



Università Cattolica del Sacro Cuore  
Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Roma



Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS  
Centro S.Maria della Pace  
Roma

Corso di Perfezionamento  
**Tecnologie per l'autonomia  
e l'integrazione sociale delle persone disabili**  
Anno Accademico 2006/2007

# **Gli ausili nei trasferimenti dei pazienti lungodegenti**

**CANDIDATO: Paolo Tessari**  
*Tipo di elaborato: Unità Didattica*

**Abstract.** *In questa unità didattica si è dato risalto al problema dei trasferimenti dei pazienti ricoverati in lungodegenza. La domanda di movimentazione manuale di tale tipologia di pazienti è strettamente correlata al grado di autonomia dei pazienti stessi. Maggiore è il livello di autosufficienza dei pazienti e minore è la necessità di intervento da parte degli operatori. Dal punto di vista strettamente riabilitativo, la ricerca di una minore richiesta di movimentazione, che trova la sua ragione d'essere nel mantenere o nel non ostacolare l'eventuale miglioramento delle abilità residue, si può ottenere soltanto mediante interventi specifici di tipo rieducativo, con adattamenti ambientali adeguati, con l'adozione di misure organizzative che abbandonino la standardizzazione della movimentazione a favore dell'unicità degli interventi. In tal senso, la stesura di una scheda di movimentazione propria per ogni degente può facilitare molto le procedure. Gli interventi di movimentazione sono condizionati, oltreché dal grado di autonomia dei pazienti, dal livello di conoscenze relative alla movimentazione da parte degli assistenti e dagli ausili disponibili nel luogo di lavoro e di cura. Il corretto impiego degli ausili utili alla movimentazione non consente solo di risolvere nell'immediato il problema "trasferimento" ma, in una visione riabilitativa più globale, migliora di fatto la qualità di vita del paziente, la sua relazione con il care-giver e con l'ambiente.*

**Target.** *La presente unità didattica è rivolta agli operatori di reparto di lungodegenza*

**Obiettivi didattici.** *Migliorare le abilità e le competenze nel trasferimento pazienti; prevenire i rischi professionali che tale procedura può cagionare negli operatori*

**Direttore del corso:  
Responsabile Tecnico Scientifico**

**Prof. Carlo Bertolini  
Ing. Renzo Andrich**

## Introduzione

Gli interventi di movimentazione sono condizionati dal grado di autonomia dei pazienti, dal livello di conoscenze relative alla movimentazione da parte degli assistenti, dalle attrezzature dedicate a disposizione del luogo di lavoro e di cura. Rispetto all'autonomia del paziente, va chiarito che un intervento "eccessivo" da parte di chi assiste può essere causa di perdita delle capacità esistenti mentre una procedura assistenziale adeguata può salvaguardare e, in alcuni casi, persino migliorare il livello delle abilità.

Dal punto di vista riabilitativo, la ricerca della massima autosufficienza possibile del paziente rimane il primo obiettivo da centrare. Maggiore è il livello di autonomia del paziente e minore è la necessità di intervento da parte degli operatori per le attività di spostamento e di trasferimento (Regione Piemonte, 2003). Nel tentativo obbligato di ridurre la richiesta di movimentazione, ci si deve muovere necessariamente su tre fronti:

- migliorare l'autonomia dei pazienti mediante specifici interventi riabilitativi;
- agire sugli adattamenti ambientali affinché la persona con disabilità venga facilitata nell'esplicazione delle sue attività;
- adottare, sul piano organizzativo, una linea di condotta che miri all'unicità degli interventi piuttosto che alla standardizzazione degli stessi.

In tal senso, l'adozione di una scheda di movimentazione trova la sua valida collocazione (Tab. 1).

**Paziente . . . . .**

**Reparto . . . . .**

**Data . . . . .**

<b>Attività di movimentazione</b>	<b>Abilità/difficoltà dell'assistito</b>	<b>Procedura delle manovre</b>	<b>Ausili utilizzati</b>
Spostamento verso bordo letto			
Supino-decubito laterale			
Verso la testiera del letto			
Supino-seduto con le gambe fuori dal letto e viceversa			
Letto-carrozzina			
Carrozzina-letto			
Carrozzina-wc e viceversa			
Carrozzina-vasca da bagno e viceversa			
Riposizionamento su carrozzina			
Seduto- in piedi e viceversa			
Assistenza alla deambulazione			

**Firma per presa visione**

**Team di lavoro**

**Istruttore di Reparto**

**Consulenti formatori**

*Tab. 1 (modificata da Palmisano, 2005)*

Nello stesso tempo, un comportamento superficiale rispetto ai principi della prevenzione relativi ai rischi conseguenti ad una scorretta movimentazione non può che nuocere alla salute dei lavoratori. L'Ergonomia, disciplina che studia la migliore integrazione lavoratore-macchina-ambiente di lavoro, e l'Ergomotricità, insieme di comportamenti psicomotori sicuri-confortevoli-efficaci che l'uomo adotta per il miglior rendimento lavorativo, devono sempre guidare una corretta movimentazione (Sherrer, 1984; Maggi, 1991).

