



Azienda Ospedaliera
Ospedali Riuniti Marche Nord
Unità Operativa Complessa Riabilitazione

EDUCAZIONE TERAPEUTICA E ADDESTRAMENTO DEL CAREGIVER

ASSISTENZA ALLA PERSONA
CON RIDOTTA MOBILITA' DEL CORPO



**Opuscolo
informativo**

Edizione Maggio 2020

Questo opuscolo si propone di accompagnare il paziente ed il caregiver con interventi educativi e di supporto partendo da informazioni clinico-assistenziali di base.

Lo scopo consiste nel far acquisire e sviluppare abilità e comportamenti specifici per la gestione della sindrome da "ridotta mobilità globale del corpo".

Che cosa è la sindrome da ridotta mobilità globale del corpo

Consiste in un complesso di segni e sintomi a carico prevalentemente delle strutture osteo-articolari e muscolari che si manifesta quando una persona è costretta all'immobilità (a letto o altro tipo di decubito obbligato) per un lungo periodo.

Quali sono le cause

Eventi traumatici a carico delle strutture ossee (ad esempio frattura di femore), complicanze di patologie neuromuscolari (Gravi Cerebrolesioni Acquisite con stato di Coma, Ictus Cerebrovascolare, Morbo di Alzheimer, Demenza, Morbo di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla, Distrofia Muscolare...) o di patologia cardio-respiratorie (Scompenso Cardiaco, Infarto, BPCO, Polmonite...) o patologie oncologiche ed ematologiche.

Quali sono i rischi per la salute

- **Danni motori con limitazione della capacità di movimento:** riduzione della massa muscolare e della forza globale, maggiore agli arti inferiori; incremento della rigidità articolare con conseguente comparsa di dolore; retrazioni muscolari ovvero "accorciamento" dei muscoli che perdono di elasticità; peggioramento dell'osteoporosi; facile affaticabilità e ridotta tolleranza allo sforzo; riduzione/perdita dell'autonomia precedente nelle diverse prestazioni: passaggi posturali, trasferimenti, cammino ed attività di vita quotidiana.

- **Danni cutanei:** rischio di formazione di piaghe da decubito.
- **Danni cardio-vascolari e respiratori:** dispnea (sensazione di fiato corto) soprattutto in soggetti con patologie di natura cardio-respiratoria; calo della pressione con capogiri e senso di debolezza al minimo sforzo; insorgenza di bronchiti e/o polmoniti in quanto la posizione distesa (supina, ovvero a pancia sopra) provoca una riduzione dell'espansione dei polmoni e un aumento del ristagno di secrezioni bronchiali; rischio di trombosi venosa.
- **Problemi all'apparato digerente:** malnutrizione, condizionata dal fatto che la posizione supina può rendere difficoltosa sia l'introduzione di cibo sia la deglutizione, inoltre la mancanza di attività fisica può ridurre l'appetito; stitichezza sino alla formazione di fecalomi (feci molto dure e difficili da espellere), legata ai tempi di transito gastrointestinale prolungati.
- **Problemi cognitivo-comportamentali:** episodi di disorientamento, confusione ed agitazione fino ad arrivare al delirium con possibile comparsa di allucinazioni (più evidenti in pazienti anziani o con precedenti problematiche di ordine neurologico); depressione del tono dell'umore; timore di cadere e demotivazione, entrambe condizioni che inducono i pazienti a trascorrere sempre più tempo in poltrona o a letto.

Cosa si può fare se il soggetto è costretto a restare a letto

- 1.** Corretto allineamento posturale
- 2.** Variazioni frequenti del decubito (quando possibile)
- 3.** Precoce recupero della posizione seduta
- 4.** Successivo ed eventuale trasferimento letto-carrozzina e recupero della stazione eretta

1. Corretto allineamento posturale

Un allineamento corporeo corretto è sempre un allineamento in “posizione neutra” in modo da ridurre lo sforzo delle strutture muscolo-scheletriche ed i rischi di lesioni; si contribuisce a mantenere tono muscolare adeguato, equilibrio e conservazione dell'energia.

