

Regione del Veneto
Azienda Unità Locale
Socio Sanitaria



Ospedale San Lorenzo – Valdagno
Dipartimento Medicina Interna

Unità Operativa di Lungodegenza
Responsabile dr. Marcello Mari

Consigli per muoversi correttamente con la persona assistita

**Strumenti per qualificare le
cure domiciliari**

Indice

1. Elementi di anatomia e fisiologia della colonna vertebrale	1
2. Rischi e pericoli per chi assiste	3
3. Semplici tecniche di ginnastica per mantenersi in buona salute	5
Esercizi di stretching	5
4. Le corrette posture e le corrette prese nell'aiutare la persona assistita nel movimento	10
5. I benefici della postura corretta per l'assistito.	21
6. Diverse necessità di aiuto dell'assistito: tipologie ed utilizzo degli ausili per la movimentazione	24
7. Come prevenire i rischi per l'assistito	32
8. Richiesta per ausili, presidi e per adattamenti dell'ambiente domestico	34

Glossario

Collaborazioni

1. Elementi di anatomia e fisiologia della colonna vertebrale

La **colonna vertebrale**, detta anche **rachide**, è una lunga formazione ossea resistente e flessibile costituita da una serie di piccoli anelli ossei sovrapposti, chiamati **vertebre**, e da muscoli e legamenti che la sostengono.

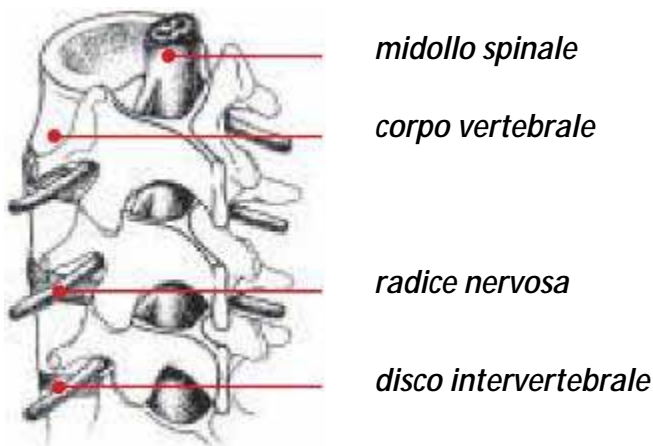


La colonna vertebrale è formata da cinque segmenti

Cervicale	formata da 7 vertebre
Toracica	formata da 12 vertebre legate alle costole
Lombare	formata da 5 vertebre
Sacrale	formata da 5 vertebre che nell'adulto sono saldate tra loro
Coccigea	formata da 4 a 6 vertebre saldate tra loro

Essa contiene e protegge il **midollo spinale**. Il rachide è coinvolto in gran parte dei movimenti del corpo.

La colonna vertebrale è mobile e resistente grazie ai **dischi intervertebrali** che separano una vertebra dall'altra. I dischi intervertebrali svolgono la funzione di veri e propri ammortizzatori, permettendo di sopportare carichi di centinaia di chili e riducono gli urti dell'attività quotidiana. I dischi intervertebrali servono inoltre per distribuire meglio la forza e facilitare il movimento.



I dischi intervertebrali



Il rachide presenta quattro curvature che hanno la funzione di aumentare l'elasticità della colonna vertebrale.

Si parla di:

- Lordosi cervicale;
- Cifosi dorsale;
- Lordosi lombare;
- Cifosi sacro-coccigea.

2. Rischi e pericoli per chi assiste

Quando si aiuta una persona anziana o disabile a spostarsi dalla carrozzina al letto o dal letto alla carrozzina o nel bagno, spesso si possono compiere sforzi eccessivi sulla colonna vertebrale, provocati dall'uso sbagliato del proprio corpo nel muovere gli assistiti. Questi movimenti scorretti sono pericolosi e possono creare **patologie**.

I pericoli legati al lavoro di spostamento degli assistiti sono:

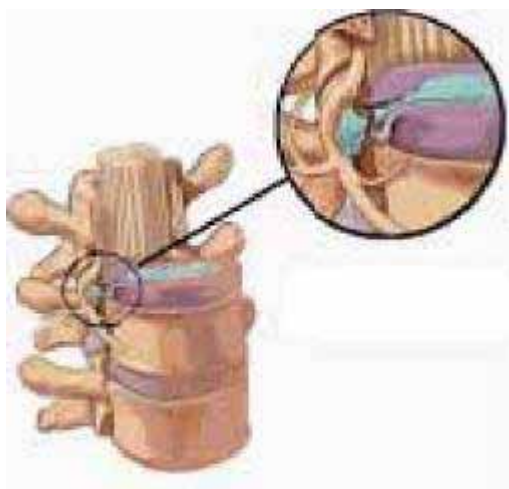
- Dolori lombari o mal di schiena;
- **Ernia del disco**;
- **Tendiniti** (per esempio, dolore al gomito e al polso);
- I dolori cervicali;
- I dolori alle spalle;
- **Prolasso uterino**.

Il "mal di schiena" colpisce circa l'80% degli adulti ed è il problema maggiore. Le cause del mal di schiena sono dovute generalmente a:

- **Postura** (Posizione del corpo) non corretta;
- Movimenti del corpo eseguiti in maniera non corretta;
- Ridotto **tono muscolare** (addominale, lombare e dorsale);
- Eccessiva tensione muscolare derivante da affaticamento fisico e psicologico;
- **Sovrappeso**.



L'ernia del disco è una patologia che determina un blocco della schiena per via del forte dolore e l'impossibilità al movimento di chi assiste una persona per molto tempo.



Questa malattia è provocata da ripetute compressioni sul disco vertebrale (figura 4).

Molto dannosi sono i sollevamenti di pesi con la schiena piegata in avanti e le gambe dritte (vedi figura 5) perché non si distribuisce il peso anche sulle gambe e viene esercitata un'elevatissima pressione sulla colonna vertebrale.

Figura 4. *Ernia del disco*

Le patologie alle altre parti del corpo sono provocate principalmente dalla tensione eccessiva dei muscoli delle braccia e del collo, negli spostamenti degli assistiti e dalla poca forza muscolare.

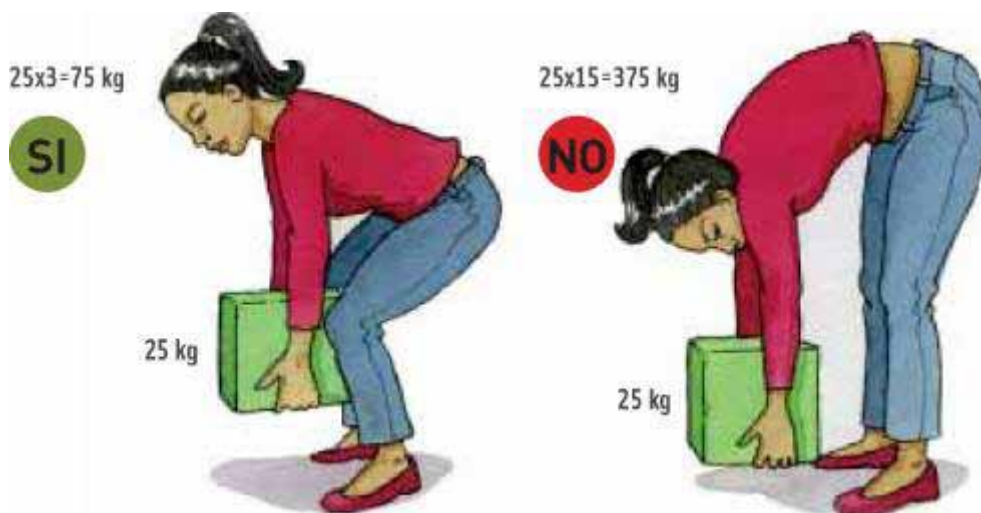


Figura 5. *Il sollevamento dei pesi: movimento corretto e non corretto*

3. Semplici esercizi di ginnastica per mantenersi in buona salute

Per mantenere la schiena in buona salute ed alleviare i dolori alle spalle e alle ginocchia, bisogna rilassare, allungare e rinforzare alcuni gruppi muscolari.

Gli esercizi qui proposti dovranno avere una durata di circa 1 minuto ciascuno e vanno eseguiti tutti i giorni, per almeno 10 minuti, mattino o sera.

Questi esercizi possono essere una buona prevenzione per i dolori di schiena e delle articolazioni.

Esercizi di stretching

1. Sdraiato, rilassando la schiena eseguo semplici respirazioni profonde con intervalli di 6 secondi da una respirazione all'altra.