Principi di base da adottare (Battistutta et al, 1998; Palmisano, 2005):

1. valutare attentamente il grado di collaborazione del paziente prima di effettuare qualsiasi manovra di spostamento
2. allargare la base d'appoggio e flettere gli arti inferiori per aumentare la stabilità
3. contrarre isometricamente i glutei per stabilizzare il bacino e prevenire lesioni muscolo-scheletriche
4. tirare e non sollevare il carico in modo da sfruttare il contrappeso dell'operatore nella direzione in cui si tira
5. evitare la torsione del tronco avvicinando il più possibile il corpo del paziente al centro di gravità dell'operatore e disporsi in direzione del movimento
6. chiedere la collaborazione dei colleghi in caso di necessità
7. lavorare in sincronismo con gli altri operatori
8. se possibile, per ridurre l'attrito del letto, far sollevare gli arti superiori e il capo del paziente dal piano del letto durante lo spostamento, inserendo mani e avambracci sotto il corpo del paziente
9. scaricare il peso appoggiando un ginocchio sul letto
10. utilizzare una presa con mano piena e non solo con le dita per esercitare maggiore forza ed evitare trazioni eccessive al paziente
11. utilizzare le stesse tecniche sia per facilitare il lavoro degli operatori che per ottenere maggiore collaborazione dall'assistito
12. abbigliamento comodo
13. in assenza di ausili ergonomici, utilizzare le prese crociate più efficaci e meno rischiose di quelle ascellari

L'aspetto centrale nell'approccio ergonomico alla movimentazione dei pazienti in ambito ospedaliero riguarda le strategie proponibili per prevenire l'insorgenza di patologie del rachide negli operatori sanitari. Per individuare tali strategie è necessario esaminare i fattori di rischio, che possono provocare l'insorgenza di lombalgia, in rapporto alla movimentazione di pazienti. Essi sono (Regione Piemonte, 2003; Baraghini, 2002):

1. il carico eccessivo;
2. scorrette modalità di movimentazione (errate tecniche di esecuzione);
3. problemi connessi alla qualità del carico da movimentare (gestione di pazienti affetti da patologie o disabilità diverse, che richiedono uno specifico approccio);
4. problemi connessi con l'organizzazione del lavoro (coordinamento tra diversi operatori, presenza di ausili e conoscenza del loro utilizzo)

## **Gli ausili**

Gli apparecchi di sollevamento e i sistemi di trasferimento sono ausili che consentono di sollevare o di spostare più facilmente il paziente, diminuendo le sollecitazioni meccaniche sul rachide dell'operatore. Di fronte ad un peso eccessivo, a seconda delle caratteristiche fisiche del paziente e del tipo di movimentazione richiesto, è evidente che lo sforzo di sollevamento dovrà essere o suddiviso tra più operatori o compiuto utilizzando ausili come il sollevamalat.

Il sollevamalat o sollevapersone mobile a imbracatura prevede un sollevamento del paziente realizzato a mezzo di un sistema oleo-dinamico o meccanico oppure mediante un sistema a bassa tensione alimentato da batteria ricaricabile. E' prescrivibile con i seguenti codici del N.T.:

- 12.36.03.003 (oleo-dinamico);
- 12.36.03.006 (alimentato da batteria).

Tra gli aggiuntivi del N.T. vi è la possibilità di prescrizione di una imbracatura ad amaca con la contenzione del capo (12.36.03.103).

Sono numerose le marche presenti sul mercato (Vassilli, Mecc San, Kometa, Vilgo, Liko . . .) con i rispettivi vari modelli (10.78/150, sollevatore oleodinamico, 855200, Lifty e Foldy, Likolight e Viking S.) che differiscono tra loro essenzialmente per dimensioni, peso, portata massima e ripiegabilità.

