. Cammina al di fuori della camera almeno due volte al giorno e dentro la camera una volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo)	Cammina occasionalmente. Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia	In poltrona. Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia o sulla sedia a rotelle	Completamente allettato. Catturato a letto	
Mobilità. Capacità di cambiare o di controllare le posizioni del corpo	Limitazioni assenti. Si sposta frequentemente e senza assistenza	Parzialmente limitata. Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo	Molto limitata. Cambia occasionalmente posizione del corpo e delle estremità, ma è incapace di fare frequenti e significativi cambiamenti di posizione senza aiuto	Completamente immobile. Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza	
Nutrizione. Assunzione usuale di cibo	Eccellente. Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori	Adeguate. Mangia più della metà dei pasti. Usualmente assume integratori. Si alimenta artificialmente con NPT, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario	Probabilmente inadeguata. Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Riceve meno della quantità ottimale di dieta liquida o enterale	Molto povera. Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. Assume pochi liquidi e nessun integratore. È a digiuno o mantenuto con fleboclisi	
Frizione e scivolamento.		Senza problemi apparenti. Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo e ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti	Problema potenziale. Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola e con il piano della poltrona, occasionalmente può scalfire	Problema. Richiede massima assistenza nei movimenti. Spesso scivola nel letto e nella poltrona, richiede riposizionamenti. Sono presenti spasticità o agitazione che determina attrito contro il piano del letto o della poltrona	
TOTALE					

Gradazione dei livelli di rischio secondo i punteggi della Scala di Braden:

- >18: nessun rischio
- 18 – 15: rischio basso
- 14 – 13: rischio moderato
- 12 – 10: rischio alto
- ≤9: rischio altissimo



COMUNE DI BERGAMO
DIREZIONE SERVIZI SOCIALI ED EDUCATIVI

INDICE

1. Obiettivo del protocollo	Pag. 2
2. Campo di applicazione	Pag. 2
3. Strumento di valutazione del rischio	Pag. 2
4. Lesioni da decubito	Pag. 3
5. Prevenzione	Pag. 3
5.1. Mobilizzazione precoce	Pag. 4
5.1.1. Se l'assistito è costretto a letto	Pag. 4
5.1.2. Se l'assistito è in carrozzina o su sedia	Pag. 5
5.2. Corretta alimentazione	Pag. 5
5.3. Cura e protezione della cute	Pag. 5
6. Come intervenire	Pag. 6
7. La pulizia della ferita	Pag. 7
8. A chi ci si può rivolgere in caso di problemi	Pag. 8
9. Medicazioni e ausili	Pag. 9
10. Tempi di revisione del protocollo	Pag. 9
11. Riferimenti documentali	Pag. 9
Allegato 1) - Scala Braden	Pag. 11
Indice	Pag. 12