

La persona con problemi di movimento

ASSISTENZA ALLA DEAMBULAZIONE (camminare)

Assistere in famiglia: istruzioni per l'uso



Le difficoltà che possono presentarsi durante la deambulazione sono strettamente collegate al tipo di patologia che la persona presenta.

Migliorare la deambulazione significa creare le condizioni tali da rendere il cammino più sicuro attraverso l'uso di semplici accorgimenti:

- l'assistenza di una persona (supervisione)
- la modifica dell'ambiente in cui ci si muove
- la possibilità dell'utilizzo di un ausilio (consigliato da personale esperto).

Obiettivi:

- migliorare l'autonomia della persona
- diminuire il carico assistenziale
- rendere il cammino più sicuro

Materiale occorrente:

- ausili per il cammino (in seguito al suggerimento di un tecnico specializzato).

Esecuzione tecnica

Assistere alla deambulazione significa sostenere o accompagnare la persona durante il cammino senza imporre mai la propria velocità di marcia. La persona deve avere la possibilità di trovare il proprio tempo: è l'accompagnatore che deve adeguarsi.

L'accompagnatore si posiziona sempre dal lato dove è maggiore il rischio di caduta (dal lato più debole). Prevedere un percorso lineare (senza gradini e curve) e libero da ostacoli (tappeti e mobili, ecc..) procura **meno ansia alla persona**.

Un aiuto indispensabile può essere rappresentato da un ausilio che, se scelto in modo appropriato, può essere decisivo per migliorare l'autonomia. In questo caso è necessario il consiglio di un professionista.

| AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE | |
|---|--|
| TIPOLOGIA | FUNZIONE |
|  | <ul style="list-style-type: none"> Migliora la stabilità del cammino utile nei casi di dolore articolare dovuto ad artrosi (anca/ ginocchio). Offre un relativo sostegno del peso corporeo deve essere utilizzato dal lato opposto all'arto compromesso [fig. 1] |
| Fig. 1 bastone | |
|  | <ul style="list-style-type: none"> Oltre a dare un relativo sostegno del peso corporeo aumenta la base d'appoggio dando maggiore stabilità solitamente viene utilizzato da persone con esiti di ictus occorre un buon addestramento all'utilizzo in quanto i piedini d'appoggio possono intralciare il passo [fig. 2] |
| Fig. 2 tripode/quadripode | |
|  | <ul style="list-style-type: none"> Vengono utilizzate da persone con esiti di fratture agli arti inferiori e amputazione, impianto di protesi anca/ ginocchio sono necessari una buona forza e funzionalità delle braccia, buon equilibrio e capacità di coordinazione [fig. 3] |
| Fig. 3 stampelle o bastoni canadesi | |
|   | <ul style="list-style-type: none"> Utilizzato a volte in alternativa alle stampelle [figg. 4 e 4a] |
| Fig. 4 girello antibrachiale Fig. 4 a girello con appoggio ascellare | |

| AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE | |
|---|--|
| TIPOLOGIA | FUNZIONE |
|  | <ul style="list-style-type: none"> Sostiene parte del peso corporeo e rende più stabile il cammino migliorando l'equilibrio esistono vari modelli in base alla loro funzione da interno: due ruote/due puntali [fig. 5] da esterno: 4 ruote [fig. 5a] È necessaria una attenta valutazione dei bisogni e delle capacità della persona per effettuare la scelta corretta |

COME MISURARE L'ALTEZZA DELL'AUSILIO?

- La misura si prende a scarpe indossate
- l'altezza dell'ausilio deve corrispondere all'altezza della testa del femore figg. 6-6a



Figg. 6 e 6a regolazione dell'altezza della stampella

COME CAMMINARE?

La sequenza dei movimenti cambia a seconda del tipo di problema durante il cammino.

- | | |
|---|--|
| • Deambulazione con due stampelle (con una gamba che non può essere appoggiata a terra) | • porto avanti le stampelle senza appoggiare la gamba malata |
| • Deambulazione con due stampelle (con appoggio parziale della gamba malata) | • avanzo con la gamba sana |
| • Deambulazione con una stampella (che viene tenuta dalla parte opposta alla gamba compromessa) | • porto avanti le stampelle |
| | • poi la gamba malata |
| | • subito dopo la gamba sana. |
| | • porto avanti la stampella |
| | • poi la gamba malata |
| | • infine la gamba sana. |

Anche per fare le scale c'è una sequenza di movimenti da rispettare.
Va effettuato sempre un gradino alla volta.



Figg. 7, 7a e 7b salita del gradino

Salita scale:

- appoggiare al gradino la gamba sana [fig. 7];
- appoggiare le stampelle e la gamba malata [figg. 7a-b]

Discesa scale:

- appoggiare al gradino inferiore le stampelle [fig. 8]
- scendere con la gamba malata [fig. 8a]
- a seguire appoggiare la gamba sana [fig. 8b].



Figg. 8, 8a e 8b discesa del gradino

CAMMINARE IN SICUREZZA

Alcuni semplici accorgimenti offrono una maggiore sicurezza sia a chi cammina sia a chi accompagna.

