

## INDICE

1. SCOPO.....	3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE .....	3
3. RESPONSABILITÀ.....	3
4. LISTA DI DISTRIBUZIONE.....	3
5. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI .....	4
6. DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO .....	4
7. RIFERIMENTI.....	5
O.MENONI, M.G. RICCI., D. PANCIERA, N. BATTEVI, D. COLOMBINI, E. OCCHIPINTI, A. GRECO. ATTI DEL CONVEGNO SU "LA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI PAZIENTI NEI REPARTI DI DEGENZA DELLE STRUTTURE SANITARIE: VALUTAZIONE DEL RISCHIO, SORVEGLIANZA SANITARIA E STRATEGIE PREVENTIVE" MILANO, 1998, MED LAV 1999; 90, 2	
5	
8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	6
PREMESSA.....	6
9. DEFINIZIONI .....	8
10. LA MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI.....	8
11. VALUTAZIONE DEI RISCHI.....	10
12. CONTROLLO DELLE INFEZIONI .....	11
13. LINEE GUIDA GENERALI .....	12
15. L'AMBIENTE DI LAVORO .....	13
<i>Camere di degenza</i> .....	13
<i>Piani</i> .....	13
<i>Corridoi</i> .....	13
<i>Unità operative (ad es. radiologia, sala operatoria, ecc.)</i> .....	14
<i>Altro</i> .....	14
16. IL PAZIENTE.....	14
17. LE ATTREZZATURE ERGONOMICHE.....	15
<i>Letti</i> .....	15
<i>Barelle</i> .....	16
<i>Carrozze e Comode</i> .....	17
<i>Attrezzature per l'igiene assistita</i> .....	17
18. GLI AUSILI .....	18
<i>Sollevamento</i> .....	19

Sollevapazienti mobili a corsetto .....	21
Sollevapazienti mobili multifunzione .....	22
Sollevapazienti attivi.....	22
Sollevapazienti a rotaia.....	23
Corsetti.....	25
<b>19. TRASFERIMENTO LATERALE .....</b>	<b>26</b>
<b>20. SISTEMI DI TRASFERIMENTO .....</b>	<b>26</b>
<b>21. MATERASSINI CON TELO ROTANTE .....</b>	<b>27</b>
ROLLBORD.....	28
<b>22. ASSI RIGIDE.....</b>	<b>32</b>
<b>23. MATERASSINI TUBOLARI MORBIDI.....</b>	<b>36</b>
<b>24. RIPOSIZIONAMENTO, DEAMBULAZIONE, MANIPOLAZIONE .....</b>	<b>37</b>
<b>25. CINTURE ERGONOMICHE.....</b>	<b>38</b>
<b>26. FASCE E TELI ERGONOMICI CON MANIGLIE .....</b>	<b>40</b>
<b>27. DISCHI GIREVOLI.....</b>	<b>43</b>
<b>28. TELI AD ALTO SCORRIMENTO .....</b>	<b>46</b>
<b>29. MATERASSINI TUBOLARI MORBIDI AD ALTO SCORRIMENTO.....</b>	<b>49</b>
<b>30. SVOLGIMENTO ATTIVITÀ QUOTIDIANE .....</b>	<b>52</b>
<b>31. ALTRI SUGGERIMENTI.....</b>	<b>56</b>
LA SELEZIONE DEGLI AUSILI E LA SELEZIONE DEL FORNITORE RAPPRESENTANO MOMENTI FONDAMENTALI NEL PROCESSO DI IMPLEMENTAZIONE DI UNA POLITICA DI PREVENZIONE DEI RISCHI ASSOCIATI ALLA MOVIMENTAZIONE DEI CARICHI .....	
<b>32. CONCLUSIONI.....</b>	<b>59</b>
<b>33. INDICATORI DI MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DELLA PROCEDURA.....</b>	<b>60</b>

REV.	REDATTA DA DS		VERIFICATA RQ		APPROVATA DS	
	DATA	FIRM A	DATA	FIRM A	DATA	FIRM A
00	05.10.2017	//	08.10.2017	//	10.10.2017	//
01	25.09.2022	//	28.09.2022	//	29.09.2022	//
02	26.01.2023	//	28.01.2023	//	01.02.2023	//
03	09.05.2023	<i>Testa C. Deccina</i>	09.05.2023	<i>Cefaligues Carlo</i>	09.05.2023	<i>Testa C. Deccina</i>

## 1. SCOPO

Il presente documento illustra nel dettaglio le modalità che devono essere seguite nello svolgimento di alcune attività che hanno diretto impatto sulla sicurezza del paziente e sulla qualità della prestazione sanitaria, nonché il piano di lavoro quotidiano di infermieri ed ausiliari.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le attività di gestione di mobilizzazione dei pazienti afferenti le cure domiciliari integrate di I, II e III livello.

## 3. RESPONSABILITÀ

Il responsabile della corretta attuazione di questo protocollo PT.8.5.ASS\_13 è il Direttore Tecnico.

La responsabilità nell' esecuzione delle attività è affidata ai seguenti operatori:

RESPONSABILITÀ	ATTIVITÀ
Infermiere (R)	Valutazione dell'autonomia del paziente e del bisogno di movimentazione
	Valuta il rischio da movimentazione manuale
Operatore Socio Sanitario ( C )	Collabora provvedendo alle necessità di movimentazione del paziente

## 4. LISTA DI DISTRIBUZIONE

- Direttore Sanitario;
- Responsabile Qualità;
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione;
- Fisioterapisti;
- Infermieri;
- Ausiliari;
- Presidente CdA;
- Consiglieri Delegati;
- Direttore Amministrativo;
- Direttore Operativo;
- Direttore Tecnico;
- Responsabile Formazione;
- Responsabile Qualità;
- Coordinatore Infermieristico;
- Coordinatore Fisioterapisti;

- Coordinatore Amministrativo;
- Tutti gli operatori domiciliari.

## **5. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI**

- ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
- DS: Direttore Sanitario
- DO: Direttore Operativo
- DT: Direttore Tecnico
- RF: Responsabile Formazione
- RQ: Responsabile Qualità
- CI: Coordinatore Infermieristico
- CFKT: Coordinatore Fisioterapisti
- PR: Presidente
- CD: Consigliere Delegato
- DA: Direttore Amministrativo
- CA: Coordinatore Amministrativo
- RU: Responsabile URP
- RIC: Responsabile Prevenzione delle ICA

## **6. DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO**

Nello specifico tutti i documenti del sistema organizzativo quindi non solo quelli inerenti il sistema di qualità sono diffusi e condivisi tra gli operatori nelle seguenti modalità:

- Avviso per mail a tutti gli operatori interessati dal tema dell'introduzione di nuovi documenti
- Condivisione del documento tramite drop box; il documento sarà salvato in PDF per tutelarne la protezione e l'immodificabilità
- Ogni operatore avrà delle credenziali di accesso alla cartella condivisa
- Eventuali documenti che hanno una valenza pubblica (che possono e/o devono essere conosciuti da tutti) potranno essere anche pubblicati nel sito web.

Per quanto riguarda la stesura dei documenti del sistema di Gestione per la qualità e l'accreditamento sarà l'ufficio qualità che supporterà i servizi interessati ad elaborare tali procedure. Lo stesso ufficio si occuperà di distribuire per mail alle centrali operative i nuovi documenti e, a loro volta, si occuperanno di farli pervenire a tutti gli operatori.

L'operatore, una volta ricevuto il documento, dovrà scaricarlo il contenuto ed inviare l'ok di avvenuta ricezione alla centrale operativa inviante.

## 7. RIFERIMENTI

- O.Menoni, M.G. Ricci., D. Panciera, N. Battevi, D. Colombini, E. Occhipinti, A. Greco. Atti del convegno su "La movimentazione manuale dei pazienti nei reparti di degenza delle strutture sanitarie: valutazione del rischio, sorveglianza sanitaria e strategie preventive" Milano, 1998, Med Lav 1999; 90, 2
- Betta, E. Mossini, D. Uber, R. Zamboni La movimentazione dei pazienti nelle strutture assistenziali e sanitarie, Edizioni Vincenti Audiovisivi, 1998.
- P.Gaia, Ergoterapia del Centro Riabilitazione Sementina (Svizzera)., "Carrozzina: come promuovere l'autonomia". Il Fisioterapista, n. 3, maggio-giugno 2002
- Mosè Garbui. 2000. Ergonomia ed ergomotricità nella movimentazione dei pazienti. Quaderni AITR 29, 1: 38-39 Riccardo Schiffer. Dalla presa alla movimentazione, Edizioni Nettuno, 1997
- Guido Sacchetti. Opuscolo per la formazione ASA "L'assistenza all'emiplegico",
- Manuale di ausili e cure del paziente geriatrico a domicilio, Quaderni Home Care a cura di V. Noto, UTET
- Beukes, H. 2002. Walking belts: The proper use of transfer devices. The Safe Angle: Perspectives on Health and Safety (January) 4-6, 18.
- Bynum, H., and J. Rogers. 1987. The use and effectiveness of assistive devices possessed by patients seen in home care.
- Occupational Therapy Journal of Research 7:181-191.
- Bohannon, R. 1999. Horizontal transfers between adjacent surfaces: Forces required using different methods. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 80 (July): 851-853.
- Edlund, C., K. Harms-Ringdahl, and A. Seiger. 1998. Lift/transfer and technical aids for persons with severe acquired brain injury.
- Scandinavian Journal of Caring Science 12:154-159.
- Engkvist, I., E. Hjelm, and M. Hagberg. 2000. Patient transfers and the preventive effects for over-exertion back injury of training and use of transfer devices among nursing personnel. Proceedings of the IEA 2000/HFES 2000 Congress 5-427-9.
- ErgoWorks Inc. PHIL-E-SLIDE training information. <www.phil-e-slide.com>
- Feletto, M., and W. Graze. 2001. A back injury prevention guide for health care providers. California: CAL/OSHA. <www.dir.ca.gov> Fragala, G., et al. 2001. Patient care ergonomics resource guide: Safe patient handling and movement. Tampa: VISN 8 Patient Safety Center of Inquiry. <www.patientsafetycenter.com>
- Garg, A. 1991. A biomechanical and ergonomic evaluation of patient transferring tasks: Bed to wheelchair and wheelchair to bed.
- Ergonomics 34 (3): 289-312.
- Greveling, P., and W. Bohannon. 2001. Reduced push force accompany device use during sliding transfers of seated subjects. Journal of Rehabilitation Research and Development 38 (1) (January/February): 135-139.
- Health and Safety Executive. 2001. Handling home care: Achieving safe, efficient and positive outcomes for care workers and clients.

- Sudbury, UK: HSE Books.
- Lloyd, P., et al. 1997. The guide to the handling of patients: Introducing a safer handling policy. Revised 4th ed. Teddington, UK: National Back Pain Associations in collaboration with the Royal College of Nursing.
- Transfer Assist Devices for the Safer Handling of Patients • 22 Owen, B., A. Garg, and R. Jensen. 1992. Four methods for identification of most back-stressing tasks performed by nursing assistants in nursing homes. International Journal of Industrial Ergonomics 9:213- 220.
- Pain, H., S. Jackson, D. L. McLellan, and S. Gore. 1999. User evaluation of handling equipment for moving dependent people in bed.
- Technology and Disability 11:13-19.
- Paris-Seeley, N., and S. Raschke. 2000. Evaluation of portable transfer devices to reduce risk of musculoskeletal injury (MSI) to home care workers and development of performance requirements for such devices. Funded by the Workers' Compensation Board of British Columbia.
- Steed, R., et al. 1999. Safer handling of people in the community. Teddington, UK: BackCare.
- Tracey, C., et al. 2001. Handling people: Equipment, advice and information. 2nd ed. London: Disabled Living Foundation.
- Tuohy-Main, K. 1999. A manual of handling people: Implementing a no-lift approach. 2nd ed. New South Wales: Tuohy-Main Systems Pty.
- Ulin, S., D. Chaffin, C. Patellos, S. Blitz, C. Emerick, F. Flundy, and L. Misher. 1997. A biomechanical analysis of methods used for transferring totally dependent patients. SCINursing 14 (1): 19-27.
- Zelenka, J., A. Floren, and J. Jordan. 1996. Minimal forces to move patients. The American Journal of Occupational Therapy 50 (5): 354-361.
- Zhuang, Z., T. Stobbe, J. Collins, H. Hsiao, and G. Hobbs. 1999. Biomechanical evaluation of assistive devices for transferring residents. Applied Ergonomics 30 (1): 285-294.
- 2000. Psychophysical assessment of assistance devices for transferring patients/residents. Applied Ergonomics 31 (1): 35-44.

## 8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

### 8.1 Premessa

Le statistiche riportano che, tra le diverse categorie professionali, quella degli infermieri è la più colpita da infortuni sul luogo di lavoro.

Le lesioni all'apparto muscolo-scheletrico (MSI) sono quelle più frequenti e riguardano prevalentemente la schiena, ma anche collo, spalle, braccia, polsi e gambe sono a rischio! Naturalmente le statistiche riportano solo gli incidenti segnalati ma vi è una tendenza diffusa, da parte degli infermieri, a considerare le lesioni come componenti del proprio lavoro per cui si può ritenere che il loro numero sia anche più elevato di quanto le statistiche dimostrano.

Tali lesioni sono causate o indotte prevalentemente dalla movimentazione manuale dei pazienti.

Il problema della movimentazione dei pazienti nelle strutture sanitarie-assistenziali e la conseguente esposizione al rischio di lesioni dorso-lombari da parte degli operatori professionali di assistenza è un problema discusso, anche in letteratura, già da tempo.

Tutti gli studi hanno evidenziato uno stretto legame tra tipologia e quantità di manovre di movimentazione manuale di pazienti da un lato e insorgenza di talune patologie acute e croniche del rachide lombare dall'altro lato.

Gli studi correlano il rischio da movimentazione manuale del paziente a diversi fattori:

- *entità della disabilità del paziente*
- *tipo di operazione di movimentazione effettuata*
- *frequenza giornaliera delle attività di movimentazione*
- *formazione degli operatori*
- *inadeguatezza delle attrezzature (letti, barelle, carrozzine e comode, ecc.), assenza o inadeguatezza degli ausili per la movimentazione (ausili minori e ausili maggiori)*

Alcuni studi (Valutazione del rischio da movimentazione manuale di pazienti, EPM, MedLav 1999; 90, 2 191-200) condotti in presidi per pazienti acuti (ospedali) e cronici (RSA e istituti geriatrici) hanno evidenziato come solo il 9% degli operatori addetti sia esposto a rischio giudicato trascurabile di lesioni dorso-lombari. La parte restante è, evidentemente, soggetta a rischio medio ed elevato e, in taluni casi, elevatissimo.

L'esposizione al rischio risulta in media elevata sia negli ospedali che nelle RSA e negli Istituti geriatrici. In ospedale l'esposizione al rischio è molto alta in taluni reparti di degenza (ortopedia, riabilitazione, medicina e chirurgia) ma lo è anche in molte unità operative (radiologia, sala operatoria, rianimazione).

Il problema della movimentazione non è limitato alle strutture istituzionali come gli ospedali, i centri di riabilitazione e le case di riposo, ma riguarda anche l'assistenza di persone non autosufficienti a domicilio anche come conseguenza di:

- una crescente tendenza alla deospedalizzazione dei malati cronici
- un aumento della vita media e delle patologie legate all'età
- innovazione tecnologica che consente la continuazione delle terapie a domicilio

In questi ultimi anni il processo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie e assistenziali a quanto previsto dal D.Lgs. 81/08 in materia di prevenzione delle lesioni da movimentazione dei carichi è stato lento e difficile ma la situazione, oggi, è notevolmente migliorata rispetto al passato.

Molte strutture hanno attuato efficaci forme di prevenzione basate sulla valutazione del rischio, sulla introduzione di ausili meccanici e di procedure adeguate, sulla sorveglianza sanitaria e sulla formazione degli operatori.

Da una corretta mobilitazione dei pazienti ha tratto vantaggio anche la qualità dell'assistenza, il benessere e la soddisfazione del paziente.

In questi anni Samarit ha fornito un valido contributo alla riduzione del rischio di lesioni dorso-lombari connesso alla movimentazione dei pazienti mettendo a disposizione degli operatori prodotti caratterizzati da estrema funzionalità, efficacia, praticità e semplicità d'uso, affidabilità ed un supporto qualificato.

## 9. DEFINIZIONI

**MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI:** si intendono le operazioni di trasporto o disostegno di un carico ad opera di uno o più lavoratori, comprese le azioni del sollevare, deporre, spingere, tirare, portare o spostare un carico che, per loro caratteristiche o in conseguenza di condizioni ergonomiche sfavorevoli, comportano il rischio di lesioni dorso- lombari.

