

# LA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI MALATI

di Massimo Ragonesi, Assistente sanitario presso Unità operativa medici competenti Ospedale Belcolle, Viterbo

**La** necessità di eseguire manovre di movimentazione dei malati (domanda di movimentazione) deriva per buona parte dalla impossibilità di questi di provvedere autonomamente al soddisfacimento dei propri bisogni e per il resto da esigenze legate all'organizzazione ospedaliera.

La domanda di movimentazione rappresenta quindi il risultato dell'interazione tra l'uomo e l'ambiente che lo circonda che in questo caso è l'ambiente di cura con le sue regole.

Un intervento corretto per la riduzione dei rischi da movimentazione manuale dei malati (MMM), deve in primo luogo ridurre la necessità di eseguire la MMM stessa e solo successivamente deve intervenire sulla movimentazione residua, tra l'altro, attraverso l'introduzione di ausili per la movimentazione (solleva pazienti).

La riduzione della domanda di MMM è praticabile su tre strade parallele.

La prima dovrebbe migliorare l'autonomia del malato attraverso una serie di interventi mirati all'armonizzazione del rapporto uomo ambiente.

Questo aspetto può essere affrontato attraverso un intervento sull'uomo e orientato al miglioramento della sua capacità di interagire con l'ambiente, con le persone che gli prestano assistenza e per consentirgli di usare meglio degli ausili per l'autonomia (il triangolo, la sedia comoda, gli assi di scorrimento, ecc.).

È quindi necessario prevedere un programma di informazione e addestramento che mette l'uomo al centro del sistema e lo rende partecipe alla formulazione degli obiettivi assistenziali oltre che modalità e tempi per raggiungerli.

Quanto sopra non esclude che a monte possa essere necessario un intervento motivazionale, tra l'altro mirato ad una vera e propria riprogettazione dello stile di vita in funzione dell'evoluzione delle condizioni psicofisiche.

La seconda dovrebbe migliorare il livello di adattamento ambiente-uomo affinché questi possa esprimere al meglio la propria autonomia residua. Ciò è possibile con l'adozione di accorgimenti strutturali su stanze di degenza e bagni che vanno oltre l'eliminazione delle barriere architettoniche, prevedendo tra l'altro zone di sosta nei corridoi, corrimano e maniglioni nei punti strategici (riprogettazione dell'ambiente).

Questi due livelli di intervento devono mantenere il senso della riprogettazione integrata e dinamica dello stile di vita e della fruibilità ambientale per impedire che una disabilità, sia essa dovuta a condizioni patologiche che fisiologiche, possa generare una condizione di handicap.

La terza dovrebbe intervenire sul piano organizzativo all'interno del quale devono essere distinti due livelli.

Il primo livello, relativo all'organizzazione generale, interviene sulla domanda di movimentazione direttamente alla fonte.

Questo intervento mira al contenimento della domanda derivante dalla necessità di spostamento o trasferimento dei malati per attività routinarie (attività di cura degli ambienti, trasferimenti per l'esecuzione di visite e prestazioni diagnostiche).

Il secondo livello interviene sulla movimentazione residua a partire dall'adozione e rispetto di un modello concettuale infermieristico.

Ciò consente di orientare e motivare lo sviluppo di un'organizzazione professionale dell'assistenza infermieristica capace di:

- a) sostenere la personalizzazione dell'assistenza attraverso la sua pianificazione e nel caso specifico della MMM, tenendo conto della effettiva capacità residua di movimento e delle possibilità di collaborazione del malato, determinare la riduzione dell'impegno fisico dell'operatore al minimo livello possibile;
- b) riempire di significato l'attività di movimentazione interpretandola come un'attività finalizzata ad un

obiettivo quale il recupero o mantenimento delle sue capacità motorie del malato e non come attività di spostamento di una persona dove la sua capacità di collaborazione diventa risorsa per chi fa assistenza.

Si tratta quindi di abbandonare la standardizzazione della movimentazione, la cui espressione più evidente è data dalle tecniche di movimentazione, per orientare l'assistenza verso le linee guida che consentono di interpretare l'unicità delle situazioni.

In quest'ottica, appare evidente che anche l'introduzione degli ausili per il trasferimento dei malati debba rappresentare solo l'intervento sulla movimentazione residua ed effettivamente inevitabile.

Per le suddette ragioni, l'adeguatezza di questi dispositivi merita di essere valutata in relazione alla tipologia dei malati da assistere unitamente alla rispondenza degli obiettivi assistenziali.

Gli ausili per il sollevamento andrebbero distinti tra quelli di tipo attivo e di tipo passivo.

Quelli di tipo attivo sono sicuramente da considerare adatti nell'assistenza del malato collaborante al quale richiedono un impegno fisico e sono funzionali al recupero o mantenimento dell'autonomia residua.

Quelli di tipo passivo sono invece adatti in situazioni particolari dove il malato non può o non deve collaborare.

Questi ultimi, come potrebbe avvenire anche con l'applicazione delle tecniche per la MMM, se utilizzati in modo improprio ed in particolare per l'assistenza di malati cronici ed anziani, potrebbero addirittura determinare una ulteriore riduzione della loro autonomia aumentando progressivamente la domanda di movimentazione.

Naturalmente l'applicazione di quanto sopra richiede un approccio alla riduzione dei rischi da movimentazione inserito in un processo qualità totale dell'assistenza che vede il malato al centro dell'organizzazione e che necessita di un maggiore coinvolgimento degli infermieri.