Predisposizione ambientale:

- spazio libero da ostacoli
- luminosità
- corrimano.

È inoltre importante che la persona indossi calzature comode.

Supervisione dell'accompagnatore, può essere:

- di fianco (si mette dal lato più debole)
- davanti (si mette davanti alla persona)
- dietro (si mette dietro la persona).

Principali ausili per la deambulazione

In presenza di alcune malattie è consigliato l'uso dei seguenti ausili per il cammino.

| | |
|---|--|
| Dolore durante il cammino | <ul style="list-style-type: none"> • bastone da passeggio • stampella |
| Ictus | <ul style="list-style-type: none"> • tripode • quadripode |
| Fratture femore/tibia Protesi anca/ginocchio | <ul style="list-style-type: none"> • stampelle • girello con sostegno ascellare |
| Amputazione | <ul style="list-style-type: none"> • l'ausilio va valutato di volta in volta, da parte del personale esperto, in base alle capacità della persona |
| Morbo di Parkinson Disturbi dell'equilibrio | <ul style="list-style-type: none"> • deambulatore |

BIBLIOGRAFIA

AISLA *La vita quotidiana, fisioterapia e ausili*. Libretto informativo, Associazione AISLA

J.V. Basmajian *L'esercizio terapeutico*. Piccin Padova, 1990 IV Ed.

P.M. Davies *Steps to Follow – Passo dopo passo*. Springer-Verlag, Berlin, 1991

V. Noto *Il libro di Enea- Manuale di Ausili e cure del paziente geriatrico a domicilio*. UTET- Scienze Mediche Torino, 2003

CORSO DI FORMAZIONE *Ausili per la vita quotidiana nel progetto di autonomia possibile-Metodologia della scelta, conoscenza delle norme vigenti, riorganizzazione domestica-ambientale*. ASL Brescia, 2007

CORSO DI FORMAZIONE *La carrozzina: scieglierla e personalizzarla per la mobilità e la postura*. Milano, 2000

ASSISTENZA ALLA PERSONA CON EMIPLEGIA (paralisi di braccio e gamba)

CAMBIO DI POSIZIONE DELLA PERSONA

Obiettivi:

- facilitare il recupero delle funzioni e delle autonomie della parte paralizzata
- ridurre gradualmente l'assistenza per rendere la persona più autonoma

PASSAGGIO DALLA POSIZIONE SUL DORSO A QUELLA SUL FIANCO (DECUBITO LATERALE)

Esecuzione tecnica

L'operatore:

1. fa piegare le gambe della persona [fig. 1]
2. posiziona il braccio plegico e aiuta la rotazione sul fianco sano [fig. 1a]

PASSAGGIO DALLA POSIZIONE SUL FIANCO A SEDUTO

Esecuzione tecnica

L'operatore:

1. agevola lo spostamento delle gambe fuori dal letto [fig. 2]
2. guida la persona a far pressione sul braccio sano e l'aiuta a raggiungere la posizione seduta [figg. 2a-2b]



Figg. 1 e 1a sequenza di immagini sul passaggio da supino al fianco



Figg. 2, 2a e 2b sequenza fotografica riferita al passaggio dalla posizione sul fianco a seduto

PASSAGGIO LETTO/CARROZZINA

Esecuzione tecnica

L'operatore:

1. rimuove le pedane
2. posiziona la carrozzina dal lato sano (angolo di circa 30°) [fig. 3]
3. frena la carrozzina
4. se necessario blocca la gamba plegica con la propria per evitarne lo scivolamento [fig. 3 a]
5. aiuta la persona ad alzarsi in piedi [fig. 3b]
6. guida la rotazione della persona verso la carrozzina e ne accompagna la discesa [fig. 3c]



Fig. 3



Fig. 3a



Fig. 3b



Fig. 3c

Sequenza di immagini riferite al passaggio della persona dal letto alla carrozzina

POSIZIONAMENTO IN CARROZZINA DELLA PERSONA CON EMIPLEGIA

Obiettivo:

- evitare posizioni scorrette che possono aggravare la situazione, con la comparsa di danni secondari alla parte paralizzata (dolore al braccio, piede cadente o gamba ruotata in fuori)

Materiale occorrente:

- cuscini di varie misure e consistenze
- salviette arrotolate
- carrozzina

Esecuzione tecnica:

1. il braccio **NON** deve cadere accanto alla ruota della carrozzina o tra le gambe della persona; deve essere sempre sostenuto appoggiandolo al tavolino della carrozzina o su un cuscino, controllando che la spalla sia ben posizionata e la mano mantenuta aperta [fig. 4]
2. il bacino non deve scivolare in avanti
3. se la schiena tende a inclinarsi di lato sostenerla con un cuscinetto [fig. 4a]
4. le pedane della carrozzina devono essere regolate alla giusta altezza per mantenere l'appoggio completo del piede.



Figg. 4 - 4a corretto posizionamento della persona in carrozzina

POSIZIONAMENTO A LETTO DELLA PERSONA CON EMIPLEGIA

Si rimanda l'approfondimento di questo argomento al capitolo “Posizionamento a letto della persona con difficoltà di movimento”.