In ambito sanitario-assistenziale per movimentazione manuale dei carichi si intende, prevalentemente, la movimentazione dei pazienti (trasferimenti, spostamenti, mobilizzazioni, igiene, ecc.) anche se gli operatori sono chiamati anche ad altri tipi di movimentazione dei carichi (apparecchiature, materiali per la pulizia, ecc.).

**LESIONI DORSO-LOMBARI** si intendono lesioni a carico delle strutture osteomio tendinee e nervo vascolari a livello dorso-lombare.

**ERGONOMIA** è la disciplina che studia le interazioni uomo-macchina-ambiente. Il suo obiettivo è rendere l'attività svolta con strumenti in armonia con le caratteristiche fisiche ed intellettuali dell'uomo. (*Approfondimenti: Società Italiana di Ergonomia - (<http://www.societadiergonomia.it>)*).

In ambito sanitario/assistenziale le attrezzature e gli ausili "ergonomici" per la movimentazione dei pazienti hanno la funzione di aiutare il personale di assistenza durante i trasferimenti e la mobilizzazione dei pazienti non autosufficienti o solo parzialmente autosufficienti. In alcuni casi sono volti ad eliminare completamente un compito gravoso, in altri a sostituire un'operazione manuale con una meccanica riducendo, oltre alla fatica fisica, anche il livello di compressione sul rachide durante la movimentazione manuale.

## 10. LA MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI

L'assistenza al paziente implica spesso la necessità di sollevamenti, trasferimenti, mobilizzazioni e riposizionamenti. Poiché queste operazioni sono condotte con un essere umano solitamente debilitato e fragile, esse risultano molto più complesse e rischiose rispetto alle operazioni di movimentazione di un qualsiasi oggetto inanimato in ambito industriale. Un corpo umano risulta più pesante, più delicato e più difficile da maneggiare. Anche il centro di gravità e la distanza dal paziente possono variare durante l'operazione.



Tutto ciò può improvvisamente costringere l'operatore ad assumere posture scorrette o ad eseguire movimenti pericolosi.

In aggiunta le condizioni mediche o psicologiche del paziente possono complicare ulteriormente le diverse operazioni. Il paziente potrebbe avere ridotte o nulle capacità motorie, non collaborare o addirittura essere combattivo, potrebbe non essere in grado di comprendere o comunicare chiaramente, potrebbero esserci altri impedimenti (presenza di flebo, apparecchiature mediche, monitor, ecc.) che limitano ulteriormente la capacità di manovra dell'operatore di assistenza.

Anche la richiesta di particolari mobilizzazioni a scopo riabilitativo possono "spingere" il paziente verso situazioni limite dove il rischio di un movimento sbagliato o di caduta è molto elevato.

La movimentazione del paziente richiede una stretta interazione tra operatore, paziente, attrezzatura o ausilio e ambiente di lavoro.

Svariate sono le operazioni di movimentazione che possono essere richieste:

- il sollevamento
- il trasferimento laterale tra due superfici orizzontali
- il riposizionamento nel letto e nella carrozzina
- la deambulazione
- la manipolazione delle estremità
- il trasporto di pazienti o di apparecchiature
- lo svolgimento di attività quotidiane (igiene, medicazione, alimentazione, ecc.)

e molti sono i fattori che possono determinare il rischio di una lesione dorso- lombare:

- il tipo di sforzo richiesto (influenzato dal peso e dalle condizioni del paziente), l'assunzione di posizioni scomode (piegamenti della schiena, rotazioni del tronco, iperestensioni), la ripetizione delle stesse operazioni più volte al giorno (ad es. i frequenti riposizionamenti del paziente allettato o i trasferimenti laterali)
- l'ambiente di lavoro
- la disponibilità e lo stato delle attrezzature
- le procedure e l'organizzazione,
- il training non adeguato.

Attrezzature e ausili non appropriati possono aumentare il rischio connesso alla movimentazione. Questi sono solo alcuni dei modi in cui le attrezzature possono causare problemi:

- le ruote che non girano bene possono ridurre la maneggevolezza
- i freni non efficaci possono causare lo spostamento di una carrozzina od altro durante un trasferimento

	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---

- i controlli difficili da raggiungere, manovre manuali per la regolazione di letti, carrozzine ed altro possono scoraggiare l'operatore dal effettuare le necessarie regolazioni e costringerlo ad assumere posizioni scomode o a fare sforzi eccessivi
- le maniglie su barelle, letti, carrelli di forma posti ad altezze sbagliate
- la mancanza di supporti per l'asta porta flebo che costringe l'operatore a spingere con una sola mano la barella mentre con l'altra mano tiene la flebo
- vecchi ausili poco pratici da utilizzare, poco confortevoli, poco stabili
- carrelli (da medicazione, terapia, carrelli biancheria, ecc.) pesanti, troppo alti da limitare la visibilità, con maniglie poste in alto, difficili da caricare e scaricare

Gli operatori di assistenza possono essere costretti a posizioni scomode perché le camere di degenza, i bagni, i corridoi e gli altri spazi operativi sono piccoli, affollati, o presentano delle ostruzioni. Questi fattori potrebbero impedire agli operatori di lavorare in team o potrebbero non consentire l'utilizzo di ausili.

Dal punto di vista organizzativo e delle procedure le condizioni che possono aggravare i rischi connessi alla movimentazione sono, ad esempio:

- il movimentare pazienti senza l'uso di ausili o senza l'aiuto dei colleghi
- lo svolgimento di attività per le quali non si è specificatamente addestrati
- l'utilizzo di tecniche non appropriate
- non distribuire, sostituire, rendere immediatamente disponibili attrezzature e ausili
- un servizio di manutenzione non efficiente per cui le attrezzature non si trovano in buone condizioni operative
- non valutare correttamente le esigenze di movimentazione dei vari reparti e delle unità operative
- non valutare sistematicamente le condizioni del paziente da movimentare
- non comunicare chiaramente le esigenze e le aspettative
- un training non adeguato:
  - limitato alle tecniche manuali e alle posture, senza l'addestramento sugli ausili
  - non svolto sistematicamente e non ripetuto periodicamente
  - svolto senza la dovuta competenza

## **11. VALUTAZIONE DEI RISCHI**

Gli ausili non dovrebbero essere considerati semplicemente come una delle opzioni possibili nel controllo dei rischi associati alla movimentazione dei pazienti non autosufficienti. La decisione di utilizzare questi ausili deve comunque essere basata su una appropriata valutazione dei rischi sia per i pazienti che per gli operatori di assistenza.

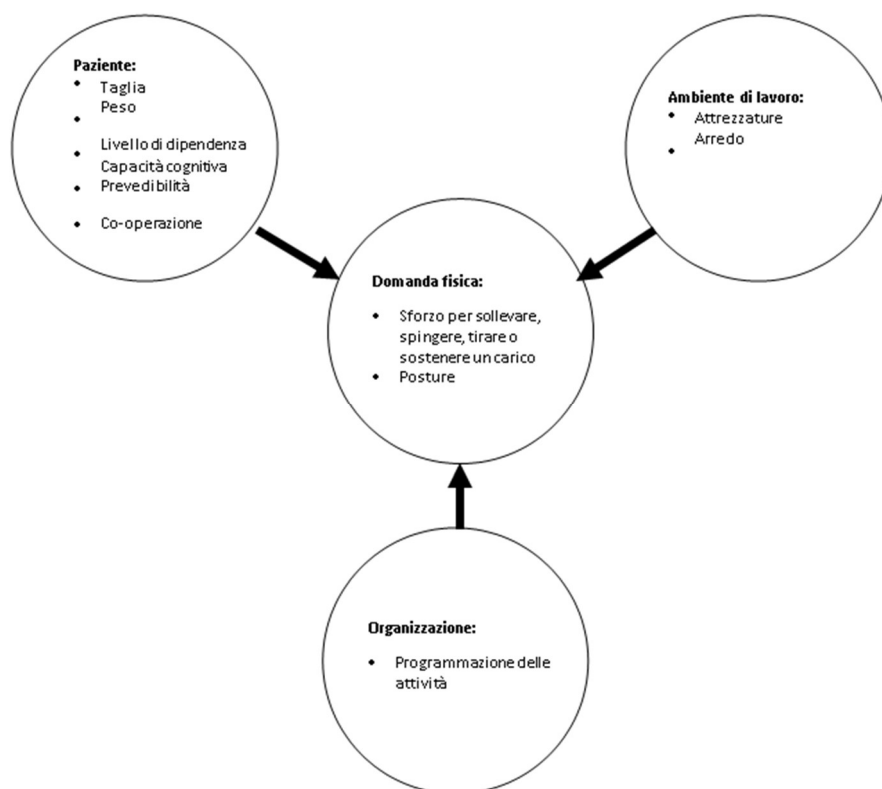
La maggior parte delle operazioni di "gestione" del paziente non autosufficiente possono comportare rischi di lesioni dorso-lombari.

Un approccio ragionevole consiste nell'identificare l'operazione richiesta (ad esempio la mobilizzazione a letto), l'ambiente di lavoro (ad esempio, reparto di degenza o unità

	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---

operativa), il tipo di attrezzature disponibili, ecc. Ciò comporta un'approfondita indagine per definire una "lista delle priorità".

I fattori rilevanti nella valutazione sono, indicativamente:



## 12. CONTROLLO DELLE INFEZIONI

Le strutture sanitarie/assistenziali dispongono di un appropriato programma di controllo delle infezioni e non dovrebbero avere difficoltà nella pulizia e disinfezione degli ausili.

Gli ausili devono essere infatti considerati come possibile fonte di infezione o di contaminazione. Conseguentemente, tali ausili devono essere progettati e costruiti con materiali che facilitino la routine quotidiana di pulizia e disinfezione.

Ogni ausilio dovrà cioè essere idoneo anche dal punto di vista dell'igiene e del controllo delle infezioni.

Gli ausili vengono classificati come "dispositivi non critici", cioè come oggetti che vengono in contatto con vestiti o con cute intatta e non con mucose. La cute intatta rappresenta, effettivamente, una barriera alle infezioni.

La politica dell'Ente per quanto riguarda il controllo delle infezioni determinerà la frequenza della pulizia e della disinfezione. Questa dovrà avvenire sia quando l'ausilio è visibilmente sporco sia su una base regolare determinata dal programma di controllo delle infezioni: dopo ogni singolo utilizzo, su base quotidiana o settimanale.

	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---

Samarit ha messo a punto uno specifico prodotto per la disinfezione dei propri sistemi e ausili: SAMACLEAN.

Le salviette disinfettanti pronte per l'uso SAMACLEAN hanno attività battericida, fungicida e virucida. La loro efficacia è testata secondo le norme: battericida EN1276; fungicida EN1275; sul ceppo Candida Albicans secondo la norma EN1650; Virus HIV e Herpes Virus 3 ceppi.

### **13. LINEE GUIDA GENERALI**

Durante l'esecuzione di qualunque azione che comporti l'assunzione di posizioni che, da un punto di vista ergonomico, sono potenzialmente dannose per la schiena, è necessario osservare le tecniche e le posture corrette. Gli operatori che le eseguono devono perciò essere appositamente addestrati. Il fisioterapista potrà individuare i meccanismi corporei più appropriati alle diverse operazioni.

Anche quando eseguite correttamente, le operazioni manuali implicano posizioni e posture scomode, sforzi eccessivi che possono comportare delle lesioni. In tali situazioni è bene considerare l'utilizzo di un ausilio meccanico.

Prima di utilizzare un ausilio gli operatori devono necessariamente essere addestrati per eseguire correttamente l'operazione di movimentazione in modo atraumatico sia per l'operatore che per il paziente.

Vogliamo solamente ricordare alcune principi generali che devono essere osservati nelle diverse operazioni di movimentazione:

#### **Linee guida generali**

- valutare le condizioni del paziente prima di eseguire qualsiasi operazione di movimentazione
- evitare, ogni volta che è possibile, la movimentazione manuale ed utilizzare ausili appropriati
- cercare di ottenere dal paziente la massima collaborazione possibile fornendo istruzioni chiare e lasciando il tempo per la risposta
- riconoscere i propri limiti e non eccedere
- lavorare in team con colleghi adeguatamente preparati. È sempre necessario ricercare il massimo affiatamento con i colleghi per lavorare in modo coordinato
- pianificare e preparare mentalmente l'operazione
- disporre correttamente le attrezzature (barelle, carrozzine, ecc.), regolare l'altezza
- assicurarsi che freni di letti, barelle, carrozzine, ecc. siano bloccati
- è importante evitare di flettere la schiena piegando invece, per raggiungere lo stesso obiettivo, le gambe e lavorare con le gambe
- è necessario dare sempre al proprio corpo una buona base di appoggio per garantire il necessario equilibrio. Ad esempio la stabilità sarà maggiore allargando le gambe e flettendole per abbassare il centro di gravità

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

- evitare di ruotare solo il tronco ma girare tutto il corpo
- in tutte le operazioni che richiedono di stare chinati sul letto appoggiare un ginocchio sul letto stesso
- il movimento potrà risultare più agevole se viene scomposto in più fasi

## 15. L'AMBIENTE DI LAVORO

Gli ambienti di lavoro interagiscono sensibilmente con la movimentazione dei pazienti e con la scelta delle attrezzature e degli ausili più appropriati. È di primaria importanza valutare attentamente i fattori ergonomici dell'ambiente di lavoro.

L'ambiente di lavoro, sia esso unità operativa o reparto di degenza, dovrebbe essere tale da garantire una sufficiente libertà di manovra all'operatore che deve eseguire la movimentazione.

Lo spazio inadeguato o la presenza di ostacoli tra operatore e paziente costringe il primo ad assumere posture scorrette (tronco, spalla, gomiti) o ad operare in situazioni di equilibrio precario. Gli spazi di lavoro devono perciò essere resi il più possibile funzionali in relazione alle azioni che vi si svolgeranno.

Richiamiamo qui sinteticamente alcuni fattori rilevanti con specifico riguardo alla movimentazione dei carichi:

### CAMERE DI DEGENZA

- grandi abbastanza da permettere un facile accesso ad arredi, attrezzature, personale
- presenza di maniglioni nei bagni, nelle vasche e nelle docce
- maniglie delle porte di forma e ad altezza tale da evitare che letti, barelle e carrozzine possano urtarvi bruscamente durante un trasferimento

### PIANI

- assenza di scalini tra un ambiente ed un altro
- rampe di accesso con pendenze non superiori ai 10°
- superfici antiscivolo

### CORRIDOI

- larghi abbastanza da permettere il passaggio di arredi, attrezzature, personale
- specchi agli angoli per evitare collisioni o fermate brusche
- porte automatiche

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

**UNITÀ OPERATIVE (AD ES. RADIOLOGIA, SALA OPERATORIA, ECC.)**

- presenza di spazi adeguati (120 cm) tutto intorno al tavolo di procedura, tra questo e parete o altri arredi

**ALTRO**

- locali appropriati e facilmente accessibili per immagazzinare ausili e attrezzature
- scaffali posti ad altezze comprese tra la vita e le spalle

**16. IL PAZIENTE**

- Il metodo di movimentazione e l'ausilio più appropriato dovrà essere determinato sulla base del livello di dipendenza del paziente.
- Diversi sono gli aspetti da tenere in considerazione. Oltre al peso è necessario considerare:
- le condizioni mediche (ad esempio: spasmi muscolari, interventi chirurgici recenti, protesi d'anca, confusione, sordità, ecc.)
- le capacità motorie residue (controllo del busto, capacità di carico, deambulazione, paziente emiplegico, ecc.)
- l'acutezza (capacità di comprensione, difficoltà nel linguaggio, ecc.)
- il comportamento (collaborante, combattivo, imprevedibile, ecc.)
- In generale si potrà distinguere tra:
  - Pazienti totalmente dipendenti
  - Il paziente non può aiutare il movimento né con gli arti superiori né con quelli inferiori (ad es. pazienti tetraplegici, pazienti in anestesia generale, in coma, anziani defedati, ecc.), Nelle operazioni di movimentazione, deve essere completamente sollevato.

- Paziente parzialmente collaborante

Il paziente può sfruttare una residua capacità di movimento (ad es. paziente emiplegico, paraplegico, paziente in fase di recupero funzionale, ecc.) e viene pertanto parzialmente sollevato potendo contare, per la movimentazione, sulle sue residue capacità motorie.

- Paziente indipendente

Una corretta valutazione del tipo di paziente serve per scegliere l'ausilio più appropriato, la tecnica ed il numero di persone da impegnare nell'operazione.