Che cosa è il decubito

Consiste nella posizione che un individuo assume quando il corpo è appoggiato su una superficie orizzontale e viene denominato in seguito alla porzione del corpo che resta a contatto con tale superficie: supino (pancia sopra), prono (pancia sotto), laterale.

Come effettuare un corretto allineamento posturale

- Letto completamente piatto
- Capo appoggiato su un cuscino, non troppo flesso e ben allineato sulla linea mediana
- Arti superiori posizionati lungo il corpo mantenendo il più possibile gomito, polso e dita estese
- Arti inferiori mantenuti allineati e paralleli con alluci che guardano verso l'alto per evitare la rotazione esterna; le anche e le ginocchia mantenute in lieve flessione (ad esempio mediante posizionamento di un asciugamano sotto le ginocchia); i piedi rimangano ad angolo retto rispetto la

caviglia eventualmente con la pianta del piede poggiata ad un cuscino, per evitare la flessione plantare e scivolamenti (vedi Fig.1)

Fig.1



Come posizionare il paziente in decubito laterale

- Letto completamente piatto
- Capo appoggiato su un cuscino in posizione allineato con il tronco
- Tronco leggermente ruotato all'indietro e stabilizzato da un cuscino posto dietro la schiena fino al bacino
- Arti superiori: un arto portato in avanti con spalla a 90° di flessione e con braccio completamente esteso, l'altro arto mantenuto rilassato lungo il corpo
- Arti inferiori: l'arto appoggiato sul piano del letto mantenuto con l'anca estesa e il ginocchio leggermente flesso, l'altro posizionato su un cuscino e leggermente in avanti rispetto al controlaterale mantenendo l'anca ed il ginocchio leggermente flesse (vedi Fig. 2).

NB: Stessa cosa in caso di posizionamento del paziente sull'altro lato.

Fig.2



Durante gli spostamenti in decubito laterale:

- Se il **paziente è collaborante** va incentivato a portare gli arti superiore e inferiore del lato opposto verso il caregiver che presta assistenza.
- Se il **paziente è totalmente dipendente** il caregiver guida il movimento di posizionamento sul lato a livello della spalla e anca controlaterale (vedi Fig. 3)

Fig. 3



Come rendere più facili per il caregiver i cambi posturali nel paziente allettato o scarsamente collaborante

- E' consigliabile l'utilizzo di una "traversa" di cotone, posta sotto il tronco e il bacino della persona; in questo modo si facilitano i cambi di posizione in tutte le direzioni: in alto, lateralmente e verso il bordo del letto (vedi Fig.4)

Fig. 4





Cosa evitare:

- Sfregamenti della cute durante i cambi posturali
- Afferrare il paziente per le braccia o per i vestiti

Indicazioni utili per il caregiver

- Mantenere, durante gli spostamenti nel letto, la base d'appoggio ampia, allargando i piedi e tenendo sempre le ginocchia leggermente flesse (vedi Fig. 5)
- Durante gli sforzi "sfruttare" la flessione e l'estensione delle ginocchia senza utilizzare la schiena