COME AIUTARE LA PERSONA CON EMIPLEGIA DURANTE IL CAMMINO E LA SALITA/DISCESA DELLE SCALE

Obiettivi:

- facilitare il recupero delle funzioni e delle autonomie della parte paralizzata
- ridurre gradualmente l'assistenza per rendere la persona più autonoma.

Materiale occorrente:

- bastone o tripode (su indicazioni dello specialista)
- molla di Codivilla (prescritto dallo specialista è un ausilio che mantiene la corretta posizione del piede durante il cammino [figg. 5-5 a]
- fascia reggibraccio [figg. 6 e 6a].



Fig. 5 molla di Codivilla



Fig. 5a molla di Codivilla posizionata nella scarpa



Figg. 6 - 6a fascia reggibraccio vista fronte/retro



ESECUZIONE TECNICA

- la molla di Codivilla va calzata quando la persona deve camminare
- la fascia reggibraccio va indossata quando il braccio ha una limitata tonicità muscolare e durante la deambulazione

Se la persona cammina utilizzando un bastone, la successione dei movimenti è la seguente:

Spostamenti in piano:

1. bastone
2. arto plegico (con paresi)
3. arto sano

Salita scale (con corrimano/tripode):

1. braccio sano avanti
2. gamba sana
3. gamba plegica

Discesa scale (con tripode o corrimano) :

1. braccio sano avanti [fig. 7]
2. gamba plegica [fig. 7a]
3. gamba sana [fig. 7b]

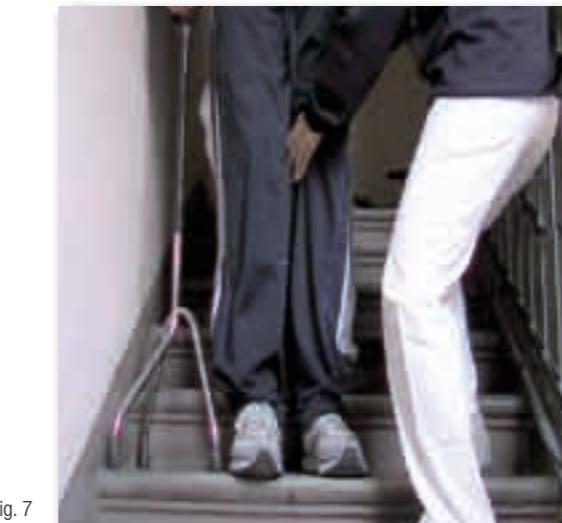


Fig. 7



Fig. 7a



Fig. 7b

NOTE:

- Negli spostamenti non tirare o strattolare mai il braccio paralizzato;
- utilizzare calzature con chiusura a velcro o a cerniera in modo tale che la persona le possa calzare con una mano sola.

IL SOLLEVATORE MOBILE (solleva-persone)

Le persone che si trovano ad assistere a casa parenti in una condizione di totale mancanza di autosufficienza, possono utilizzare un ausilio che prende il nome di sollevatore.

IL SOLLEVATORE

- È indispensabile per effettuare i trasferimenti di una persona non autosufficiente dal letto alla carrozzina e viceversa;
- garantisce sicurezza alla persona e diminuisce il carico assistenziale degli operatori o di chi assiste.

Per un corretto utilizzo è necessario l'addestramento da parte di un operatore sanitario o di chi fornisce l'ausilio.

Esistono diverse tipologie di sollevatore: fisso (a parete), mobile (a pavimento) [fig 1].

La scelta del modello è sempre legata ad una attenta valutazione del singolo caso che deve tenere in considerazione le condizioni di disabilità della persona e il contesto nel quale viene utilizzato il sollevatore. Il funzionamento si basa sulla presenza di un braccio di sollevamento a cui viene agganciata una imbracatura che avvolge l'assistito. Nel caso di un sollevatore mobile, è importante che l'altezza fra il margine inferiore del letto e il pavimento sia di almeno 8-10cm, in modo da garantire lo spazio nella manovra di avvicinamento al letto. Esistono alcune controindicazioni di utilizzo, che devono essere valutate preventivamente:

- nei casi di persone con tubo tracheale o con drenaggio che devono mantenere una posizione supina
- in presenza di frattura di femore o quando la persona ha limitazioni nel pigare l'articolazione dell'anca.

FASI DI UTILIZZO DEL SOLLEVATORE

Posizionamento dell'imbracatura in persona supina:

- ruotare la persona sul fianco (vedi tecnica posizionamento sul fianco);
- posizionare l'imbracatura fra la persona e il letto in modo che rimanga centrale rispetto alla schiena (nel caso in cui siano presenti delle maniglie queste non devono rimanere a contatto con l'assistito) [fig. 2];
- ruotare la persona sull'altro fianco ed estrarre la metà dell'imbracatura rimanente [fig. 2a];
- riportare il paziente in posizione supina;
- far passare le estremità inferiori sotto ciascuna coscia [fig. 2b];
- avvicinare il sollevatore alla persona e abbassare il braccio di sollevamento;
- fissare l'imbracatura mediante gli agganci predisposti incrociando le fasce per gli arti inferiori [fig. 2c];
- sollevare la persona per il trasferimento [fig. 2d];
- allargare la base d'appoggio dell'ausilio per avvicinarsi alla carrozzina frenata;
- abbassare il braccio del sollevatore e guidare la persona nella discesa verso la carrozzina;
- togliere l'imbracatura da seduto.