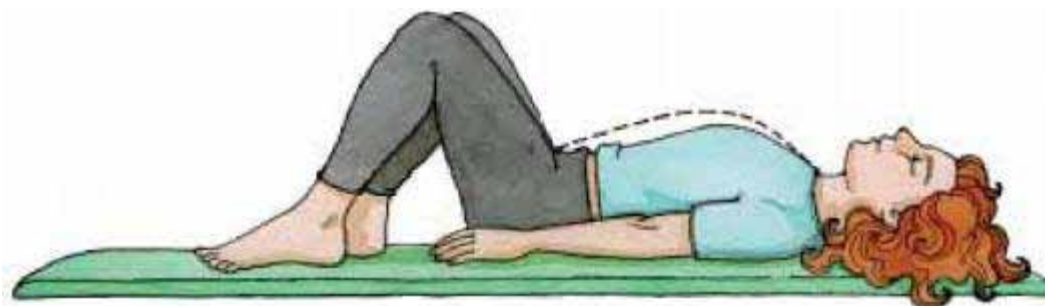


Figura 6. Esercizio n. 1

2. Raccolgo le ginocchia al petto e resto in posizione; mantengo per 30 secondi, poi rilascio e ritorno in posizione 1.



Figura 7. Esercizio n. 2

3. Porto un ginocchio al petto afferrandolo e tenendolo fermo; mantengo per 30 secondi, respirando; poi ristendo la gamba e ripeto con altro ginocchio per 2 volte.

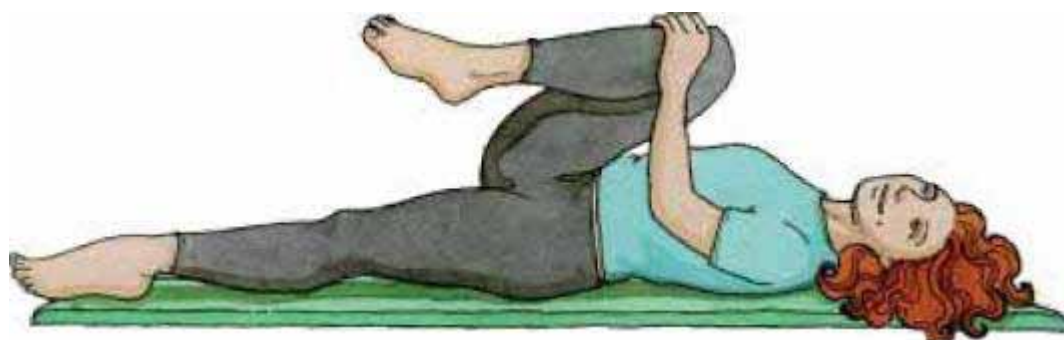


Figura 8. Esercizio n. 3

4. Sdraiato in posizione 1 contraggo i glutei e gli addominali e cerco di schiacciare la schiena sul pavimento inspirando; ripeto 10 volte.



Figura 9. Esercizio n. 4

5. In piedi o seduto su una sedia, prendo il gomito come in figura e lo tengo 1 minuto; ripeto con l'altro braccio.

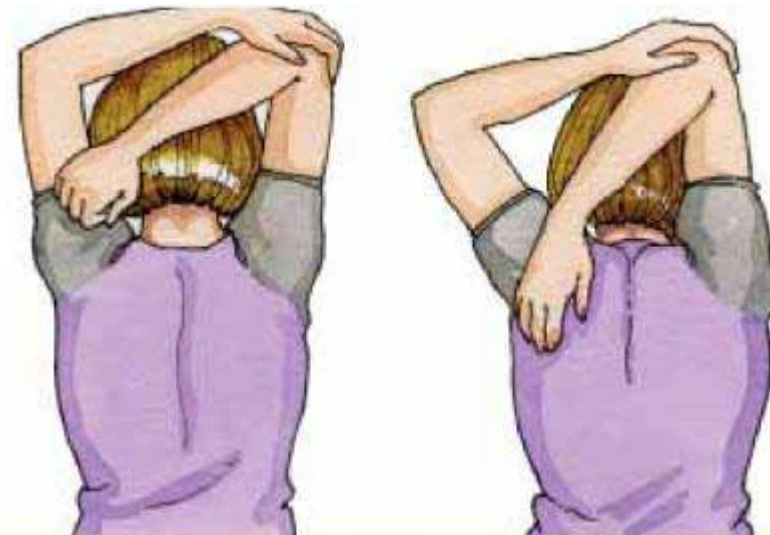


Figura 10. Esercizio n. 5

6. In piedi, come in esercizio 5, prendo il gomito ma ora mi inclino di lato col tronco. Mantengo la posizione per 30 secondi; ripeto il movimento con l'altro braccio.

7. Metto le mani sulla parte lombare e mi estendo indietro lentamente; ripeto per tre volte; mi riposo e ripeto la stessa cosa **(ogni volta che sollevo un peso devo farlo!!)**



Figura 11. *Esercizio n. 6*

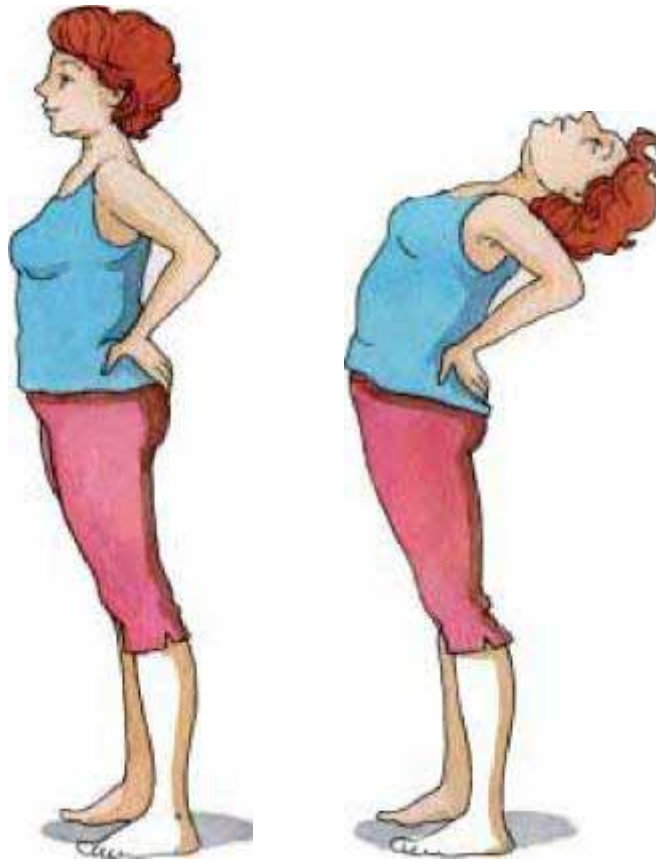


Figura 12. Esercizio 7

8. Prendo gli stipiti della porta allungando la muscolatura e mantengo la posizione per 30 secondi respirando rilassato.



Figura 13. Esercizio 8

4. Le corrette posture e le corrette prese nell'aiutare la persona assistita nel movimento ed esempi di mobilitazione

Lo sforzo fisico effettuato nell'aiutare chi non è autonomo nel movimento può essere, se associato a manovre e posture scorrette, causa di **infortuni** con conseguenze a volte anche gravi in chi assiste. La prevenzione degli infortuni legati alla **mobilitazione** si basa prevalentemente sull'utilizzo di giuste tecniche, comprendenti anche il corretto utilizzo di eventuali **ausili** oppure aiuto da parte di una seconda persona.

Ogni volta che si sta per effettuare la movimentazione manuale (spostamento o sollevamento) della persona assistita fare attenzione a:

1. Rimuovere gli ostacoli (tappeti, lampade a stelo, comodini, etc);
2. Avvicinare e frenare la carrozzina prima di effettuare le manovre di spostamento (es. al wc, al letto);
3. Avere spazio attorno al letto;
4. Regolare l'altezza del letto (circa 60 cm);
5. Controllare che l'assistito abbia calzature chiuse e comode e che l'ambiente sia ben illuminato.



Figura 14. Organizzare ambienti e spazi

È opportuno:

- Valorizzare le capacità residue stimolandolo alla collaborazione;
- Valutare il percorso più breve per l'effettuazione della manovra;
- Sapere come utilizzare gli ausili in modo corretto;
- Valutare se è necessario l'aiuto di un ausilio e/o, se possibile, di un familiare in relazione al peso dell'assistito.