Le cinture ergonomiche, rivestite di materiale antiscivolo e dotate di maniglie, possono essere applicate al tronco del paziente e fornire una presa più valida nei trasferimenti e nella deambulazione. Molte le marche (Ross, Demarta, Chinesport, Samarit . . .) con i relativi modelli (Fleximove, Easybelt, Flexibelt, Sitwalk, Corsetto transfer chiuso e Cintura transfer aperta, Slide up e Slide up wide . . .). I vari modelli differiscono tra loro per dimensioni, numero di maniglie e specificità di utilizzo. Tali ausili non sono prescrivibili via N.T. e sono rintracciabili nei negozi ortopedici specializzati.

I teli ad alto scorrimento, in materiale a basso attrito, possono ausiliare lo spostamento del paziente a letto oppure il suo trasferimento su altra superficie (es. dalla barella al tavolo operatorio). Le marche principali sono Ross, Demarta, Jenx con numerosi modelli relativi: Movemaster, Minislide, Easyslide, Fleximove telo, Wendylett, Turnsheets, Turnslide, Readysheet, Readyslide, Autoslide, Onewayslide, Sitski. I vari modelli differiscono tra loro per dimensioni e specificità di impiego. Non sono ausili prescrivibili via N.T. ma sono rintracciabili nei negozi ortopedici specializzati.

Le tavolette o assi per trasferimenti consentono la traslazione del paziente tra superfici situate alla stessa altezza; inclinando il paziente su un fianco, si introduce la tavola, vi si adagia il paziente, si sposta la tavola e poi si ripetono simmetricamente le prime due operazioni. La tavoletta di trasferimento Easyglide (Demarta) ed il Disco transfer (Chinesport) sono le principali. Tali ausili non sono prescrivibili via N.T. e sono rintracciabili nei negozi ortopedici specializzati oppure sono facilmente realizzabili artigianalmente con materiali in legno.

Il disco girevole è costituito da materiale plastico, composto da due dischi antisdrucchiolevoli all'esterno e lisci all'interno: quello sottostante è a contatto con il pavimento, quello sopra è mobile e gira sull'altro. E' leggero, maneggevole e sicuro. Turntable (Demarta), Disco duo (Chinesport) e Disco girevole (Samarit) sono i principali esistenti sul mercato. Non è un ausilio prescrivibile via N.T. ma è rintracciabile nei negozi ortopedici specializzati.

Perché l'ausilio sia veramente efficace occorre una sua buona struttura intrinseca, che sia adeguato all'operazione da compiere, che abbia buona integrazione con il resto delle strutture, che sia compatibile con gli spazi e che sia facilmente raggiungibile.

## **Tecniche di esecuzione**

Ai fini preventivi occorre che il personale addetto alla movimentazione dei pazienti sia adeguato come numero di operatori e sia ben addestrato a svolgere i compiti in modo corretto, usando gli ausili in modo appropriato.

Per ridurre il più possibile le errate tecniche di esecuzione, gli studi ergonomici obbligano al rispetto di una serie di regole (Occhi, 2000; Dotte, 1998, Cinotti, 2001; Noto, 2002):

1. conoscenza del proprio corpo (un esercizio molto utile per gli operatori consiste nell'eseguire flessioni ed estensioni delle ginocchia mantenendo la regione lombare a contatto con una superficie di riferimento: rafforzamento dei quadricipiti, miglioramento della percezione della posizione della colonna, facilitazione all'apprendimento di schemi motori favorevoli);
2. training (addestramento pratico a compiere i gesti appropriati; occorre aver provato un nuovo ausilio per apprezzarne le caratteristiche e per acquisire una certa abilità nell'utilizzarlo);
3. rispetto dell'asse vertebrale (far lavorare i corpi vertebrali in compressione con la superficie di contatto più ampia possibile, evitando le inclinazioni e la rotazione del tronco, può essere particolarmente importante nello spostare pazienti poco collaboranti);
4. mantenimento dell'equilibrio (in fase statica, il baricentro deve proiettarsi verticalmente all'interno del contorno esterno dei piedi; in fase dinamica, ad esempio durante il sollevamento di un paziente che rimanga in parte appoggiato, occorre considerare il baricentro dell'insieme "paziente-operatore" che deve proiettarsi entro gli appoggi complessivi ed il più possibile vicino all'operatore per un migliore controllo dell'equilibrio);
5. uso della forza degli arti inferiori e del proprio peso (poiché i muscoli degli arti inferiori sono più potenti di quelli degli arti superiori, è opportuno far ricorso ad essi per imprimere la spinta, nella direzione del movimento, tenendo un piede davanti all'altro e bilanciando il peso);
6. avvicinamento del peso da sollevare (la pressione sul disco intervertebrale nel sollevare un peso aumenta in funzione della distanza del peso stesso; risulta necessario ridurre il più possibile la

