



Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Roma



Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS
Centro S.Maria della Pace
Roma

Corso di Perfezionamento
**Tecnologie per l'autonomia
e l'integrazione sociale delle persone disabili**
Anno Accademico 2006/2007

Metodologie di intervento di Terapia Occupazionale nel paziente emiplegico attraverso l'utilizzazione di ausili.

CANDIDATO: Lefosse Pietro Luigi
Tipo di elaborato: unità didattica

Abstract. *Questa unità didattica potrebbe esser parte di un più ampio programma che si propone di comprendere una moltitudine di interventi e di patologie nelle quali può essere di sicuro aiuto la Terapia Occupazionale e l'addestramento all'uso degli ausili. A causa della vastità degli argomenti, mi soffermerò soprattutto sull'utilità dell'intervento accostato al trattamento nel paziente emiplegico. Il lavoro, dopo una parte introduttiva nella quale si definisce cos'è l'emiplegia e quali siano le strategie d'intervento, si sviluppa su aspetti prettamente tecnici e in modo piuttosto schematico, così da non tralasciare alcun aspetto riabilitativo utile ad un buon reinserimento socio-lavorativo e di autonomia quotidiana. Alle diverse attività della vita quotidiana (ADL) saranno affiancati una serie di ausili e le relative metodologie di addestramento all'uso per una massima autonomia. A supporto del piano riabilitativo sono state inserite schede di valutazione per quanto riguarda gli ausili e brevi dissertazioni sulla loro utilità all'interno dello stesso, così da conferire una certa scientificità ed oggettività all'elaborato.*

Target: *Principalmente operatori e studenti di Terapia Occupazionale, ma anche altri operatori coinvolti in interventi di questo tipo.*

Obiettivi didattici: *L'unità didattica si prefigge l'obiettivo di offrire agli studenti ed operatori una prima base di conoscenze per l'utilizzo corretto degli ausili.*

Direttore del corso: Prof. Carlo Bertolini
Responsabile tecnico Scientifico: Ing. Renzo Andrich

1. L'emiplegia: definizioni

Con il termine Emiplegia è indicata una forma di paresi di natura centrale che interessa un emilato. L'emiplegia può presentare diversi fattori eziopatogenetici. In particolare, facendo riferimento all'epoca durante cui esse agiscono possono determinarsi due forme di Emiplegia:

- Congenita
- Acquisita

L'emiplegia congenita è presente fin dalle prime fasi dello sviluppo ed è legata ad encefalopatie fisse, che si verificano in epoca pre- peri- o immediatamente post-natale, quali malformazioni, danni ipossico-ischemici o emorragie endocraniche. Essa rappresenta una forma di *Paralisi Cerebrale Infantile*.

L'emiplegia acquisita compare, invece, nel corso dello sviluppo per l'azione di noxae patogene diverse, quali vasculopatie, neoplasie, traumi, processi infiammatori con interessamento del sistema nervoso centrale. Accanto a queste forme, esistono situazioni in cui l' Emiplegia si presenta come un episodio acuto transitorio: tali situazioni sono in genere rappresentate dalle paresi che seguono una crisi epilettica (paralisi di Todd), dalle paresi che accompagnano alcune forme di emicrania (emicrania emiplegica) e dall'emiplegia alternante (una forma a patogenesi ancora mal definita, caratterizzata dalla comparsa di episodi acuti e transitori di emiplegia, che si verificano ora ad un lato ora ad un altro) [www.psicomotricista.it].

Il quadro clinico che segue alla lesione cerebrale è determinato dalla localizzazione, dalla causa e dall'estensione del danno. Spesso si associano ai disturbi motori e sensitivi deficit di natura cognitiva, percettiva e di personalità. Tutto questo porta ad una condizione di totale o parziale dipendenza dagli altri, con la conseguente comparsa di aspetti psicologici legati al quadro clinico, elementi da non mettere in secondo piano se si vuole ottenere un buon risultato dal programma terapeutico.

2. L'emiplegia: l'intervento terapeutico

L'attitudine di iniziare l'intervento riabilitativo in epoche precoci ha certamente migliorato la prognosi delle persone colpite da emiplegia, per quanto riguarda il raggiungimento di migliori livelli d'autonomia, sia per la miglior ripresa delle attività lavorative precedenti.