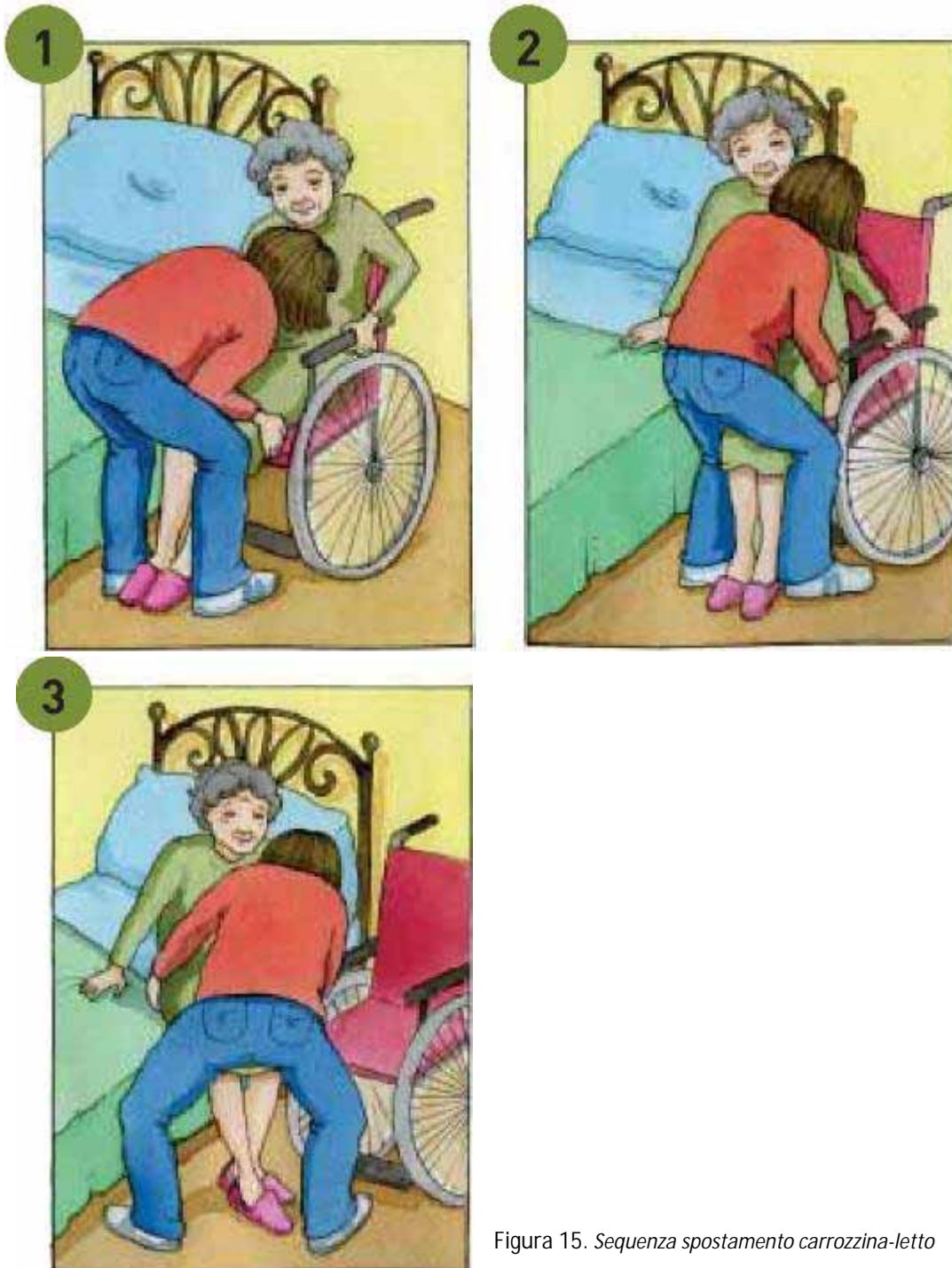


Figura 15. Sequenza spostamento carrozzina-letto

Consigli pratici per una corretta movimentazione

Prima di cominciare qualsiasi operazione di spostamento sulla persona assistita ricordare di:

1) ricercare l'equilibrio del corpo: COME?

- Abbassarsi piegando le ginocchia ed allargare la base di appoggio;
- Allargare i piedi;
- Se presente, abbassare la sponda del letto dalla parte della manovra;
- Se occorre, per meglio distribuire lo sforzo fisico appoggiare un ginocchio sul letto o entrambe le gambe al fianco del letto, appoggiare una mano sul piano o sulla testata del letto.



Figura 16. Tecnica corretta e posizione sbagliata

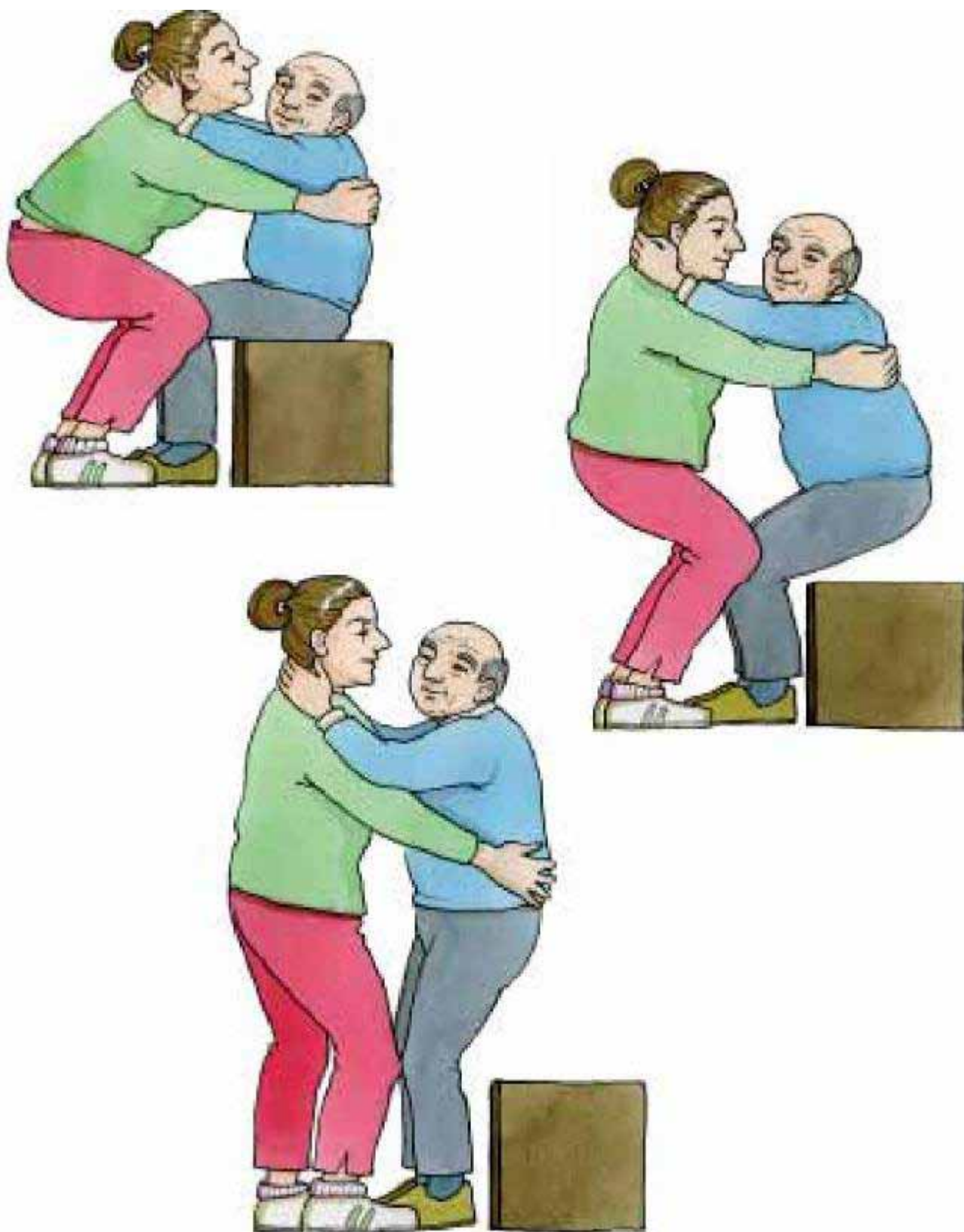


Figura 17. Tecnica corretta per aiutare l'assistito ad alzarsi



Figura 18. *Tecnica corretta e posizione sbagliata*

Importante:

- 1) Stabilizzare la schiena tenendola leggermente flessa in avanti ma ben sostenuta;
- 2) Effettuare la presa corretta dell'assistito e tenerlo vicino al proprio corpo;
- 3) Lo spostamento deve essere sicuro e veloce per ridurre i rischi sia per l'assistito che per chi assiste.

Se la persona non autosufficiente è comunque in grado di collaborare in qualche movimento, è molto importante farlo partecipare attivamente, non solo per ridurre lo sforzo fisico dell'operatore ma anche per produrre soddisfazione ed **autostima** nella persona assistita e ridurre la sua paura.

Non bisogna mai dimenticare che il rischio può essere ridotto ma non eliminato completamente.

4.1 Esempi di mobilizzazioni

La persona a letto

a) **Spostamento verso la testata del letto:** per aiutare la persona a spostarsi verso la testata del letto, se possibile, farle utilizzare il trapezio o chiedere collaborazione facendole afferrare la testata del letto. La persona deve aiutare l'assistente piegando le ginocchia.

Se la persona non è collaborante effettuare la presa sotto l'ascella e sotto il bacino contemporaneamente, (i **"teli senza attrito"** risultano particolarmente utili in questa situazione anche se non fornito gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale).