È opportuno verificare le condizioni del paziente ogni volta prima di eseguire una operazione di movimentazione poiché le condizioni possono variare giorno per giorno (possono migliorare o peggiorare) e anche durante il giorno come conseguenza di affaticamento o altri fattori.

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

## 17. LE ATTREZZATURE ERGONOMICHE

Attrezzature ben progettate dal punto di vista ergonomico e mantenute in buone condizioni risultano determinanti nella riduzione del numero di lesioni e nella prevenzione.

Le attrezzature dovrebbero essere progettate in modo tale da consentire all'utilizzatore di mantenere una postura neutrale e ridurre movimenti pericolosi.

Ad esempio:

- letti, barelle, carrozzine e altre attrezzature devono essere facili da regolare e da movimentare
- attrezzature con ruote che girano e ruotano facilmente riducono la forza necessaria ed in li numero di persone richiesto per manovrarle

Di seguito richiamiamo sinteticamente le caratteristiche che tali attrezzature dovrebbero possedere per contribuire efficacemente alla riduzione dei rischi associati alla movimentazione dei pazienti.

### LETTI

I letti dovrebbero avere una altezza di ca. 70 cm ed essere possibilmente a 3 sezioni regolabili.

Un letto ad altezza variabile da 40 a 70 cm, manualmente o elettricamente, dotato di ruote (munite rigorosamente di freno) per potere essere spostato con maggiore facilità, è un'attrezzatura di enorme utilità sia nelle operazioni di mobilizzazione a letto (riposizionamento) che nei trasferimenti orizzontali del paziente disteso (da letto a letto, da letto a barella) e nel trasferimento letto - carrozzina.

Annullando o, quantomeno, riducendo l'eventuale dislivello tra le due superfici, il trasferimento con appropriati ausili meccanici (materassini con telo rotante nel caso di un trasferimento in posizione supina o assi di scivolamento nel caso di un trasferimento in posizione seduta) risulta estremamente agevole ed il rischio di lesioni dorso-lombari viene praticamente annullato qualora si osservino le dovute tecniche e si mantengano le appropriate posture.

Il letto può inoltre essere provvisto di accessori che migliorano l'ergonomia quali, ad esempio, il trapezio ancorato alla testiera del letto che permette al paziente di sollevarsi parzialmente sul letto, le sponde di contenimento per garantire la sicurezza del paziente ma anche offrire un appiglio nelle operazioni di mobilizzazione.

I letti devono poi essere strutturalmente compatibili con l'uso del sollevatore cioè devono avere un adeguato spazio libero sotto per poter avvicinare il sollevatore al paziente.

Gli aspetti rilevanti riguardano perciò:

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

- la regolabilità
  - facile da regolare
  - altezza tale da permettere all'operatore di assumere posture corrette, di utilizzare un sollevapazienti e facilitare la mobilità autonoma del paziente
  - freni, controlli e maniglioni facili da raggiungere e azionare evitando piegamenti o rotazioni del tronco
  - le dimensioni e peso
- dimensioni compatibili con camere di degenza e corridoi di transito
- facile da spostare (non eccessivamente pesante, maneggevole, ecc.)
- l'efficacia dei freni

### **BARELLE**

Molti ospedali sono ancora dotati di antiche barelle ad altezza fissa, talvolta anche senza freni o con freni poco efficaci. Tutto ciò rende i frequenti trasferimenti laterali letto/barella in reparto e i trasferimenti barella/tavolo di procedura nelle U.O. estremamente impegnativi sia dal punto di vista fisico che da quello logistico (un'operazione di trasferimento richiede almeno 4 persone se eseguita manualmente).

La barella ad altezza variabile tra i 50 e i 90 cm tramite un dispositivo oleodinamico che viene azionato mediante pedale posto a lato piedi, diventa un presidio imprescindibile per rendere la stessa operazione completamente atraumatica per operatore e paziente.

Tale caratteristica, infatti, agevola enormemente il trasferimento laterale tra letto e barella e tra questa e il tavolo radiologico od operatorio. Il trasferimento laterale del paziente supino potrà essere eseguito, anche da una sola persona, in modo estremamente semplice e veloce e senza alcun disagio per il paziente utilizzando, ad esempio, un materassino provvisto di telo rotante.

La barella dovrà naturalmente essere dotata di freni per bloccare le ruote durante il trasferimento del paziente. Generalmente una delle ruote è fissa per favorire la direzionalità.

La barella deve inoltre essere dotata di sponde laterali completamente abbattibili e che non sporgano, una volta abbassate, rispetto al piano della barella stessa per fare in modo che la stessa possa venire accostata al letto o al tavolo di procedura senza che vi siano ostacoli o fessure.

Caratteristiche ottimali per le barelle saranno perciò:

- facili da manovrare (grazie, ad esempio, alla presenza della quinta ruota)
- facile regolazione in altezza
- controlli (altezza, freni) facilmente accessibili senza costringere l'operatore a chinarsi
- maniglione ergonomico e con grip antiscivolo



	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

- supporti multipli per asta portaflebo

Esistono in commercio attrezzature che risultano da una combinazione tra una barella una carrozzina. Questi prodotti sono stati progettati per consentire agli operatori di trasferire il paziente dalla posizione supina dal letto alla barella (utilizzando, ad esempio, un sistema di trasferimento No-Lift come il materassino con telo rotante) e di portarlo quindi in posizione seduta completamente o solo parzialmente.

### **CARROZZINE E COMODE**

Per quanto riguarda carrozzine a rotelle e le comode, in generale è bene che:

- i braccioli possano essere tolti per facilitare il trasferimento letto/carrozzina e carrozzina/wc
- i poggiatesta siano estraibili o ripiegabili all'esterno
- le ruote siano dotate di freni facilmente azionabili
- lo schienale non sia troppo ingombrante
- le manopole per la conduzione siano ripiegabili
- Il rivestimento non sia scivoloso per evitare continui riposizionamento del paziente

Esistono in commercio carrozzine sulle quali il paziente può rimanere a lungo, hanno un telaio basculante, sedile e schienale avvolgenti anatomicamente contenitivi per evitare che il paziente scivoli in avanti o si affossi, sono dotate di ampie possibilità di regolazione.

### **ATTREZZATURE PER L'IGIENE ASSISTITA**

Queste attrezzature eliminano spesso la necessità per l'operatore di assistenza di compiere sforzi manuali durante l'igiene del paziente non autosufficiente, riducono perciò il rischio di mal di schiena per gli operatori e massimizzano il risparmio di tempo e risorse.

Aziende specializzate si occupano dell'installazione e della manutenzione di tali attrezzature.

La vasca attrezzata, installata necessariamente in un ambiente idoneo dotato di spazi adeguati, è una vasca regolabile in altezza che permette risparmi di tempo durante i trasferimenti ed altre fasi di routine durante l'igiene del paziente non autosufficiente.

La doccia attrezzata è invece un piccolo box chiuso ai lati con un pannello apribile sulla parte anteriore. Il sedile estraibile e scorrevole su binari permette di trasferire agevolmente l'ospite permettendogli di rimanere seduto durante le operazioni di igiene.

	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---

## 18. GLI AUSILI

Gli ausili vengono prevalentemente utilizzati:

- per accrescere l'indipendenza (ove possibile)
- per fornire un mezzo sicuro nella movimentazione di pazienti non autosufficienti
- per mantenere la dignità del paziente
- per eliminare o minimizzare i rischi per l'operatore di assistenza associati alla movimentazione manuale dei pazienti non autosufficienti

Ove possibile, i pazienti dovrebbero essere incoraggiati all'autonomia. Alcuni pazienti che conservano residue capacità motorie possono raggiungere un certo grado di indipendenza attraverso l'uso di determinati ausili.

Quando ad un operatore di assistenza viene richiesta la movimentazione di un paziente parzialmente autosufficiente o totalmente non autosufficiente, un ausilio può ridurre lo sforzo necessario e migliorare la postura. Per tale motivo l'ausilio può rappresentare una parte importante nella politica di riduzione dei rischi di lesioni dorso-lombari associati alla movimentazione manuale.

Relativamente agli ausili la letteratura riporta le seguenti evidenze:

- L'utilizzo di ausili che riducano l'attrito durante un'operazione di movimentazione riduce significativamente lo sforzo richiesto, ad esempio, nel trasferimento di un paziente tra due superfici adiacenti rispetto allo sforzo richiesto quando si utilizza il lenzuolo o la traversa;
- I vari ausili possono differire in termini di efficacia nella riduzione dello sforzo richiesto e nel miglioramento della postura;
- L'uso combinato di ausili diversi comporta spesso una riduzione dello sforzo rispetto all'utilizzo di un unico ausilio;
- I pazienti riportano una sensazione di maggiore comfort e di maggiore sicurezza durante la movimentazione;
- Gli operatori riportano una percezione di sforzo ridotto a livello di spalle, schiena e arti quando utilizzano ausili in grado di ridurre l'attrito durante la movimentazione;

Esistono in commercio diversi tipi di ausili meccanici ("Ausili Minori") progettati per ridurre l'attrito e facilitare così la movimentazione dei pazienti. Questi includono i teli e i materassini ad alto scorrimento, gli assi di trasferimento, le cinture ergonomiche, i teli e le fasce con maniglie, i cuscini gonfiabili, le piastre e i cuscini girevoli.

La grande categoria degli ausili include altresì i cosiddetti "Ausili Maggiori", ausili generalmente di tipo elettrico quali i solleva pazienti mobili da pavimento (Floor Lifts) e i

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

solleva pazienti a soffitto (Ceiling Lifts), i solleva pazienti da vasca, ecc. Tutti questi dispositivi evitano il sollevamento “manuale” del paziente.

Naturalmente tali ausili devono essere utilizzati nel modo appropriato.

Il fornitore deve provvedere all’addestramento degli operatori mentre fisioterapisti e fisioterapisti dovranno individuare le tecniche e le posture corrette che gli operatori addetti alla movimentazione dovranno rigorosamente osservare.

Spesso si usa distinguere tra ausili maggiori, rappresentati tipicamente dai sollevapazienti, e ausili minori, rappresentati da tutti quegli ausili meccanici che sfruttano la riduzione dell’attrito progettati per ridurre il sovraccarico indotto da alcune operazioni di spostamento parziale del paziente.

Nel nostro caso però distingueremo gli ausili in base al tipo di operazione di movimentazione:

- sollevamento
- trasferimento laterale
- riposizionamento, deambulazione, manipolazione
- svolgimento attività quotidiane (es. igiene, alimentazione, ecc.)

È opportuno, però, chiarire la terminologia.

Il sollevamento è il movimento da una superficie ad un’altra di un paziente non in grado di sostenere autonomamente il proprio corpo. Si può effettuare un sollevamento e un successivo trasferimento oppure si può sollevare il paziente per effettuare, ad esempio, operazioni di igiene.

Il trasferimento è il movimento da una superficie ad un’altra di un paziente in grado di sostenere (almeno parzialmente) il carico dovuto al proprio peso. Pazienti non in grado di sostenere autonomamente il proprio peso devono essere necessariamente sollevati prima di essere trasferiti anche se vedremo che si possono effettuare trasferimenti di pazienti non autosufficienti senza effettuare necessariamente un sollevamento (“trasferimento No- Lift”).

Il riposizionamento è un cambio di posizione di un paziente non autosufficiente o solo parzialmente autosufficiente (ad es. da disteso a seduto, la rotazione nel letto, ecc.).

### **SOLLEVAMENTO**

Per le operazioni di sollevamento vengono generalmente utilizzati ausili meccanici quali i solleva pazienti.

I solleva pazienti vengono utilizzati per la movimentazione di pazienti totalmente non collaboranti, pazienti particolarmente pesanti o in situazioni particolarmente difficili.

Essi eliminano la necessità di eseguire movimentazioni manuali nelle situazioni effettivamente più pericolose quali:

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

- il sollevamento sul letto
- il sollevamento dal letto alla carrozzina
- il sollevamento dentro e fuori la vasca
- i sollevamenti da terra
- i sollevamenti di pazienti politraumatizzati e/o obesi

Queste sono operazioni che avvengono frequentemente in alcuni reparti di degenza e risultano molto rischiose sia per il paziente che per il personale di assistenza.

Esistono diverse tipologie di solleva pazienti: mobili o fissi, ripiegabili, a colonna, elettrici o a funzionamento manuale, attivi o passivi.

Il funzionamento elettrico è generalmente preferito tuttavia è necessario verificare che il movimento risulti fluido e senza scossoni.

È opportuno prevedere una batteria di riserva ed un caricabatteria per garantire sempre il funzionamento dell'ausilio ed avere l'accortezza di spegnere l'apparecchio quando non si utilizza per preservare più a lungo la carica della batteria.

Sono muniti generalmente di manubrio basculante in modo da permettere di variare la posizione del paziente da semisdraiato a seduto particolarmente adatto al trasferimento dal letto alla carrozzina.

Molteplici sono gli aspetti che devono essere tenuti in considerazione nella valutazione di un solleva pazienti:

- *capacità di sollevamento*
- *braccio di leva con escursione sufficiente per consentire anche il sollevamento da terra*
- *basculamento per variare la posizione da semisdraiata a seduta e viceversa*
- *duplice possibilità di controllo (da telecomando e da pulsantiera situata sull' apparecchio).*
- L'operatore deve poter manovrare l'ausilio mantenendo sempre una postura neutrale*
- *blocco di sicurezza e blocco automatico del movimento nel caso si tocchi la superficie*
- *facilità di manovra*
- *possibilità di bloccare le ruote semplicemente ed efficacemente*
- *apertura, preferibilmente elettrica, delle braccia della base per aumentare la stabilità*
- *altezza limitata della base per poter essere infilata sotto il letto del paziente*
- *stabile e confortevole per il paziente e per l'operatore*
- *possibilità di utilizzo in spazi ridotti*
- *disponibilità di diversi tipi di imbracatura (da trasferimento, da bagno, per igiene, con o senza supporto per la testa, ecc.), in un'ampia scelta di taglie*
- *disponibilità di barelle per il sollevamento orizzontale e per le situazioni critiche*

	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---

### **SOLLEVAPAZIENTI MOBILI A CORSETTO**

Vengono generalmente utilizzati per il sollevamento di pazienti non collaboranti nei trasferimenti letto/carrozzina/poltrona e viceversa. Essendo mobili permettono, oltre al sollevamento del paziente, anche il suo trasferimento.

Dovrebbero essere dotati di una base con braccia divaricabili (elettricamente o manualmente) e l'altezza della base dovrà essere contenuta affinché il sollevapazienti possa essere posizionato fin sotto il letto del paziente.

Il funzionamento può essere manuale od elettrico a 12 o 24 volt. In quest'ultimo caso la batteria è asportabile e viene generalmente fornito un caricabatterie separato e indipendente. Il controllo avviene sia con comando a distanza che attraverso il pannello comandi fissato sul sollevatore.

Devono essere dotati di appropriati dispositivi di sicurezza come il pulsante per l'arresto immediato, lo stop automatico di fine corsa, la discesa di emergenza in caso di guasto.

Utilizzano dei corsetti o imbracature che possono essere di diversi tipi (vedi più avanti).



La capacità di sollevamento di un sollevapazienti da reparto è di 150 kg. Può capitare tuttavia che si debba sollevare e trasferire anche pazienti obesi, molto pesanti.

È opportuno perciò che sia presente almeno un sollevapazienti per carichi “eccezionali”!

ARNOLDTM è un sollevapazienti per pazienti “molto pesanti”!

Arnold è la soluzione ideale quando si debbano trasferire pazienti obesi. Ha infatti una capacità di sollevamento di ben 300 kg!

Il braccio di sollevamento è dotato di un'ampia escursione permettendo il sollevamento del paziente da terra e le braccia della base sono ad apertura elettrica.

ARNOLDTM risulta leggero (62 kg) se comparato alla sua capacità di sollevamento. Può essere diviso in due parti (base e supporto) per un più facile trasporto.

Taluni sollevapazienti mobili possono essere ripiegabili e facilmente trasportabili. Questo tipo di sollevapazienti ha una capacità di carico più limitata (generalmente 130 kg) ed è più indicato nel caso di spazi limitati o nell'assistenza domiciliare.



FLEX-LIFT®, ad esempio, è un sollevapazienti mobile pieghevole e portatile. Può essere completamente ripiegato per occupare un minimo spazio nella stanza o nel corridoio, smontato (e rimontato) in pochi secondi senza l'uso di attrezzi, trasportato con due apposite borse (di

13 e 14 kg rispettivamente), ed entrare nel bagagliaio di una Fiat Punto.