L'intervento riabilitativo, naturalmente, non si deve limitare ai problemi motori, ma anche a tutti quelli eventualmente associati, e soprattutto non è pensabile effettuare lo stesso intervento sulla stessa tipologia di pazienti, in quanto ciascuno di essi ha bisogni individuali e richiede programmi di intervento personalizzati.

Si ritiene necessario la presenza di un approccio multidisciplinare, che consenta un'analisi estensiva ed approfondita di ciascun aspetto della patologia e che al tempo stesso possa fornire, nel corso dell'iter riabilitativo, gli aggiustamenti terapeutici necessari a garantire il raggiungimento del più elevato grado di autonomia e di adattamento possibile.

La valutazione deve essere effettuata con strumenti appropriati e flessibili che consentono di poter non solo avere il livello preciso delle varie aree, che permettono una visione globale sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo del paziente, utile per elaborare gli obiettivi che possono rendere l'intervento riabilitativo più idoneo per la persona che ci troviamo davanti; ma anche di rilevare le modificazioni che si verificano durante il trattamento per un contributo finale dell'efficacia complessiva dell'intervento stesso.

In quest'ambito l'intervento del terapeuta occupazionale è fondamentale per avviare il trattamento riabilitativo, deve indicare i diversi disturbi e le capacità funzionali residue che il paziente presenta.

Il trattamento deve adeguarsi al grado di abilità residua dell'individuo, suddividendo l'intervento in tre fasi principali:

- Fase immediatamente successiva all'evento morboso
- Fase di riattivazione
- Fase domiciliare

Nella prima fase il paziente si trova allettato: qui riceve alcuni interventi predeterminati come il posizionamento e il cambiamento posturale. In questa fase si sviluppa anche un primo contatto con gli ausili necessari.

Nella seconda fase ci troviamo ancora in una situazione protetta, nella quale vengono proposti gradualmente tutti gli interventi necessari al ripristino funzionale per la massima autonomia. Qui il terapeuta occupazionale attua un vero e proprio intervento di addestramento all'uso degli ausili. Gli ambiti di intervento comprendono le più svariate situazioni della vita quotidiana; dal raggiungimento dell'autonomia nell'attività della cura di sé, all'utilizzo degli ausili nelle ADL, al reinserimento familiare e modifica ambientale, fino ad arrivare al ripristino della situazione socio-lavorativa precedente all'evento.

Questo si esplica attraverso diverse metodologie e proposte di attività da concordare con i desideri di autonomia del paziente stesso.

- Proposta di attività significative implicati quesiti da risolvere con entrambi gli emisomi (comportamenti esplorativi, manipolativi, autonomia)
- Variazione del contesto per favorire nuove strategie d'apprendimento
- Controllare il posizionamento e l'uso del corpo nello spazio rispetto alla specularità e all'uso alternante dei due emisomi, per compensare l'uso distorto dell'emisoma interessato rispetto a quello sano
- Controllare l'apprendimento dello spazio manuale
- Prevenzione delle complicanze dovute all'immobilità
- Permettere i trasferimenti, ostacolati dalla patologia
- Permettere l'igiene personale (tramite anche l'abbattimento delle barriere architettoniche in bagno);
- Tentare di migliorare la comunicazione
- Permettere la continenza
- Permettere la mobilità interna
- Permettere la mobilità esterna

Appena le condizioni del paziente lo permettono si procederà ad un graduale reinserimento familiare. In questa fase viene concretizzato il programma riabilitativo e vengono fissati gli obiettivi raggiunti dal paziente. Questo lavoro mira a ripristinare l'autonomia e il reinserimento domestico e socio-lavorativo. Il terapeuta occupazionale si occuperà della modifica e dell'adeguamento dell'ambiente domestico attraverso l'utilizzo dei vari ausili, al fine di ridurre al minimo le barriere che il paziente può incontrare. Farà anche da supervisore per un breve periodo e si prodigherà che il trattamento riabilitativo dia un buon esito e non necessiti di ulteriori modifiche.

3. La scelta degli ausili

Nella scelta dell'ausilio entrano in gioco diverse variabili e se l'obiettivo da raggiungere è l'autonomia, si rende necessario considerare [Andrich, 1996]:

- L'*attività* per cui si ricerca l'autonomia, la minor dipendenza, la maggior sicurezza o minor affaticamento
- L'*ambiente* (fisico e umano) dove svolgere l'attività
- la *persona* con le sue risorse, le sue limitazioni, la sua personalità.