NO



Figura 19. Procedura sbagliata e pericolosa

b) Come girare la persona su un fianco: girare la persona verso di sé mettendo la propria mano su una spalla e l'altra sul gluteo.

Se la persona è a rischio di lussazione, ad esempio dopo un intervento chirurgico per frattura del femore, posizionare un cuscino tra le gambe.

IMPORTANTE: non trazione MAI braccia e gambe!



Figura 20. Come aiutare la persona a spostarsi su un fianco

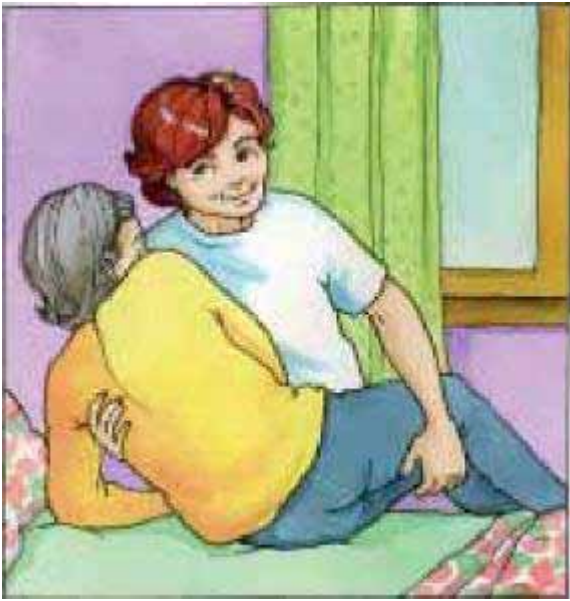


Figura 21. Aiuto nell'assunzione della posizione seduta

C) Cambio di posizione da sdraiata a seduta: per aiutare la persona anziana a mettersi seduta, effettuare contemporaneamente la presa su spalla e bacino, facendo assumere all'assistito la posizione laterale prima di passare a quella seduta.

IMPORTANTE: sostenere sempre il dorso della persona posizionando una mano dietro la schiena per evitare così il rischio di cadute.

d) Spostamento letto - carrozzina e carrozzina - letto: quando si aiuta la persona assistita a spostarsi dal letto alla carrozzina, effettuare una presa sicura mantenendo la persona vicino al proprio corpo; il movimento deve essere veloce e sicuro per non incorrere in perdite di equilibrio e conseguenti cadute. Mettersi di fronte alla persona assistita ed aiutarla sostenendola con presa al bacino per guidare il suo movimento.

Posizionare i piedi dell'assistito con i **talloni** rivolti verso la carrozzina per evitare di provocare distorsioni alla **caviglia**. Ruotare il corpo verso la sedia e farlo sedere controllando la discesa. Chiedergli di appoggiarsi con le mani al bracciolo, mantenendo il busto inclinato in avanti per non sbilanciarsi indietro e trascinare l'assistente nella discesa.

IMPORTANTE: Attenzione all'altezza del letto prima di effettuare qualsiasi spostamento, se è troppo alto il rischio di scivolamento dell'assistito risulta elevato! (L'altezza del letto dovrebbe essere lievemente superiore a quella della carrozzina e i piedi del paziente a contatto con il pavimento).

L'assistito va aiutato a sedersi verificando innanzi tutto che la carrozzina sia ben frenata (vedi figura n. 33). Se necessario per lo spostamento, togliere un bracciolo.

IMPORTANTE: in tutti i movimenti, non trazionare MAI dalle braccia!



Figura 22. Aiuto nel passaggio dal letto alla carrozzina

5. I benefici della postura corretta dell'assistito e la tutela delle autonomie residue

Per migliorare la vita della persona assistita occorre coinvolgerla e stimolarla ad eseguire da sola i compiti di vita quotidiana che può ancora svolgere.

Certo è più veloce vestire un persona con difficoltà motorie o lavarla o trasportarla su una carrozzina piuttosto che aiutarla mentre cerca di vestirsi da sola, di lavarsi o di camminare. Questo perché fa resistenza in quanto rassegnata ad essere "gestita" da altri o perché priva di motivazioni rispetto alla giornata che l'aspetta.

Solamente la prospettiva di un ruolo sociale, di opportunità di decidere, di affermare la propria identità, il fatto di avere degli obiettivi, dei programmi, possono innescare la motivazione al mantenimento dell'autonomia residua.



Figura 23. Obiettivi quotidiani

La relazione di cura è determinante per la qualità di vita e il benessere della persona perché l'assistente può favorire determinati comportamenti e abitudini positive.

Fra gli obiettivi di chi assiste ricordiamo:

- Ridurre e ritardare il più possibile la dipendenza nelle attività della vita quotidiana e operare affinché le **abilità residue** vengano mantenute;
- Favorire la comunicazione verbale e non affinché la persona anziana possa esprimere i propri bisogni partecipando alle decisioni che lo riguardano.

La riduzione dell'autonomia può riguardare una o più attività di vita: alimentazione, movimento, comunicazione, igiene, eliminazione (**evacuazione e minzione**).

Comunicare

Comunicare non è solo la capacità di parlare ma anche di riuscire ad esprimere i propri bisogni, il proprio disagio, così come le proprie preferenze. La comunicazione è sempre presente in tutte le attività di vita.

Per chi assiste è importante:

- Conoscere le abilità residue: che cosa sa fare, cosa piace fare e cosa può ancora fare la persona assistita;
- Conoscere e rispettare le abitudini quotidiane e il suo **contesto sociale**;
- Prendersi cura con gentilezza e riguardo, delicatezza e rispetto quando si entra nell'**intimità** della persona assistita;
- Rispettarne le **credenze** e le **tradizioni**.

La conoscenza di questi aspetti della vita della persona anziana, favorisce una relazione positiva fra assistito e assistente.

I Benefici della postura corretta per l'assistito

La postura corretta predispone alla partecipazione e alle relazioni sociali e aiuta il funzionamento dell'organismo (deglutizione, respirazione, etc.).

Per esempio, è importante che nella carrozzina l'assistito mantenga il busto eretto per poter vedere intorno a sé, poter relazionarsi con eventuali interlocutori o anche poter eseguire attività manuali.

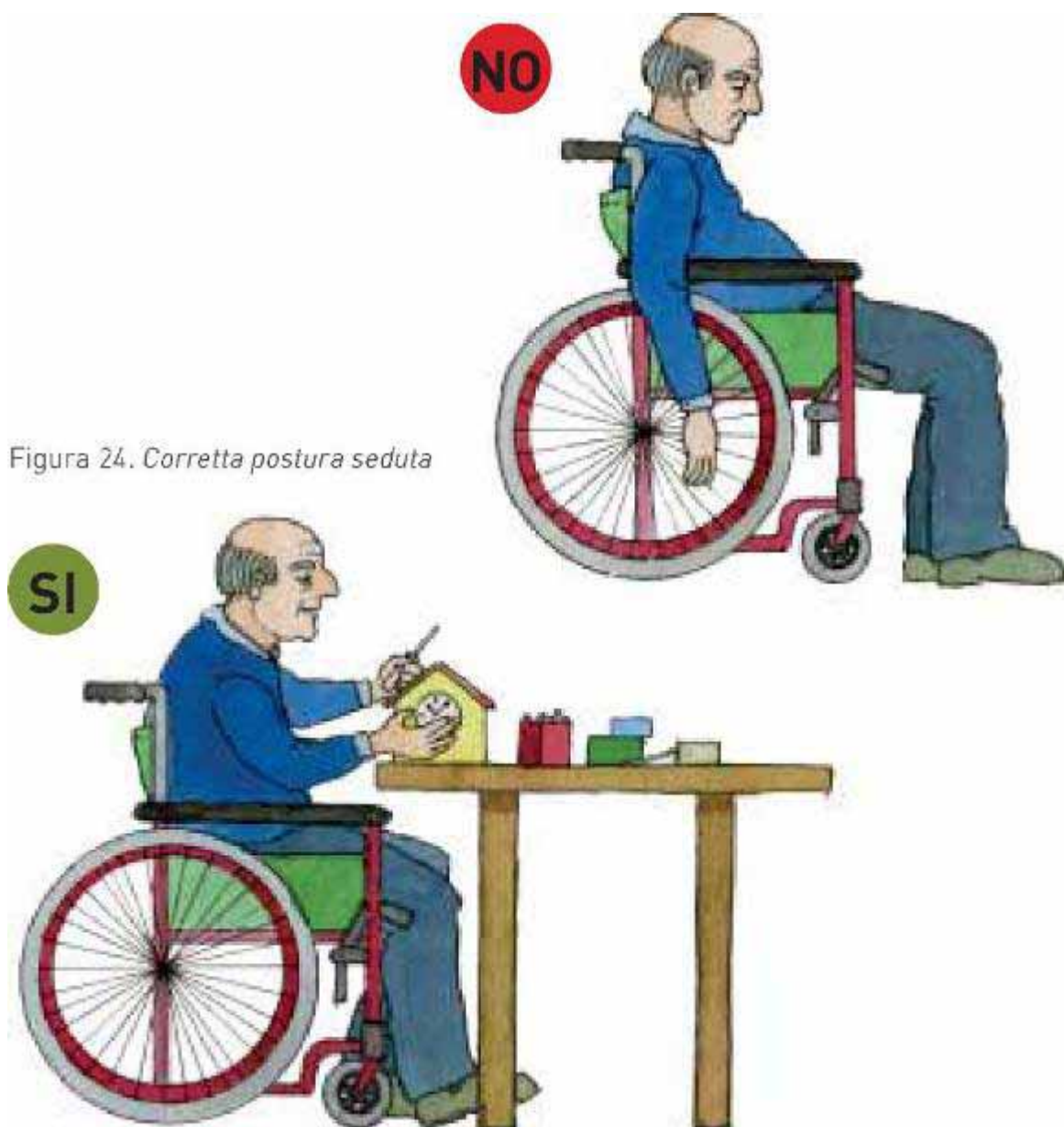


Figura 24. Corretta postura seduta

È importante:

