

**NOTE**

**Componenti del gruppi di lavoro:**

**AULSS 16**

Infermiera Breda Antonella	Divisione Lungodegenza 2 <sup>^</sup>
Infermiera Cappelletto Giuseppina	Divisione Lungodegenza 2 <sup>^</sup>
Infermiera Masiero Liana	Divisione Lungodegenza 2 <sup>^</sup>
Infermiera Raise Cristina	Divisione Lungodegenza 2 <sup>^</sup>
Infermiera Sorrentino Daniela	Divisione Lungodegenza 2 <sup>^</sup>
Infermiere Coord. De Luca Monica	Div. Lung. 1 Sezione speciale
Infermiera Mazzocco Rosalia	Div. Lung. 1 Sezione speciale
Coord. Ruzzarin Giancarlo	Struttura Complessa di Medicina OSA
Infermiera Bassan Cristina	Struttura Complessa di Medicina OSA
Infermiera Zennaro Monica	Struttura Complessa di Medicina OSA
DDSI Frison Tiziana	Struttura Interaziendale Servizio dell'Assistenza

**Azienda Ospedaliera**

DDSI Boschetto Margherita	Serv. Epid. Prev. Inf. Ospd. Dip. Int. Dir. Med. Osp.
DDSI Rossato Bianca	Struttura Formazione
Infermiere Boscaro Gianni	UCIC
Infermiere coordinatore Scapin Giacomo	Rianimazione Centrale
Infermiera Cecchetto M. Grazia	Rianimazione Centrale
Infermiera Barbierato Maria Antonia	Cardiochirurgia T.I.P.O.
Infermiera Marzio Elisabetta	Medicina Generale
Dietista Crecca Rosa	Dietetica e Nutrizione Clinica

Condivisione e supervisione dei documenti a cura di :

Dott.ssa Bovo Antonietta	Divisione Lungodegenza 2 <sup>^</sup>
DDSI Brogio Gianluca	Struttura Interaziendale Servizio dell'Assistenza
Dott. Fusaro Paolo	Lungodegenza I Ospedale Geriatrico
Dott.ssa Michieli Mariangela	Dirigente Medico Farmacista Farmacia ULSS 16
Dott. Toniolo Antonio	Struttura complessa di medicina O.S.A.
Infermiera Zampieri Chiara	Struttura Interaziendale Servizio dell'Assistenza

REDAZIONE			VERIFICA			APPROVAZIONE		
Funzione	Data 1 <sup>a</sup> Edizione	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
DI	28/02/05		RAQ			DS		

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale

**INDICE**

1 OGGETTO E SCOPO _____	PAG. 3
2 CAMPO DI APPLICAZIONE _____	PAG. 3
3 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI _____	PAG. 3
4 RESPONSABILITA' _____	PAG. 4
5 DEFINIZIONI _____	PAG. 4
6/1 PREMESSA _____	PAG. 6
6/2 COMPITI E RESPONSABILITA' _____	PAG. 7
6/3 SCHEMA ORGANIZZATIVO DELLE ATTIVITA' _____	PAG. 7
ALLEGATI _____	PAG. 8

- CLASSIFICAZIONE AUSILI
- MATERASSI ANTIDECUBITO DISPONIBILI IN AULSS 16 DI PADOVA
- MATERASSI ANTIDECUBITO DISPONIBILI IN AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA
- SCELTA AUSILI PER LA PREVENZIONE/TRATTAMENTO DELLE LdP
- DIAGRAMMA DI FLUSSO RICHIESTA NOLEGGIO AUSILI ANTIDECUBITO IN AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA
- AUSILI PER IL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE
- ISTRUZIONE DI LAVORO - COME FAR ASSUMERE AL PAZIENTE LA POSIZIONE SUPINA
- ISTRUZIONE OPERATIVA - COME FAR ASSUMERE AL PAZIENTE LA POSIZIONE SUL FIANCO SINISTRO O DESTRO
- ISTRUZIONE OPERATIVA - COME FAR ASSUMERE AL PAZIENTE LA POSIZIONE DI FOWLER
- ISTRUZIONE OPERATIVA - COME FAR ASSUMERE AL PAZIENTE LA POSIZIONE PRONA
- ISTRUZIONE OPERATIVA - COME SPOSTARE IL PAZIENTE DAL LETTO ALLA SEDIA E POSTURA DEL PAZIENTE IN CARROZZINA/SEDIA

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale

**1. OGGETTO E SCOPO**

**Oggetto**

Il presente documento descrive la procedura di mobilizzazione/cambio posturale e l'uso dei presidi antidecubito da attuare nei pazienti assistiti nelle U.U.O.O. dell'AULSS 16 e Azienda Ospedaliera

**Scopo**

La mobilizzazione del paziente si effettua allo scopo di:

- evitare la prolungata compressione della cute nelle zone a rischio (alternando le zone sottoposte a compressione) impedendo di conseguenza l'ostruzione del microcircolo, l'ischemia e la necrosi;
- mantenere in atteggiamento corretto i singoli segmenti corporei prevenendo atteggiamenti viziosi che potrebbero, a lungo andare, causare blocchi articolari e retrazioni muscolo-tendinee e/o capsulo-legamentose.

**2. CAMPO DI APPLICAZIONE**

La procedura si applica a tutti gli utenti dell'AULSS 16 e dell'Azienda Ospedaliera ricoverati o assistiti a domicilio risultati a rischio dopo valutazione con la scala di Norton o già portatori di lesioni da compressione o che sono impossibilitati a muoversi in modo autonomo.

**3. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

- 1- a cura di ANIN (Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze) C. Spairani, T. Lavalle - Procedure protocolli e linee guida di assistenza infermieristica , ed. Masson Milano,2000.
- 2- Helios, Aggiornamenti in Wound Care, n.1/1998; ed.Casma S.r.l. Bologna
- 3- Helios , Aggiornamenti in Wound Care, n.2/2000; ed.Casma S.r.l. Bologna.
- 4- Miller-Keane, Dizionario enciclopedico di medicina, nursing e scienze associate; CEA Milano 1996
- 5- Le lesioni da decubito, i quaderni di Helios – Aggiornamenti in wound care, supplemento al n.3-4/1998 di Helios; ed.Casma S.r.l. Bologna.
- 6- A cura di Ermellina Zanetti e Aldo Calosso - Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito – Linee Guida Lauri edizioni Milano 2000
- 7- A cura dell'AHCP (www.ahcpr.gov): Linee guida di prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito; 1992
- 8- Linee guida EPUAP
- 9- Atti del Congresso : Le lesioni cutanee nel 3° Millennio – Evoluzione di un problema sociale – Riccione 24-27 maggio 2000; a cura di AISLEC
- 10- Linee guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito; Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola Malpighi; ottobre 2001
- 11- C.T. Hess Guida clinica alla cura delle lesioni cutanee; edizione italiana a cura di Andrea Bellingeri ed Masson , Milano 1999.
- 12- Cucinotta D, Di Giulio P. Le piaghe da decubito nel paziente anziano. Bologna: Grafiche Damiani, 1994.
- 13- Calosso A, Bellingeri A. La prevenzione delle lesioni da decubito, elementi di base. Milano: McGraw-Hill, 2002.
- 14- ANIN, NEU, A.I.S.L.E.C. Profilassi delle lesioni da decubito e cambio posturale. Ricerca multicentrica, 1995

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
 Procedura assistenziale

**4. RESPONSABILITA'**

	<b>Direzione Sanitaria</b>	<b>Direzione Inferm.stica</b>	<b>Caposala U.O.</b>	<b>Infermiere</b>	<b>OSS</b>
<b>Diffusione</b>		<b>R</b>	<b>C</b>		
<b>Applicazione</b>				<b>R</b>	<b>C</b>
<b>Approvazione</b>	<b>R</b>				

R= Responsabile C= Collaboratore

**5. DEFINIZIONI**

**Abduzione:** movimento dell'articolazione che allontana un segmento articolare da quello prossimale o dal corpo.

**Adduzione:** movimento dell'articolazione che avvicina un segmento articolare a quello prossimale o al corpo.

**Atrofia muscolare:** diminuzione della massa muscolare dovuta a una riduzione del volume delle singole fibre muscolari.