Per scegliere correttamente un ausilio, vanno rispettati tre principi [Mainini et al., 1988]:

- *Competenza*: la soluzione adottata deve consentire alla persona di compiere efficacemente l'azione considerata
- *Contestualità*: la soluzione adottata deve essere funzionale all'ambiente di utilizzo
- *Consonanza*: la soluzione adottata deve essere congeniale all'utente nel rispetto della sua personalità e delle sue scelte

Dopo aver valutato i parametri strutturali e funzionali, bisogna far riferimento ad ulteriori criteri di valutazione, che considerano altri elementi di carattere economico, ambientale. Tali criteri possono essere applicati a qualsiasi ausilio e si sono dimostrati una preziosa guida per la valutazione e la scelta. Tutti i parametri elencati sono in ordine di importanza [Batavia e Hammer,1990]:

- *Accessibilità economica*: la compatibilità con le opportunità economiche dell'utente ed il costo del mezzo
- *Efficacia*: quanto l'ausilio apporti un reale miglioramento nella vita di chi lo adotta
- *Flessibilità*: accessori e margini di modifica strutturali
- *Manovrabilità*: la facilità di gestione da parte dell'utente
- *Confort*: la comodità di base e la possibilità di migliorarla
- *Sicurezza*: predisposto per non arrecare danni
- *Affidabilità*: riferita alle condizioni d'uso il cui rispetto garantisce la sicurezza e il corretto funzionamento
- *Accettabilità personale*: il grado in cui l'utente si sente a proprio agio nell'uso dell'ausilio
- *Compatibilità tecnica*: la compatibilità con altri ausili che la persona utilizza o utilizzerà
- *Facilità di apprendimento*: l'attitudine dell'utente a comprenderne il corretto uso
- *Trasportabilità*: quanto è facile trasportarlo e poi rimetterlo in uso
- *Riparabilità autonoma*: riparabile senza dover ricorrere ai tecnici
- *Durabilità*: per quanto tempo è garantito un corretto funzionamento
- *Facilità di montaggio*: se l'utente è in grado di montarlo da sé, senza un supporto tecnico
- *Facilità di manutenzione*: quanto è facile eseguire la manutenzione
- *Servizio di riparazione*: la disponibilità alla manutenzione da parte della ditta fornitrice

4. L'intervento posturale

Nella prima fase di intervento il terapeuta occupazionale, già conoscendo l'anamnesi e le condizioni cliniche del paziente, inizia una personale fase di valutazione che porterà alla verifica delle limitazioni acquisite, della consapevolezza della morbosità e di un eventuale grado di disorientamento. A questo punto si presenta il piano riabilitativo e si concordano insieme al paziente gli obiettivi da raggiungere, avendo cura del posizionamento a letto e degli eventuali cambi di postura. Questi ultimi dovranno esser effettuati ogni 2-3 ore circa. Per evitare che si presentino ulteriori complicanze e si formino piaghe da decubito il terapeuta deve individuare e predisporre una serie di *ausili antidecubito* (materassi, cuscini) e provvedere all'allineamento posturale.

- Si allineano il tronco e il capo
- Si solleva l'arto inferiore plegico su un cuscino, evitando l'extrarotazione dell'anca
- Si poggia l'arto superiore su un cuscino, protraendo la spalla ed allineandolo al tronco
- La mano rimane aperta ed è in posizione declive

In aggiunta agli interventi posturali, il terapeuta deve prevedere una serie di modificazioni ambientali che stimolino adeguatamente il soggetto.

- Posizionamento di un comodino dalla parte sana, così da dare la possibilità di compiere autonomamente semplici attività
- Posizionamento del letto verso una situazione stimolante (guardare dalla finestra, porta d'ingresso)
- Eventuale posizionamento di un televisore verso il lato plegico, così da stimolarlo a guardare verso quella direzione

Appena possibile si propongono attività funzionali da compiere autonomamente, quali l'igiene personale e l'alimentazione, facendo sì che il paziente abbia un primo contatto con gli ausili adeguatamente modificati (posate, bicchieri, tavolini).

Quando le condizioni del soggetto iniziano a migliorare, si può predisporre una carrozzina standard da utilizzarsi per la mobilità all'interno dell'ambiente protetto. Bisogna provvedere inoltre nella dotazione di cuscini antidecubito e ausili per la postura. L'arto superiore plegico, per prevenire la sublussazione della spalla, può esser posturato attraverso:

- *Cuscini sagomati ad L*
- *Tavolini sui quali poggiare l'arto*
- *Reggibraccio a tasca*
- *Sostegni ascellari a goccia*

Per quanto riguarda l'arto inferiore flaccido, questo deve essere allineato attraverso sostegni sagomati che contrastino gli atteggiamenti patologici dovuti alla forza di gravità.