Fig 1 sollevatore mobile e telo per imbracatura mobile



Fig. 2



Fig. 2a



Fig. 2b



Fig. 2c



Fig. 2d

Esempio di immagini raffiguranti di utilizzo del sollevatore per il trasferimento della persona dal letto alla carrozzina

Posizionamento imbracatura in una persona seduta

1. flettere in avanti la schiena della persona;
2. inserire l'imbracatura fra la schiena e lo schienale della sedia in modo che la parte inferiore arrivi a toccare il sedile;
3. far passare le estremità inferiori sotto ciascuna delle cosce;
4. posizionare il sollevatore in modo che la persona seduta si trovi all'interno della base;
5. abbassare il braccio di sollevamento;
6. agganciare l'imbracatura incrociando le fasce per gli arti inferiori [fig. 3];
7. sollevare la persona per il trasferimento [fig. 3a];
8. avvicinarsi al letto [fig. 3b], abbassare il braccio del sollevatore e sganciare l'imbracatura [fig. 3c];
9. togliere l'imbracatura da supino [fig. 3d].



Fig. 3



Fig. 3a



Fig. 3b



Fig. 3c

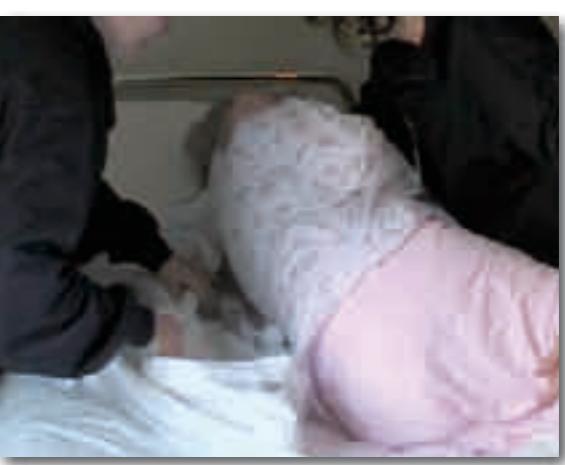


Fig. 3d

Sequenza di immagini raffiguranti il trasferimento di una persona dalla carrozzina al letto mediante sollevatore

Per rimuovere l'imbracatura effettuare in entrambi i casi le stesse manovre invertendo l'ordine.

Nel caso in cui il sollevatore è elettrico osservare alcuni accorgimenti quali: caricare quotidianamente le batterie e non utilizzare il sollevatore quando è in carica.

BIBLIOGRAFIA

AISLA *La vita quotidiana, fisioterapia e ausili*. Libretto informativo, Associazione AISLA

J.V. Basmajian *L'esercizio terapeutico*. Piccin Padova, 1990 IV Ed.

P.M. Davies *Steps to Follow – Passo dopo passo*. Springer-Verlag, Berlin, 1991

V. Noto *Il libro di Enea- Manuale di Ausili e cure del paziente geriatrico a domicilio*. UTET- Scienze Mediche Torino, 2003

Corso di formazione *Ausili per la vita quotidiana nel progetto di autonomia possibile-Metodologia della scelta, conoscenza delle norme vigenti, riorganizzazione domestica-ambientale*. ASL Brescia, 2007

Corso di formazione *La carrozzina: scieglierla e personalizzarla per la mobilità e la postura*. Milano, 2000

LA CARROZZINA

Obiettivi:

- mantenimento della posizione seduta corretta e confortevole
- maggiore autonomia per la persona con limitazioni del movimento

La scelta dell'ausilio

Nella scelta della carrozzina bisogna tener conto di alcuni parametri fondamentali, grazie ai quali si può individuare la tipologia più adatta alle caratteristiche della persona: **non è la persona ad adattarsi alla carrozzina ma il contrario**

È necessario sapere:

- in che ambiente vive la persona che utilizzerà la carrozzina e valutare gli spazi a disposizione (misure di porte e ascensore, accesso al bagno e al letto);
- luogo di utilizzo dell'ausilio (in ambito domestico o esterno);
- tempo di utilizzo (occasionale 1-2 h al giorno o prolungato).

CONOSCERE LA CARROZZINA

Esistono diversi tipi di carrozzine:

- carrozzina comoda imbottita
- pieghevole standard
- leggera
- superleggera
- posturale e basculante
- elettrica
- con unità di postura



Fig. 1 carrozzina comoda imbottita

CARROZZINA COMODA IMBOTTITA

Utilizzo: in ambito domestico è dotata di vaschetta wc [fig. 1]

Dimensione seduta: la larghezza del sedile deve permettere uno spazio laterale tra le cosce della persona e i braccioli di almeno 2 cm (considerando l'abbigliamento)

Profondità seduta: la profondità del sedile si misura partendo dal margine posteriore del sedere della persona fino ad arrivare a circa 8 cm dalla piega posteriore del ginocchio

Dimensione schienale: il margine superiore dello schienale deve trovarsi al di sotto di circa 2 cm dal margine inferiore delle scapole. Esiste la possibilità di avere lo schienale reclinabile utile per variare la postura della persona e renderla più confortevole

Braccioli: l'altezza del bracciolo deve permettere un appoggio delle braccia in modo che le spalle formino un angolo di circa 90° con il collo; questo consente alle spalle di rimanere rilassate. Nella maggior parte dei casi i braccioli possono essere estraibili o ribaltabili, il che permette di eseguire i passaggi posturali (ad es. dalla carrozzina al letto o viceversa) con minore difficoltà e maggiore sicurezza.