**Ausili a bassa cessione di aria:** presidi costituiti da una serie di cuscini interconnessi fabbricati in tessuto poroso che consente il passaggio di aria dall'interno verso il paziente. Questo movimento di aria aiuta a controllare l'umidità, prevenendo i danni da macerazione cutanea.

**Ausili a pressione alternata:** dispositivi costituiti da una serie di cuscini interconnessi, che gonfiandosi e sgonfiandosi alternativamente, impediscono che venga esercitata una pressione costante sulla cute.

**Contrattura:** Stato di contrazione involontaria, più o meno prolungata, di un muscolo o di un gruppo di muscoli dovuta a stimolazione localizzata.

**Emiplegia:** paralisi di una metà, destra o sinistra, del corpo.

**Estensione:** movimento dell'articolazione che tende ad estendere un segmento articolare sull'altro.

**Flessione:** movimento dell'articolazione che tende a flettere un segmento articolare sull'altro.

**Frizione** viene detta anche attrito. Forza che si oppone allo spostamento di un corpo posto su una superficie o immerso in una sostanza.

Il movimento della persona provocato dal personale addetto all'assistenza è detto chinesioterapia. La chinesioterapia ( dal greco kinesis=movimento) è una tecnica terapeutica che agisce sulla persona imprimendole dei movimenti sia attivi che passivi: la chinesioterapia passiva è così detta perché il movimento della persona è provocato dall'operatore o da uno strumento meccanico; quella attiva, è invece, svolta in modo autonomo dalla persona sotto la guida di un operatore.

**Inerzia:** la tendenza di un corpo a non abbandonare lo stato di quiete.

**Mobilizzazione:** Si intende quell'azione articolata, che può essere compiuta attivamente dal soggetto o subita passivamente, avente lo scopo di mantenere o rieducare funzionalmente un segmento corporeo.

**Necrosi:** Processo di autolisi (degradazione enzimatica) con conseguenti alterazioni morfologiche tipiche della morte cellulare.

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale

**Paziente a rischio:** Si intende quel soggetto che, a causa di fattori generali e/o locali, legati ad una patologia o ad una complicità di questa, ha maggiori possibilità di contrarre lesioni da decubito e che quindi necessita di un piano assistenziale mirato.

**Postura obbligata:** Si intende una posizione stabile di un soggetto allettato o seduto che viene determinata dall'azione di uno o più operatori. Detta posizione verrà di solito mantenuta dal soggetto fino a che gli operatori non agiranno di nuovo per modificarla. Da questo termine deriva il verbo posturare, che significa appunto far assumere una posizione stabile ad un soggetto.

**Postura:** si intende l'atteggiamento abituale del corpo.

**Rotazione:** movimento dell'articolazione che fa ruotare un segmento articolare sul proprio asse.

**Tono muscolare:** stato normale di contrazione lieve e continua del tessuto muscolare, regolato dai centri nervosi superiori e del midollo spinale, che serve a opporre resistenza allo stiramento passivo e, nei muscoli scheletrici, al mantenimento della postura.

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale

**6/1. PREMESSA**

Il presente documento descrive la procedura di mobilizzazione/cambio posturale e l'uso dei presidi antidecubito da attuare negli utenti dell'AULSS 16 o dell' Azienda Ospedaliera ricoverati o assistiti a domicilio. La pressione è il fattore predominante nell'influenzare la genesi delle lesioni. Il punto critico dello sviluppo di un'ulcera da pressione si raggiunge quando la forza comprimente fra superficie corporea e piano d'appoggio è più intensa della pressione del sangue nel distretto arterioso capillare, per cui viene a crearsi una condizione di ischemia persistente. Ciò si verifica quando in un'area di cute si applica una forza pressoria media superiore a 32 mm/hg per un periodo di tempo sufficientemente prolungato.

Il movimento è considerato la prima difesa dell'organismo contro i danni da compressione. Una pressione locale eccessiva per entità o durata normalmente provoca disagio, sensazione di malessere e stimola automaticamente il cambio di postura (questo succede anche durante il sonno); ciò non si verifica nel paziente impossibilitato a muoversi in modo autonomo, o con problematiche limitanti la sensibilità dolorifica. Una eccessiva sedazione farmacologica notturna ad esempio, riduce sia la sensibilità che la mobilità e predispone alle lesioni.

Per ridurre il danno tissutale è possibile agire in **due direzioni**: con il cambio di postura del paziente in modo da ridurre il tempo di esposizione delle zone maggiormente a rischio; con la riduzione della pressione di contatto interponendo piani che favoriscano la distribuzione di punti di appoggio e quindi la riduzione matematica della pressione per centimetro quadrato di superficie corporea.

Gli ausili antidecubito, siano essi cuscini, materassi o sovrामaterassi, non danno mai la garanzia assoluta, ma riducono, per alcuni pazienti, il rischio di insorgenza delle complicanze.

Il cambio di postura, pertanto dal punto di vista preventivo rimane il sistema più efficace.

Ogni individuo allettato che viene considerato a rischio di sviluppare una lesione da decubito dovrebbe essere mobilizzato e posizionato almeno ogni due ore, se ciò è compatibile con le condizioni cliniche del soggetto, per alternare le zone sottoposte a compressione ed evitare l'ischemia.

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
 Procedura assistenziale

**6/2. COMPITI E RESPONSABILITA'**

	Caposala	Inferm.	OSS
Monitoraggio delle condizioni generali del paziente attraverso la valutazione del rischio		<b>R</b>	
Approvvigionamento del materiale necessario	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
Indicazione sulla necessità di effettuare la procedura		<b>R</b>	<b>C</b>
Informazione all'utente se cosciente		<b>R</b>	<b>C</b>
Preparazione dell'ambiente/materiale occorrente			<b>R</b>
Esecuzione della procedura		<b>R</b>	<b>C</b>
Valutazione della procedura		<b>R</b>	
Riordino del materiale			<b>R</b>

**6/3. SCHEMA ORGANIZZATIVO DELLE ATTIVITA'**

DOVE	QUANDO	A CHI	COME	CON CHE COSA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nelle U.U.O.O. di degenza dell'azienda ULSS 16 e dell'Azienda Ospedaliera di Padova</li> <li>• nei pazienti assistiti a domicilio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ogni 2 ore:</b> pazienti allettati, considerati a rischio di sviluppare lesioni da decubito</li> <li>• <b>Ogni ora:</b> pazienti seduti su sedie e carrozzine, considerati a rischio di sviluppare lesioni da decubito</li> <li>• Educare a cambiare posizione <b>ogni 15 minuti</b> (se ne sono capaci): pazienti seduti su sedie e carrozzine, considerati a rischio di sviluppare lesioni da decubito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nell'utente portatore di lesioni da compressione</li> <li>• Nell'utente a rischio di sviluppare lesioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assicurando un ambiente adatto (non durante la sanificazione dell'ambiente e durante la distribuzione del vitto)</li> <li>• Predisponendo tutto l'occorrente</li> <li>• Controllando attentamente le variazioni delle condizioni cliniche del paziente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedi allegato: Ausili per il posizionamento del paziente</li> </ul>