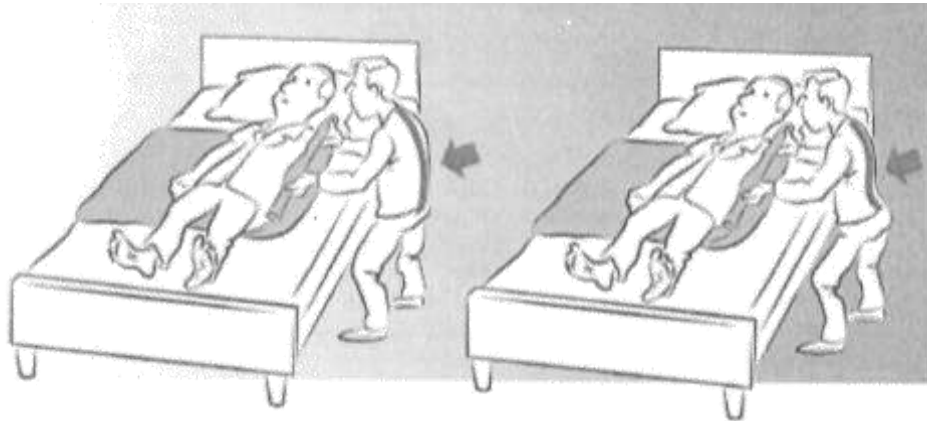


Fig. 5



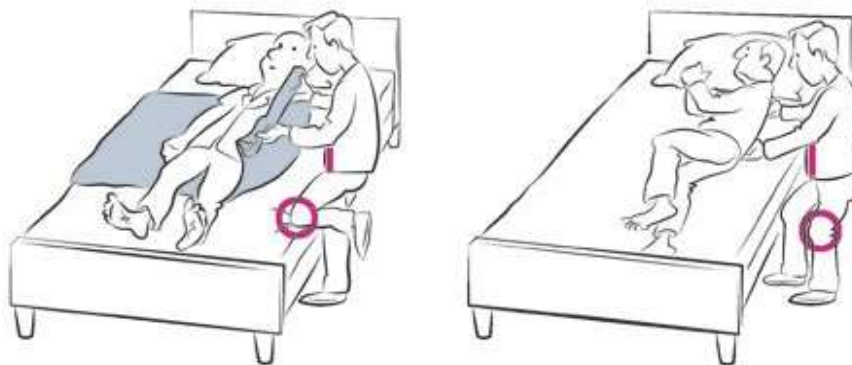
- Mentre si assiste una persona nei cambiamenti di posizione la schiena non deve essere inarcata e non bisogna lasciare la pancia in fuori ma contrarre gli addominali (vedi Fig. 6)

Fig. 6



- Importante è contrarre la muscolatura addominale e, dove possibile, appoggiare un ginocchio sul letto (vedi Fig. 7)

Fig. 7



2. Variazioni frequenti del decubito

Quanto effettuare le variazioni del decubito?

La posizione deve variare più volte nella giornata (decubito supino e laterale destra e sinistra) ogni 2-3 ore circa



ATTENZIONE: NON MANTENERE PER UN TEMPO PROLUNGATO (oltre le 2-3 ore) LA STESSA POSIZIONE

3. Precoce recupero della posizione seduta

E' **IMPORTANTE** perché il paziente:

- Si orienta di più
- Interagisce con l'ambiente e collabora in maggior misura
- Respira con più facilità
- Mangia e digerisce meglio
- Si prepara per stare poi in piedi



E' preferibile che:

- Il recupero della posizione seduta avvenga **gradualmente**, iniziando con le gambe sul letto e successivamente con le gambe fuori dal letto
- Per **tempi progressivamente più lunghi**

E' controindicato se compare:

- Sudorazione importante
- Capogiri
- Sensazione di fiato corto
- Febbre
- Malessere generale/affaticamento
- Dolore eccessivo a riposo o alla mobilizzazione



Come posizionare il paziente seduto a letto

- Letto con schienale regolato in modo tale che il tronco sia mantenuto il più dritto possibile posizionando, se necessario, un cuscino a livello lombare per ottenere una postura migliore
- Capo non sostenuto ma libero di muoversi
- Anca mantenuta a 90° di flessione con il peso distribuito su entrambe le natiche
- Arti superiori posizionati in avanti con gomiti in appoggio su un tavolino, eventualmente utilizzando un cuscino (vedi Fig. 8)

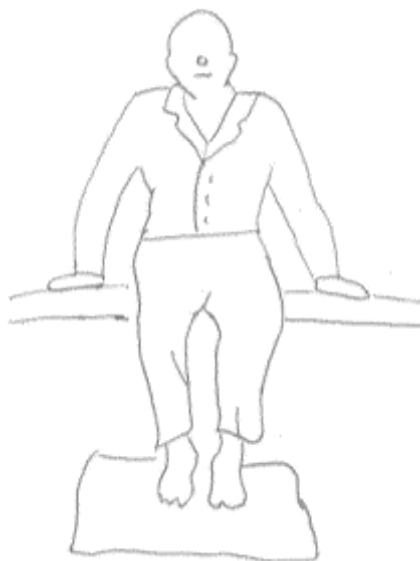
Fig. 8



Come posizionare il paziente seduto con le gambe fuori da letto e piedi appoggiati a terra