Porto come esempio di ausilio per intervento posturale il "Copricalcagno antidecubito" denominato DECUBITALL prodotto dalla CHINESPORT (scheda Portale SIVA n° 15739), confezionato in acciaio e tela elasticizzata. Si tratta di un sostegno che sollevando la parte distale dell'anca e posizionando il piede in posizione anatomica fa sì che si evitino carichi, con conseguenti piaghe da decubito, sul tallone.

5. Gli ausili per la mobilità

Gli ausili per la deambulazione servono per compensare una mancanza di equilibrio o una riduzione di possibilità di carico sugli arti inferiori. Possono essere concepiti per conferire un lieve miglioramento della stabilità con l'appoggio limitato ad una piccola area o compensare una mancanza di equilibrio utilizzando una superficie di appoggio maggiore. Nel primo caso possiamo considerare:

- **Bastoni:** Servono a facilitare la deambulazione quando l'equilibrio è carente, o scaricare attraverso l'arto superiore una parte del peso su di un arto inferiore. Possono essere in legno od in lega leggera, questi ultimi regolabili in altezza. L'impugnatura può essere sferica, ricurva od anatomica. Devono avere un gommino d'appoggio terminale per evitare lo scivolamento
- **Stampelle:** Scaricano il peso dall'arto inferiore sull'arto superiore. Il carico può essere trasferito alle ascelle, oppure alle mani con un piccolo appoggio all'avambraccio (canadesi). E' necessaria una stabilizzazione attiva al polso e per le ascellari a tutto l'arto superiore. Devono essere regolabili in altezza. Il gommino di appoggio terminale è più ampio (circa 10 cm.) Possono essere provviste di ammortizzatore a molla.
- **Tripodi e tetrapodi:** Hanno le stesse caratteristiche funzionali dei bastoni ma presentano 3 o 4 punti di appoggio. Questo evita di dover controllare troppo la forza esercitata, consentendo una certa variabilità sulla spinte laterali. Regolabili in altezza.
- **Deambulatori:** Sono costituiti da una struttura in acciaio e servono a scaricare il peso della persona a terra, all'interno di una vasta base di appoggio. Permettono a persone con limitato equilibrio statico o dinamico di effettuare semplici spostamenti dando maggiore sicurezza. I più semplici sono costituiti da tre o quattro tubi verticali uniti tra loro a modo da formare una gabbia di contenimento. Ad altezza regolabile sono predisposte manopole o appoggi per le mani. Il contatto a terra può avvenire tramite tamponi in gomma o ruote. Possono essere a struttura rigida o pieghevoli. Lo schema del cammino avviene con lo spostamento in avanti del deambulatore prima di compiere il passo, in questa modalità il corpo si trova sbilanciato in avanti ed è sostenuto dall'azione delle braccia, pertanto i deambulatori senza ruote sono utilizzabili da persone che hanno un buon controllo articolare e di forza, degli arti superiori. Anche i d. a ruote funzionano per scivolamento con azione di frenata da parte dei puntali in gomma posteriori. Nel caso che il controllo da parte degli arti superiori sia insufficiente, si possono utilizzare d. provvisti di ascellari.

Si porta come esempio di ausilio per la mobilità il "Deambulatore con ruote" denominato SINTESI BLU prodotto dall'azienda INVACARE MECC SAN SRL (scheda Portale SIVA n° 18421). E' un deambulatore pieghevole, provvisto di sedile imbottito, appoggi antibrachiali e ruote posteriori frenanti come accessori. L'ausilio è utile nella seconda fase della riabilitazione, fase in cui il paziente emiplegico, tramite il cammino, tornerà gradualmente a contatto con l'ambiente circostante.

6. Scelta ed addestramento all'uso della carrozzina

In seguito al corretto posizionamento sulla carrozzina, si passa alla fase di addestramento all'uso, valutandone altresì la capacità di mobilità e di gestione autonoma.

Si insegna a spingerla utilizzando gli arti non colpiti, valutandone una corretta altezza del sedile affinché il piede sano poggi sul terreno.