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale

**6. ALLEGATI**

- AL. 01-PO 02    **CLASSIFICAZIONE AUSILI**
- AL. 02-PO 02    **MATERASSI ANTIDECUBITO DISPONIBILI IN AULSS 16 DI PADOVA**
- AL. 03-PO 02    **MATERASSI ANTIDECUBITO DISPONIBILI IN AZIENDA  
OSPEDALIERA DI PADOVA**
- AL. 04-PO 02    **SCELTA AUSILI PER LA PREVENZIONE/TRATTAMENTO DELLE LdP**
- AL.05-PO02    **DIAGRAMMA DI FLUSSO RICHIESTA NOLEGGIO AUSILI  
ANTIDECUBITO IN AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA**
- AL.06-PO 02    **AUSILI PER IL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE**
- IL.01-PO 02    **ISTRUZIONE OPERATIVA - COME FAR ASSUMERE AL PAZIENTE LA  
POSIZIONE SUPINA**
- IL.02-PO 02    **ISTRUZIONE OPERATIVA - COME FAR ASSUMERE AL PAZIENTE LA  
POSIZIONE SUL FIANCO SINISTRO O DESTRO**
- IL.03-PO 02    **ISTRUZIONE OPERATIVA - COME FAR ASSUMERE AL PAZIENTE LA  
POSIZIONE DI FOWLER**
- IL.04 -PO 02    **ISTRUZIONE OPERATIVA - COME FAR ASSUMERE AL PAZIENTE LA  
POSIZIONE PRONA**
- IL.05- PO 02    **ISTRUZIONE OPERATIVA - COME SPOSTARE IL PAZIENTE DAL  
LETTO ALLA SEDIA E POSTURA DEL PAZIENTE IN  
CARROZZINA/SEDIA**



**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale

**ALLEGATO 1 - CLASSIFICAZIONE AUSILI**

**DISPOSITIVI MEDICI E AUSILI**

**DISPOSITIVO MEDICO**

E' un prodotto ad azione farmacologica o non farmacologica di supporto al trattamento della L.d.P. (membrana film, idrocolloidi, fibrinolitici, enzimi proteolitici, ecc.)

**AUSILIO**

E' un'attrezzatura o un prodotto tecnologico che aiuta il personale sanitario a erogare l'assistenza al paziente (materassi e/o sovrामaterassi ad aria, in poliuretano, ecc.).

Il vero "ausilio" è la presa in carico del problema: nessun presidio o ausilio può essere efficace se ha come conseguenza il far dimenticare il paziente ed il rischio a cui va incontro!!!!

**CLASSIFICAZIONE DEGLI AUSILI**

Gli ausili antidecubito danno un aiuto considerevole per ridurre la pressione superficiale di contatto. Ci sono vari sistemi più o meno sofisticati e complessi che possono essere raggruppati in base a diversi criteri:

Tipologia

cuscini, sovrामaterassi e/o materassi, letti

Sistema di funzionamento

statico, dinamico, fluidizzato

Materiale

Ausili ad aria, ad acqua, in gel, in schiuma, in fibra cava

I **cuscini** sono generalmente composti da un supporto interno costituito da uno o più strati di materiale solido o fluido: es. gel, gommapiuma, fibra, ecc.

Il cuscino deve avere una conformazione anatomica, antiscivolo e deve garantire il mantenimento della postura.

Gli **ausili in gel** riescono a ridurre la pressione grazie alla loro azione fluttuante, richiedono una manutenzione minima e sono molto semplici da pulire; i sovrामaterassi in gel sono, in genere, abbastanza costosi, pesanti e non controllano la macerazione. Quando vengono utilizzati in pazienti che giacciono a lungo in decubito seduto o semiseduto il gel può migrare di lato e formare delle pieghe.

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale

**ALLEGATO 2 - MATERASSI ANTIDECUBITO DISPONIBILI IN AULSS 16 DI PADOVA**

### **NIMBUS III**

#### Presentazione

Materasso: 208,5 x 89 x 20,3 cm; peso: 15 kg



#### Azione

**Nimbus III** è un materasso ad aria a fluttuazione dinamica. È predisposto con un sensore che rileva in continuazione la pressione esercitata dal paziente permettendo così la correzione dell'aria insufflata all'interno del materasso.

Le celle d'aria della zona dei talloni sono conformate in modo particolare per garantire una pressione superficiale d'appoggio inferiore ai 30 mm Hg per parte del ciclo di lavoro. In zona sacrale la pressione superficiale d'appoggio è sempre al di sotto di 30 mm Hg. Questo ausilio è predisposto per un funzionamento sia dinamico che statico.

Può supportare **pazienti fino ai 250 Kg**. È predisposto con una copertura ignifuga, batteriostatica, resistente all'acqua, permeabile al vapore e facilmente lavabile.

Ha un dispositivo di sicurezza per lo sgonfiaggio rapido e per favorire le manovre rianimatorie in meno di 10 secondi.

È possibile la regolazione manuale della pressione di gonfiaggio.

In caso di mancanza di erogazione elettrica rimane gonfio per 12 ore.

#### Indicazioni

**Nimbus III** è indicato per la prevenzione delle lesioni da decubito nei **pazienti ad alto rischio** e come aiuto per il trattamento delle piaghe già costituite, anche in stadi avanzati.

#### Vantaggi

Elevata riduzione della pressione d'appoggio, regolazione automatica della pressione. Funzionamento sia dinamico che statico.

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale

## **ALPHA TRANCELL**

### Presentazione

Sovramaterasso: 200 x 84 x 9 cm; peso: 5 kg



### Azione

*Alpha Trancell* è un sovrasmaterasso **dinamico ad aria** realizzato in un unico stampo di poliuretano. È un sistema a pressione alternata con un ciclo di 10 minuti. La pressione di contatto sulla cute rimane sotto i 30 mm Hg mediamente per il 55% e sotto i 20 mm Hg per il 20%. Le celle hanno una forma a V, in grado di garantire una maggiore superficie di contatto, un miglior scarico di pressione e un maggior comfort. Tale sagomatura riduce anche il rischio di scivolamento verso i piedi del letto. È possibile la regolazione manuale della pressione. Il prodotto ha un telo di copertura resistente ai liquidi e permeabile al vapore nella cui struttura è presente una sostanza antimuffa.

Può sopportare un **carico fino a 120 kg**.

### Indicazioni

*Alpha Trancell* è adatto per il trattamento di **pazienti a medio rischio** di sviluppo di piaghe da decubito.

### Vantaggi

Leggero, pratico da installare, particolare conformazione delle celle.

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale

## **CAREBED**

### **Presentazione**

Sovramaterasso



### **Azione**

*Carebed* è strutturato da oltre 300 celle separate e riempite con aria. L'aria è ridistribuita tra le celle riequilibrando la contropressione in base alla sagoma ed al peso del paziente

### **Indicazioni**

*Carebed* è adatto per il trattamento di **pazienti a basso rischio** di sviluppo di piaghe da decubito.