Pedane poggiapiedi: l'appoggio deve consentire un angolo di circa 90° a livello dell'anca/ginocchio/piede. Le pedane possono essere regolabili in altezza e ribaltabili, il che permette di eseguire i passaggi posturali con minore difficoltà e maggiore sicurezza. Nei casi in cui si renda necessario, è possibile avere il cuscino reggigamba a inclinazione regolabile. In questo tipo di carrozzina le pedane poggiapiedi possono essere elevabili per mantenere le gambe alzate e favorirne la circolazione sanguigna.

Tipologia delle ruote: nella maggior parte dei casi si trovano con ruote di piccole dimensioni; in questo caso la carrozzina viene spinta da un accompagnatore. C'è la possibilità di avere due ruote grandi posteriori e due ruote piccole anteriori ma questo modello richiede uno spazio di manovrabilità maggiore.

CARROZZINA PIEGHEVOLE STANDARD

Utilizzo:

- in ambito domestico per breve tempo;
- prevalentemente utilizzata per le uscite all'esterno, è maneggevole e piegata può essere caricata in auto [fig. 2].



Fig. 2 chiusura carrozzina pieghevole

Dimensione seduta: la larghezza del sedile deve permettere uno spazio laterale tra le cosce della persona e i braccioli di almeno 2 cm (considerando l'abbigliamento).

Profondità della seduta: la profondità del sedile si misura partendo dal margine posteriore del sedere della persona fino ad arrivare a circa 8 cm dalla piega posteriore del ginocchio.

Dimensione schienale: il margine superiore dello schienale deve trovarsi al di sotto di circa 2 cm dal margine inferiore delle scapole.

Braccioli: l'altezza del bracciolo deve permettere un appoggio delle braccia in modo che le spalle formino un angolo di circa 90° con il collo [fig. 3]; questo consente alle spalle di rimanere rilassate. Nella maggior parte dei casi i braccioli possono essere estraibili o ribaltabili [fig. 3a], il che permette di eseguire i passaggi posturali (ad es. dalla carrozzina al letto o viceversa) con minore difficoltà e maggiore sicurezza.



Fig. 3 corretta posizione delle braccia



Fig. 3a carrozzina con bracciolo estraibile



4], il che permette di eseguire i passaggi posturali con minore difficoltà e maggiore sicurezza. Nei casi in cui si renda necessario, è possibile avere il cuscino reggigamba a inclinazione regolabile.

Tipologia delle ruote: la gran parte delle carrozzine utilizzate hanno le ruote posteriori grandi, il che permette una facile manovrabilità. In commercio si possono trovare carrozzine con ruote grandi anteriori ma hanno manovrabilità difficile e rendono difficoltosi i passaggi posturali. Sono dotate di dispositivo frenante.

CARROZZINA LEGGERA

È realizzata in lega di alluminio per cui è più leggera di quella standard. Sono possibili alcune regolazioni che favoriscono l'adattamento posturale.

CARROZZINA SUPERLEGGERA

È realizzata in leghe di alluminio ad altissima resistenza che la rendono molto leggera e facile da manovrare. Ha criteri di personalizzazione e viene prescritta in situazioni molto gravi per persone che ne fanno un intenso utilizzo quotidiano.

CARROZZINA POSTURALE BASCULANTE

Generalmente a telaio rigido è provvista di sedile/schienale imbottiti e appoggiatesta regolabile. Ha uno schienale alto e contenitivo [fig 5]. Permette di reclinare lo schienale e di cambiare posizione da seduto a semisdraiato [fig 5a].

CARROZZINA ELETTRICA

Munita di motore alimentato da batterie ricaricabili e di comandi manuali, può essere utilizzata sia per spostamenti interni alla propria abitazione, sia per spostamenti negli spazi esterni.

UNITÀ POSTURALE

È un sistema di postura, che viene aggiunto alla carrozzina standard, coordinato con vari accessori. È indicato per soggetti con piccole deformità che necessitano di un posizionamento o contenimento più accurato.



Fig 5 - 5a carrozzina posturale basculante

LA CONDUZIONE CORRETTA DELLA CARROZZINA

La carrozzina deve essere spinta con sicurezza dall'accompagnatore, evitando manovre brusche, scosse e andature troppo veloci. La manovra corretta che l'accompagnatore deve fare per salire e scendere un gradino in sicurezza o percorrere un terreno accidentato, sono riportate nella sequenza fotografica.