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

Queste caratteristiche annullano di fatto alcuni svantaggi legati all'utilizzo dei sollevapazienti mobili (vedi più avanti)

Flex-Lift presenta tutte le caratteristiche funzionali che un buon sollevapazienti mobile deve possedere:

- *Movimento elettrico (peso max. 130 kg)*
- *In grado di sollevare il paziente da terra (range: 118 cm)*
- *utilizzato*
- *Smontabile e rimontabile in pochi secondi senza l'uso di attrezzi*
- *Trasportabile senza sforzo da una sola persona*
- *Entra nel bagagliaio di un'utilitaria per essere trasportato facilmente ovunque serva*

Esiste anche una versione "MINI" del Flex-Lift con una capacità limitata a 80 kg, sufficiente per la maggior parte dei pazienti.



Flex-Lift® Mini è l'ideale quando lo spazio è limitato! Fa tutto ciò che un buon sollevapazienti deve fare e, in più, è così piccolo che passa attraverso la porta del bagno!

Come Flex-Lift® standard (portata: 130 kg), può essere ripiegato in pochi secondi e riposto dove non ingombra (nella stanza o in corridoio), entra nel bagagliaio di una utilitaria e può essere

trasportato da una sola persona con due apposite borse (solo 13 & 14 kg rispettivamente).

#### **SOLLEVAPAZIENTI MOBILI MULTIFUNZIONE**

I sollevapazienti multifunzione possono utilizzare sia corsetti che barelle per il sollevamento di pazienti non collaboranti in posizione orizzontale.

Generalmente si tratta di sollevapazienti a colonna e sono dotati di un braccio di sollevamento con un'ampia escursione in modo da essere utilizzati anche nei sollevamenti da terra fino ad una altezza di almeno 80 cm.

Utilizzando le apposite barelle (a cucchiaio o barelle con bande sfilabili, ecc.) è possibile sollevare anche pazienti politraumatizzati o completamente immobilizzati. In tal caso il sollevapazienti deve essere dotato di un sistema che assicuri il bloccaggio e il mantenimento della posizione orizzontale della barella in qualsiasi condizione di sollevamento e trasferimento.

#### **SOLLEVAPAZIENTI ATTIVI**

I sollevapazienti attivi sono quelli utilizzabili con pazienti parzialmente collaboranti non deambulanti ma che possono contribuire all'operazione di movimentazione. Sono dotati di un braccio munito di maniglie, di una base appoggia piedi e di un supporto per le gambe.

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

Il paziente viene sollevato dalla sedia a rotelle o da sedie/poltrone e trasferito alla toilette o al letto. Nella toilette con il paziente mantenuto in posizione eretta dal sollevapazienti attivo, si possono eseguire con maggiore facilità anche il cambio di pannoloni, la rimozione degli indumenti e l'igiene personale.

Gli svantaggi dei sollevapazienti mobili (Floor Lifts):

- *non sono mai dove “dovrebbero essere”.*
- *richiedono generalmente più di un operatore. Per questioni di sicurezza sono richiesti due operatori: il primo manovra il sollevapazienti, lo spinge e lo stabilizza mentre l'altro rimane vicino al paziente.*
- *l'uso del sollevapazienti mobile richiede adeguati spazi di manovra. Spesso è necessario spostare mobili e suppellettili che possono ostacolare il movimento.*
- *pavimenti irregolari o tappeti limitano ulteriormente la manovrabilità dell'ausilio. Spesso diventa impossibile per un unico operatore spostare l'ausilio nella posizione richiesta.*
- *un trasferimento può creare allarme, paura e grande disagio per il paziente e risultare un'esperienza traumatica.*
- *sono instabili o, quantomeno, percepiti come tali. Ciò aumenta il disorientamento del paziente e riduce la sua collaborazione.*
- *l'operatore deve concentrarsi più sull'ausilio che sul paziente.*
- *non vi è alcun miglioramento dell'indipendenza e dell'autonomia del paziente.*

#### **SOLLEVAPAZIENTI A ROTAIA**

I sollevapazienti su binario (o rotaia) ancorati al soffitto o alle pareti oppure dotati di una struttura che li sostiene e adattabile alle diverse esigenze (trasportabili), possono trovare applicazione in molteplici situazioni.

I sollevapazienti fissi vengono montati generalmente a soffitto. Possono generalmente essere installati in varie configurazioni in modo da coprire le varie necessità. Le due configurazioni di montaggio principali sono a binario singolo provvisto di curva, e a binario fisso con binario trasversale di raccordo. In questo modo si possono collegare due punti diversi di una stanza o anche stanze diverse.

Possono essere installati in qualsiasi situazione senza limitazioni dovute ai materiali utilizzati (travi di legno, calcestruzzo, ecc.) o alle tecniche di costruzione. Una volta rimosso, il soffitto può venire ripristinato nella situazione originaria.

Il sollevamento è ovviamente motorizzato mentre il trasferimento può essere manuale o motorizzato. Nel primo caso l'operatore fa scorrere il paziente lungo la rotaia in assenza di frizione. Nel trasferimento motorizzato il movimento orizzontale viene comandato attraverso un telecomando dall'operatore o dal paziente stesso. Il trasferimento motorizzato elimina qualsiasi sforzo da parte dell'operatore ma può anche incrementare l'autonomia del paziente in alcune situazioni.

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

Esistono anche sollevapazienti a rotaia trasportabili nei quali solo il carrello è montato sulla rotaia la quale è sostenuta da una apposita struttura smontabile. L'unità di sollevamento trasportabile viene agganciata al carrello mediante un gancio di sicurezza. In tal modo il sollevapazienti può essere utilizzato in ambienti diversi.

Mentre il sollevamento è naturalmente motorizzato il trasferimento è manuale ed il paziente viene fatto scorrere lungo la rotaia senza alcuno sforzo.

La struttura che lo sostiene è interamente smontabile e può essere trasportata manualmente, insieme all'unità di sollevamento, essendo il peso complessivo molto contenuto. Questa soluzione rappresenta il compromesso ideale tra sollevapaziente mobile e fisso.

I vantaggi dei sollevapazienti a soffitto (o a rotaia) rispetto ai sollevapazienti mobili sono evidenti:

- *non occupano spazio sul pavimento.*
- *non richiedono spazi di manovra.*
- *passano attraverso passaggi ristretti, angoli acuti permettendo anche il trasferimento da una stanza ad un'altra.*
- *non creano problemi in piccole stanze di degenza o in sale operatorie o negli spazi ristretti dei bagni.*
- *non richiedono spazio per cui possono servire ogni letto, tavolo di procedura, vasca, doccia o toilette.*
- *il trasferimento avviene delicatamente senza alcun disagio per il paziente che è assicurato dal fatto che l'ausilio è fissato al soffitto o è sostenuto da una struttura stabile e solida.*
- *l'operatore può concentrarsi esclusivamente sul paziente. Il paziente è ad altezza occhi e può venire assicurato attraverso il contatto fisico durante il trasferimento.*
- *riducono il tempo necessario per un trasferimento, migliorando l'organizzazione delle risorse umane.*
- *accregono la motivazione degli operatori.*
- *favoriscono le condizioni per de-istituzionalizzare l'assistenza a pazienti cronici. I familiari possono più facilmente sostituirsi all'infermiere nel provvedere alle necessità di movimentazione del paziente.*

Studi realizzati dal Patient Safety Center of Inquiry di Tampa (Florida - USA) hanno mostrato che i sollevapazienti a soffitto richiedono il 55% in meno di sforzo rispetto ad un sollevapazienti mobile e permettono una maggiore riduzione nel numero di lesioni da movimentazione da parte degli operatori.

La versatilità dei sollevapazienti a soffitto non riduce il ruolo e l'importanza degli altri ausili che trovano utilizzo in tutte le altre situazioni nelle quali il sollevapazienti a soffitto non è



	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

installato. Studi comparativi hanno comunque dimostrato una forte preferenza da parte degli operatori verso questo tipo di ausilio.

Una ricerca recente svolta nel Nord America ha evidenziato che il 97,5% degli intervistati preferisce i sollevapazienti a soffitto perché:

- *meno ingombrante (99,1%)*
- *facile da usare (99,1%)*
- *stabile (100%)*
- *sicuro e confortevole per il paziente (97,5%)*
- *veloce (95,3%)*
- *minor impegno per l'operatore (96,5%)*
- *sempre disponibile (94,2%)*
- *discreto (97,2%)*
- *sicuro e gradevole per l'operatore (97,4%)*

Il costo dei sollevapazienti a rotaia è paragonabile a quello dei sollevapazienti mobili, tuttavia al costo dell'unità si aggiungono i costi di installazione che non possono prescindere da sopralluoghi e progettazione. L'installazione viene effettuata da team di tecnici specializzati.

Per garantire una adeguata copertura poi, il numero richiesto è maggiore. Tale numero è in funzione del numero effettivo di pazienti totalmente dipendenti. Per fare una ipotesi, una unità medico-chirurgica può avere una media del 40% di pazienti totalmente dipendenti. Su una media giornaliera di 40 pazienti, 16 letti richiederanno 4 sollevapazienti, 1 per ogni stanza da 4 letti.

Tuttavia una valutazione economica non può limitarsi a paragonare i costi delle diverse soluzioni ma deve considerare tutti gli aspetti sia quelli che riguardano la prevenzione dei rischi, per operatore e paziente, che gli aspetti funzionali, organizzativi e gestionali.

### **CORSETTI**

Il sollevamento di un paziente inizia con la scelta della giusta imbracatura da utilizzare. Altezza, corporatura, peso, condizioni mediche e preferenze personali, tipo di operazione sono elementi da considerare nella scelta del corsetto adatto.

I corsetti, necessaria dotazione di ogni sollevapazienti, devono essere disponibili in vari tipi e taglie per le diverse esigenze: con o senza supporto per la testa, veloce da toilette, per pazienti amputati, ecc.

È importante inoltre la lunghezza delle cinghie con le quali le imbracature vengono agganciate al braccio del sollevatore per ridurre l'eccessivo dondolio del paziente sollevato che provoca sempre un grande disagio per lo stesso e il timore di cadere.

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

Il materiale con cui l'imbracatura è costruita dovrà essere morbido, resistente, traspirante (per poter eventualmente lasciare in loco l'imbracatura, ed esempio sulla carrozzina) e antiattrito per facilitare l'applicazione ed il corretto posizionamento dell'imbracatura sotto il paziente.

## 19. Trasferimento laterale

Il trasferimento laterale si utilizza per movimentare un paziente tra due superfici orizzontali. Esempi di trasferimento laterale sono:

- *trasferimento letto/letto*
- *trasferimento letto/barella*
- *trasferimento barella/tavolo radiologico - tavolo operatorio*
- *trasferimento letto/carrozzina*
- *trasferimento carrozzina/wc*
- *trasferimento carrozzina/auto*

Alcune di queste operazioni vengono eseguite con pazienti poco o nulla collaboranti (incluso pazienti in anestesia generale, in coma, ecc.).

Il **trasferimento laterale letto/barella/tavolo** di procedura è un'operazione molto frequente sia nelle unità operative (pronto soccorso, radiologia, sala operatoria, rianimazione e terapia intensiva, ecc.) che nei reparti di degenza.

Se eseguita manualmente, richiede di norma non meno di 4 operatori e prevede il sollevamento e il successivo trasferimento del paziente. L'operazione può essere molto rischiosa in considerazione dello sforzo necessario per sollevare il paziente e della ripetitività con cui la stessa operazione può venire eseguita nel corso della giornata.

Anche il disagio per il paziente è notevole.

Questo tipo di trasferimento prevede il preventivo sollevamento del paziente mediante un sollevapazienti dotato di barella. Tuttavia, molto più semplicemente e con maggior rapidità, l'operazione può essere eseguita utilizzando un sistema di trasferimento "No- Lift" che non implica, cioè, il sollevamento del paziente.

## 20. Sistemi di trasferimento

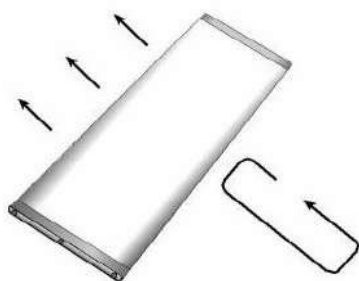
Sistemi di trasferimento No-Lift sono, ad esempio: i materassini con telo rotante, gli assi a scivolamento o scorrimento e i materassini tubolari morbidi.

L'uso di questi semplici ausili facilita enormemente l'operazione di trasferimento e riduce in modo considerevole i rischi di lesioni a carico degli operatori addetti.

	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---

Materassini e assi di trasferimento vengono utilizzati per ridurre l'attrito e superare fessure e dislivelli nello scivolamento del paziente tra due superfici laterali quali, ad esempio, una barella e un tavolo operatorio o radiologico.

Questi ausili sono costruiti in legno, in plastica o altri materiali.



## 21. Materassini con telo rotante

Rappresenta la soluzione più efficace nei trasferimenti orizzontali barella/tavolo di procedura.

Si tratta di materassini con un'anima rigida (in legno o plastica) o semirigida (materiale schiumoso leggero), con una lunghezza di ca. 180 cm, pieghevole per ridurre l'ingombro e facilitare il trasporto. Il materassino è provvisto di un telo tubolare che ruota attorno all'anima.

Posizionato sotto il paziente il materassino ne consente il trasferimento in modo completamente atraumatico dal letto alla barella o al tavolo di procedura anche da parte di un unico

operatore, senza alcuno sforzo e senza rischi per la sua schiena poiché il paziente, di fatto, non viene sollevato ma trasferito per traslazione.

Pur trattandosi di un ausilio di semplice concezione è opportuno considerare molteplici aspetti quando si procede alla valutazione e alla scelta tra diverse proposte:

- *il peso, che deve essere limitato per facilitarne il trasporto*
- *l'ingombro, che viene ridotto se l'ausilio è pieghevole*
- *l'attrito tra l'anima interna e il telo tubolare rotante che deve essere estremamente ridotto per consentire un trasferimento senza sforzo*
- *la presenza di un'anima interna semirigida e quindi più leggera ma provvista di estremità rigide che garantiscano un trasferimento in piena sicurezza anche in presenza di dislivelli o fessure tra le due superfici*
- *la qualità dei materiali, la garanzia sul prodotto (i prodotti migliori sono garantiti 36 mesi)*
- *la sicurezza dei materiali (ad esempio la presenza del telo rotante ignifugo)*
- *la radiotrasparenza per permettere esami radiografici anche con l'ausilio posizionato sotto il paziente*
- *gli aspetti igienici. L'ausilio deve essere facilmente lavabile e disinfettabile senza che ciò alteri la funzionalità*

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

- l'ampiezza dell'offerta (varietà di modelli per specifiche esigenze)
- la disponibilità di ricambi e di accessori

Esistono in commercio materassini dotati di un'anima rigida in legno compensato o in policarbonato rivestita con una imbottitura in polietilene a bassa densità e PVC. Il telo rotante è in semplice nylon a basso attrito di consistenza simile a quello utilizzato per i teli ad alto scorrimento. Si tratta di sistemi molto economici che sono indicati, eventualmente, nei reparti di degenza a bassa frequenza di trasferimenti.

#### Vantaggi:

I materassini con telo rotante presentano i seguenti vantaggi:

- veloci e semplici da usare
- leggeri e poco ingombranti
- il paziente non viene sollevato
- spesso il trasferimento richiede un solo operatore per essere effettuato
- quando utilizzati in modo appropriato riducono considerevolmente lo sforzo necessario per effettuare il trasferimento
- sono disponibili in misure e tipi diversi

#### Svantaggi:

I sistemi di trasferimento presentano i seguenti svantaggi:

- alcuni ausili non riducono sensibilmente l'attrito aumentando lo sforzo necessario
- non possono essere utilizzati in presenza di grandi dislivelli (oltre 12-15 cm) e/o di fessure superiori a 15-20 cm.
- alcuni ausili non sono dotati di maniglie per il trasporto o sono troppo pesanti
- gli operatori possono essere indotti ad esercitare forze orizzontali quando si trovano in una postura scorretta

In situazioni ad alto rischio (sala operatoria, radiologia, rianimazione, ecc.) e in reparti di degenza ad elevata intensità di trasferimenti è opportuno utilizzare sistemi affidabili sul piano della sicurezza, dell'igiene e della qualità.

#### **21.1. ROLLBORD**



È prodotto leader di mercato, è un sistema No-Lift, consente di effettuare un trasferimento senza sollevare il paziente, riducendo drasticamente i rischi per l'operatore e il disagio per il paziente. L'operazione risulta molto più semplice e rapida rispetto alla movimentazione manuale e può essere svolta anche

	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---

da un solo operatore con evidenti benefici anche in termini organizzativi e di utilizzo delle risorse umane.