### **Preparazione**

1. Mettere CAREBED, sgonfiato sopra il materasso del letto
2. Sovrapporvi un lenzuolo, possibilmente ben teso
3. Fare adagiare il paziente
4. Togliere il tappo verde ed assicurarsi che la valvola rossa sia in posizione
5. Insufflare CAREBED per circa 1 minuto con l'apposita pompa
6. Riposizionare il tappo verde ed avvitarlo
7. Infilare la mano sotto il CAREBED e verificare che sussistano 1-2 cm d'aria tra il materasso del letto

### **Controllo**

1. Periodicamente compensare le dispersioni del CAREBED insufflando per 30 sec.. Ciò a partire dal giorno successivo a quello di iniziale trattamento
2. Verificare periodicamente che sussistano 1 o 2 cm di aria tra il paziente ed il materasso del letto

**Insufflare almeno una volta la settimana per 30 sec.**

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale

**ALLEGATO 3 - MATERASSI ANTIDECUBITO DISPONIBILI IN AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA**

**SOVRAMATERASSI E/O MATERASSI**

**In schiuma poliuretanică espansa**

Riducono la pressione in maniera costante. Lo strato di schiuma superiore fornisce comfort, quello intermedio la riduzione della pressione e quello inferiore il necessario supporto.

Le caratteristiche della schiuma, determinanti per la riduzione della pressione, sono l'altezza/ spessore della base, la densità, la flessione al carico e i contorni.

Per poter esplicare efficacemente la sua funzione, deve avere un'altezza compresa tra i 7,5 e i 10 cm.

Possono essere in un solo segmento o frazionati e devono avere una copertura idrorepellente, ma traspirante e ignifuga.

**INDICAZIONI**

Questo ausilio è indicato per pazienti con basso e moderato rischio di sviluppo di lesioni da pressione.

**In viscoelastico**



Si tratta di una schiuma automodellante a memoria termica in grado di garantire una distribuzione del peso in tutta la sua area.

Possono essere conformati in varie sezioni ed in varie densità: solitamente lo strato inferiore ha maggiore densità per garantire un adeguato supporto strutturale.

La schiuma viscoelastica è realizzata a celle aperte per assicurare la massima aerazione e la conseguente traspirazione cutanea.

Sono ricoperti di un telo traspirante e resistente ai liquidi che ne rende facile la sanificazione, bielastico per ridurre le forze di stiramento.

**INDICAZIONI**

Questo ausilio è indicato per pazienti con basso e moderato rischio di sviluppo di lesioni da pressione

**SOVRAMATERASSO AD ARIA ALTERNATA (BETABED)**

Sovramaterasso costituito da celle trasversali che si gonfiano e si sgonfiano regolarmente grazie ad un compressore sempre collegato; rispetto ai materassi a pressione statica non richiede un continuo controllo dello stato di pressione. La portata del peso è molto bassa e non è ricoperto da un telo di copertura in materiale traspirante.

Tale presidio è indicato esclusivamente per pazienti con buona mobilità. Non deve essere utilizzato nei pazienti con fratture instabili della colonna.

**INDICAZIONI**

Sono indicati per pazienti a basso rischio.

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale

**MATERASSI A FLUTTUAZIONE DINAMICA (NIMBUS, ALPHA ACTIVE)**

Sono ausili composti da molteplici celle o cilindri che possono gonfiarsi/sgonfiarsi completamente o parzialmente.

**ALPHA ACTIVE:** sovr materasso con integrato un sistema di microcessione d'aria che impedisce la formazione di umidità tra la cute del paziente e la superficie di supporto evitando così la macerazione.

Il sistema alpha active è composto da 17 celle di grandi dimensioni, ciascuna delle quali è inserita in modo modulare e può quindi essere sostituita singolarmente.

Queste 17 celle sono suddivise in:

3 celle statiche per un supporto più confortevole della testa;  
8 celle a fluttuazione dinamica situate nella zona del tronco, dotate di dispositivo di cessione d'aria controllata che allontana l'umidità dalla cute e mantiene il paziente asciutto; 6 celle a fluttuazione dinamica per lo scarico attivo delle pressioni agli arti inferiori.

Queste celle sono ricoperte da un telo, permeabile al vapore, e idrorepellente. Ha un compressore che lavora con sistema "silent" che riduce notevolmente rumori e vibrazioni e non produce calore.



Funzione CPR. La valvola CPR, posta ai piedi del materasso, permette un veloce sgonfiaggio delle celle per facilitare le pratiche di rianimazione cardiopolmonare.

Può supportare pazienti pesanti fino a 180 Kg.

**INDICAZIONI**

Previene il danneggiamento della cute ed accelera la guarigione dei tessuti lesionati nei pazienti a medio-alto rischio.

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale

**NIMBUS II E III:** materasso ad aria a fluttuazione dinamica.

Ha incorporato un cuscinetto sensore che rileva in continuazione la pressione esercitata dal paziente, permettendo così la correzione dell'aria insufflata all'interno del materasso.

E' predisposto con una copertura resistente all'acqua, batteriostatica, permeabile al vapore ed idrorepellente. E' composto da 20 celle indipendenti e intercomunicanti.

Queste celle sono raggruppate in tre sezioni:

- le celle su cui poggia il capo del paziente rimangono a pressione costante,
- la zona toracica poggia su una serie di celle che assicurano una pressione statica e alternata, per sostenere pienamente il paziente in posizione seduta o supina;
- la zona che va dall'anca ai piedi è composta da celle che effettuano un riciclo dinamico della pressione per assicurare il massimo alleggerimento della pressione.



Dotato di sistema CPR, possono essere sgonfiati in meno di 10".

La pompa funziona in due modi:

**d i n a m i c o :** il sistema è ciclico, la superficie di supporto si modifica ogni 10".

**s t a t i c o :** la superficie di supporto rimane ferma: tutte le celle sono gonfie allo stesso modo. L'utilizzazione in modo statico deve avvenire durante le manovre assistenziali.

I materassi sono dotati di un sistema "*transport*": questo comando sigilla il materasso e consente di scollegare la pompa. In questo modo il paziente rimarrà sostenuto dal materasso per un periodo di almeno 12 ore.

**INDICAZIONI**

Prevenzione delle lesioni da decubito nei pazienti ad alto rischio e come aiuto per il trattamento delle lesioni da pressione già costituite anche in stadi avanzati.

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale

**CESSIONE D'ARIA**

**DUO:** materasso a cessione d'aria a fluttuazione dinamica

Si caratterizza per la presenza, in superficie, di microfori che emettono continuamente aria tiepida. La dispersione d'aria permette una riduzione della macerazione. Può funzionare sia in maniera statica che in maniera dinamica.

Ha la possibilità di gonfiaggio al massimo della capacità al fine di favorire le manovre assistenziali. La zona dei talloni è stata particolarmente studiata al fine di garantire una riduzione costante della pressione superficiale di contatto in entrambe le modalità di funzionamento.

La pressione superficiale di contatto è di 15mmHg. Mantiene il gonfiaggio anche in assenza di erogazione elettrica. Ha la funzione di sgonfiaggio rapido in meno di 10 secondi che consente le manovre rianimatorie.



L'elevato peso del compressore posto all'interno del materasso ne rende difficoltoso lo stoccaggio a fine della terapia. Nel caso di funzionamento a bassa pressione alternata, in caso di pazienti obesi o in posizione cardiologica, il paziente tende ad affossarsi nella zona di maggior carico. Spesso, a causa di tale motivo, l'unica funzione consentita è quella statica.

**INDICAZIONI**

Duo è indicato per pazienti ad alto rischio di contrarre lesioni da pressione e per il trattamento delle lesioni di vario stadio.



**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale

## **LETTO FLUIDIZZATO**

### **CLINITRON**

E' un letto a microsfere calcio-sodiche rivestite di silicone che vengono costantemente mantenute in movimento da un flusso d'aria che consente di sostenere il paziente mantenendo la pressione di contatto a bassi valori.

Le microsfere sono contenute in un supporto che somiglia ad una vasca da bagno e sono separate dal paziente da un telo.

Il letto comprende un sistema per la rilevazione del peso del paziente ed inoltre, in base alle esigenze, si può alzare o abbassare la temperatura emessa dal telo di copertura.