- Capo non sostenuto ma libero di muoversi
- Tronco: eretto, se necessario posizionare un cuscino dietro la schiena per facilitare il mantenimento di tale postura
- Anca mantenuta a 90° di flessione con il peso distribuito su entrambe le natiche
- Ginocchia flesse a 90° e pianta del piede ben appoggiata sulla superficie di appoggio, mantenendo un angolo di 90° tra caviglia e piede
- Arti superiori posizionati liberi lungo i fianchi o con le mani appoggiate sopra le cosce o in alternativa, per stabilizzare meglio il soggetto, posizionare entrambi gli arti sopra una superficie di appoggio, ad esempio un tavolino eventualmente con interposizione di un cuscino (come da immagine precedente) (vedi Fig. 9)

Fig. 9



Come effettuare lo spostamento dal decubito supino a quello seduto con gambe fuori dal letto

- Il paziente è posizionato in decubito laterale
- Il personale di assistenza dirige il movimento sostenendo l'anca e guidando la spalla controlaterale; se il paziente è in grado di collaborare potrà aiutare spingendo sul bordo del letto con il braccio
- Una volta raggiunta la posizione seduta il paziente dovrà spostarsi in avanti con il bacino facendo scivolare prima una natica e poi l'altra aiutandosi con le braccia (vedi Fig. 10)

Fig. 10



4. Successivo ed eventuale trasferimento letto-carrozzina e recupero della stazione eretta

Come effettuare il passaggio dalla posizione seduta alla stazione eretta

- Si parte dalla posizione seduta con piedi allineati e ben aderenti al suolo
- Si invita il soggetto a spostarsi in avanti con il capo e il tronco per cui automaticamente il peso del corpo verrà trasferito sugli arti inferiori

- Il personale di assistenza si posizionerà a lato del soggetto aiutandolo a sollevarsi e ad assumere la stazione eretta guidando il movimento a livello della spalla e braccio omolaterale e contemporaneamente invitandolo, se è in grado, a spingersi con la mano controlaterale
- Durante tale procedura è possibile utilizzare anche ausili (bastone, deambulatore..) se è necessario (vedi Fig. 11)

Fig. 11



Come effettuare il passaggio letto carrozzina

Mentre il paziente è già posizionato seduto con le gambe fuori dal letto, il **caregiver** deve:

- Sistemare la carrozzina vicino al letto, bloccare le ruote ed alzare i poggia-piedi della carrozzina
- Posizionare le mani sotto le ascelle del paziente per stimolare l'elevazione del bacino (oppure una variante può consistere nel posizionare ambedue le mani a livello del bacino)
- Flettere gli arti inferiori, posizionando ambedue le ginocchia e i piedi frontalmente al ginocchio del paziente, per mantenerlo sotto controllo ed evitare uno slittamento in avanti

Il **paziente** deve:

- Flettere anteriormente il capo ed il tronco, verso il caregiver
- Staccare parzialmente il sedere dal piano del letto, estendendo le ginocchia e mantenendo il tronco piegato in avanti
- Ruotare verso la carrozzina facendo piccoli passi e mantenendo tronco e capo in avanti, finché non toccherà con la parte posteriore del ginocchio il piano di seduta della carrozzina
- Portare le mani verso i braccioli della sedia
- Dirigere il bacino in fondo alla seduta, onde evitare ulteriori sollevamenti per un aggiustamento (vedi Fig. 12)

Fig.12



Indicazioni utili per il caregiver

- Durante il trasferimento del paziente, il caregiver deve mantenersi sempre di fronte al tronco del paziente
- Modificare sempre la sua base di appoggio durante tutto il trasferimento al fine di evitare di eseguire movimenti di torsione o inclinazione del tronco