- Essere consapevoli che i momenti di contatto fisico fanno parte della comunicazione **non verbale**: in questi attimi, l'assistente impara a percepire e a rendersi conto dell'umore, dello stato d'animo, delle potenzialità, della motivazione e dell'impegno che l'assistito mette nello svolgimento delle attività;



Figura 25. *Come sostenere ed aiutare l'assistito a camminare*

- Stimolare l'attività fisica, perché significa contemporaneamente anche stimolare la **psiche** del paziente e mantenere l'interesse per le relazioni sociali, aiutandolo a riappropriarsi del proprio corpo specialmente dopo un evento acuto di malattia o in presenza di una patologia cronica.

L'attività motoria produce benefici sia livello fisico che psicologico e sociale in quanto induce a prendere atto della propria fisicità con le sue potenzialità e i suoi limiti, a riconoscere la propria identità personale e a sviluppare relazioni di reciproca accettazione, rispetto e amicizia.

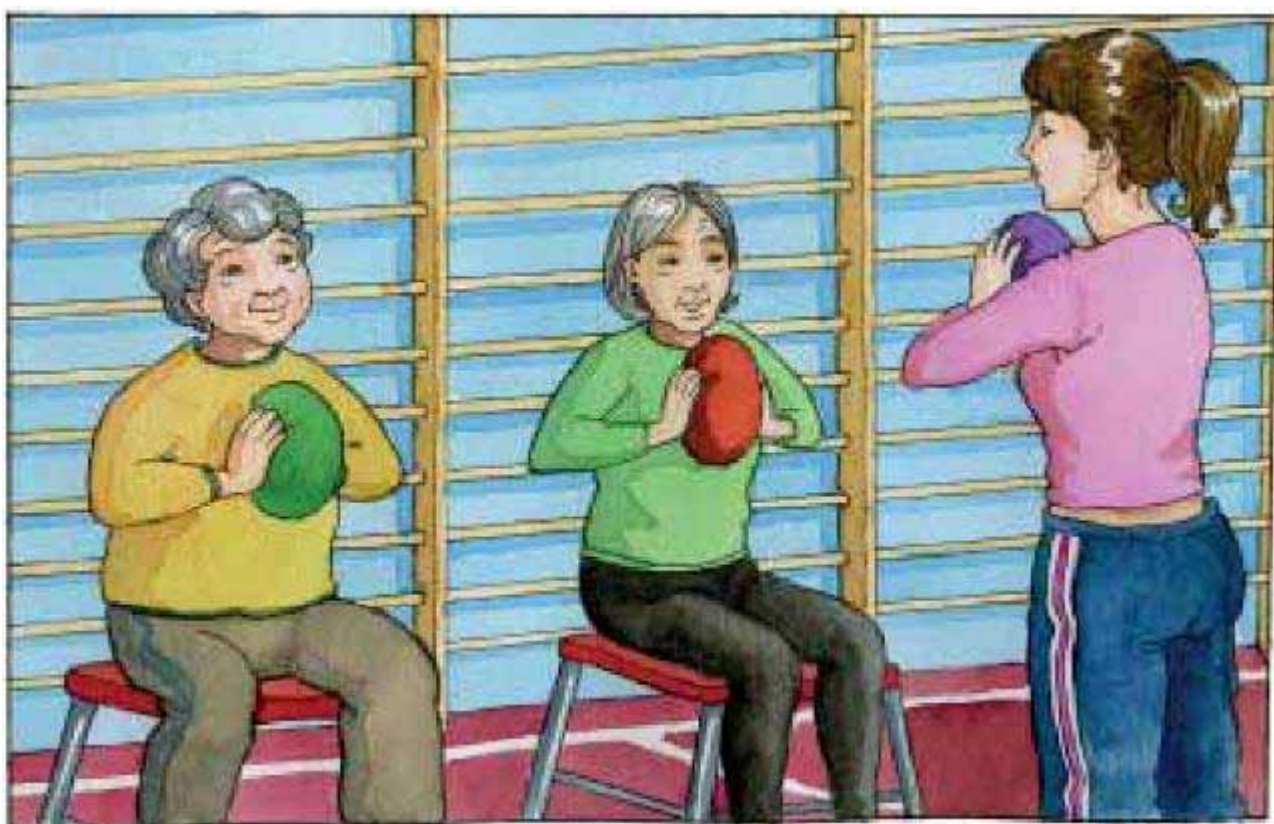


Figura 26. *Attività motoria*

6. Diverse necessità di aiuto dell'assistito: tipologie ed utilizzo degli ausili per la movimentazione

Gli ausili comprendono una varietà di prodotti e di tecnologie atti a favorire la residua autonomia dell'assistito, a facilitare i suoi spostamenti e lo svolgimento delle funzioni quotidiane: andare in bagno, lavarsi, vestirsi, collaborare in cucina.

La valutazione per la scelta di un ausilio va fatta da personale competente: medico, fisioterapista, tecnico ortopedico, in grado di valutare le abilità residue dell'assistito.

È utile che, chi assiste possa seguire un addestramento (training) con un operatore che gli illustri e dimostri il corretto utilizzo degli ausili.

Gli ausili di cui più frequentemente si parla sono:

- Il bastone, la stampella;
- Il tripode o tetrapode;
- I deambulatori e il girello;
- La carrozzina (per mantenere la posizione seduta e permettere gli spostamenti);
- Il sollevatore (per i trasferimenti letto-carrozzina e viceversa di persone

che non possono collaborare agli spostamenti o obesi);

- Il letto articolato e i suoi accessori (trapezio /materasso anti-decubito/sponde).

Il bastone

È il primo appoggio che viene utilizzato quando il cammino comincia ad essere insicuro o limitato a tratti brevissimi. Solitamente si porta dal lato opposto all'arto inferiore maggiormente compromesso. L'utilizzo di questo strumento presuppone una buona coordinazione del movimento e l'assenza di problemi di equilibrio e di **deterioramento cognitivo**. Dal punto di vista psicologico il bastone è tra gli appoggi più facili da accettare insieme alla stampella.



Figura 27. I bastoni



La stampella

Simile come funzione ed utilizzo al bastone con l'appoggio sia sulla mano che sull'avambraccio.

Figura 28. La stampella

Il tripode o tetrapode

Questo tipo di ausilio, ci permette di avere una base d'appoggio più ampia. Viene utilizzato per quelle persone che necessitano di un appoggio più sostenuto rispetto al bastone.

Figura 29. Il tripode (tetrapode se ha 4 gambe)



Deambulatori 2 ruote e 2 puntali

Questo tipo di deambulatore non richiede sforzo per il sollevamento, i puntali rappresentano il sistema frenante. Il suo utilizzo è naturalmente limitato all'ambiente domestico.

Figura 30. Il deambulatore 2 ruote 2 puntali e il deambulatore articolato



Deambulatore 4 ruote

Vi sono vari tipi e modelli di questo deambulatore: da interni, da esterni, con sedile incorporato o meno, cestino/vassoio, ruote frizionate, freni controllabili manualmente.

Figura 31. Il deambulatore 4 ruote

Il girello

È un deambulatore con sostegno ascellare e 4 ruote.

Figura 32. Il girello con ascellari



La carrozzina

Quando le persone si affaticano troppo nel camminare, sono costrette a rinunciare a svolgere una serie di attività sociali, lavorative e del tempo libero, perché non sono più in grado di effettuare lunghi spostamenti a piedi e devono fermarsi spesso a riposare. In questi casi, si cerca comunque di fornire loro un ausilio che permetta di svolgere le attività che altrimenti non riuscirebbero più a svolgere.