Sequenza fotografica riferita alla salita sul marciapiede



Sequenza fotografica discesa della carrozzina dal marciapiede

MANUTENZIONE DELLA CARROZZINA

Una manutenzione preventiva, realizzata con regolarità, permette di conservare la carrozzina in ottime condizioni di funzionamento per lungo tempo, per contro se non viene curata in modo appropriato, è destinata a rovinarsi precocemente.

INDICAZIONI GENERALI

- Controllo della pressione delle gomme;
- pulizia quotidiana delle ruote e dei perni (accumulo di polvere/capelli);
- controllo freni;
- pulizia e igiene quotidiana di sedile/schienale, con i comuni detergenti per superfici che si trovano in casa;
- se bagnata asciugare la carrozzina al più presto possibile;
- ricaricare regolarmente le batterie (carrozzina elettrica).

BIBLIOGRAFIA

AISLA *La vita quotidiana, fisioterapia e ausili*. Libretto informativo, Associazione AISLA
J.V. Basmajian *L'esercizio terapeutico*. Piccin Padova, 1990 IV Ed.

P.M. Davies *Steps to Follow – Passo dopo passo*. Springer-Verlag, Berlin, 1991

V. Noto *Il libro di Enea- Manuale di Ausili e cure del paziente geriatrico a domicilio*. UTET- Scienze Mediche Torino, 2003

Corso di formazione *Ausili per la vita quotidiana nel progetto di autonomia possibile-Metodologia della scelta, conoscenza delle norme vigenti, riorganizzazione domestica-ambientale*. ASL Brescia, 2007

Corso di formazione *La carrozzina: scieglierla e personalizzarla per la mobilità e la postura*. Milano, 2000

“CHI SI FERMA È PERDUTO”

TECNICHE ASSISTENZIALI RIABILITATIVE

Il bisogno di movimento è un bisogno primario delle persone.

Quando viene compromessa la possibilità di muoversi e di spostarsi in base ai propri desideri ed alle proprie esigenze è fondamentale, per prevenire i danni che possono conseguire all’immobilità, che chi assiste sappia come aiutare a far assumere corrette posizioni.

Vengono di seguito presentate le principali tecniche di mobilizzazione e posizionamento; per ognuna di esse sono descritti gli obiettivi, la modalità di esecuzione e il materiale eventualmente necessario.

È utile sottolineare che, quando non controindicato, le capacità di movimento residue della persona che si assiste vengano considerate una risorsa da valorizzare e mantenere.

Ciò significa che, anche se a volte è più semplice e richiede meno tempo sostituirsi completamente alla persona mobilizzandola in modo passivo, è importante sia sul piano psicologico sia su quello del mantenimento dell’autonomia possibile, coinvolgere l’assistito attivamente nei diversi passaggi di posizione.

Chi assiste in modo continuativo persone con difficoltà di movimento deve però essere attento anche alla propria salute.

Alcuni semplici accorgimenti possono prevenire danni alla schiena che, quando si devono sollevare o spostare pesi importanti in modo continuativo, è particolarmente sottoposta a sollecitazioni e sovraccarichi.

La prevenzione dei danni alla schiena si basa essenzialmente sull’utilizzo di giuste tecniche, comprendenti anche l’uso di ausili, ed eventualmente sull’aiuto di un’altra persona.

Consigli utili per chi assiste:

- quando ci si deve abbassare per sollevare un peso, flettere le gambe mantenendo la schiena dritta
- allargare i piedi (stessa larghezza delle spalle) per aumentare la base di appoggio e migliorare la stabilità
- portare il peso da sollevare il più vicino possibile al corpo
- negli spostamenti della persona a letto, per meglio distribuire lo sforzo fisico appoggiare eventualmente un ginocchio sul letto
- rimuovere eventuali ostacoli (tappeti, lampade, ecc.) e fare in modo di avere sufficiente spazio intorno al letto per eseguire le manovre richieste e per avvicinare il più possibile la carriola (ricordarsi sempre di azionare i freni prima di procedere agli spostamenti)
- utilizzare gli ausili disponibili (in particolare il sollevatore) anche se richiedono più tempo rispetto alla movimentazione manuale
- se possibile, effettuare regolarmente esercizi fisici per mantenersi in buona salute.

MOBILIZZAZIONE O CAMBIO DI POSIZIONE

Obiettivi:

- mantenere nel tempo la capacità di movimento che la persona è ancora in grado di eseguire;
- agevolare il compito assistenziale.

Esecuzione tecnica:

- muovere in modo regolare e costante la persona;
- in chi ha conservato la capacità di camminare occorre stimolare il più possibile il movimento assistendo la persona negli spostamenti o fornendo gli ausili necessari (bastone, girello, deambulatore);
- nei cambi di posizione (letto-seduto-in piedi e viceversa) ricercare sempre la collaborazione attiva della persona;
- non sostituirsi alla persona nelle attività quotidiane che riguardano l’igiene, l’alimentazione e l’abbigliamento.

COME AIUTARE LA PERSONA A CAMBIARE POSIZIONE A LETTO

Obiettivi:

- facilitare il recupero delle funzioni e delle autonomie della persona
- ridurre gradualmente il carico assistenziale

PASSAGGIO DALLA POSIZIONE SUL DORSO A QUELLA SUI FIANCO (ROTAZIONE IN DECUBITO LATERALE)

La manovra può essere effettuata da 1-2 operatori.

