

Per riprendere il cammino

Una delle tematiche che in farmacia può essere affrontata e spesso risolta, grazie agli ausili inseriti nel progetto Home Care, è la possibilità di deambulazione per persone con capacità motoria residua deficitaria. Assistere una persona nei movimenti è un compito molto difficile per una molteplicità di ragioni e tale argomento, fortemente impattante con il recupero dell'autonomia del paziente, è sempre più oggetto di attenzione e competenza da parte del farmacista.

In primo luogo dobbiamo specificare se l'assistenza al cammino è rivolta a una persona che in qualche modo riesce a controllare e gestire i propri movimenti oppure a una persona che non può dare alla sua mobilità alcun contributo attivo. In entrambi i casi, comunque, l'assistenza alla mobilità esige preparazione, attenzione e competenza che devono es-

sere approfondite e indirizzate da operatori professionalmente preparati (medici e fisioterapisti); non solo nell'ottica di rendere maggiormente efficace l'aiuto prestato ma soprattutto per dare maggior sicurezza e fiducia possibili all'assistito.

Va inoltre sottolineato che, come sempre accade, un aiuto prestato in modo non corretto può recare danni anche gravi a chi lo fornisce e compromettere le già precarie condizioni di chi lo riceve.

VARI GRADI DI ASSISTENZA

L'assistenza alla mobilità può essere esercitata su più livelli e può consistere nel semplice aiuto nel salire e scendere le scale o trasferirsi dal letto alla poltrona fino al molto più impegnativo supporto per far compiere esercizi e manovre complesse per mobilitare le articolazioni del corpo, per mantenere un adeguato tono muscolare e per stabilizzare le con-

Gli ausili per la deambulazione sono vari e non facili da scegliere. Un ambito nel quale si richiede anche la competenza del farmacista

DI PASQUALE CARBONE
RESPONSABILE SERVIZIO
HOME CARE UNIFARM SPA

dizioni percettive e sensoriali. È abbastanza intuitivo che nel primo caso, premesso che va sempre mantenuto un elevato grado di attenzione, le cose da apprendere non sono molte, mentre nella seconda ipotesi le prestazioni descritte richiedono un'adeguata preparazione tecnica e clinica.

Naturalmente è auspicabile che le persone, dopo una fase assistita, possano tornare a essere autonome negli spostamenti, anche grazie ad appositi ausili per la deambulazione che permettono di muoversi con efficacia e nella massima sicurezza. Per ogni persona infatti, la capacità di camminare, di alzarsi o sedersi su una sedia, sono elementi fondamentali per una vita autonoma, soprattutto in ambito domiciliare. Alterazioni del cammino sono descritte nel 40-50 per cento delle persone con più di 65 anni, allorché si nota che la velocità del cammino e la capacità di mantenere la stazione eretta a piedi uniti sono correlate al livello di autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana, alla mortalità e all'istituzionalizzazione, e sono un fattore predittivo fondamentale per il rischio di cadute. Da non sottovalutare il fatto che la perdita dell'abilità locomotoria, associata all'incapacità di muoversi e trasferirsi in autonomia, è il fattore che in modo prevalente impedisce all'anziano il mantenimento in ambito domiciliare dopo un'ospedalizzazione.

I fattori che influiscono sull'alterazione del cammino legati all'invecchiamento riguardano aspetti mentali che impattano sull'orientamento e quindi sulla capacità di evitare ostacoli; aspetti psicoemazionali, che agiscono fortemente sulla

motivazione e di conseguenza sull'attenzione prestata all'ambiente circostante; aspetti sensoriali, che oltre a impattare sul riconoscimento ambientale permettono un adattamento delle strategie motorie in base alle capacità motorie residue. Si parla cioè di coordinazione unita alla forza e al tono muscolare, che riguardano in particolare la stabilità, e della funzionalità generale dell'apparato muscolo scheletrico, in grado di agire sulla prontezza e stabilità oltre che sui riflessi di raddrizzamento.

L'invecchiamento fisiologico produce per esempio una perdita di elasticità del tessuto connettivo, una diminuzione della forza muscolare, una diminuzione della *visus* complessivo e della percezione della profondità, un'alterazione del senso di posizione e della propriocezione, un rallentamento dei riflessi posturali. Di conseguenza divengono caratteristici dell'anziano il rallentamento della velocità e la lunghezza del passo, la necessità di una base di sostegno più ampia, una maggiore dipendenza dal controllo visivo e una diminuzione costante delle possibili strategie alternative. Agli aspetti sopra citati devono essere necessariamente aggiunti quelli legati alle patologie che spesso affliggono gli anziani. Esistono alterazioni della deambulazione legate a malattie dell'apparato cardiovascolare (ipotensione ortostatica, insufficienza vertebrobasilare, claudicazione intermittente); del sistema nervoso (morbo di Parkinson, *stroke*, neuropatia periferica, demenza senile, idrocefalo normoteso, atassia cerebellare, spondilosi cervicale, encefalopatia, sindrome del lobo frontale, mielopatia); dell'apparato osteoarticolare (artrite, artrosi, osteomalacia, fratture, problemi post operatori), della psiche (depressione o intossicazioni).