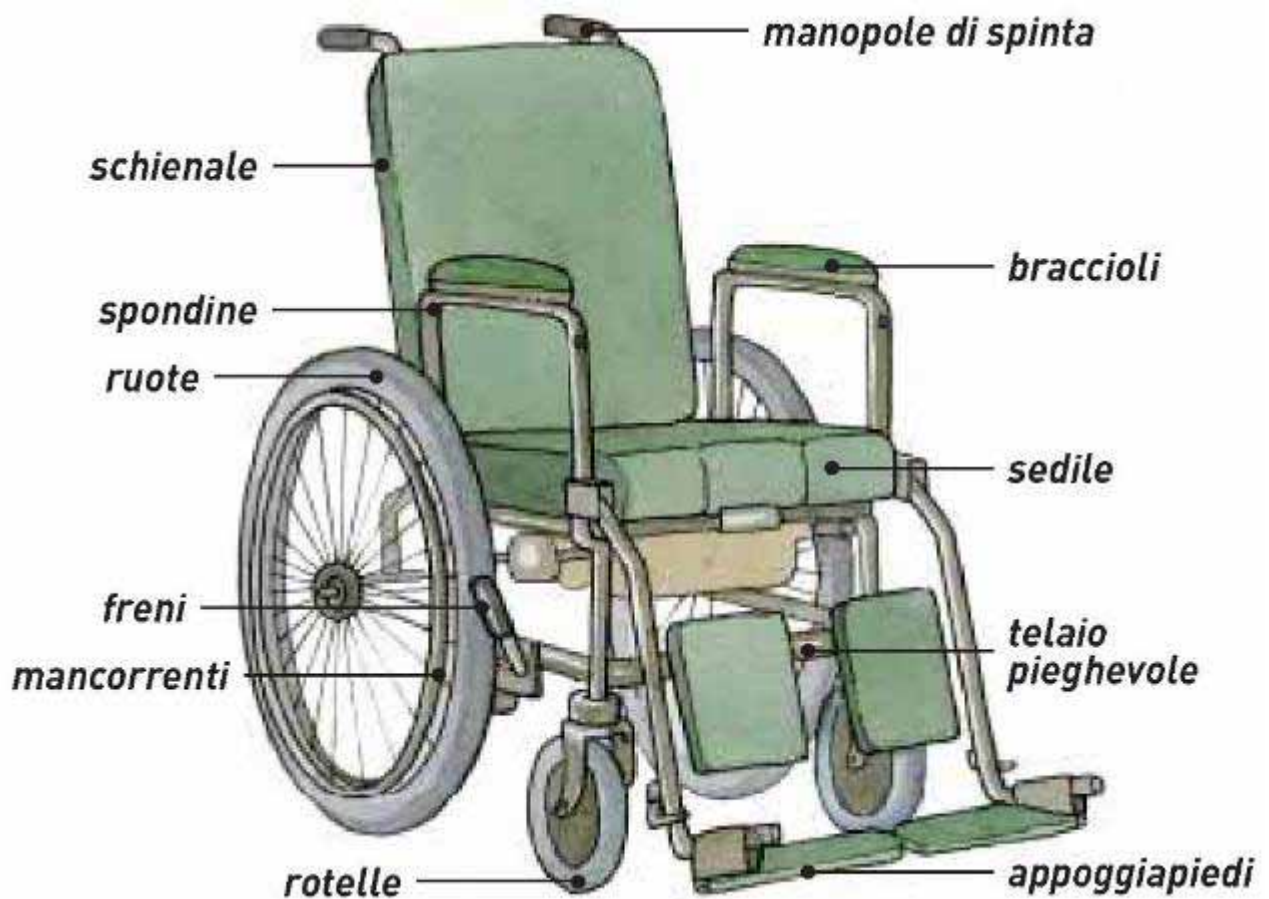


Figura 33. La carrozzina da interni e i suoi elementi

Per esempio, la carrozzina pieghevole da esterni permette di percorrere tratti più lunghi di quel che l'autonomia del cammino consentirebbe. Per fare un esempio, possiamo avere una persona perfettamente in grado di muoversi autonomamente con o senza ausili in ambito domestico e/o lavorativo la quale però utilizza una carrozzina pieghevole da esterni quando deve raggiungere il supermercato per fare la spesa.

Se la persona anziana è in grado di deambulare, l'utilizzo della carrozzina non deve sostituire il cammino con o senza ausili. La carrozzina consente di evitare l'allettamento totale.



Figura 34. Carrozzina da esterni

Postura corretta in carrozzina

L'assistito va aiutato a sedersi verificando innanzi tutto che la carrozzina sia ben frenata. Se necessario per lo spostamento, togliere un bracciolo (vedi figura 33 per i freni e i braccioli).

È importante controllare che la posizione seduta sia corretta: il bacino deve essere centrato ed indietro, ben appoggiato allo schienale; tutta la coscia deve essere appoggiata così come i piedi ben posizionati sui poggia-piedi (o predellini). Verificare che la posizione sia confortevole. Le persone che rimangono sedute a lungo in carrozzina, possono avvertire fastidiosi dolori alla schiena. Una volta posizionata seduta la persona assistita, se non è in grado di muoversi autonomamente, sarà necessario aiutarla a cambiare posizione, con frequenza almeno oraria. Se utile, posizionare un cuscino dietro al bacino.

Le persone che non hanno il controllo completo degli arti superiori (le braccia) devono essere aiutati ad assumere una posizione stabile in modo che le braccia non scivolino abbandonate lungo il corpo perché c'è il pericolo che la mano subisca lesioni finendo in mezzo alla ruota della carrozzina. Per lo stesso motivo occorre sistemare accuratamente le gambe.



Figura 35. *Posizione seduta corretta*



Figura 36. *Posizione non corretta in carrozzina*

Il sollevatore

Si utilizza per i trasferimenti letto-carrozzina e viceversa. Può avere **imbragature** di vario tipo a seconda delle esigenze dell'assistito, in grado di mantenere la persona sospesa in posizione lievemente reclinata, comoda e sicura durante lo spostamento dal letto alla carrozzina. Raramente piace alle persone anziane in quanto possono provare disagio nell'essere sollevati e sospesi in attesa di essere posti nella carrozzina o nella poltrona. Spesso anche chi li assiste preferisce utilizzare lo spostamento manuale. Ma la manovra di sollevamento manuale della persona allettata è molto faticosa e rischiosa per la salute della propria schiena.



Figura 37. *Il sollevatore*

Il letto articolato (con sponde, materasso antidecubito e trapezio)

L'utilizzo del trapezio o triangolo permette all'assistito di sollevare il dorso ed /o il bacino con facilità.