Come aiutare il paziente a camminare

- E' necessario che il caregiver si ponga al fianco del paziente con le mani in appoggio come da figura
- Guidando con le mani il paziente, lo si invita a trasferire il carico prima su un arto e poi sull'arto
- Se necessario si può ricorrere all'utilizzo di un ausilio (come deambulatore) (vedi Fig. 13)

Fig. 13



E' **IMPORTANTE** che il paziente abbia:

- **Calzature adeguate** (vedi Fig. 14)
- **Ausilio più adatto** (vedi Fig.15)



Fig. 14



Fig. 15



Consigli per l'assistenza alla persona parzialmente autonoma

Il caregiver deve:

- guidare e stimolare la collaborazione/partecipazione attiva del paziente al programma di posizionamento e mobilizzazione
- rispettare le effettive e realistiche potenzialità del paziente
- ricordare che le attività di vita quotidiana costituiscono una vera e propria riabilitazione al fine raggiungere la maggiore autonomia possibile



Il caregiver **non deve mai** sostituirsi al paziente

Come effettuare l'igiene intima e/o eliminazione urinaria e fecale in soggetto allettato

- Preparare su un ripiano adiacente il letto tutto il necessario (brocca con acqua e sapone, spugna, salvietta, biancheria intima pulita) quindi far assumere alla persona la posizione ginecologica (vedi Fig. 16)
- In posizione supina, far piegare le gambe alla persona in modo tale che la pianta dei piedi appoggi sul letto, quindi far sollevare il sedere e posizionare la padella (vedi Fig. 17)
- L'igiene si esegue versando l'acqua dalla brocca con una mano ed effettuando la pulizia con l'altra, partendo dalla zona perigenitale e procedendo verso l'ano
- Per l'eliminazione di urine e feci procedere con le indicazioni sopra elencate posizionando la padella (come per il bidet a letto) per la donna o il pappagallo per l'uomo. Nel caso della defecazione andrà utilizzata la padella sia per uomo sia per donna.

Fig. 16



Fig. 17



Come effettuare l'igiene completa nel soggetto allettato

- Preparare su un ripiano adiacente il letto tutto il necessario (brocca con acqua e sapone, spugna, salvietta, biancheria intima pulita) quindi scoprire il soggetto fino alla cintola e spogliarlo
- Effettuare quindi l'igiene del viso, del torace e delle braccia, ponendo particolare attenzione alla zona sotto-ascellare, sotto-mammaria e ombelicale, soprattutto nelle persone obese o in sovrappeso; procedendo in modo da lavare, sciacquare ed asciugare
- Far ruotare il soggetto sul fianco (vedi indicazioni sopra) e procedere al lavaggio del dorso e della regione lombosacrale e poi fargli indossare la maglietta intima
- A questo punto scoprirlo completamente ed eseguire il lavaggio degli arti inferiori, quindi procedere all'igiene intima, utilizzando se possibile la tecnica del bidet a letto; nel caso in cui non sia possibile procedere all'igiene intima utilizzando una spugna non troppo imbevuta d'acqua
- Effettuare infine il cambio della biancheria del letto: togliere le lenzuola e sostituirle facendo ruotare il soggetto prima su un lato e poi sull'altro.

Opuscolo realizzato
dall'Unità Operativa Complessa
di **Riabilitazione** dell'A.O. Marche Nord
Direttore: Dr.ssa Marina Simoncelli

Composizione a cura di:

Dr.ssa Benedetta Emanuelli, Dr.ssa Lucia
Paoloni, Dr.ssa Marina Simoncelli

*In collaborazione con l'Ufficio Relazioni
con il Pubblico*

CONTATTI UTILI

Nel caso abbiate necessità di contattare il
personale dell'Unità Operativa di
Riabilitazione

Tel. 0721.882360

Fax: 0721.882269

E-mail:

medicinariabilitativa@ospedalimarchenord.it



Per consultare gli altri opuscoli informativi realizzati dall'Unità di Riabilitazione
visitare il sito **www.ospedalimarchenord.it** alla sezione
/cerca-reparti-e-servizi/riabilitazione/opuscoli informativi



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Ospedaliera
Ospedali Riuniti Marche Nord
www.ospedalimarchenord.it**