Prima di effettuare lo spostamento di rotazione sul fianco assicurarsi che sia presente lo spazio necessario nel letto per posizionare in sicurezza la persona: es. per effettuare la rotazione sul fianco dx spostare la persona verso il bordo sinistro del letto.



Fig. 1

SPOSTAMENTO DELLA PERSONA VERSO IL BORDO DEL LETTO

Esecuzione tecnica

L’operatore:

- fa piegare le gambe della persona [fig. 1]
- posiziona le mani al bacino della persona e ne facilita lo spostamento laterale [fig. 1a]
- posiziona le mani alle spalle della persona e ne facilita lo spostamento laterale



Fig. 1a

ROTAZIONE DECUBITO LATERALE

Esecuzione tecnica

L'operatore posto dal lato dove avviene la rotazione:

- fa piegare le gambe della persona [fig. 2]
- effettua la presa a livello del bacino e della scapola e aiuta la rotazione [figg. 2a e 2b]



Fig. 2



Fig. 2a



Fig. 2b

PASSAGGIO DALLA POSIZIONE SUL FIANCO A SEDUTO (DECUBITO LATERALE/SEDUTO)

Esecuzione tecnica

L'operatore:

- agevola lo spostamento delle gambe fuori dal letto [fig. 3]
- guida la persona a far pressione sul braccio e la aiuta a raggiungere la posizione seduta [figg. 3a e 3b]



Fig. 3



Fig. 3a



Fig. 3b

PASSAGGIO LETTO/CARROZZINA

Esecuzione tecnica

L'operatore:

1. rimuove le pedane e posiziona la carrozzina frenata dal lato sano (angolo di circa 30°) [fig. 4];
2. aiuta la persona ad alzarsi e se necessario fissa i piedi del paziente con i propri per evitare lo scivolamento;
3. guida la rotazione della persona verso la carrozzina e ne accompagna la discesa.



Fig. 4 sequenza del passaggio letto carrozzina



POSIZIONAMENTO DELLA PERSONA CON DIFFICOLTÀ DI MOVIMENTO

Obiettivo

La posizione (postura) per la persona con difficoltà di movimento deve essere confortevole
Una corretta posizione previene:

- rigidità nei movimenti delle articolazioni
- contratture muscolari
- lesioni da decubito (piaghe)
- complicanze vascolari e respiratorie

Esecuzione tecnica

Quando la persona non è in grado di muoversi in modo autonomo, ogni posizione, anche la più corretta, va modificata ogni due ore.

Le posizioni più comunemente utilizzate sono:

- supina (pancia in su) [fig. 1]
- decubito laterale (sul fianco)
- semiseduta
- seduta in carrozzina

POSIZIONE SUPINA

Obiettivo

Prevenire:

- posizioni scorrette
- rigidità nei movimenti delle articolazioni
- contratture muscolari
- lesioni da decubito (piaghe)
- complicanze vascolari e respiratorie

Materiale occorrente:

- cuscini di diverso materiale e consistenza
- rotolini o spessori in gommapiuma, salviette arrotolate
- archetto alzacoperte

Esecuzione tecnica:

- corpo allineato (testa-schiena-bacino)
- braccia distese lungo i fianchi lievemente distanti dal busto per evitare punti di contatto con il corpo
- gomiti leggermente flessi e palmi delle mani adagiati in modo naturale
- gambe allineate lievemente divaricate evitando punti di contatto tra di loro

NOTA: è indicato l'utilizzo del materasso antidecubito per prevenire lesioni della pelle nei casi in cui la persona mantenga a lungo la stessa posizione o non sia in grado di muoversi da sola.



Fig. 1 posizione supina

VARIAZIONI DELLA POSIZIONE SUPINA

TESTA/COLLO

Obiettivo:

- favorire un corretto allineamento posturale
- prevenire rigidità e contratture muscolari

Esecuzione tecnica

In presenza di deviazioni laterali del capo posizionare un piccolo cuscinetto per ripristinare la posizione corretta

BRACCIA (arti superiori)

Obiettivo:

- evitare punti di contatto per prevenire lesioni alla pelle (arrossamenti-piaghe da decubito)
- prevenire o ridurre il gonfiore del braccio e della mano

Esecuzione tecnica:

- il cuscino su cui si posiziona il braccio va messo per il lungo partendo subito al di sotto della spalla per sostenerla
- se la mano è molto gonfia mettere un secondo cuscinetto per tenerla più in alto rispetto alla spalla [figg. 2 e 2a]
- se il braccio tende a rimanere vicino al corpo mettere un rotolino per evitare il contatto.