CRITERI DI SCELTA

Gli ausili rappresentano un importante complemento al mantenimento del cammino nella persona anziana. L'obiettivo fondamentale nel fornire un ausilio per la deambulazione è dare una mobilità sicura e indipendente, non provocare affaticamento, migliorare l'equilibrio e possibilmente superare le barriere ambientali presenti. I criteri che regolano la scelta sono complessi e devono tener

conto di vari fattori. Vi sono ausili che funzionano nonostante l'abilità del paziente e altri che richiedono un costante utilizzo delle capacità cognitive e percettive; oppure ausili per i quali la motivazione del paziente non è un fattore determinante e altri ancora la cui indicazione non può e non deve prescindere dall'effettiva collaborazione nell'addestramento e nell'uso quotidiano. Chiaramente non è possibile evitare un'attenta analisi delle caratteristiche dell'ambiente in cui vengono esercitati i movimenti, partendo da quelle strutturali per finire a quelle del clima emotivo all'interno del domicilio. Non capire o non considerare queste componenti ambientali porta a redigere prescrizioni non appropriate e di conseguenza la fornitura di un ausilio che non verrà o non potrà essere funzionale alle necessità del paziente.

Per l'individuazione dell'ausilio occorre inoltre valutare quale è lo scopo del cammino e dove il cammino stesso verrà esercitato. Esercitativo/riabilitativo o funzionale? Dentro o fuori dall'abitazione? Quale necessità di appoggi e di ripristino dell'equilibrio ha il paziente? Gli arti superiori sono entrambi utilizzabili con efficacia? L'ausilio in oggetto è in grado di compensare il problema in modo completo o deve essere associato ad altri dispositivi?

Il Decreto ministeriale 332/99 suddivide gli ausili per la deambulazione in due macrocategorie: ausili utilizzabili con un solo arto superiore e ausili utilizzabili con entrambi gli arti superiori (vedi box in questa pagina e nella seguente). Il loro significato è riassumibile in queste due funzioni che sono variamente richieste:

◆ ridurre il peso del corpo su determinati segmenti; per esempio il quantitativo di carico che è possibile proteggere con l'uso di questi ausili è particolarmente importante nei postumi di fratture e varia a seconda della forza che la persona è in grado di erogare da parte del cingolo scapolare o dell'arto superiore spingendo sulle impugnature o supporti dei vari ausili oppure dipende dalla regolazione dell'altezza dell'ausilio stesso rispetto al terreno (tale altezza non deve comunque di norma superare l'altezza delle creste iliache);

Ausili utilizzabili con un solo arto superiore

◆ *Tripode e quadripode*: vengono impiegati come elementi funzionali verso l'indipendenza del cammino. Questi ausili vanno utilizzati dal lato controlaterale rispetto a quello affetto da patologia o bilateralmente per uno scarico e una sicurezza maggiore. Particolarmente utili negli emiplegici o in tutti coloro che abbiano un solo braccio "forte" o che abbiano tendenza a cedimenti laterali o cammino instabile per esiti di fratture o post intervento. Inadatti in caso di alterazioni primitive della coordinazione o dell'equilibrio. Sono costituiti da una base in acciaio di appoggio a tre (tripode) o quattro (quadripode) puntali con supporto in gomma antiscivolo con uno stelo, sempre in acciaio, regolabile in altezza e un'impugnatura che può variare da anatomica, antibrachiale o per artrodesici.

◆ *Bastoni canadesi (stampelle)*: anch'essi sono funzionali all'indipendenza del cammino. Danno sufficiente stabilità e favoriscono la coordinazione fra arti superiori e inferiori e l'utilizzo richiede una discreta abilità. Forniscono un appoggio ristretto e sono utili agli amputati, ai paraparectici, negli esiti di fratture agli arti inferiori. La persona afflitta da gravi disturbi della coordinazione o il parkinsoniano non sono solitamente in grado di utilizzarli. Nell'uso bilaterale sono previsti due diversi schemi d'uso: nel più semplice le stampelle sono fatte avanzare contemporaneamente davanti al soggetto seguite dall'avanzamento degli arti inferiori (cammino a canguro). Hanno struttura portante in alluminio o acciaio, appoggio antibrachiale in Abs o materiali similari (nei casi più particolari esistono anche stampelle rinforzate o con l'appoggio antibrachiale in acciaio).

Possono essere regolabili nella parte inferiore oppure nella parte sia inferiore sia superiore. Esiste un'ulteriore variante costituita dalla presenza o meno di ammortizzatore nella parte inferiore. Il puntale antiscivolo deve essere a larga base per il miglior attrito sul terreno.

◆ *Grucce sottoascellari*: hanno la medesima funzionalità dei bastoni canadesi ma permettono di scaricare una maggior porzione del peso corporeo su un segmento molto più ampio in quanto estensibile fino al plesso pettorale. L'uso di un canadese può scaricare, per esempio, fino al 66 per cento del peso corporeo, una gruccia fino al 75-80 per cento. Hanno struttura portante in alluminio o in acciaio (quelle in legno sono ormai in disuso), hanno l'appoggio palmare regolabile in altezza oltre che essere regolabili nella parte inferiore nell'altezza complessiva. L'appoggio sottoascellare nei prodotti migliori è in poliuretano espanso ad alta densità, morbido e in grado di assicurare un buon sostegno al peso corporeo. Il puntale antiscivolo deve essere a larga base per un miglior attrito sul terreno.