Questo flusso che fuoriesce è indicato per le piaghe essudative. Infatti i fluidi ed altri liquidi corporei vengono assorbiti dalle microsfere e decontaminati attraverso la liberazione di ioni di sodio che elevano il pH a valori superiori a 10.

Possibili svantaggi: l'effetto disidratante dell'aria calda può provocare nel paziente una ipovolemia; a causa di posture non idonee la tosse del paziente può risultare inefficace aumentando il rischio di polmonite; anche se le microsfere sono batteriostatiche, forme batteriche possono stazionare sul lenzuolo di copertura provocando contaminazione di ferite o lesioni; se il telo di copertura si danneggia possono fuoriuscire le microsfere provocando danni al paziente e al personale, quali: irritazione agli occhi e alle vie respiratorie e cadute per scivolamento; la fluttuazione non permette al paziente di muoversi autonomamente; altro problema è il peso del letto in rapporto alla portata del pavimento.



### **INDICAZIONI**

Indicato per le piaghe da decubito molto estese e per i pazienti ustionati.

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
 Procedura assistenziale

**ALLEGATO 4 – SCELTA AUSILI PER LA PREVENZIONE/TRATTAMENTO DELLE LdP**

La valutazione degli ausili per la prevenzione e la terapia delle lesioni da pressione dovrebbe mantenere distinti i due elementi strutturali:

la superficie di contatto (altrimenti definita superficie “terapeutica” o “attiva”)

la struttura di sostegno (sovrasmaterasso/materasso/letto).

La superficie di contatto realizza la vera efficacia terapeutica dell’ausilio, in quanto è la responsabile della diminuzione dell’entità dei fattori estrinseci causanti l’insorgere delle lesioni da decubito: pressione, macerazione, forze di taglio, attrito.

La struttura di sostegno trasforma una superficie terapeutica in ausilio: sovrasmaterasso/materasso/letto.

L’elemento da valutare è la reale capacità di diminuire le pressioni di contatto (punto di occlusione capillare [POC]  $\cong$  30mmHg).

Si propone qui di seguito una tabella riassuntiva sulle indicazioni dell’ausilio da utilizzare in base al rischio del paziente.

<b>Presenza di lesione da pressione</b>	<b>Basso rischio</b>	<b>Medio rischio</b>	<b>Alto rischio</b>
No	Materassi in poliuretano espanso: ❖ Betabed (A.O.P.) ❖ Carebed (Ulss 16)	❖ Materassi in viscoelastico (A.O.P.)	❖ Alpha Active (A.O.P.)  ❖ Alpha Trancell (Ulss 16)
	❖ Materassi in viscoelastico (A.O.P.)	❖ Alpha Active (A.O.P.) ❖ Alpha Trancell (Ulss 16)	❖ Nimbus 2-3 (A.O.P.e Ulss 16)
Si Stadio I° e II°	❖ Materassi in viscoelastico (solo per I° stadio)AOP	❖ Alpha Active (A.O.P.) ❖ Alpha Trancell (Ulss 16)	❖ Nimbus 2-3 (A.O.P.e Ulss 16)
Stadio III° e IV°	❖ Alpha Active (A.O.P.)  ❖ Alpha Trancell (Ulss 16)	❖ Nimbus 2-3 (A.O. Ulss16)  ❖ Duo (A.O.P.)	❖ Nimbus 2-3 (A.O.P.e Ulss 16)  ❖ Duo (A.O.P.)
Lesioni molto estese e ustioni	❖ Clinitron (A.O.P.)	❖ Clinitron (A.O.P.)	❖ Clinitron (A.O.P.)

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale

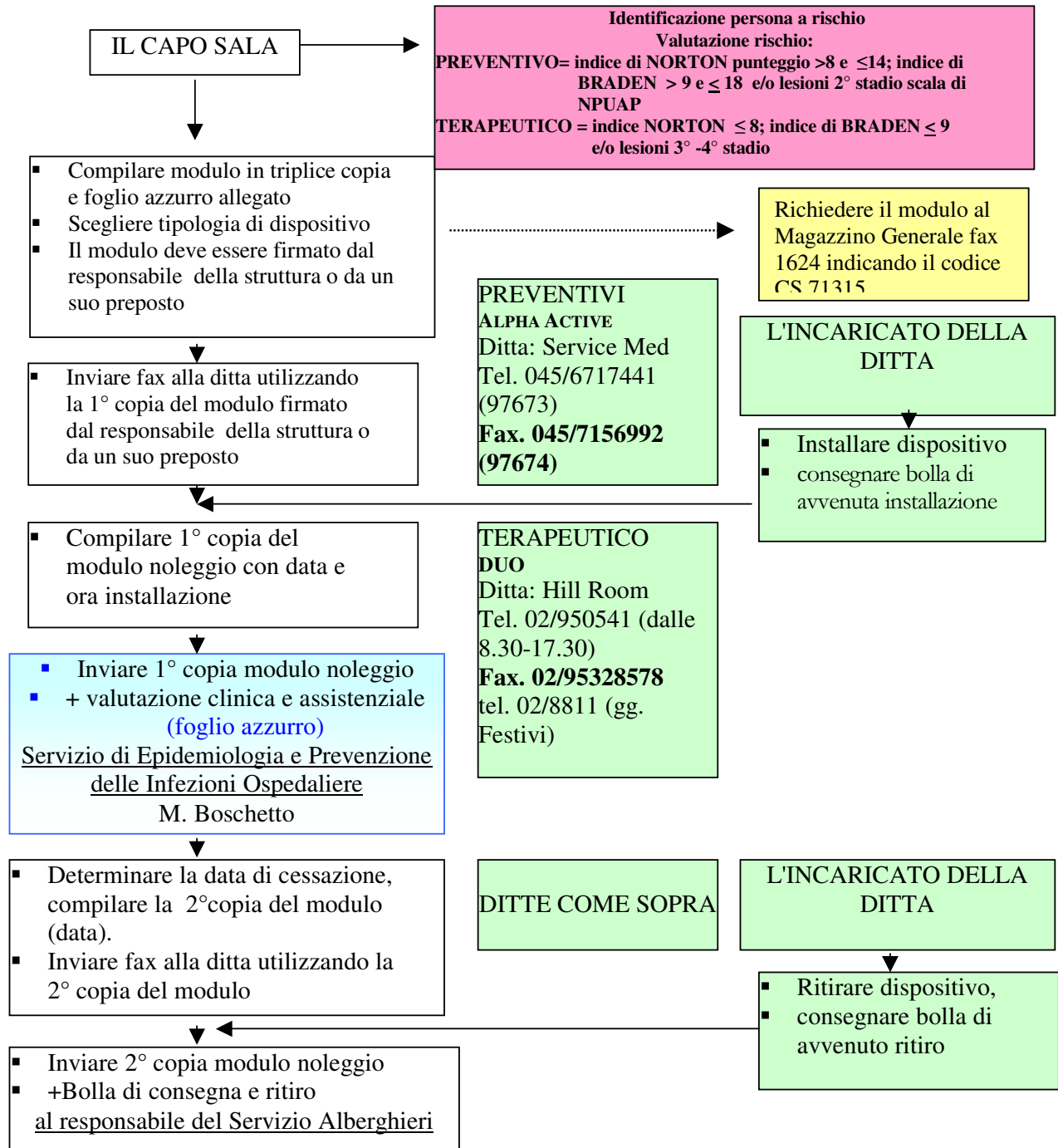
Si ricorda che è importante decidere quale superficie utilizzare per affrontare al meglio la situazione che si presenta. La decisione deve essere presa secondo determinati criteri: clinici, pratici e finanziari. Nei criteri clinici viene considerato il livello di rischio del paziente o se è già presente una lesione da pressione; se il paziente ha altre necessità aggiuntive a quelle di redistribuzione della pressione; se ha problemi come la macerazione (es. data da una incontinenza urinaria o doppia) e l'accumulo di calore (causato, per esempio, da un'eccessiva sudorazione); se esistono controindicazioni all'utilizzo di alcune tipologie di superfici.