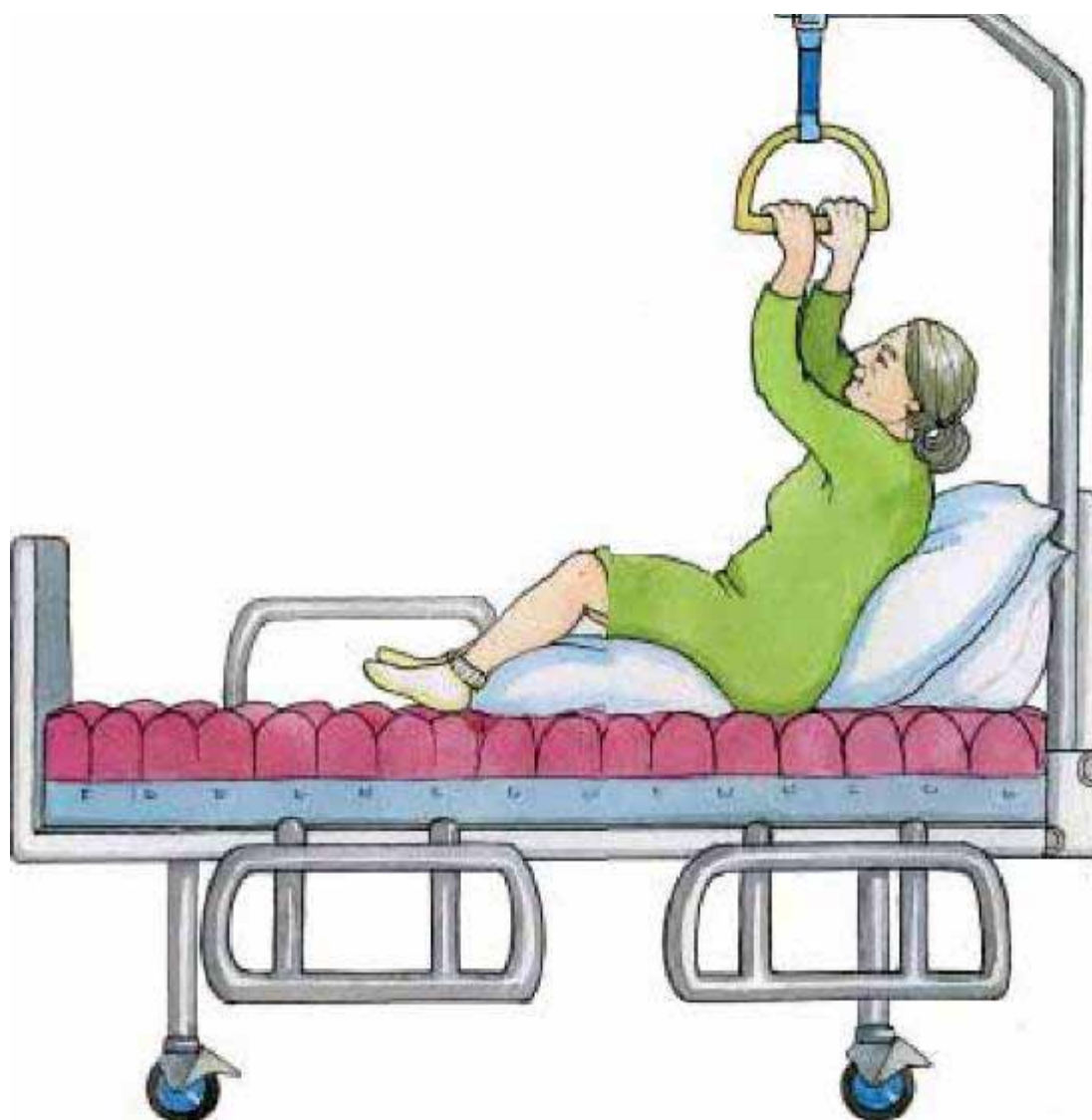


Figura 38. Letto articolato con materasso antidecubito, sponde e trapezio

7. Come prevenire i rischi per l'assistito

La prevenzione degli infortuni legati alla mobilizzazione inizia con la corretta esecuzione delle manovre da parte dell'assistente che riduce così i rischi per l'assistito e favorisce l'instaurarsi di un rapporto di reciproca fiducia tra chi riceve quotidianamente cure e chi le fornisce.

I rischi più frequenti per l'assistito sono le **cadute**, i **traumi ad articolazioni, legamenti, muscoli e cute**.

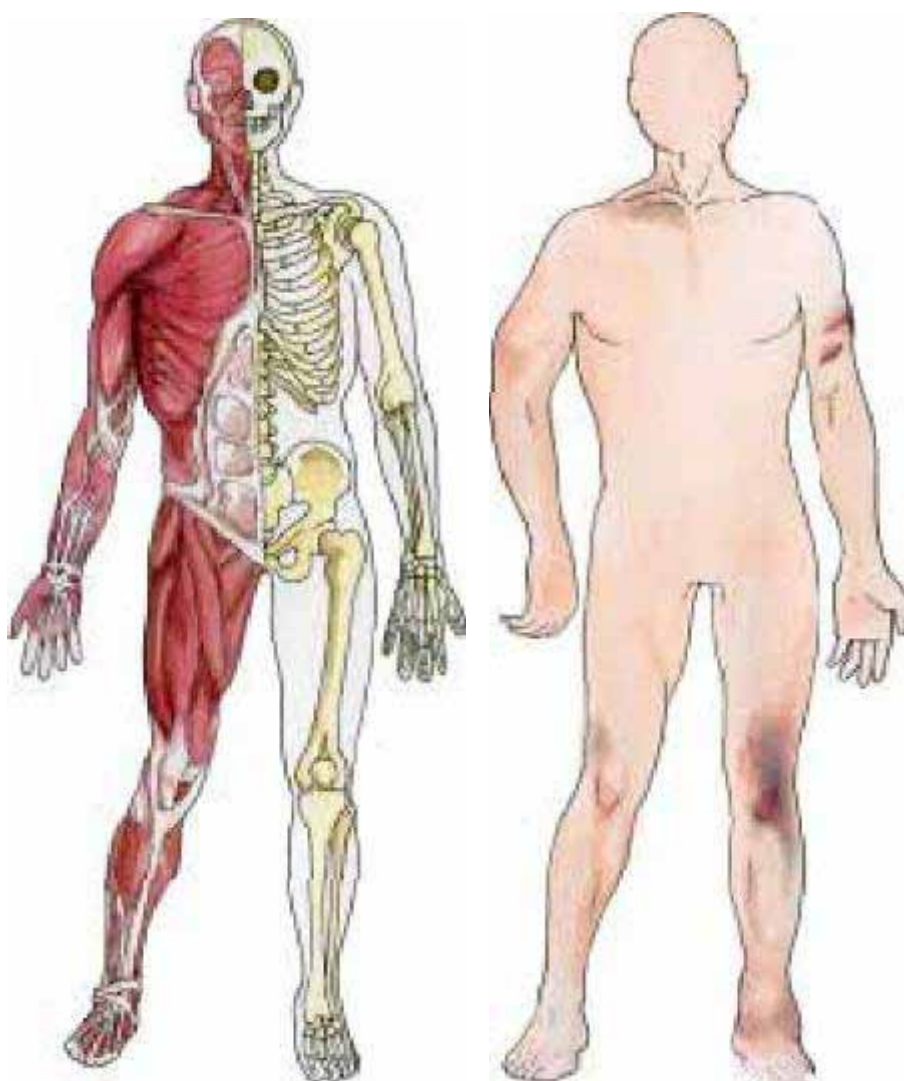


Figura 39. Possibili esiti di traumi a pelle, muscoli, legamenti e ossa

In particolare si possono verificare:

- **Lividi, ematomi, e gonfi ori** dovuti a traumi della cute;
- **Stiramenti**, dovuti ad un eccessivo ed improvviso allungamento del muscolo che causano un forte dolore localizzato;
- **Distorsioni** causate da una torsione dell'articolazione e caratterizzate da dolore e gonfiore;
- **Strappi** dovuti alla rottura di una porzione muscolare con conseguente forte dolore e versamento ematico;
- **Lussazioni** dovute allo spostamento di un'estremità ossea fuori dalla normale posizione dell'articolazione;
- **Fratture**, cioè rotture parziali o complete delle ossa con conseguente dolore e gonfiore;
- **Lacerazioni** della cute, cioè ferite più o meno profonde con dolore e sanguinamento.

Tutti i rischi sopraelencati (escluso l'ematoma) compromettono in modo più o meno grave le capacità dell'assistito; di conseguenza la collaborazione durante l'assistenza risulta notevolmente ridotta. Nei casi più gravi, come ad esempio nelle fratture, per ottenere la guarigione, può essere necessario un lungo periodo di immobilizzazione, con conseguente aumento del carico di lavoro per chi presta assistenza.

La collaborazione della persona anziana nei movimenti e negli spostamenti assistiti, sempre che questo sia possibile, permette di ridurre notevolmente l'impegno fisico da parte dell'operatore.

Per questo motivo, è **importante informare sempre la persona prima di effettuare qualsiasi manovra di spostamento in modo da ottenerne l'attenzione e la cooperazione, oltre che sollecitarne la consapevolezza e l'autodeterminazione.**

8. Richiesta per ausili, presidi e per adattamenti dell'ambiente domestico

Per avere un ausilio, occorre una prescrizione da parte di un **medico** che consiglierà anche l'ufficio competente. Riferimento fondamentale per le famiglie e le persone anziane non autosufficienti e/o disabili è costituito dai **servizi sociali dei Comuni**.

In particolare, in presenza di una persona non autosufficiente assistita a domicilio, i servizi possono elaborare un "programma personalizzato di vita e di cure" che può prevedere sia interventi di aiuto alla persona, sia di supporto ai famigliari e alle assistenti famigliari private che si prendono cura dell'anziano.

Nel programma, in relazione alle condizioni, ai bisogni ed alle scelte dei beneficiari, i servizi territoriali possono integrare interventi scelti fra tutti quelli attivabili a livello locale (comprendenti: la **teleassistenza**, il **tutoring** domiciliare, i ricoveri di sollievo, l'assegno di cura, i contributi per l'adattamento domestico, l'aiuto personale, supporto psicologico, i pasti a domicilio, ecc.) e garantiscono i collegamenti con i servizi sanitari competenti per gli ausili.

Laddove ne ravvisino l'opportunità, i Servizi territoriali possono attivare il CAAD ("Centro per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico" presente in ogni Provincia) che fornisce consulenza a persone anziane e disabili con delle limitazioni nello svolgere le attività della vita quotidiana, su come riorganizzare gli spazi interni dell'abitazione, rimuovere o superare gli ostacoli e le **barriere architettoniche**, studiare soluzioni per facilitare le attività di ogni giorno, accedere ai contributi e alle **agevolazioni fi scali**, fornire informazioni su prodotti e ausili presenti sul mercato.