- distanza del peso da sollevare; talvolta è fondamentale avvicinarsi al paziente appoggiando, ad esempio, una gamba sul letto);
7. uso di prese adeguate con le mani (se il lavoro muscolare deve essere compiuto dagli arti inferiori e dalla gravità, la precisione della sua applicazione viene mediata dalle mani; una presa avvolgente con il contatto a mano piatta consente di interagire attraverso il massimo di superficie con il paziente da movimentare; occorre proteggere il polso dall'iperestensione ed afferrare un segmento relativamente fisso, non ascella o ginocchio ad esempio);
  8. "qualità" del carico da mobilizzare (occorre tener conto delle fasi della malattia, delle indicazioni poste dagli interventi chirurgici, della comparsa di eventi correlati alla malattia come, ad esempio, le crisi di spasticità);
  9. collaborazione del paziente (la mancata collaborazione di un paziente può dipendere da disturbi fisici ma anche da deficit comunicativi, cognitivi e comportamentali; nel trattare pazienti parzialmente disabili è preferibile, anche nell'interesse dello stesso paziente, sollecitarlo ad un contributo personale alla mobilizzazione piuttosto che sollevarlo di peso);
  10. organizzazione del lavoro (abbigliamento adeguato, buona interazione tra gli operatori, spazi adeguati, addestramento alla movimentazione ed all'utilizzo degli ausili effettuato a tutti gli operatori, mantenimento in buono stato degli ausili stessi).

#### SPOSTAMENTO VERSO IL BORDO DEL LETTO (soggetto non collaborante)

##### Manovra manuale con traversa di stoffa (2-4 operatori)

1. arrotolare la traversa il più vicino possibile al paziente
2. spostare il paziente impugnando la traversa a livello di spalle e bacino
3. allargare la base d'appoggio
4. seguire la direzione dello spostamento dell'assistito

##### Manovra con i teli di scivolamento (1-2 operatori)

1. collocare un piede davanti all'altro, flettere le ginocchia e spostarsi nella stessa direzione del paziente
2. abbassare la propria base d'appoggio mentre si sposta il paziente
3. far strisciare il telo senza sollevarlo

#### SPOSTAMENTO DALLA POSIZIONE SUPINA AL DECUBITO LATERALE (soggetto non collaborante)

1. preparare il paziente per la rotazione
2. ruotare il paziente posizionando le mani sulla spalla e anca controlaterali
3. tirare spostandosi nella stessa direzione del paziente con un piede posto davanti all'altro
4. se necessario, scaricare il peso appoggiando un ginocchio sul piano del letto

#### SPOSTAMENTO VERSO LA TESTIERA DEL LETTO

##### Con la traversa di stoffa (2-4 operatori; soggetto non collaborante)

1. abbassare la testiera e togliere i cuscini
2. arrotolare la traversa il più vicino possibile al paziente
3. spostare il paziente impugnando la traversa a livello di spalle e bacino
4. chiedere l'eventuale intervento di altri operatori se necessario
5. allargare la base d'appoggio
6. seguire la direzione dello spostamento del paziente

##### Con il trapezio (1-2 operatori; soggetto parzialmente collaborante)

1. formulare correttamente la richiesta di collaborazione

##### Varianti:

- l'operatore blocca i piedi del paziente, mentre il paziente solleva il bacino, e scarica il peso del proprio corpo ponendo un ginocchio sul letto;
- l'operatore aiuta il paziente a sollevare il bacino e, allargando la propria base d'appoggio, sposta il proprio peso da un piede all'altro

##### Manovra manuale con presa crociata (2 operatori; soggetto parzialmente collaborante)

- applicare tale manovra solo se il paziente non è pesante
- posizionare il ginocchio dell'operatore sul letto

- presa crociata sugli avambracci del paziente
  - afferrare gli arti inferiori del paziente in prossimità delle anche
- Manovra con il sacco o telo piccolo di scivolamento (2 operatori)
- è sufficiente allargare la base d'appoggio ma, se il paziente è pesante, gli operatori devono collocare il proprio ginocchio sul letto;
  - presa crociata sugli avambracci del paziente;
  - afferrare gli arti inferiori del paziente in prossimità delle anche;
  - far strisciare il paziente senza sollevarlo

#### PASSAGGIO DALLA POSIZIONE SUPINA A QUELLA SEDUTA CON LE GAMBE FUORI DAL LETTO (1-2 operatori; soggetto non collaborante)

- sollevare la testata del letto;
- aiutare il paziente a ruotare sul fianco prima di sollevarsi e poi a portare le gambe fuori dal bordo del letto;
- allargare la base d'appoggio ed usare il proprio corpo come contrappeso durante il sollevamento;
- compiere il sollevamento facendo ruotare il paziente sull'anca a contatto del letto (in assenza di controindicazioni);
- il secondo operatore collabora durante il sollevamento del tronco del paziente e lo sorregge una volta seduto se necessario