Nei criteri pratici è importante valutare se la superficie è compatibile con i letti a disposizione; se le dimensioni e il peso della superficie sono compatibili con l'ambiente in cui sarà utilizzata; se è richiesto un livello di competenza del personale per utilizzare la superficie; se è richiesto troppo tempo per l'allestimento e la rimozione dell'ausilio; se il peso del paziente rientra nei limiti di impiego del prodotto.

Infine nei criteri finanziari occorre valutare se sono stati valutati tutti i costi accessori dovuti all'utilizzo degli ausili; se è possibile utilizzare una strategia di diminuzione dell'uso di superfici costose in ragione delle condizioni del paziente.

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
 Procedura assistenziale

**ALLEGATO 5 - DIAGRAMMA DI FLUSSO RICHIESTA NOLEGGIO AUSILI ANTIDECUBITO IN AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA**



**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale

**ALLEGATO 6 - AUSILI PER IL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE**

- Traversa
- Cuscini
- Archetto alza coperte: utilizzato allo scopo di mantenere sollevate le coperte e contribuire alla prevenzione delle lesioni da pressione a carico degli arti inferiori. Viene indicato anche per posturare correttamente il piede evitando l'equinismo e favorire l'aerazione.
- Spondine di contenimento (da utilizzare previo consenso dell'utente o familiari): valido supporto per il paziente nel caso ci sia difficoltà di movimento nei cambi di posizione.
- Snodi a manovella: utilizzati per articolare il letto.
- Staffa con trapezio: utilizzata dal paziente per sollevarsi, da usarsi con cautela per evitare lesioni da sfregamento.
- Sollevatore elettrico: utilizzato per mobilizzare pazienti obesi o completamente immobili.
- Carrello deambulatorio (girello)
- Carrozzine con braccioli e pedane mobili.
- Ausili decompressivi costruiti dagli operatori.
- Materassi antidecubito in dotazione nell'unità operativa (vedi allegato 2).

Il personale infermieristico dovrà sfruttare al massimo gli ausili in dotazione, garantendo così un'adeguata assistenza. Va infine ricordato che senza l'eliminazione della pressione locale, ogni altra misura preventiva e curativa è inutile.

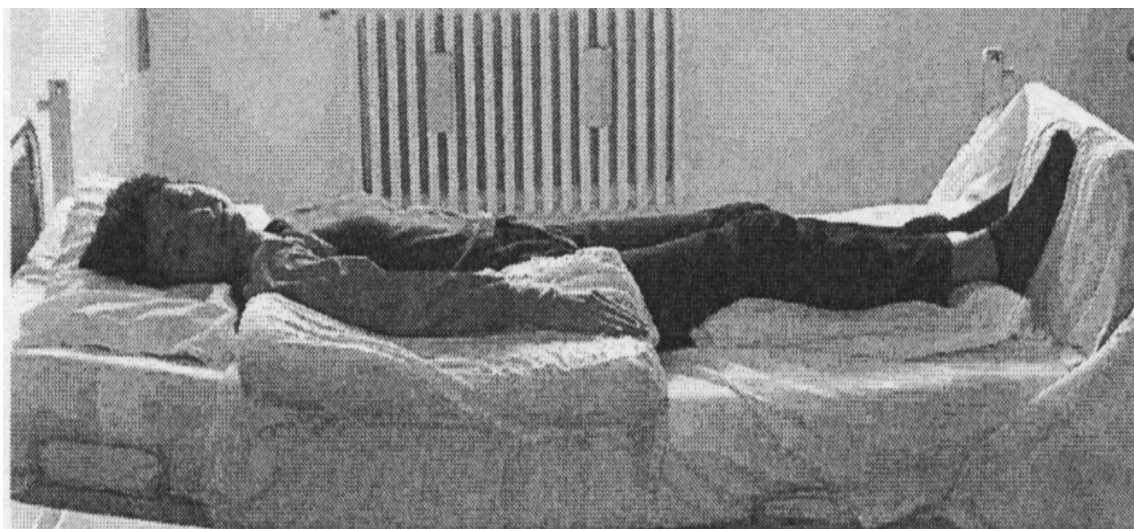
**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
 Procedura assistenziale

**ISTRUZIONE OPERATIVA 1- COME FAR ASSUMERE AL PAZIENTE LA POSIZIONE SUPINA**

**POSIZIONE SUPINA:** è una posizione di mantenimento del riposo che trova indicazioni in diverse condizioni cliniche, anche in alternativa a posture di decubito laterale o di Fowler. E' una postura obbligata per pazienti con traumi alla colonna vertebrale e al bacino e per le condizioni nelle quali vi sia una stretta indicazione medica.

<b>INTERVENTI</b>	<b>MOTIVAZIONI</b>
1. Preparare il materiale per posizionare il paziente	
2. Il piano del letto deve essere in posizione orizzontale, possibilmente secondo quella semi fowler a 30°	Per evitare scivolamenti del paziente verso il basso (frizione) e eccessiva pressione sulle ossa ischiatiche.
3. Se il paziente è collaborante, informarlo della necessità del cambio di postura.	
4. Sollecitare il paziente a muoversi il più possibile	Il movimento fatto dal paziente stesso consente di realizzare una migliore funzionalità articolare e un buon trofismo muscolare.
5. Evitare le frizioni dovute all'attrito fra la cute del paziente ed il letto nel passaggio dalla postura prona o sul fianco alla posizione supina. (Tale passaggio deve essere effettuato da almeno due operatori utilizzando una traversa posta sotto il paziente)	
6. Conseguire l'allineamento posturale. Quello descritto di seguito è indicato nelle persone che hanno perso completamente la capacità motoria, anche delle estremità. <b>Si ricorda che porre strati che non siano di materiale apposito tra il corpo della persona e la superficie rigida aumenta il rischio di lesioni.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Porre un cuscino (costituito da materiale apposito es. cuscini in gel) sotto la parte superiore delle spalle, il collo ed il capo;</li> <li>- porre dei piccoli cuscini sotto le braccia poste in pronazione e parallele al corpo del paziente;</li> <li>- porre un rotolo di stoffa nelle mani del paziente;</li> </ul>	<p>Mantiene il corretto allineamento e previene flessioni e contratture delle vertebre cervicali.</p> <p>Riducono la rotazione interna della spalla e prevengono l'estensione del gomito. Mantengono il corretto allineamento corporeo.</p> <p>Riduce l'estensione delle dita e l'abduzione del pollice: mantiene il pollice in leggera adduzione e in opposizione alle altre dita.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- porre un rotolo a livello trocanterico o sacchetti di sabbia lungo la superficie laterale delle cosce del paziente;</li> <li>- porre un sostegno sotto la caviglia per sollevare il calcagno, oppure far fuoriuscire il calcagno dalla parte terminale del materasso;</li> <li>- porre una tavola da piedi o un cuscino morbido fra il piede e la pediera</li> </ul>	<p>Riduce la rotazione esterna dell'anca.</p> <p>Riduce la pressione sul calcagno</p> <p>Mantiene il piede in dorsiflessione, previene la caduta del piede.</p>

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale



**POSIZIONE SUPINA**

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
 Procedura assistenziale

**ISTRUZIONE OPERATIVA 2 - COME FAR ASSUMERE AL PAZIENTE LA POSIZIONE SUL FIANCO SINISTRO O DESTRO**

**POSIZIONE SUL FIANCO SINISTRO O DESTRO:** questa postura viene di solito utilizzata per mettere a riposo le zone cutanee sottoposte a pressione durante il decubito supino. Serve a decomprimere la zona sacrale e a far espandere meglio la parte superiore dell'emitorace. E' indicata anche nel caso di dolori addominali perché la flessione delle gambe contribuisce a decomprimere questa zona. Prima di mobilizzare il paziente assicurarsi che non vi siano controindicazioni mediche.