Figg. 2 - 2a esempio di posizionamento del braccio e della mano (in caso di gonfiore) rispetto alla spalla

GAMBE (arti inferiori)

Obiettivo:

- ridurre il peso delle coperte
- evitare posizioni scorrette
- evitare punti di contatto per prevenire lesioni della pelle (arrossamenti-piaghe da decubito)
- prevenire o ridurre il gonfiore (edema) dell'arto

Materiale occorrente:

- cuscini di varie misure e consistenze
- rotolini di gommapiuma o salviette arrotolate
- archetto alzacoperte

Esecuzione tecnica:

- in presenza di gonfiore al piede/gamba posizionare un cuscino messo per il lungo sotto l'arto [fig 3]
- in presenza di piede cadente (paresi al piede) posizionare un cuscinetto alla pediera del letto per sostenerlo e l'archetto alzacoperte [fig. 3a]
- se la gamba o il piede ruotano in fuori posizionare un rotolino lateralmente alla gamba per sostenerla in posizione corretta [fig. 3b]
- in presenza di rischio di piaghe al tallone posizionare un cuscino sotto le gambe per mantenere i talloni sollevati.



Fig. 3



Figg. 3a - 3b esempio di posizionamento gamba/piede



DECUBITO LATERALE (SUL FIANCO)

Obiettivo:

- offrire una posizione alternativa alla posizione supina
- evitare posizioni scorrette, evitare punti di contatto per prevenire lesioni alla pelle

Materiale occorrente:

- cuscini di varie misure e consistenze
- rotolini di gommapiuma o salviette arrotolate

Esecuzione tecnica:

- il cuscino sotto la testa la deve sostenere in modo da assicurare un buon allineamento con la schiena [fig. 4]
- il braccio sottostante sta nella posizione più confortevole per la persona
- il braccio soprastante è sostenuto da un cuscino su cui è appoggiata



Fig. 4

anche la mano [fig. 4a]

- la gamba sottostante rimane appoggiata al letto con il ginocchio leggermente piegato
- la gamba soprastante è leggermente portata in avanti, sostenuta da un cuscino con lieve flessione del ginocchio e dell'anca evitando punti di contatto tra i due arti
- se il paziente non è in grado di mantenere questa posizione e tende a rotolare indietro, posizionare un cuscino dietro la schiena per sostenerla



Fig. 4a

NOTA:

- se la persona è stata operata all'anca deve essere posizionata sul fianco NON operato;
- paziente con emiplegia: la posizione sul fianco paralizzato è possibile ma va verificata insieme ad un operatore sanitario.

POSIZIONE SEMISEDUTA

Obiettivo:

- facilitare la respirazione
- evitare punti di pressione elevata a livello dell'osso sacro (bacino)
- evitare posizioni scorrette
- evitare punti di contatto per prevenire lesioni alla pelle

Materiale occorrente:

- cuscini di varie misure e consistenze
- archetto alzacoperte

Esecuzione tecnica:

- il sollevamento della testiera del letto non deve superare i 30° [fig. 5]
- capo allineato al corpo
- braccia distese lungo i fianchi evitando punti di contatto
- gambe allineate senza punti di contatto
- ginocchia lievemente flesse (letto articolato e piccolo cuscino) [fig. 5a].



Fig. 5 testiera del letto sollevata di 30°



Fig. 5a ginocchia lievemente flesse

POSIZIONE SEDUTA IN CARROZZINA

Obiettivo:

- evitare punti di contatto tra le cosce e le spondine laterali della carrozzina
- evitare lo scivolamento del bacino in avanti
- migliorare l'autonomia e della relazione della persona
- evitare posizioni scorrette

Materiale occorrente:

- cuscini di varie misure
- cuscino antidecubito

Esecuzione tecnica:

- capo/tronco allineati; se la persona non controlla il tronco o ha deviazioni laterali utilizzare cuscinetti o supporti per correggere la postura [fig. 6]
- braccia appoggiate ai braccioli, su un tavolino posto davanti o su un cuscino [fig. 6a]
- bacino posizionato in fondo al sedile
- gambe posizioanate in modo tale da formare un angolo di circa 90° tra anca-ginocchio-caviglia
- completo appoggio dei piedi sulle pedane [fig. 6b]



Fig. 6



Fig. 6a



Fig. 6b

NOTE

Se la posizione seduta è mantenuta a lungo è preferibile utilizzare:

- poltrona con schienale reclinabile
- carrozzina rigida imbottita
- carrozzina con sistema di postura o basculante [fig. 7]
- carrozzina pieghevole (in ambito domestico) per breve tempo
- **sconsigliato l'utilizzo della comoda** come ausilio per la postura seduta



Fig. 7 carrozzina basculante cambio di posizione da seduto a semisdraiato

BIBLIOGRAFIA

- AISLA *La vita quotidiana, fisioterapia e ausili*. Libretto informativo, Associazione AISLA
 J.V. Basmajian *L'esercizio terapeutico*. Piccin Padova, 1990 IV Ed.
 P.M. Davies *Steps to Follow – Passo dopo passo*. Springer-Verlag, Berlin, 1991
 V. Noto *Il libro di Enea- Manuale di Ausili e cure del paziente geriatrico a domicilio*. UTET- Scienze Mediche Torino, 2003
 Corso di formazione *Ausili per la vita quotidiana nel progetto di autonomia possibile-Metodologia della scelta, conoscenza delle norme vigenti, riorganizzazione domestica-ambientale*. ASL Brescia, 2007
 Corso di formazione *La carrozzina: scieglierla e personalizzarla per la mobilità e la postura*. Milano, 2000