ROLLBORD è un sistema di trasferimento atraumatico e fa risparmiare tempo e risorse!

Vantaggi realizzati con l'utilizzo di ROLLBORD:



- **RIDUZIONE DELLO SFORZO:** lo sforzo per trasferire un paziente è ridotto al 15% del peso del paziente = **MENO INFORTUNI PER IL PERSONALE (D. LGS. 626)**

- **EFFICIENTE:** un unico operatore (metodo "PUSH", trasferimento mediante spinta) da solo può fare ciò che prima richiedeva 3 o 4 operatori. Due operatori (metodo "PULL") possono trasferire agevolmente pazienti anche molto pesanti (300 kg!!!), pazienti molto

sensibili (ad esempio pazienti ustionati), pazienti anziani, ecc.



- **FLESSIBILE:** per ogni tipo di trasferimento (ad esempio trasferimento da seduto di paziente disпноico) in ogni reparto: S.O., Radiologia, MRI, ICU/CCU, Lungodegenza, P.S. Rianimazione e terapia Intensiva, ecc.

- **8 MODELLI diversi:** un Rollbord per ogni specifica esigenza (Standard, Junior, Mini, Soft Bed non pieghevole per pazienti pesanti in combinazione con materassi antidecubito, Sterilizzabile per centri

Trolley per barella doccia)!!!

- **CONFORTEVOLE:** nessun disagio, il paziente è adagiato su una superficie semirigida



- **SICURO:** anche nei trasferimenti in presenza di fessure e dislivelli.

- **MANEGGEVOLE e POCO INGOMBRANTE:** pieghevole (da 180 a 90 cm), peso inferiore ai 3 kg, trasportabile lasciando le

mani libere!

- **RADIOTRASPARENTE e COMPATIBILE MRI** (consigliato da General Electric Medical Systems)

- **TELO ROTANTE ANTISTRAPPO, IGNIFUGO, con TRATTAMENTO ANTIBATTERICO e ANTIFUNGINEO** (certificato)

- **FACILE DA PULIRE E DISINFETTARE:** con prodotti detergenti o disinfettanti di uso corrente. Le pratiche coperture monouso in pezzi singoli evitano di dover pulire e disinfettare ogni volta = **MASSIMA IGIENE** in S.O.

- **DUREVOLE:** una vita media di 7 anni!!! Testato in laboratorio simulando 5 anni di utilizzo intensivo con 20.000 operazioni di piegatura!!! 36 mesi di garanzia!!!

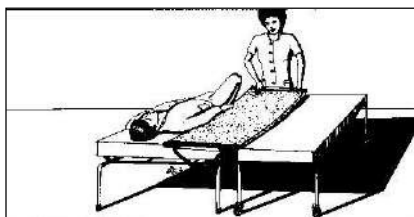
**Rollbord: come si usa (metodo PULL)?**

ROLLBORD è un materassino semirigido pieghevole provvisto di un telo rotante a basso attrito che scivola attorno all'asse. È disponibile in vari modelli con misure che variano da 80 cm (Mini Gyn) a 180 cm (altri modelli) di lunghezza e da 40 cm (Ambulance) a 50 cm di larghezza. Le due cinghie alle estremità servono solamente al trasporto o per sospendere ROLLBORD alla parete evitando così che si sporchi. così che si sporchi.

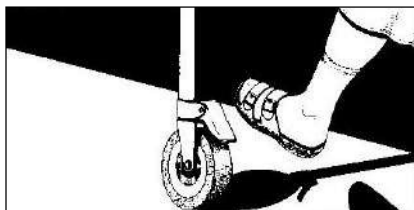
Le coperture monouso in PE (optional) riducono l'impegno del personale per la pulizia.



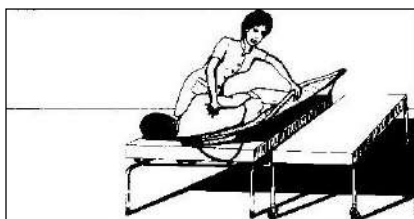
ROLLBORD pesa solo 2,9 kg e può essere facilmente trasportato utilizzando le pratiche maniglie fissate alle due estremità. In tal modo l'operatore mantiene entrambe le mani libere.



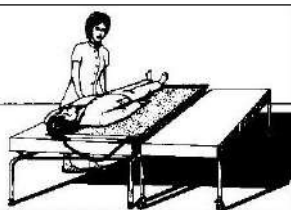
Posizionare ROLLBORD vicino al paziente.



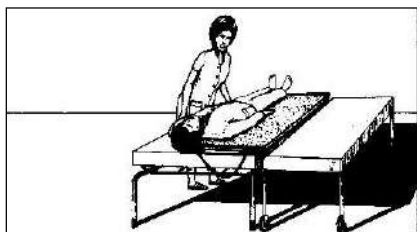
Bloccare i freni del letto e della barella e verificare la loro tenuta.



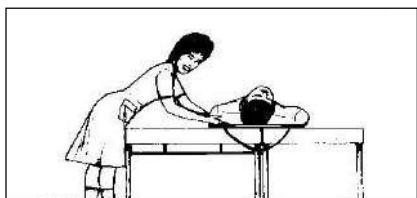
Ruotare il paziente sul fianco in modo tale che sia rivolto verso di voi. Portare ROLLBORD più vicino al paziente.



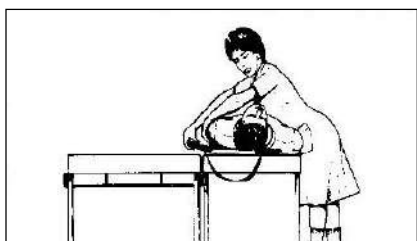
Riportare il paziente in posizione supina in modo tale che un terzo del suo corpo sia posizionato sopra ROLLBORD.



Infilare una mano sotto la spalla del paziente e l'altra sotto l'anca in modo tale che il peso del paziente sia, conseguentemente, su ROLLBORD.

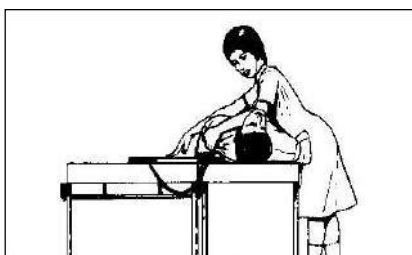


Iniziare a muovere il paziente utilizzando il peso del Vostro corpo applicando una leggera pressione e mantenendo le braccia piegate. Spingere con delicatezza il paziente. ROLLBORD scorrerà sino a che il paziente non appoggerà sul materasso dell'altra superficie.



scorrere ROLLBORD  
sotto il paziente.

Sui letti larghi il paziente può essere prima fatto scivolare verso il centro del letto e quindi trasferito, tirando verso di sé dall'altro lato.



Ruotare nuovamente con delicatezza il paziente sul fianco e, utilizzando l'altra mano, far lontano da sé, sfilandolo da

	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---



Riportare il paziente in posizione supina, rimuovere ROLLBORD, pulendolo e disinfettandolo se necessario.

Il trasferimento avviene in modo delicato e risulta completamente privo di disagio per il paziente. Se il paziente ha capelli lunghi, posizionare un cuscino o un asciugamano sotto la testa. E' possibile anche trasferire il paziente in posizione semiseduta grazie alla grande flessibilità e alla eccezionale qualità dei materiali utilizzati.

#### **Metodo "PULL"**



sotto il

In taluni casi (con pazienti particolarmente pesanti e in presenza di dislivelli) si può usare un metodo diverso (metodo "PULL") che prevede due operatori anziché uno solo. Rollbord viene posizionato non direttamente

sotto il lenzuolo o la traversa. Il trasferimento avviene quindi non per "spinta" come nel metodo Push, ma afferrando il lenzuolo e trascinando il paziente verso di sé. Il secondo operatore, posto sull'altro lato del letto, asseconda il movimento verso il collega.

Il telo di ROLLBORD è un telo antistrappo, impermeabile, con un trattamento antibatterico e antifungineo, può essere lavato anche in lavatrice a 70° C. Tutti i materiali possono essere disinfettati utilizzando i prodotti di uso quotidiano in ospedale (a atto che siano incolori).

Le "Coperture Monouso" in PE avvolgono completamente ROLLBORD includendo le estremità e riducono l'impegno del personale per la pulizia.

## **22. ASSI RIGIDE**

Le assi rigide a scivolamento vengono utilizzate nei trasferimenti laterali letto/barella/tavolo di procedura in presenza di elevati dislivelli (ad es. tra un letto ed una barella ad altezza fissa).





	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---

Esse rappresentano sostanzialmente dei “ponti” tra due superfici sui quali il paziente scivola durante il trasferimento. Sono costruite con materiali indistruttibili (generalmente polietilene ad alta densità), le superfici vengono trattate per ridurre l’attrito, sono disponibili in forme diverse per soddisfare specifiche esigenze. Il loro utilizzo è indicato qualora il dislivello sia superiore ai 15 cm.



**TRANSLIDE** è un asse rigido in HDPE (polietilene ad alta densità) con trattamento antiattrito per il trasferimento atraumatico del paziente letto/barella/tavolo di procedura in presenza di notevoli dislivelli (fino a 20 cm).

TRANSLIDE è un sistema economico e semplice per risolvere il problema del trasferimento tra superfici di diversa altezza (ad esempio tra un letto ed una barella ad altezza fissa).

Permette il trasferimento con il minimo sforzo e, soprattutto, in modo completamente atraumatico per il personale di assistenza riducendo il rischio di lesioni dorso-lombari.



L’operazione di trasferimento prevede l’utilizzo del lenzuolo o della traversa posta sotto il paziente. È disponibile, come accessorio, un Telo di trazione in Nylon siliconizzato di 150 x 150 cm che facilita lo scivolamento del paziente sopra l’asse riducendo ulteriormente l’attrito. In alternativa possono essere utilizzati i teli ad alto scorrimento Careglide Moving Set (vedi più avanti) provvisti di maniglie ergonomiche.

Due operatori si posizionano ai lati del letto. Un operatore ruota leggermente il paziente sul fianco affinché il secondo operatore possa posizionare l’asse sotto il paziente. Il secondo operatore afferra quindi il lenzuolo (o la traversa o il telo di trazione) per trascinare il paziente sopra l’asse fino all’altra superficie. Il secondo operatore, posto sull’altro lato, si limita a coadiuvare l’operazione, trattenendo il lenzuolo o la traversa.

Vantaggi:

- *Utilizzo manuale da parte di solo due operatori*
- *Non traumatico per l’operatore*
- *Massima sicurezza durante il trasferimento*
- *Nessun disagio per il paziente*
- *In grado di superare dislivelli e fessure sino a 20-25 cm*
- *Leggero*
- *Molto sottile, utilizzabile anche nel caso di pazienti che non possano essere ruotati sul fianco (ad es. pazienti operati di protesi d’anca).*

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

- *Solido e resistente alla rottura*
- *Facile manutenzione: pulizia e disinfezione secondo le normali procedure*
- *Radiotrasparente*

Il **trasferimento letto/carrozzina o carrozzina/wc** di pazienti non collaboranti prevede il sollevamento del paziente dal letto e il successivo trasferimento sulla carrozzina o sul wc e implica necessariamente l'utilizzo di un sollevapazienti a corsetto appropriato. Dovrà essere dotato di braccia divaricanti (elettricamente o manualmente), eventualmente allungabili e l'altezza della base di appoggio dovrà essere sufficientemente contenuta per poter essere posizionato correttamente sotto il letto.

Nel caso di un paziente parzialmente collaborante con sufficiente controllo del tronco, il trasferimento può avvenire anche utilizzando assi rigide di scivolamento di forma adeguata con una tecnica che consente di potenziare e sfruttare al meglio le capacità motorie residue del paziente. In passato tali ausili venivano realizzati artigianalmente in legno. Oggi le assi sono costruite in materiale molto resistente e la loro superficie viene trattata per ridurre l'attrito e facilitare lo scivolamento. Devono essere inoltre facilmente lavabili edisinfettabili.

In una situazione classica di trasferimento dalla carrozzina al letto di una persona con ridotte capacità motorie ma con sufficienti risorse a livello del tronco e degli arti superiori da potersi aiutare in una certa misura, il trasferimento può essere suddiviso nelle seguenti fasi:



1. posizionamento della sedia a rotelle rispetto al letto con un angolo di ca. 30° rispetto all'asse del letto

2. preparazione del paziente: posizionare il bacino verso il bordo anteriore del sedile, posizionare i piedi in modo che si trovino perpendicolarmente al di sotto delle ginocchia o leggermente più avanti. E' vantaggioso preparare i piedi girandoli nella direzione in cui dovranno trovarsi alla fine della manovra;

3. posizionamento dell'asse sotto il paziente. Se è possibile sollevare la coscia dalla parte del letto ed infilare l'asse di lato, altrimenti flettere il tronco dalla parte controlaterale così da alleggerire il carico sulla coscia sotto la quale verrà posizionata l'asse. L'asse non deve essere messa sotto il bacino ma sotto le cosce.



Infatti nella manovra di trasferimento il peso del corpo viene spostato in avanti così da accentuarsi sulle ginocchia e da alleggerirsi a livello del bacino. In questa posizione il bacino

	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---

viene dunque in gran parte scaricato dal peso e non pone particolari problemi allo spostamento.



4. scivolamento laterale. La persona che aiuta può assumere diverse posizioni in funzione di quanto sostegno è richiesto.

Se il paziente ha paura a flettersi in avanti, può essere vantaggioso che l'operatore si inginocchi davanti assicurandogli in questo modo che non potrà scivolare a terra o ribaltarsi in avanti con la carrozzina.

Se il paziente si sente sicuro chi aiuta è generalmente in piedi. In questa posizione ci si mette di solito davanti, tra la carrozzina e il letto.

Quando il soggetto flette il tronco lo farà dalla parte opposta a quella in cui la persona che aiuta farà scivolare il bacino.

#### Vantaggi:

Le assi rigide presentano i seguenti vantaggi:

- *non è necessario sollevare il paziente*
- *alcuni ausili sono in grado di ridurre significativamente l'attrito*
- *alcuni pazienti sono in grado di trasferirsi autonomamente*
- *sono disponibili in un'ampia varietà di misure e forme*
- *le assi con forma curva consentono il trasferimento anche in presenza di braccioli fissi sulla carrozzina*

#### Svantaggi:

Le assi rigide presentano i seguenti svantaggi:

- *l'uso non appropriato può esporre l'operatore al rischio di lesioni dorso-lombari*
- *non vi devono essere dislivelli tra le superfici*
- *il paziente deve avere sufficiente controllo del tronco*
- *il paziente deve essere collaborante*
- *alcuni ausili non sono provvisti di maniglia per il trasporto e/o il posizionamento*
- *l'operatore potrebbe essere indotto ad assumere posture pericolose*
- *le dita dell'operatore potrebbero rimanere schiacciate sotto l'asse*

Nel trasferimento a/da autoveicoli è opportuno osservare alcune raccomandazioni:

- *veicoli a 2 porte risultano più adatti poiché l'apertura delle portiere è generalmente più ampia*
- *idealmente seduta della carrozzina e sedile dell'auto devono trovarsi alla stessa altezza. È necessario rimuovere braccioli e pedane per i piedi*
- *bloccare i freni della carrozzina*

	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---

- *il piegamento del busto in avanti faciliterà l'uscita del veicolo*
- *la porta dell'auto potrà servire come supporto/sostegno*
- *qualora si utilizzi anche un telo ad alto scorrimento prestare attenzione che lo scivolamento non avvenga in modo incontrollato.*

Gli assi di trasferimento GLIDEBOARD sono costruiti con materiali molto solidi (HDPE - polietilene ad alta densità) e consentono il trasferimento autonomo o assistito del paziente seduto.



Gli assi GLIDEBOARD rappresentano cioè "ponti" sicuri che semplificano il trasferimento del paziente dal letto alla sedia a rotelle, da questa al WC o alla poltrona o al sedile dell'auto. In taluni casi vengono utilizzati autonomamente dal paziente o dal disabile.

Garantiscono la massima sicurezza durante il trasferimento poiché sono costruiti con materiale indistruttibile in grado di sopportare carichi massimi fino a 130 o 150 kg a seconda dei modelli, sono provvisti di adesivo antiscivolo sulla parte inferiore per un sicuro posizionamento. Sono resistenti agli acidi, facile da pulire e da disinfettare.

GLIDEBOARD è disponibile in 6 modelli per ogni esigenza di trasferimento autonomo o assistito.



Il trasferimento può risultare agevolato dall'utilizzo di un cuscino a basso attrito MINICARE in combinazione con GLIDEBOARD per evitare l'attrito sulla cute del paziente.