In posizione laterale, le zone sottoposte a maggiore pressione sono: orecchio, zigomo, gomito, anca, parte esterna del ginocchio e malleolo appartenenti all'emisoma su cui il paziente è stato posizionato.

<b>INTERVENTI</b>	<b>MOTIVAZIONI</b>
1. Preparare il materiale per posizionare il paziente	
2. Il letto deve essere in posizione orizzontale o leggermente rialzato	Per evitare scivolamenti del paziente verso il basso (frizione) e eccessiva pressione sulle ossa ischiatiche.
3. Se il paziente è collaborante, informarlo della necessità del cambio di postura.	
4. Spostare il paziente verso la sponda del letto opposta al fianco da raggiungere. Si possono utilizzare due metodi: a) posizionare le due mani con i palmi rivolti verso l'alto sotto le spalle del paziente, tirare verso se stessi questa parte del corpo, ripetere l'operazione con il fianco e le gambe; b) utilizzare un lenzuolo di trazione posto sotto il paziente.	
5. Far flettere la gamba opposta al fianco da raggiungere oppure entrambe le gambe;	
6. Posizionarsi dalla parte del letto che il paziente deve raggiungere e aiutarlo quindi nella rotazione ponendo una mano sulla spalla ed una sul bacino o sul ginocchio	
7. Curare l'allineamento delle spalle, del bacino e della gamba sottostanti	
8. Durante il decubito laterale (sul fianco) è consigliata una posizione a 30°, così da evitare pressioni dirette sia sul trocantere, che sul sacro.	L'angolazione varia a seconda delle necessità del paziente. Una posizione ad angolo retto comprime al massimo grado possibile la zona trocanterica dal lato su cui è posizionato il paziente; l'angolazione ideale è di 30°-40°.
9. Porre le scapola e la spalla a contatto con il letto in avanti.	Riduce il rischio che il peso del corpo gravi direttamente sull'articolazione della spalla. Favorisce la possibilità di un corretto posizionamento del braccio sottostante.
10. Posizionare entrambe le braccia in posizione leggermente flessa. Il braccio superiore va sostenuto con un cuscino che lo mantenga in posizione più elevata della spalla. Il braccio inferiore giace sul materasso e può anche essere piegato verso l'alto ad angolo retto	Si diminuisce la rotazione interna e l'adduzione della spalla. Porre entrambe le braccia in posizione leggermente flessa protegge la funzionalità dell'articolazione del gomito. La ventilazione viene migliorata poiché la gabbia toracica può espandersi con maggiore efficacia. Tuttavia occorre valutare la



**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
 Procedura assistenziale

	possibilità di variare ad intervalli brevi (30') la posizione delle braccia, per aiutare il paziente ad essere meno insofferente a questa posizione.
11. Piegare un cuscino lungo l'asse della lunghezza e porne una parte ben tesa sotto la schiena.	Si evita così che il paziente ruoti verso la posizione supina.
12. La gamba a contatto con il letto dovrebbe essere leggermente piegata all'indietro flettendo il ginocchio e comunque dovrebbe avere un angolo di flessione diverso dalla gamba soprastante.	Si migliora in questo modo sia la stabilità della posizione sia il comfort.
13. Porre un cuscino sotto la gamba superiore semiflessa. Il cuscino deve comprendere l'area dalla coscia al piede.	La flessione previene l'iperestensione della gamba. Si mantiene la gamba in un allineamento appropriato. Si evitano le pressioni sulle prominente ossee della gamba sottostante
14. Nel caso non ci sia il controllo del piede porre un dispositivo antiequinismo	Si mantiene il piede in dorsiflessione e se ne previene la caduta



**POSIZIONE LATERALE SUL FIANCO DX (DETTA SIMS SUL FIANCO SIN.)**

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
 Procedura assistenziale

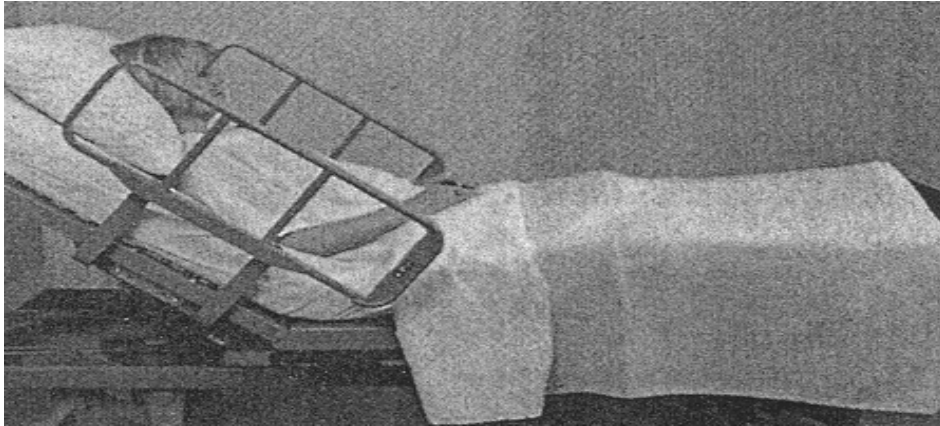
**ISTRUZIONE OPERATIVA 3 - COME FAR ASSUMERE AL PAZIENTE LA POSIZIONE DI FOWLER**

**POSIZIONE DI FOWLER:** è la postura del paziente che si realizza quando la testata del letto è sollevata di 45-50 cm. e le ginocchia sono sollevate. Questa posizione è quella che realizza la maggiore compressione nelle seguenti zone: sacrale, tuberosità ischiatiche, scapole, occipite. E' indicata nei pazienti con insufficienza respiratoria, cardiopatia, aumento della pressione intracranica.

I movimenti che fanno realizzare questa postura al paziente possono provocare lesioni da frizione alla zona sacrale, ai glutei, alla regione scapolare. Sarebbe quindi opportuno che durante i movimenti queste zone non sfregassero contro superfici; è indicato l'uso di una traversa o di un telo per spostare il paziente.

<b>INTERVENTI</b>	<b>MOTIVAZIONI</b>
1. Preparare il materiale per posizionare il paziente	
2. Se il paziente è collaborante, informarlo della necessità del cambio di postura.	
3. La testa del letto è elevata di 45-50 cm.	
4. Far flettere le gambe al paziente e far puntare i piedi	
5. Abbracciare la persona a livello sottoscapolare, far sollevare e flettere la testa del paziente, farsi abbracciare dal paziente e operare insieme lo spostamento verso l'alto evitando il trascinamento, se possibile utilizzare una traversa	
6. Curare l'allineamento posturale: - il capo è direttamente a contatto del letto o su un piccolo cuscino	Previene contratture da flessione della colonna cervicale
7. Possono essere usati cuscini per sostenere le braccia e le mani se il paziente non ne ha il controllo volontario	Prevengono la lussazione della spalla, promuovono la circolazione migliorando il ritorno venoso, prevengono contratture da flessione del braccio e del polso
8. Utilizzare una adeguata protezione per il piede e il tallone	Mantiene il piede in flessione dorsale e ne previene la caduta

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale



**POSIZIONE DI FOWLER (SEMISEDUTA)**

**VARIANTI ALLA POSIZIONE DI FOWLER**

**1) Postura di fowler bassa o decubito semiortopnoico**

In questa posizione il paziente ha la testa sollevata dal piano del letto di appena 20-25 cm. L'allineamento posturale è ottenuto allo stesso modo che è stato descritto per il decubito di fowler. E' una posizione che offre un grande relax e pochi rischi di sfregamento sulla zona sacrale. Non garantisce una ottimale espansione polmonare.