In alcuni casi viene utilizzata una carrozzina monoguida (con due corrimani dal lato sano) o una carrozzina monoleva (che consente, tramite una leva, sia la spinta che il direzionamento) o, in caso di richiesta di maggior autonomia, una carrozzina di tipo elettrico.

Un esempio per questo tipo di ausili è la "carrozzina ad autospinta unilaterale" denominata ELEGANT MONOGUIDA A LEVA prodotta dalla OFFCARR (scheda Portale SIVA n° 13988). E' una carrozzina pieghevole e con braccioli e poggipiedi removibili. Può essere una buona risposta a molteplici esigenze di mobilità del paziente emiplegico.

Durante l'addestramento si insegna al paziente a muoversi su terreni piani, anche superando piccoli ostacoli, così da valutare la capacità di orientamento e d'attenzione attraverso il posizionamento degli stessi verso il lato plegico.

L'autonomia all'uso della carrozzina presuppone la possibilità di spostarsi nei diversi ambienti. A questo proposito vengono predisposti spazi accessibili.

Il paziente inizierà di nuovo a frequentare spazi comuni e inizieranno i primi rapporti e confronti con altre persone emiplegiche, dai quali potrà ricevere conforto e stimolo per una buona riabilitazione.

7. Ausili per l'alimentazione

Per un corretto recupero delle ADL, bisogna inserire nel programma riabilitativo anche la valutazione degli adattamenti necessari a gestire l'autonomia nell'alimentazione. Si osserva più dettagliatamente da parte del paziente il modo di utilizzo:

- Della capacità di prensione
- Della capacità di versare il contenuto della bottiglia in un bicchiere
- Capacità di gestione autonoma degli oggetti presenti sul tavolo

Spesso la persona emiplegica trova difficoltà nel tagliare, nel portare il cibo alla bocca, nello sbucciare. Per raggiungere questi scopi vengono adottati alcuni ausili, quali possono essere:

- Coltelli a rotella o con impugnatura ergonomica,
- Posate con impugnatura ergonomica
- Anelli da piatto contienicibo
- Bicchieri con base larga o ergonomici
- Materiale antidrucciolevole
- Taglieri con chiodi

Col tempo il soggetto sviluppa sufficiente abilità e viene motivato nel trovare sempre nuovi adattamenti per svolgere le attività a lui più congeniali. Il principio di base consiste nello bloccare gli alimenti o il piatto, così da consentire di utilizzare successivamente anche l'arto sano.

Come esempio di questa classe di ausili troviamo un utile e pratico tagliere prodotto dalla THOMASHILFEN (scheda Portale SIVA n° 11725). Questo tagliere è prodotto in materiale plastico ed ha la caratteristica di poter esser bloccato ad un piano di lavoro tramite ventose o morsetti. E' provvisto di chiodini in acciaio e forchette che consentono di bloccare gli alimenti. Questo tipo di ausilio consente al paziente emiplegico di utilizzare soltanto l'arto non colpito.

8. Ausili per l'abbigliamento

L'aprassia e i disturbi di memoria ostacolano notevolmente l'esecuzione di questa attività. Inizialmente si insegna alla persona ad esplicare questa funzione direttamente nella camera o, se necessario, in un ambiente più idoneo, dove evitare distrazioni.

Gli abiti che il paziente andrà ad indossare devono essere comodi, privi di elastici stretti, possibilmente con cerniere e calzature possibilmente prive di lacci. Per la gestione di questi abiti il paziente, con la supervisione del terapeuta, effettuerà delle prove con indumenti di uso quotidiano (pantaloni, gonne, camicie, cravatte, scarpe) e potrà avvalersi di una serie di ausili quali:

- Allacciabottoni
- Infilacalze
- Calzascarpe

A questa serie di ausili vengono intercalate piccole tecniche e soluzioni che possono essere di sicuro aiuto all'autonomia del paziente, come:

- Per i bottoni, si ovvia il loro utilizzo sostituendoli con bottoni automatici, velcro, elastici ecc...
- Per le cerniere viene ampliata la superficie di presa della zip
- Per calze, collant e pantaloni, esistono diverse possibilità secondo le capacità del paziente
- Per le scarpe con lacci si punta sull'addestramento della manualità dell'arto sano
- Per le cravatte, il metodo più semplice è quello di avere il nodo già pronto o utilizzare cravatte con elastici

La ripetizione degli esercizi stimola il paziente a prendersi cura del lato plegico e memorizzare le sequenze. Molte volte sono presenti disturbi associati come disturbi spaziali, che portano a non riconoscere la parte anteriore da quella posteriore. In questi casi vengono utilizzati piccoli accorgimenti come l'utilizzo di linguette colorate o segnali distintivi all'interno dei capi e delle scarpe.