Nel caso del trasferimento carrozzina/wc può essere opportuno utilizzare accessori quali SIT ON SLIDING TOWEL o SIT ON TROUSERS per facilitare lo scivolamento del paziente senza vestiti.

In un prossimo futuro Glideboard sarà disponibile in una versione provvista di sedile scorrevole lungo una guida longitudinale che eliminerà il problema della frizione sulla cute del paziente e renderà il trasferimento estremamente più agevole, facile e veloce.

### **23. MATERASSINI TUBOLARI MORBIDI**

Un trasferimento laterale tra superfici ben accostate senza che vi siano fessure e dislivelli (ad esempio tra due letti) può essere eseguito anche con l'ausilio di materassini morbidi ad alto scorrimento. Il materassino morbido funziona con lo stesso principio del materassino con telo rotante: viene posizionato sotto il paziente il quale viene trasferito, ad opera di uno o due operatori, sfruttando l'attrito ridotto tra i materiali con i quali il materassino è costruito. Questo tipo di ausilio viene inoltre utilizzato nella mobilizzazione del paziente allettato sia in senso longitudinale che trasversale e anche in rotatorio.

	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---



ROLLOVER è un materassino o sacco scorrevole morbido utilizzato per la mobilizzazione del paziente allettato o per il trasferimento orizzontale (in assenza di dislivelli o fessure tra le superfici). E' utile nelle situazioni nelle quali viene richiesto un prodotto morbido anziché semirigido (come ROLLBORD) o rigido (come TRANSGLIDE).

È in tessuto resistente a scivolamento facilitato con una imbottitura morbida.

È lavabile a 60° C ma può essere provvisto di una federe sostituibile lavabile a 95° C o di coperture monouso.

Si usa come Rollbord (vedi: metodo PUSH o metodo PULL).

Anche in questo caso il trasferimento o la mobilizzazione vengono estremamente semplificate e lo sforzo per l'operatore sensibilmente ridotto.



#### 24. RIPOSIZIONAMENTO, DEAMBULAZIONE, MANIPOLAZIONE.

Per ausiliare alcune operazioni di movimentazione possono essere indicati i cosiddetti “ausili minori”.

Gli ausili minori sono ausili meccanici che hanno come funzione la riduzione del sovraccarico indotto da alcune operazioni di movimentazione parziale del paziente.

Generalmente gli ausili minori vengono utilizzati per la movimentazione di pazienti parzialmente collaboranti cioè pazienti con residue capacità motorie che possono essere sfruttate dall'operatore nelle operazioni di movimentazione.

Spesso hanno molteplici funzioni per cui lo stesso ausilio può risultare utile in diverse operazioni. Ausili minori sono tipicamente:

- le cinture ergonomiche con maniglie
- le fasce ergonomiche con maniglie
- i teli sagomati con maniglie per sollevamento e mobilizzazione
- i dischi e le piastre girevoli per la rotazione del paziente in posizione eretta o seduta
- i teli ad alto scorrimento per mobilizzazione paziente
- i materassini morbidi per mobilizzazione e cura
- gli ausili per il riposizionamento del paziente seduto

	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---

Una corretta valutazione di questo tipo di ausili deve considerare, in generale:

- la qualità dei materiali utilizzati
- le caratteristiche costruttive (ad es. l'imbottitura, la doppia chiusura di sicurezza in velcro e clip nel caso delle cinture ergonomiche; lo spessore, la rotazione bilanciata e controllata nel caso dei dischi e delle piastre rotanti, la tenuta delle maniglie nel caso dei teli con maniglie, ecc.)
- l'assortimento (misure disponibili)
- la manutenzione (lavaggio e disinfezione)

## 25. CINTURE ERGONOMICHE

Le cinture ergonomiche possono essere indossate con sicurezza sia dal paziente che dall'operatore in svariate situazioni: nella deambulazione assistita, nel trasferimento, nel trasferimento per scivolamento.

Sono disponibili in forme e misure diverse, dispongono di una chiusura con fibbia, claps o velcro, hanno due o più maniglie per consentire la presa da parte dell'operatore.

Le chiusure con velcro sono più semplici e veloci rispetto alla chiusura con fibbia o claps, tuttavia il velcro può fissarsi ai vestiti e si può deteriorare con facilità se non viene lavato con le opportune precauzioni.

Una sicurezza maggiore viene fornita da una doppia chiusura con velcro e claps.

Le maniglie laterali possono essere posizionate verticalmente, orizzontalmente o diagonalmente o in combinazione.

Le cinture provviste di imbottitura risultano più confortevoli per il paziente ma potrebbero ridurre la capacità di controllo da parte dell'operatore se non sono indossate nel modo appropriato.

Alcune volte l'operatore indossa personalmente una cintura per renderla così immediatamente disponibile. Tuttavia l'utilizzo della cintura per permettere al paziente di afferrarla e aiutarsi è una pratica poco diffusa. In alcuni casi si sono verificati incidenti causati da un paziente combattivo cui è stato consentito di afferrare le maniglie della cintura indossata dall'operatore o che si è trovato nelle condizioni di poterle afferrare.

Le cinture ergonomiche possono essere utilizzate per:

- *la deambulazione assistita*
- *il trasferimento del paziente collaborante*
- *il trasferimento del paziente seduto con assi di trasferimento*



	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

Sino a quando non si è certi che il paziente ha la capacità di deambulare indipendentemente è opportuno utilizzare altri ausili (ad esempio, un deambulatore).

Le cinture ergonomiche non riducono il peso del paziente in alcun modo e non devono essere utilizzate per sollevare! Le cinture infatti consentono l'utilizzo di una tecnica migliore con pazienti parzialmente collaboranti che richiedono un'assistenza ridotta.

#### Vantaggi:

Le cinture ergonomiche presentano i seguenti vantaggi:

- *forniscono una presa sicura*
- *evitano all'operatore di dover afferrare il paziente per le braccia o i vestiti*
- *l'operatore può eventualmente "guidare" la caduta a terra del paziente (N.B. non utilizzare la cintura per evitare o trattenere la caduta del paziente)*
- *consentono di tenere il paziente più vicino a sé e "sotto controllo"*
- *permettono di adottare posture meno rischiose*

#### Svantaggi:

Le cinture presentano i seguenti svantaggi:

- *cinture troppo ampie/larghe non consentono al paziente di piegarsi in avanti*
- *cinture troppo strette o non imbottite possono causare lesioni ai fianchi del paziente*
- *utilizzare una cintura per sollevare il peso del paziente è da evitare rigorosamente*
- *l'operatore non deve infilare il proprio braccio nelle maniglie. Potrebbe non avere la possibilità di sfilarlo in caso di improvvisa caduta del paziente*
- *l'operatore potrebbe correre dei rischi qualora consenta al paziente di tenersi sul collo dell'operatore stesso. Potrebbe non avere il tempo di liberare le braccia in caso di reazione del paziente o di caduta improvvisa*

GLIDE BELT è una cintura ergonomica imbottita con maniglie provvista di maniglie laterali e posteriori, regolabile con velcro e fibbie di sicurezza, imbottita per garantire un ottimale confort del paziente e con interno antiscivolo per non scivolare sul busto una volta indossata dal paziente. Ha elevata resistenza (sino 130 kg) ed è lavabile e disinfettabile.



**GLIDE BELT** può essere utilizzata per sostegno e supporto del paziente con ridotte capacità motorie e parzialmente collaborante. Le sue maniglie evitano di dover afferrare il paziente per il pigiama o la vestaglia migliorando così la presa e la sicurezza per il paziente stesso. Consente agevolmente ogni manovra e risulta utile nei trasferimenti assistiti anche in combinazione con altri ausili come ad es. il disco girevole, nel riposizionamento del paziente allettato, nel supporto e

sostegno durante la  
deambulazione.

	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---



L'utilizzo di GLIDE BELT offre diversi vantaggi:

- rende possibile l'adozione di posture meno sovraccaricanti per il rachide
- facilita lo sfruttamento delle residue capacità motorie del paziente
- aumenta la sicurezza per il paziente stesso

La cintura è provvista di maniglie su tutta la superficie saldamente fissate alla cintura stessa che permettono di sostenere saldamente il paziente in ogni situazione.

GLIDE BELT dispone di una buona imbottitura per essere più confortevole per il paziente e di una parte interna in materiale antiscivoli affinché la cintura non scivoli sul busto del paziente.



GLIDE BELT viene utilizzata anche in combinazione con gli assi di scivolamento GLIDEBOARD e BEASY TRANS nel trasferimento assistito dei pazienti che non possono utilizzare gli arti inferiori ma che mantengono un buon controllo del tronco.

Due misure /S/M e L/XL) coprono tutte le esigenze. GLIDE BELT non deve essere usata per sollevare il paziente.

Movimentazioni che possono venire agevolate dall'utilizzo di GLIDE BELT sono perciò:

- *Il trasferimento letto/carrozzella*
- *L'assunzione di posizione eretta*
- *Il supporto nella deambulazione*
- *Il trasferimento carrozzina/wc*
- *Il posizionamento in carrozzina del paziente emiplegico*

## 26. FASCE E TELI ERGONOMICI CON MANIGLIE

Le operazioni di mobilizzazione possono risultare molto gravose per l'operatore di assistenza anche in considerazione della frequenza con la quale devono essere eseguite. L'operatore deve inoltre fare molta attenzione a non provocare lesioni al paziente afferrandolo per le braccia o sotto le ascelle.

Esistono diversi ausili "ergonomici" con forme e misure diverse, provvisti di maniglie che permettono di eseguire alcune operazioni di mobilizzazione del paziente in modo semplice e sicuro evitando di dover afferrare direttamente il paziente o di utilizzare manovre manuali complesse.



	<p align="center"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p align="center"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---

Oltre alle maniglie questi ausili dispongono generalmente di un lato esterno costruito con materiali tessile a basso attrito per favorire, se necessario, lo scivolamento sulla superficie del letto e di un lato interno antiscivolo per garantire la sicurezza del paziente durante la movimentazione.

Le fasce ergonomiche, ad esempio, sono pratici ausili con molteplici funzioni. Hanno generalmente misure comprese tra i 50 e i 60 cm di lunghezza per 20 cm di larghezza e presentano una coppia di maniglie su ciascun lato che consentono di variare il tipo di presa in funzione delle esigenze.

Generalmente presentano un lato interno in schiuma che evitano lo scivolamento sul corpo del paziente.



Le principali applicazioni sono:

- *Assunzione di posizione eretta o di posizione seduta*
- *Mobilizzazione del paziente sul letto*
- *Sollevamento (in talune situazioni) del paziente sul letto*
- *Rotazione del paziente sul letto*
- *Trasferimento di un paziente collaborante dal letto alla carrozzina*

In taluni casi (ad esempio nell'assunzione della posizione eretta o nel trasferimento assistito del paziente collaborante) rappresentano un'alternativa alla cintura ergonomica.



PAT SLING è un pratico ausilio ergonomico multifunzione dotato di maniglie ad alta resistenza (fino a 110 kg) grazie alla cucitura lungo l'intera superficie, con il lato esterno in materiale ad attrito ridotto per una più facile mobilizzazione del paziente sul letto e lato interno in schiuma antiscivolo per una maggiore sicurezza del paziente. Viene utilizzato dal personale di assistenza per sostenere un paziente solo parzialmente collaborante quando si alza dalla sedia o dal bordo del letto, per aiutarlo a sedersi o a stenderlo sul letto come anche per cambiarne la posizione senza toccarlo.



	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

**PULL UP** è un telo sagomato utilizzato per mobilizzare, trasferire, sollevare un paziente.

E' provvisto di 4 maniglie laterali (due per lato) Il materiale utilizzato e la cucitura trasversale sull'intera superficie permette a PULL UP di sopportare pesi sino a 150 kg. Il lato esterno è in materiale a basso attrito per facilitare lo scivolamento sulla superficie del letto mentre il lato interno è in materiale antiscivolo per aumentare la sicurezza del paziente.

È disponibile anche nella versione con 6 maniglie (3 per lato).

PULL UP risulta utile nelle seguenti situazioni:

- *Mobilizzazione del paziente sul letto*
- *Trasferimento del paziente da letto a letto*
- *Sollevamento del paziente da terra al letto (quando non è possibile utilizzare un sollevatore)*

Il sollevamento da terra (ad esempio un paziente caduto dal letto) richiede, di norma, un sollevapazienti dotato di un braccio di sollevamento con una escursione sufficiente per arrivare ad una altezza tale da consentire l'aggancio dell'imbracatura che avrà preventivamente posizionato sul paziente disteso a terra.

Vi sono però alcuni casi nei quali l'utilizzo del sollevapazienti non è possibile per via degli spazi ridotti (ad esempio nel caso di un paziente che è caduto a terra tra letto e parete). In tali casi si può utilizzare un ausilio come PULL UP.



**PULL UP** viene posizionato sotto il paziente ruotando lo stesso sul fianco (come si fa con una traversa).

Due operatori possono a questo punto sollevare il paziente tenendo presente che una tecnica di sollevamento appropriata (gambe flesse e schiena dritta, coordinamento) può ridurre il rischio indotto da questa operazione. **PULL UP** viene anche utilizzato per spostamenti sul letto.

**SLIDE UP** e **SLIDE UP WIDE** sono teli sagomati ergonomici per la movimentazione del paziente. Sono provvisti di 4 maniglie laterali (due per lato). La cucitura trasversale delle fettucce sull'intera superficie permette a questi ausili di sopportare pesi sino a 130-150 kg. Il lato esterno è in materiale a basso attrito mentre quello interno è in materiale antiscivolo.



	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---

**SLIDE UP/SLIDE UP WIDE** risulta particolarmente utile nella mobilizzazione del paziente sul letto.



**SLIDE UP WIDE** presenta una particolare conformazione con una parte più larga in grado di avvolgere la parte superiore del corpo del paziente e può essere trattenuta con una sola mano da un unico operatore nell'aiutare il paziente ad assumere la posizione seduta sul letto.

Di norma questa operazione richiede che l'operatore, dopo aver ruotato sul fianco il paziente ancora disteso sul letto, lo afferri con presa avvolgente a livello della spalla e delle ginocchia. L'operatore completa quindi la manovra portando le gambe del paziente fuori dal letto e sollevandogli il tronco fino a portarlo in posizione seduta cercando di sfruttare il movimento del proprio corpo per facilitare l'operazione.



**SLIDE UP WIDE** permette di eseguire la stessa operazione in modo facilitato evitando di utilizzare prese complesse, evitando il contatto eccessivo con il paziente e sfruttando maggiormente il proprio corpo riducendo così sensibilmente il rischio connesso con questa operazione.

La particolare conformazione di **SLIDE UP WIDE** con la parte superiore più larga in grado di avvolgere spalle e busto del paziente permette all'operatore di portare il paziente nella posizione seduta e

di trattenere saldamente il paziente con una sola mano e quindi di eseguire la rotazione fino a portare le gambe giù dal letto.

**SLIDE UP** viene posizionato facilmente sotto il paziente nello stesso modo con cui si posiziona una traversa. Può essere utile in altre operazioni di mobilizzazione sul letto da parte di due operatori (ad esempio solo spostamento verso il cuscino o la rotazione sul letto).



## 27. DISCHI GIREVOLI

I dischi girevoli hanno diametri diversi e possono essere di tipo rigido o morbido. Consistono di due dischi che ruotano l'uno sull'altro. Tra i due dischi è posto un materiale a basso attrito mentre la superficie esterna è costruita con materiale antiscivolo.

Spesso questi ausili vengono utilizzati in combinazione con cinture ergonomiche o assi di trasferimento.

I dischi morbidi si adattano alla superficie su cui vengono posti e vengono generalmente utilizzati per la rotazione del paziente in posizione seduta, ad esempio, nel trasferimento su un'autovettura.

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

La superficie interna è costituita tipicamente da una plastica a basso attrito o altro materiale sintetico. La parte superiore è generalmente trapuntata e imbottita per un maggiore comfort.

Le piastre rigide sono più durevoli e vengono utilizzate per la rotazione in posizione eretta del paziente parzialmente collaborante (con capacità di carico sugli arti inferiori).

Possono essere costruiti in legno ma spesso sono in plastica e possono contenere dei cuscinetti.

Pazienti collaboranti con la capacità di sostenersi e bilanciarsi sulle gambe possono essere “guidati” nella posizione eretta e ruotati senza che debbano spostare i propri piedi. Naturalmente il paziente deve avere sufficienti capacità per evitare che l’operatore sia costretto a sforzi eccessivi o posture scorrette.

I dischi girevoli spesso vengono usati in combinazione con cinture ergonomiche.

Pazienti che non sono in grado di assumere indipendentemente la posizione eretta richiedono inevitabilmente un sollevapazienti di tipo “attivo” che li possa sostenere mediante una apposita imbracatura.