**2) Postura di Fowler alta o posizione seduta nel letto**

E' la postura da far assumere al paziente allettato in grado di portare il cibo alla bocca in modo autonomo, in occasione dei pasti. E' anche indicata nelle difficoltà respiratorie, nelle cardiopatie, negli interventi sulla tiroide. In questa posizione il peso del paziente grava essenzialmente sulle tuberosità ischiatiche.

**3) Postura di Fowler con paziente in decubito laterale dx**

E' una postura costituita dall'associazione del decubito laterale dx e dalla posizione di Fowler cioè realizzando una elevazione del tronco e del capo di 40/45 cm. Questa postura se realizzata dopo che il paziente era posto in decubito di Fowler o seduto pone a riposo le zone cutanee precedentemente sottoposte a pressione.

**4) Postura di Fowler con paziente in decubito laterale sx**

E' una postura costituita dall'associazione del decubito laterale sx e dalla posizione di Fowler cioè realizzando una elevazione del tronco e del capo di 40/45 cm. Può essere indicata nel periodo immediatamente post-prandiale perché oltre a favorire un più efficace svuotamento gastrico, garantisce una buona funzionalità della pompa cardiaca. Questa postura, se realizzata dopo che il paziente era posto in decubito di Fowler o seduto, pone a riposo le zone cutanee precedentemente sottoposte a pressione.

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
 Procedura assistenziale

**ISTRUZIONE OPERATIVA 4 - COME FAR ASSUMERE AL PAZIENTE LA POSIZIONE PRONA**

**POSIZIONE PRONA :** E' indicata nella prevenzione delle contratture delle anche e nell'equinismo del piede. E' invece controindicata nei pazienti affetti da malattie respiratorie, cardiache, tracheotomia, chirurgia addominale recente, gravi contratture dell'anca, traumi cervicali.

<b>I N T E R V E N T I</b>	<b>M O T I V A Z I O N I</b>
1. Preparare il materiale per posizionare il paziente	
2. Se il paziente è collaborante, informarlo della necessità del cambio di postura.	
3. Se il paziente è sul fianco sinistro: a) porsi alla destra del paziente e spostarlo verso il bordo destro del letto; b) porsi di fronte al paziente, c) far rotolare lentamente il paziente sull'addome d) controllare che il braccio sx del paziente non sia rimasto sotto il corpo e che la faccia non stia contro il cuscino. Il corpo del paziente dovrebbe essere al centro del letto.	
4. Se il paziente è sul fianco dx , eseguire le stesse operazioni ma sul lato opposto.	
5. Se il paziente è in posizione supina occorre prima posizionare il paziente in posizione laterale, poi procedere come indicato.	
6. Se il paziente è in posizione seduta a letto o in poltrona o in sedia a rotelle, porre il paziente in posizione supina, poi in decubito laterale, poi procedere come indicato al punto 3.	
7. Curare l'allineamento posturale : a) Far ruotare di lato il capo e porlo su un cuscino sottile b) Porre delle imbottiture sottili sotto i cavi ascellari e la superficie laterale delle clavicole c) Un braccio va flesso a livello della spalla e del gomito, mentre l'altro deve essere esteso lungo il corpo	Evita il soffocamento e riduce la flessione o la iperestensione delle vertebre cervicali Previene la rotazione interna delle spalle, mantiene la posizione anatomica del cingolo scapolare e consente l'espansione della gabbia toracica durante gli atti respiratori Questa posizione va alternata assieme a quella del capo per prevenire l'irrigidimento delle articolazioni

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale



**POSIZIONE PRONA**

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
 Procedura assistenziale

**ISTRUZIONE OPERATIVA 5 - COME SPOSTARE IL PAZIENTE DAL LETTO ALLA SEDIA-PAZIENTE IN CARROZZINA-SEDA**

<b>INTERVENTI</b>	<b>MOTIVAZIONI</b>
1. Spiegare la procedura al paziente.	La spiegazione riduce l'ansia e favorisce la collaborazione del paziente
2. Posizionare la sedia a rotelle con un angolo di 45° o parallela al letto. Eliminare l'appoggiapiedi e bloccare le ruote.	Facilita il trasferimento in condizioni di sicurezza
3. Aiutare il paziente ad assumere la posizione sdraiata su un fianco, rivolto verso il bordo del letto dove si siederà.	
4. Bloccare le ruote del letto, abbassare il più possibile il piano del letto e alzare la testata al livello più comodo per il paziente.	Diminuisce la quantità di energia necessaria per sedersi
5. Abbassare le sponde del letto e mettersi in piedi all'altezza dell'anca del paziente, mettendo un piede vicino alla testata del letto l'altro di lato.	Il centro di gravità dell'infermiere si trova vicino alla zona più pesante del paziente
6. Mettere un braccio dietro le spalle del paziente e l'altro sopra le cosce	
7. Far spostare le gambe del paziente verso il bordo del letto e nello stesso tempo fare perno sulla propria gamba arretrata per sollevare il tronco e le spalle del paziente.	La forza di gravità fa abbassare le gambe del paziente sul letto, mentre l'infermiere trasferisce il peso in direzione del movimento
8. Mettersi in piedi di fronte al paziente, controllare il suo equilibrio e l'eventuale presenza di capogiri	Impedire cadute o lesioni causate da ipotensione ortostatica
9. Allargare i piedi e flettere le anche e le ginocchia	Il centro di gravità risulta abbassato e la base di appoggio allargata per favorire la stabilità e il movimento omogeneo utilizzando i fasci muscolari lunghi delle gambe
10. Circondare con le braccia la vita del paziente per il trasferimento	Sono favoriti equilibrio e sostegno
11. Appoggiare il ginocchio più avanzato contro quello del paziente fino a che si trova in posizione eretta	Si impedisce che le ginocchia deboli del paziente cedano e che quindi cada
12. Si fa perno sul piede arretrato fino a quando il paziente sente dietro le proprie gambe la sedia a rotelle, mantenendo le ginocchia contro quelle del paziente	Si assicura al paziente una corretta posizione prima che arrivi a sedersi
13. Invitare il paziente ad appoggiare le mani sui braccioli della sedia per sostenersi. Flettere le ginocchia e le anche mentre lo si aiuta a sistemarsi sulla sedia a rotelle	L'utilizzo di una corretta meccanica del corpo impedisce lesioni alla schiena affidando il carico ai fasci muscolari lunghi delle gambe
14. Accertarsi della corretta posizione del paziente sulla sedia e assicurarlo con cinture se è necessario. Fornire il pulsante della chiamata d'emergenza	

**AZIENDA OSPEDALIERA E AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**  
**Cambio posturale dei pazienti e uso degli ausili antidecubito**  
Procedura assistenziale

**PAZIENTI IN CARROZZINA/SEDIA**

- Evitare di tenere seduti per lungo tempo i pazienti a rischio;
- cambiare ogni ora la posizione;
- insegnare ai pazienti che possono muoversi a cambiare la posizione ogni 15 minuti;
- usare ausili che riducono la pressione (cuscini antidecubito ad aria o acqua)