Glossario

A

- **Abilità residue:** quello che la persona anziana e/o disabile è in grado di fare.
- **Addestramento:** training, preparazione e pratica con istruttore.
- **Agevolazione fiscale:** detrazione o deduzione fiscale che determina una riduzione delle imposte pagate allo Stato o alla Regione, quindi un vantaggio economico.
- **Anti-decubito:** previene la formazione delle “piaghe da decubito”, cioè lesioni della cute dovute alla pressione continuativa in determinati punti del corpo.
- **Articolazione:** il punto di giuntura fra più ossa, (es. spalla, gomito, ginocchio).
- **Assegno di cura:** contributo in denaro destinato ad anziani non autosufficienti assistiti presso il loro domicilio direttamente da famigliari o parenti, o avvalendosi di assistenti private (l'accesso al contributo è subordinato alla valutazione della situazione economica - reddito e patrimonio – della persona assistita che non può superare una determinata soglia).
- **Ausili:** qualsiasi strumento, attrezzatura o sistema tecnologico, utilizzato da una persona con disabilità per prevenire, compensare, alleviare o eliminare una menomazione, disabilità o handicap... Gli ausili sono concepiti per uso individuale nella vita quotidiana non con finalità cliniche.
- **Autodeterminazione:** volontà e capacità di prendere decisioni autonome.
- **Autonomia:** capacità di svolgere da soli, o con ausili, le attività della vita quotidiana.
- **Autostima:** la considerazione e la stima che si ha per sé stessi; l'amor proprio; il sentimento risultante dalla valutazione di sé stessi, che può andare dall'assoluto apprezzamento all'assoluto disprezzo.

B

- **Barriera architettonica:** ostacolo, impedimento che rende impossibile, limita o rende molto difficoltoso lo spostamento autonomo o la fruizione di servizi specialmente a persone con limitata capacità motoria o sensoriale (per esempio con carrozzina) e che si trova all'interno e all'esterno degli edifici, nei marciapiedi, nelle opere costruite dall'uomo.

- **Benessere:** stato di buona salute fisica e morale

C

- **Caviglia:** articolazione che unisce la gamba al piede.
- **Cifosi:** curvatura della spina dorsale, con convessità posteriore.
- **Colonna vertebrale:** è l'insieme costituito dalle vertebre, le quali si articolano fra di loro, formando un asse osseo che dalla base cranica si stende fino alla base del tronco, fondamentale sia per la sua funzione di sostegno del corpo, sia per quella di protezione del midollo spinale.
- **Contesto sociale:** insieme di relazioni familiari, amicali e sociali che la persona intrattiene nel suo ambiente di vita.
- **Credenze:** cose a cui si crede, ad esempio, la religione, le convinzioni.
- **Cute:** pelle; rivestimento esterno del corpo.

D

- **Disabilità:** qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a una menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano.
- **Distorsione:** vedi cap. 7.

E

- **Ematoma:** vedi cap. 7.
- **Ernia del disco:** è la rottura di un disco intervertebrale. Quando l'anello esterno perde di consistenza o si rompe, parte del nucleo polposo si fa strada tra una vertebra e l'altra con comparsa dell'ernia.
- **Evacuazione:** andare di corpo, espellere le feci.

F

- **Femore:** osso lungo dell'arto inferiore, situato nella coscia, che costituisce anche parte dell'anca e del ginocchio.
- **Frattura:** vedi cap. 7.

G

- **Gonfiore:** vedi cap. 7.

I

- **Imbragatura:** sostegno formato da bande di stoffa che, cingendo ai fianchi e alle cosce chi la indossa, ne permette l'assicurazione e lo svolgimento di alcune manovre.
- **Infortuni:** incidenti sul lavoro con conseguenti lesioni per il lavoratore che incidono sulla sua capacità lavorativa.
- **Intimità:** nel testo, ci si riferisce alle "parti intime", cioè le zone del corpo che, per pudore, si tengono sempre coperte. Essere in intimità significa essere molto vicini, legati da rapporti di strettissima amicizia, affetto, parentela.

L

- **Lacerazione della cute:** vedi cap. 7.
- **Legamento:** ispessimento cordoniforme di tessuto connettivo fibroso con funzioni di sostegno o di rinforzo, per esempio per tenere unite fra loro due o più segmenti ossei.
- **Lesione:** danno, ferita, frattura.
- **Livido:** vedi cap. 7.
- **Lordosi:** curvatura della spina dorsale con convessità anteriore.
- **Lussazione:** vedi cap. 7.

M

- **Midollo spinale:** tessuto nervoso da cui si dipartono le radici nervose che arrivano in tutto il nostro corpo.
- **Minzione:** atto dell'urinare, emettere urina.
- **Mobilizzazione:** spostamento della persona anziana e/o disabile con l'aiuto di un assistente.
- **Muscolo:** insieme di fibre muscolari che forma un organo autonomo per forma e funzione.

O

- **Organismo:** corpo umano inteso come insieme di apparati ed organi che ne permettono il funzionamento (nel significato utilizzato nel testo).

P

- **Patologia:** una qualunque malattia.
- **Postura:** come postura si intende la posizione del corpo nello spazio e la relativa relazione tra i suoi segmenti corporei.
- **Prolasso uterino:** fuoriuscita (scivolamento verso l'esterno) dell'utero dalla cavità nella quale è contenuto.
- **Psiche:** complesso delle funzioni psicologiche; attività mentale, intelletto, spirito.

R

- **Rachide:** vedi colonna vertebrale.

S

- **Soprappeso:** peso superiore a quello indicato come appropriato in relazione a sesso, altezza ed età.
- **Strappo:** lo strappo o la rottura muscolare è una soluzione di continuità muscolare che appare durante una contrazione violenta.
- **Stretching:** esercizi di allungamento rilassato e prolungato.

T

- **Tallone:** calcagno; parte posteriore del piede, opposto alle dita.
- **Telo senza attrito:** ausilio costituito da un telo che scivola senza fare attrito facilitando lo spostamento di una persona stesa o seduta.
- **Tendinite:** è l'infiammazione di un tendine.

- **Teleassistenza:** è un servizio di assistenza (e/o soccorso e controllo) tramite sistemi telematici. Garantisce, attraverso la tecnologia, il monitoraggio e l'attivazione di interventi per situazioni problematiche; oppure, assicura un contatto mediante telefonate programmate per verificare la situazione della persona.
- **Tono muscolare:** un certo grado di tensione del muscolo che lo mantiene elastico e atto a contrarsi.
- **Tradizioni:** usi, costumi, usanze, consuetudini, trasmissione di memorie da una generazione all'altra nell'ambito di una comunità.
- **Trauma:** lesione determinata da una causa violenta.
- **Tutoring domiciliare:** presa in carico, da parte degli operatori della rete e servizi territoriali adeguatamente preparati, delle assistenti familiari e dei famigliari che si prendono cura delle persone a non autosufficienti al domicilio, tramite supervisione, consulenza personalizzata, affiancamento, mediazione.

V

- **Vertebra:** ciascuno dei nodi ossei (nell'uomo sono trentatré o trentaquattro), che, posti l'uno sull'altro, formano la colonna vertebrale; quelle umane sono separate quasi tutte da dischi cartilaginei che permettono i movimenti all'intera colonna; entro di essi è presente un foro che forma un canale attraverso il quale passa il midollo spinale (vedi capitolo 1).

Collaborazioni

Realizzazione a cura della Regione Emilia-Romagna.

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali.

Servizio Governo dell'Integrazione socio-sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza nell'ambito delle iniziative del programma integrato per sostenere l'emersione e la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari a favore di anziani e disabili.

Il testo dell'opuscolo è stato elaborato con la collaborazione di:

- **Mila Artioli** Operatore Socio Sanitario – Servizio Assistenza Anziani di Mirandola (MO)
- **Silvia Bellettini** Responsabile Attività Assistenziali – Servizio InformaAnziani del Comune di Modena
- **Maurizio Casciotti** Fisioterapista di Pontenure (PC)
- **Agnese Fabbri** Infermiera - U.O. Geriatria - reparto lungodegenza Post Acuzie e Riabilitazione Estensiva Dott. Salsi - Azienda ospedaliera S.Orsola-Malpighi di Bologna
- **Roberta Lega** Fisioterapista c/o Casa Protetta dell'IPAB Baccarini di Russi (RA)
- **Eliana Lombardi** Fisioterapista della l'U.O. di medicina fisica e riabilitazione Dott. Taricco dell'Az.Osp. S.Orsola-Malpighi di Bologna
- **Patrizia Pasini** Coordinatrice Casa Protetta dell'IPAB Baccarini di Russi (RA)

Referente di Progetto:

- **Simonetta Puglioli**

Servizio Governo dell'Integrazione socio-sanitaria e delle Politiche per la Non autosufficienza Regione Emilia-Romagna

Traduzioni e illustrazioni a cura di:

Tracce s.r.l.

Regione del Veneto
Azienda Unità Locale
Socio Sanitaria



Ospedale San Lorenzo – Valdagno
Dipartimento Medicina Interna

U.O.S.D. LUNGODEGENZA

Seconda Revisione: Gennaio 2010