#### Vantaggi:

I dischi girevoli presentano i seguenti vantaggi:

- *i piedi del paziente non devono essere ruotati o “aggiustati” durante il trasferimento*
- *alcuni dischi sono provvisti di maniglie che ne facilitano il posizionamento o il maneggiamento*
- *riducono lo sforzo necessario per ruotare il paziente*

#### Svantaggi:

I dischi presentano i seguenti svantaggi:

- *maggiore è il diametro e maggiore è il rischio che il disco interferisca con i piedi dell’operatore*
- *alcuni dischi rigidi hanno dei cuscinetti che permettono la rotazione. Questi dischi vanno utilizzati con estrema attenzione potendo risultare difficoltoso il controllo, specialmente con pazienti molto leggeri*
- *non utilizzare dischi girevoli per il trasferimento di pazienti con comportamenti imprevedibili o con pazienti non collaboranti*
- *maggiore è lo spessore (il profilo) di un disco rigido e maggiore è il rischio per il paziente o per l’operatore di inciampare su di esso*
- *la base di appoggio del paziente posizionato sul disco è limitata*
- *alcuni pazienti potrebbero venire disorientati dalla rotazione*

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

- *pazienti particolarmente pesanti potrebbero richiedere uno sforzo eccessivo nella rotazione*



TURNPLATE o DISCO GIREVOLE viene utilizzato con pazienti parzialmente collaboranti in grado di reggersi in piedi ma non di ruotare su se stessi. Per un maggior aiuto all'operatore ed una maggiore sicurezza per il paziente raccomandiamo l'uso in combinazione con la cintura ergonomica GLIDE BELT o l'ausilio multifunzione PAT SLING.

Il DISCO GIREVOLE risulta perciò utile nelle seguenti situazioni:

- Trasferimento letto/carrozzina
- Trasferimento carrozzina/wc
- Trasferimento poltrona/carrozzina

Il disco è antiscivolo ed ha uno spessore molto ridotto (8 mm), ciò evita che l'operatore o il paziente possa inciampare sul disco stesso. Il peso è limitato, il movimento rotante è un movimento bilanciato. Ha grande robustezza e quindi una lunga durata, può essere lavato con acqua e sapone. La superficie può venire disinfettata con alcool.

È disponibile in due diametri (30 e 38 cm).

### Utilizzo



Piede esterno dell'operatore nella direzione del movimento, piede interno tra i piedi del paziente, presa sulle maniglie della cintura ergonomica Glide Belt

Piede esterno arretrato, piede interno impegnato a ruotare nella direzione del movimento, rotazione in blocco del paziente



	<p align="center"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p align="center"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---

- Il posizionamento a gambe parallele e non a contrappeso (come in figura) potrebbe richiedere un aumento improvviso di sforzo qualora il disco scivolasse verso l'operatore onde evitare la caduta propria e del paziente
- Evitare torsioni carico del tronco che determinerebbero posizioni di instabilità
- Evitare l'uso di zoccoli. I piedi potrebbero scivolare richiedendo un aumento di sforzo per evitare la caduta

Nel caso di un trasferimento letto/carrozzina o letto/poltrona di pazienti collaboranti che riescono a reggersi sulle gambe ma che devono essere aiutati nell'assumere la posizione eretta e nella rotazione poi per poter essere trasferiti sulla carrozzina o sulla poltrona (ad es. un paziente emiplegico) possono essere utilizzati la cintura ergonomica GLIDE BELT in combinazione con TURNPLATE o, in alternativa, una fascia PAT SLING sempre in combinazione con il disco TURNPLATE.



FOOT TURN CUSHION è una piastra girevole in gommapiuma rivestita in tessuto antiscivolo su entrambi i lati con la stessa funzione del disco.



SEAT TURN CUSHION si differenzia per avere la parte superiore rotante trapuntata mentre quella inferiore è antiscivolo. E' utile per la rotazione sul sedile dell'automobile, o sulla poltrona.

## 28. TELI AD ALTO SCORRIMENTO

Alcune operazioni di mobilizzazione sul letto possono venire ausiliate con i teli ad alto scorrimento.

Si tratta di teli realizzati con un materiale tessile a basso attrito che facilitano la mobilizzazione trasversale e longitudinale del paziente sul letto, la rotazione sul fianco in posizione supina, l'assunzione di posizione seduta ed altre comuni operazioni di mobilizzazione del paziente allettato.

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

Sono disponibili in misure diverse e vanno posizionati (singolarmente o combinati tra loro) sotto il lenzuolo o sotto la traversa. Alcuni sono provvisti di maniglie ergonomiche lungo i latiper facilitare la presa nelle varie operazioni di mobilizzazione.

L'utilizzo dei telini riduce lo stress fisico associato alle diverse operazioni di mobilizzazione del paziente incoraggiando l'assunzione di posture meno rischiose per l'operatore e migliorando le condizioni di lavoro per il personale di assistenza.

I teli ad alto scorrimento possono essere utilizzati per:

- *facilitare l'indipendenza e mobilità sul letto*
- *mobilizzare il paziente sul letto*
- *spostare il paziente dal bordo al centro del letto*
- *ruotare il paziente sul fianco*
- *trasferire lateralmente il paziente dal letto alla barella*

Vantaggi:

I teli ad alto scorrimento presentano i seguenti vantaggi:

- *semplici e versatili*
- *lo scivolamento può evitare il sollevamento manuale*
- *possono essere utilizzati con il paziente seduto o con il paziente in posizione supina*
- *le maniglie laterali possono fornire una presa sicura*
- *l'operatore può utilizzare fasce o cinture ergonomiche per ridurre la necessità di afferrare le maniglie*
- *alcuni tipi di teli possono essere lasciati sotto il paziente*
- *riducono lo sforzo necessario per mobilizzare il paziente*
- *se utilizzati correttamente evitano posture scorrette*
- *risultano generalmente più confortevoli rispetto a materassini rigidi o semirigidi*

Svantaggi:

I teli presentano i seguenti svantaggi:

- *pazienti con ulcere da decubito o pelle particolarmente sensibile possono provare dolore*
- *pazienti particolarmente pesanti possono richiedere uno sforzo eccessivo. In tali casi è opportuno considerare altri tipi di ausilio (materassino con telo rotante o sollevapazienti)*
- *nel caso lo stesso telo venga utilizzato con diversi pazienti è necessario adottare idonee precauzioni per il controllo delle infezioni*
- *non possono essere utilizzati nei trasferimenti in presenza di fessure o dislivelli tra le superfici. In tal caso è opportuno utilizzare un materassino rigido o semirigido o un asse di trasferimento*



	<p>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

- *uno scivolamento può risultare un sollevamento se l'operatore non utilizza le tecniche appropriate*
- *un trasferimento può richiedere più operatori*
- *l'utilizzo richiede un'operazione aggiuntiva per posizionare e rimuovere il telo sotto il paziente*



**CAREGLIDE Moving Set** è un sistema ergonomico costituito da un telo provvisto di maniglie ergonomiche lungo i 4 lati per facilitare la presa nelle varie operazioni, da un secondo telo di identiche dimensioni e da un terzo telo piccolo di forma tubolare da utilizzare nel caso di trasferimenti laterali sotto i piedi.

Facilita un'ampia gamma di operazioni di mobilizzazione e riposizionamento del paziente allettato: mobilizzazione del paziente seduto sul bordo del letto, assunzione di posizione seduta sul letto, mobilizzazione trasversale e longitudinale dell'intero corpo, rotazione sul fianco, trasferimento laterale in assenza di fessure e/o dislivelli, ecc. Può essere utilizzato nelle operazioni di trasferimento laterale in

assenza di fessure o dislivelli tra le superfici.

Facile da posizionare e da rimuovere da sotto il paziente. I due teli accoppiati vanno prima piegati nel senso della lunghezza.

Uno degli operatori ruota quindi il paziente sul fianco mentre il secondo, posto sull'altro lato, posiziona Careglide (piegato) lungo il paziente. La rotazione del paziente sull'altro lato permette al primo operatore di liberare le maniglie poste sul proprio lato. A questo punto, con il paziente riportato in posizione supina, i due operatori possono afferrare le maniglie ergonomiche ed eseguire la mobilizzazione.

L'utilizzo di CAREGLIDE Moving Set riduce sensibilmente lo stress delle operazioni routinarie di mobilizzazione del paziente allettato.

Samarit ha sviluppato inoltre una linea di teli tubolari ad alto scorrimento CAREGLIDE che rende la cura e l'assistenza ai pazienti più facile e migliora le condizioni di lavoro del personale infermieristico.



Esistono diverse misure (da 70x72 a 180x70 cm) per le più svariate esigenze di mobilizzazione del paziente allettato.





	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

Sono facilmente posizionabili sotto il paziente (generalmente sotto il lenzuolo) e altrettanto facilmente vengono tolti una volta eseguita l'operazione di mobilizzazione. Sono infatti molto sottili ma molto resistenti. Il materiale utilizzato è impermeabile ma, allo stesso tempo, è microporoso permettendo la traspirazione.

Tutti i teli CAREGLIDE sono di semplice utilizzo, dotati di alto scorrimento grazie al minimo attrito, minimo spessore. Sono antistrappo, lavabili a 75° C. ed hanno lunga durata.

## **29. MATERASSINI TUBOLARI MORBIDI AD ALTO SCORRIMENTO**

I materassini tubolari sono realizzati con materiali tessili a basso attrito. Sono provvisti di imbottitura per aumentare il comfort per il paziente.

Sono disponibili in diverse misure e vengono generalmente utilizzati per il riposizionamento sul letto. Quelli più lunghi vengono utilizzati anche per il trasferimento laterale tra superfici accostate (cfr. Rollover).

Alcuni di questi materassini incorporano delle maniglie. Altri hanno la caratteristica discivolare solo in un senso ("one way slide") facilitando così il riposizionamento del paziente verso la testiera del letto o sulla carrozzina evitando, nello stesso tempo, che il paziente scivoli nuovamente nella direzione opposta. Tale caratteristica riduce l'esigenza del riposizionamento manuale.

I materassini vengono utilizzati autonomamente o con l'aiuto dell'operatore. Quando utilizzati autonomamente, un paziente con un buon controllo del tronco e forza residua sugli arti può essere in grado di trasferirsi da una superficie ad un'altra o muoversi sul letto. All'operatore viene richiesto solamente il posizionamento dell'ausilio sotto il paziente.

Quando utilizzati dall'operatore è importante che la forza venga applicata solo lateralmente risultando una spinta e non un sollevamento.

I materassini ad alto scorrimento possono essere utilizzati per:

- mobilizzare il paziente in posizione seduta o supina
- spostare il paziente dal bordo al centro del letto
- mobilizzare il paziente che è caduto in uno spazio ristretto

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

- riposizionare il paziente sul letto
- ruotare il paziente sul letto
- favorire il riposizionamento indipendente sul letto
- esercizi su letto
- trasferimento laterale tra superfici in assenza di fessure o dislivelli

#### Vantaggi:

I materassini tubolari ad alto scorrimento presentano i seguenti vantaggi:

- *semplici e versatili*
- *lo scivolamento può evitare il sollevamento manuale*
- *possono essere utilizzati con il paziente seduto o con il paziente in posizione supina*
- *le maniglie laterali possono fornire una presa sicura*
- *l'operatore può utilizzare fasce o cinture ergonomiche per ridurre la necessità di afferrare le maniglie*
- *alcuni tipi di teli possono essere lasciati sotto il paziente*
- *riducono lo sforzo necessario per mobilizzare il paziente*
- *se utilizzati correttamente evitano posture scorrette*
- *risultano generalmente più confortevoli rispetto a materassini rigidi o semirigidi*

#### Svantaggi:

I materassini tubolari presentano i seguenti svantaggi:

- *pazienti con ulcere da decubito o pelle particolarmente sensibile possono provare dolore*
- *pazienti particolarmente pesanti possono richiedere uno sforzo eccessivo. In tali casi è opportuno considerare altri tipi di ausilio (materassino con telo rotante o sollevapazienti)*
- *nel caso lo stesso telo venga utilizzato con diversi pazienti è necessario adottare idonee precauzioni per il controllo delle infezioni*
- *non possono essere utilizzati nei trasferimenti in presenza di fessure o dislivelli tra le superfici. In tal caso è opportuno utilizzare un materassino rigido o semirigido o un asse di trasferimento*
- *uno scivolamento può risultare un sollevamento se l'operatore non utilizza le tecniche appropriate*
- *l'utilizzo richiede un'operazione aggiuntiva per posizionare e rimuovere il telo sotto il paziente*



I materassini MOBICARE sono materassini morbidi imbottiti che facilitano la mobilizzazione, da parte del personale di assistenza, di pazienti allettati lungodegenti grazie alla riduzione di attrito.

Anche in questo caso l'attrito molto ridotto permette una più facile mobilizzazione che avviene con spinte leggere e ruotando il paziente su un lato con l'aiuto del lenzuolo o della traversa. Una volta ruotato il paziente lo

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

si può riposizionare al centro del letto.

Questi materassini sono imbottiti e risultano perciò molto confortevoli per il paziente, possono essere fissati alla testiera del letto e lasciati (per un tempo comunque ridotto) sotto il paziente che può muoversi sul letto anche autonomamente.

Caratteristica di MOBICARE è quella di avere un lato rivestito in cotone bianco, gradevole a contatto con il paziente e può essere lasciato per un certo periodo sotto il paziente senza grossi rischi di decubito poiché il materiale è soffice e permette la traspirazione. L'altro lato invece è impermeabile e si utilizza nel caso di pazienti incontinenti. Se lo schienale del letto è alzato MOBICARE può venire fissato con un laccio al letto.

MOBITURN, di dimensioni più contenute (140 x 80 cm, anziché 195 x 90 cm), viene utilizzato per mobilizzare o posizionare il paziente allettato. Può anche essere utilizzato autonomamente dal paziente che così aumenta la possibilità di mobilità e indipendenza.

MINICARE, infine, è un cuscino imbottito maneggevole e di uso universale (mobilizzazione a letto, trasferimento letto/carrozzina, ecc.). Nel trasferimento assistito letto/carrozzina viene usato in combinazione con un asse GLIDEBOARD per facilitare lo scivolamento del paziente.



Un'operazione molto frequente è il posizionamento del paziente non collaborante che è scivolato in avanti sulla carrozzina.

Di norma questa operazione richiede due operatori con il primo che afferra gli arti superiori del paziente utilizzando la presa crociata e solleva il paziente mentre il secondo operatore, accovacciato di fronte al paziente, ne afferra le ginocchia e, mentre il primo operatore effettua il sollevamento, spinge il bacino del paziente verso lo schienale.

La stessa operazione può essere svolta agevolmente utilizzando un cuscino tubolare che presenta la caratteristica di scivolare, con un attrito molto ridotto, solo in un senso (come una pelle di foca, per intenderci).



**ONE SIDE GLIDE CUSHION**, cuscino per il riposizionamento, viene posto sotto il paziente il quale potrà quindi essere facilmente riposizionato verso lo schienale senza scivolare subito in avanti (cosa che avverrebbe se venisse utilizzato un normale telo tubolare ad alto scorrimento in entrambi i sensi).

	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---

One Side Glide Cushion è facile da utilizzare. E' sufficiente posizionare il cuscino sulla carrozzina in modo che sporga per ca. 10 cm rispetto al bordo anteriore della seduta. La freccia sulla parte anteriore del cuscino deve indicare lo schienale della carrozzina. Un operatore può facilmente riportare il paziente che è scivolato verso il basso verso lo schienale della carrozzina grazie alla capacità di scorrimento. Il fatto che lo scorrimento nel senso opposto sia impedito evita che il paziente scivoli nuovamente verso il basso.

Il lato esterno è naturalmente provvisto di un trattamento antiscivolo.

### **30. SVOLGIMENTO ATTIVITÀ QUOTIDIANE**

Le attività quotidiane di assistenza includono le operazioni di igiene assistita, la vestizione ed altre attività correlate.

L'igiene è una parte importante nella vita di ognuno. Per il personale di assistenza le operazioni di uso del wc, della doccia e l'igiene personale richiedono uno sforzo fisico concentrato sulla schiena e sulle spalle causato da una posizione di lavoro spesso molto scomoda.

Ausili che possono facilitare l'esecuzione di tali operazioni sono le barelle doccia, le sedie comode, alcuni tipi speciali di sollevatori, i sollevatori da vasca, gli assi da bagno, ecc. Presentiamo inoltre un interessante ausilio per l'igiene del paziente a letto.