Nel soggetto parzialmente collaborante, agire come sopra con in più la possibilità di offrire la mano al paziente durante il sollevamento

#### TRASFERIMENTO LETTO – CARROZZINA E VICEVERSA

Obbligo di utilizzo del sollevatore se il paziente non è in grado di sorreggersi sugli arti inferiori

#### TRASFERIMENTO LETTO-CARROZZINA E VICEVERSA (1 operatore; soggetto parzialmente collaborante)

- formulare correttamente la richiesta di collaborazione, avvicinare la carrozzina e frenarla;
- indossare o far indossare le calzature al paziente e far poggiare i piedi a terra;
- bloccare il paziente con il proprio corpo (piede-piede, ginocchio paziente-faccia interna della coscia operatore);
- flettere le ginocchia ed allargare la base d'appoggio;
- far posizionare le mani del paziente sulle spalle dell'operatore;
- afferrare il paziente ponendo le mani intorno alla vita

Manovra con ausili ergonomici (disco girevole, fascia e cintura)

#### MANOVRA DI RIPOSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE SEDUTO

(2 operatori; soggetto non collaborante)

- effettuare lo spostamento con presa crociata per spostare indietro il paziente: i 2 operatori sono ai lati del paziente;
- allargare la base di appoggio

(1 operatore; soggetto parzialmente collaborante)

- invitare il paziente a flettere capo e tronco in avanti, ad appoggiare le mani sui braccioli e a spingere il bacino indietro;
- alzare i poggipiedi se necessario per facilitare la manovra e riabbassarli successivamente

#### PASSAGGIO POSTURALE DA SEDUTO IN PIEDI

(soggetto parzialmente collaborante; 1-2 operatori)

- frenare la carrozzina;
- sollevare i poggipiedi e d abbassare i poggiamambe della carrozzina;
- far flettere le ginocchia al paziente fino ad almeno 90°;
- bloccare piedi e ginocchia del paziente se necessario;
- chiedere al paziente di spostare tronco e capo in avanti poggiando le mani sui braccioli dell'ausilio o sulle mani/avambracci dell'operatore;
- se gli operatori sono 2 si collocano ai lati del paziente;

- in statica eretta il paziente è sostenuto con una mano sotto l'ascella e con l'altra mano dell'operatore a palmo aperto per offrire una maggiore superficie d'appoggio alla mano del paziente;
- la stessa procedura si applica se viene impiegata una fascia ergonomica

#### ASSISTENZA ALLA DEAMBULAZIONE

(soggetto parzialmente collaborante; 1-2 operatori)

- porsi lateralmente al paziente;
- sostenere il paziente con una mano sotto l'ascella e l'altra mano rivolta verso l'alto ad offrire l'appoggio alla mano del paziente;
- nel caso si utilizzi una cintura ergonomica, una mano dell'operatore viene posta sulla cintura a livello del bacino del paziente.

### Bibliografia

1. Noto V: *Manuale di ausili e cure del paziente geriatrico a domicilio*. Torino: UTET, 2002
2. Palmisano A: *La movimentazione manuale dei carichi durante l'assistenza a persone disabili*. Torino: Il Pennino, 2005
3. Battistutta S, Casalis L, Palmisano A: *La movimentazione manuale dei carichi durante l'assistenza a persone disabili*. Torino: Il Pennino, 1998
4. Dotte P: *Methodes de manutention manuelle des malades*. Paris: Maloine, 1998
5. Sherrer J: *Manuale di fisiologia del lavoro*. Milano: Masson, 1984
6. Maggi B: *Lavoro organizzato e salute*. Torino: Tirrenia Stampatori, 1991
7. Occhi E: *Cinesiologia IV*. Roma: Sei, 2000
8. Cinotti R: *La qualità nella sanità. Manuale della qualità*. Milano: Conti e De Risi, 2001
9. Baraghini G, Trevisani B, Roli L: *Le ISO 9000 in sanità*. Milano: Angeli, 2002
10. Regione Piemonte: *L'approccio ergonomico alla movimentazione manuale dei carichi. Corso Regionale Operatori Sanitari*. Torino: Arti Grafiche Giaccone, 2003

### Sitografia

1. [www.fiog.it](http://www.fiog.it)
2. [www.superabile.it](http://www.superabile.it)
3. [www.medlab.it](http://www.medlab.it)
4. [www.siva.it](http://www.siva.it)