La barella doccia è propriamente un ausilio concepito per svolgere le operazioni di igiene del paziente non autosufficiente che viene trasferito direttamente dal letto alla barella doccia la quale, costituita da una leggera struttura in materiale impermeabile, può essere portata direttamente presso il letto del paziente.



	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

Aqua è una barella doccia a grande capacità (200 kg). L'altezza è regolabile elettricamente così come l'inclinazione (Trendelemburg da -20° a + 5°).

Entrambe le sponde laterali sono completamente abbattibili per facilitare il trasferimento laterale.

La lunghezza interna è di ben 2.150 mm.

È disponibile anche con lo schienale ad altezza regolabile.

Samarit ha messo a punto uno speciale Rollbord, denominato Shower Trolley Rollbord, specifico per la barella doccia.

**Shower Trolley Rollbord** è stato espressamente progettato per i trasferimenti alla/dalla barella doccia.

Il telo rotante, che si estende oltre le due estremità dell'anima semirigida, evita le infiltrazioni d'acqua tra il telo stesso e l'anima interna.

Il telo in PE ad elevato scorrimento è molto ben tollerato dalla pelle del paziente ("skin friendly").



**Shower Trolley Rollbord** si usa come un normale Rollbord (metodo "PUSH").

Le sedie comode da doccia o da wc sono dotate di strutture leggere ed impermeabili e permettono di prelevare l'ospite direttamente dal letto e, terminata l'operazione di igiene personale, di riportarlo in camera riducendo il numero di trasferimenti necessari.

Alcune sono dotate di alzata elettrica per assicurare una posizione di lavoro ottimale ed un miglior contatto con il paziente.



**RISE** rappresenta un approccio completamente nuovo alle esigenze di trasferimento, toilette, doccia e cura personale con un unico ausilio.

L'alzata elettrica di 40 cm (16") assicura una posizione di lavoro ideale durante l'intera routine di assistenza ed un contatto ottimale con l'utente. Ciò elimina il rischio di lesioni alla schiena, alle spalle e alle ginocchia. Portando l'utente a livello di lavandino e specchio consente una maggiore partecipazione alla propria igiene personale creando così un'atmosfera dignitosa.

	<p align="center"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p align="center"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---

Queste le caratteristiche essenziali di RISE:

- Alzata elettrica (40 cm)
- Peso max. sollevabile: 120 kg
- Trasferimento diretto dal letto senza utilizzo di un sollevapazienti personale
- Adatta a tutte le toilette standard
- Utilizzabile anche per doccia
- Posizione di lavoro ideale per l'operatore e maggiore efficienza nelle attività di routine
- Seduta inclinabile per un maggior comfort del paziente e una maggiore stabilità (+6° / -20°). Questa caratteristica aiuta il paziente parzialmente collaborante a mettersi in piedi
- Sono disponibili supporti opzionali per la testa e per il tronco



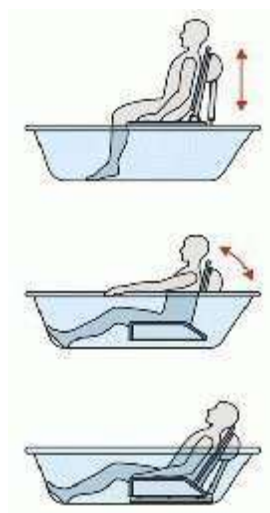
Alcuni speciali sollevatori sono in grado di sostituire (in taluni casi) sia il sollevatore tradizionale che la sedia comoda da doccia o da wc affrontando il problema dell'igiene personale con notevoli vantaggi sia per l'operatore di assistenza che per il paziente.

#### Per l'operatore:

- *il sollevamento permette di alleviare lo sforzo causato sulla schiena durante i momenti di assistenza.*
- *un singolo prodotto aiuta ad alzare il paziente da letto, nel vestirlo, nell'utilizzo del WC, della doccia e nell'igiene personale.*
- *il paziente può essere spostato dal letto al sollevatore senza fatica.*
- *sono necessari meno spostamenti del paziente.*
- *posizioni di lavoro migliori.*
- *un maggior contatto con il paziente.*

#### Per il paziente:

- *la funzione del sollevatore insieme al sedile girevole renderà superfluo, in molti casi, il sollevamento tramite imbracatura.*
- *il sollevatore porta il paziente al livello del lavandino e dello specchio rendendolo quindi "partecipe", creando un'atmosfera di assistenza più dignitosa.*



	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	--	---

L'utilizzo di una vasca da bagno comporta grandi difficoltà sia da parte dell'operatore di assistenza che da parte dell'utente. Purtroppo però per difficoltà tecniche o per l'impossibilità di affrontare i costi di ristrutturazione di un bagno, spesso si è costretti a trovare delle soluzioni che ne consentano un accesso il meno difficoltoso possibile.

Salvo restando la possibilità di utilizzare modelli di sollevatori mobili o fissi idonei a questo tipo di trasferimento, vi sono in commercio sollevatori da vasca che o posizionati a bordo vasca o appoggiati all'interno, grazie ad un azionamento elettrico portano il piano di seduta a bordo vasca, così da facilitare il trasferimento. Grazie ad un comando elettrico, il sedile scende all'interno della vasca. Questo tipo di sollevatore può essere movimentato dall'utente stesso una volta effettuato il trasferimento sul sedile.

L'igiene e la cura personale rappresentano per ogni individuo momenti di particolare importanza, estremamente intimi e delicati. La cura personale si svolge attraverso una serie di azioni che si ripetono automaticamente ogni giorno: la pulizia dei denti, il lavaggio di viso e mani, il lavaggio del tronco, la cura dei capelli, la rasatura.

L'igiene del paziente allettato è indubbiamente un'attività molto impegnativa in termini di tempo e fatica per il personale di assistenza. In taluni casi il paziente può provvedere da sé ma, nella maggior parte dei casi, il paziente richiede l'assistenza da parte del personale. Un utile aiuto, in tutti i casi, può venire da HYDIX.



**HYDIX** è una unità mobile per l'igiene. Porta acqua fresca e pulita ovunque serva.

L'unità è provvista di due serbatoi da 20 litri ciascuno, di una pompa e di un sistema di riscaldamento. In questo modo HYDIX porta acqua pulita, fresca o calda direttamente al letto del paziente.

Il lavabo è regolabile in altezza (da 70 a 100 cm). Può essere esteso di 27 cm ed è ruotabile di 360°, grazie a ciò il paziente può eventualmente provvedere autonomamente ad alcune attività riguardanti la cura personale.





	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

Diversamente i tempi di svolgimento delle varie attività da parte del personale di assistenza vengono drasticamente ridotti!

HYDIX consente perciò una maggiore efficienza, una riduzione dei rischi di lesioni dorso-lombari da parte del personale e più tempo per la cura del paziente.

### 31. ALTRI SUGGERIMENTI

La selezione degli ausili e la selezione del fornitore rappresentano momenti fondamentali nel processo di implementazione di una politica di prevenzione dei rischi associati alla movimentazione dei carichi.

Gli ausili dovranno essere:

- *appropriati all'operazione da ausiliare*
- *sicuri e stabili per operatore e paziente*
- *confortevoli per il paziente*
- *manovrabili con facilità*
- *efficienti nel tempo*
- *facili da mantenere*
- *relativamente ingombranti*
- *disponibili in un numero adeguato alle esigenze*

Responsabili della sicurezza, Direzione Sanitaria, Direzione Infermieristica, utilizzatori e responsabili degli acquisti devono stabilire una stretta collaborazione con il fornitore per:

- *ottenere assistenza qualificata nella fase di analisi della domanda di movimentazione e nella individuazione delle alternative disponibili*
- *ottenere un supporto nella fase di sperimentazione*
- *assicurare un training adeguato degli operatori*
- *avere la possibilità di modificare alcune attrezzature in funzione di specifiche esigenze*
- *avere la disponibilità di parti di ricambio e accessori*
- *disporre di un veloce ed efficiente servizio di assistenza*

Particolari garanzie dovranno essere richieste in merito alla reale efficacia delle soluzioni proposte e sul livello di soddisfazione da parte di altri clienti. Una lista dettagliata di referenze permetterà di conoscere, prima dell'acquisto, anche il parere di colleghi che già utilizzano quello specifico ausilio.

Alcune considerazioni nella scelta degli ausili:

#### **Pazienti totalmente dipendenti**



	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

I pazienti classificati come "totalmente dipendenti" vengono generalmente movimentati mediante utilizzo di sollevapazienti passivi a corsetto o a barella che consentono di sollevare e trasferire il paziente tra letti, carrozzine, toilette e bagni. La movimentazione manuale non è contemplata in questi casi.

Nel caso di un trasferimento laterale letto/barella tuttavia l'utilizzo di un sistema di trasferimento laterale di tipo meccanico quale un materassino con telo rotante è sicuramente preferibile poiché più pratico, semplice e veloce rispetto al sollevatore.

Sistemi meccanici per il trasferimento laterale possono essere utilizzati in combinazione con barelle convertibili in sedie.

### **Pazienti parzialmente collaboranti**

Questi pazienti pur richiedendo un'assistenza intensiva nell'arco delle 24 ore sono pazienti che possono sostenere una parte delle attività seguendo semplici istruzioni: possono sedersi con l'assistenza dell'operatore, possono mantenere la posizione seduta o la posizione eretta. Dovrebbero essere movimentati attraverso l'utilizzo di sollevapazienti. Tuttavia, in funzione delle condizioni del paziente e di una sua eventuale capacità residua,

in taluni casi è possibile utilizzare nei trasferimenti un sollevapazienti attivo che sfrutta efficacemente tali capacità residue e quindi la collaborazione del paziente stesso. In alcune operazioni è possibile anche utilizzare ausili minori quali, ad esempio, i teli ergonomici con maniglie.

### **Pazienti che richiedono assistenza limitata**

I pazienti che richiedono un'assistenza limitata sono pazienti molto collaborativi, possono alzarsi in piedi da soli, reggersi sulle gambe e trasferirsi autonomamente dal letto alla carrozzina o alla poltrona, possono sedersi anche senza assistenza ed hanno una considerevole forza nella parte superiore del corpo. Solo in taluni casi richiedono una piccola assistenza nei trasferimenti o nella deambulazione.

Nelle diverse operazioni di movimentazione potranno risultare utili ed efficaci ausili minori quali le cinture o le fasce ergonomiche, oppure gli assi rigidi per il trasferimento in posizione seduta dal letto alla carrozzina al wc.

Sulla base delle caratteristiche individuali di ogni paziente dovrebbero essere sviluppati da parte dello staff medico-infermieristico specifici piani di movimentazione manuale che prevedano l'uso di specifici ausili minori.

### **Sollevamento da terra**

In quasi tutte le situazioni nelle quali un paziente deve essere sollevato da terra viene richiesto un sollevapazienti. Tuttavia in taluni casi il sollevapazienti non può essere utilizzato (ad es. nel caso di un paziente caduta tra letto e parete quindi in uno spazio molto ridotto) o

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

non è disponibile. In questi casi il paziente andrà sollevato manualmente da operatori specificatamente addestrati utilizzando un telo sagomato provvisto di maniglie. In altri casi in cui il paziente è in grado di alzarsi in piedi con un minimo di assistenza, l'uso di una cintura ergonomica può risultare utile.

### **Situazioni nelle quali i sollevapazienti non possono essere utilizzati**

Le situazioni nelle quali il sollevapazienti non può essere utilizzato devono essere individuate in anticipo in modo da definire appropriate procedure alternative. Ad esempio nel caso in cui il peso del paziente eccede quello massimo consentito dal sollevapazienti utilizzato. L'uso del sollevapazienti può inoltre non essere possibile in conseguenza delle condizioni mediche del paziente.

In alcuni casi si può utilizzare per i trasferimenti una barella convertibile in combinazione con un ausilio per il trasferimento laterale (ad es. un materassino con telo rotante) che consente il trasferimento in posizione supina. In altre situazioni gli ausili minori quali le cinture, le fasce ergonomiche, i teli con maniglie, gli assi rigidi possono risultare molto utili ed efficaci. Nei casi in cui è richiesta necessariamente una movimentazione manuale il training per il personale dovrà, naturalmente, essere appropriato.

### **Riposizionamento**

Ogni volta che è possibile dovrebbe essere minimizzata l'esigenza di riposizionamenti dei pazienti. Per ridurre le frequenti rotazioni o i riposizionamenti per esigenze terapeutiche dovrebbero essere adottati sistemi antidecubito che soddisfino le esigenze di mobilizzazione di tali pazienti.

Le comuni operazioni di mobilizzazione del paziente vengono molto agevolate dall'utilizzo di teli ad alto scorrimento o di fasce ergonomiche con maniglie.

Carrozine basculanti o poltrone ad elevato comfort possono essere utilizzate per minimizzare l'esigenza di riposizionamento in carrozzina. Cinture ergonomiche e fasce ergonomiche facilitano ulteriormente queste operazioni che dovrebbero comunque essere sempre svolte da almeno due operatori.

### **Dotazione**

La dotazione di ausili dovrà essere adeguata alle effettive esigenze di movimentazione del reparto/U.O. Alcune indicazioni vengono fornite da EPM (Unità di ricerca su ergonomia e postura del movimento):

- carrozzine/comode: secondo EPM la sufficienza numerica nella dotazione è data dalla presenza di un numero di carrozzine pari almeno alla metà dei pazienti non autosufficienti del reparto.
- sollevapazienti: numero, tipo e congruità rispetto alle esigenze del reparto/U.O., disponibilità di accessori (imbracature diverse per tipo e misura, batterie di riserva e

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

caricabatteria). Per sufficienza numerica EPM intende la presenza di 1 sollevatore ogni 8 pazienti totalmente non collaboranti. E' inadeguato un sollevatore che non può essere utilizzato per il tipo di pazienti da movimentare, in cattivo stato di manutenzione o che non può essere utilizzato per vincoli ambientali.

- Sistemi di trasferimento e ausili minori: numero, tipo e congruità rispetto alla tipologia di paziente e al tipo di movimentazione effettuata. Si considerano presenti (sempre secondo EPM) quando la dotazione comprende telo ad alto scorrimento, materassino a telo rotante/asse di scivolamento, disco e/o una cintura ergonomica (in funzione delle effettive esigenze di movimentazione)

- sollevatori e altri ausili per l'igiene del paziente: presenza di barella-doccia, carrozzina doccia, sollevatore da vasca, ecc.

### **Utilizzo degli ausili**

Gli operatori dovrebbero essere incoraggiati ad utilizzare gli ausili ogni volta che è necessario evitare una movimentazione manuale potenzialmente rischiosa.

Per stimolare l'utilizzo è necessario che tali ausili siano:

- disponibili in quantità sufficienti
- immagazzinati in luoghi visibili e facilmente accessibili
- valutati e selezionati dagli stessi operatori
- supportati da un training appropriato
- equipaggiati con accessori (ad esempio imbracature) e pezzi di ricambio
- mantenuti in piena efficienza

## **32. CONCLUSIONI**

*Il costo di un infortunio sul lavoro o il costo della cattiva gestione di un infermiere (che oggi, oltretutto, è una risorsa scarsa) è stato calcolato sia a livello macro che microeconomico. Statistiche e studi sono stati prodotti in quantità e la conclusione inequivocabile è che gli ausili per la movimentazione dei pazienti non costano denaro ma risparmiano denaro perché:*

- *il costo medio di un singolo infortunio è molto più elevato del costo di un ausilio per la movimentazione*
- *l'incremento di produttività e l'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse umane produce risparmi altrettanto consistenti*
- *gli ausili hanno una vita media molto lunga (10 anni per i sollevapazienti, 5-6 anni per i sistemi di trasferimento No-Lift.....) ma si ripagano in un arco di tempo che va dai 6 ai 24 mesi*

*Le strutture sanitarie e assistenziali che hanno adottato una politica di prevenzione dei rischi basata su valutazione del rischio, introduzione di ausili meccanici appropriati e di procedure adeguate, sorveglianza sanitaria e formazione degli operatori hanno ottenuto eccezionali risultati in tal senso e hanno migliorato considerevolmente la qualità dell'assistenza prestata ai propri pazienti.*

	<p>PROTOCOLLO ASSISTENZIALE</p> <p><b>GESTIONE MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA</b></p>	<p>Codice documento: PT.8.5.ASS_13 Emesso il 10.10.2017 Rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	---

### 33. INDICATORI DI MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DELLA PROCEDURA

OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	PERIODICITA' DELLA RILEVAZIONE
Migliorare l'assistenza infermieristica e sanitaria in generale	N. segnalazioni di nc, Near Miss, EA	0	ANNUALE
	N di anomalie durante audit comportamentali	0	ANNUALE
	N di anomalie durante audit documentali	0	ANNUALE