L'obiettivo del trattamento è quello di far svolgere alla persona queste attività con il miglior grado di autonomia possibile, così da poter affidare ai familiari, che in seguito andranno a seguire il paziente, solo il compito di verifica e di stimolazione delle diverse attività.

Esempio di questa classe di ausili è il calzascarpe denominato SIMFILA prodotto dalla SIM ITALIA (scheda Portale SIVA n° 16335). E' un ausilio interessante per la sua bivalenza, utile per calzare e sfilare le scarpe senza chinarsi, data dalla conformazione delle due estremità, una a forchetta ed una fornita di una parte concava.

9. Ausili e adattamenti per l'igiene personale

Il primo approccio con la riabilitazione all'autonomia nell'igiene personale avviene naturalmente in un ambiente controllato, il quale dovrà essere fornito di una serie di ausili ed adattamenti che possano consentire al paziente la maggior accessibilità possibile. In quest'ambito si valutano le diverse capacità dell'individuo seduto in carrozzina, come:

- La capacità di lavare il viso con entrambi le mani
- La capacità di utilizzare lo spazzolino da denti
- La capacità di pettinarsi, radersi o truccarsi

Il Terapeuta avrà cura di scegliere gli ausili e gli adattamenti più consoni a svolgere queste attività. Nell'osservazione, l'operatore suggerirà alcune strategie e farà sì che il paziente prenda sempre più coscienza dell'arto plegico e lo utilizzi in queste attività.

La valutazione dell'attività d'igiene personale comporta l'avvio di un trattamento riabilitativo personalizzato che tenga conto di eventuali disturbi associati. L'operatore dovrà inoltre conoscere le

modalità di minzione del paziente e scegliere gli ausili per l'incontinenza nelle diverse fasi della rieducazione vescicale e intestinale, istruendo anche i familiari su ausili e tecniche adottate.

Non è corretto pensare che per rendere accessibile un ambiente c'è bisogno di rivoluzionare gli accessori e gli spazi che lo compongono, ma spesso è utile e sufficiente adottare piccoli accorgimenti.

Per quanto riguarda agli ausili, oggi è possibile trovarne in commercio una moltitudine. I più comuni suggeriti per la sala da bagno sono:

- Alzawater
- Maniglioni ribaltabili o fissi
- Rubinetteria con doccetta a fianco del water
- Comoda, che può esser piazzata direttamente sul water per garantire maggior stabilità
- Lavabo accessibile
- Sedile per la vasca
- Sedie fisse o con ruote per la doccia
- Specchiera orientabile
- Spazzole e spugne con manici ergonomici

Nell'ambiente ospedaliero, il Terapista avrà cura di studiare tutte le possibili soluzioni in riferimento a quelle che verranno in seguito utilizzate nell'abitazione del paziente.

Si prenda come esempio di questa tipologia di ausili la spugna prodotta dalla SMITH & NEFHEW modello LAMBSWOOL PAD (scheda Portale SIVA n° 13914). Caratteristica principale di questa spugna è nella possibilità di piegatura del lungo manico.

10. Ausili e adattamenti per il reinserimento professionale, domestico e il tempo libero

In relazione all'età ed al sesso del paziente si possono riscontrare diverse situazioni occupazionali precedenti all'ictus. L'evento morboso porta alla drastica modifica di queste situazioni, così da far risentire della perdita dello stile di vita precedente. La persona può non essere in grado di riprendere il lavoro, di guidare, di svolgere normali attività domestiche, di svolgere attività sportive. In questo caso è necessario sviluppare un programma di riqualificazione professionale individuale, che porta il terapista ad esaminare l'habitat di lavoro, o domestico, e proporre modifiche ambientali e una serie d'ausili di sicura utilità. Per quanto riguarda le attività domestiche e artigianali, è possibile reperire in commercio una serie di elettrodomestici ed utensili che possono esser considerati come valide soluzioni, come:

- Apriscatole elettrici
- Taglieri con chiodi
- Morsetti, così da poter bloccare gli oggetti
- Bastoni telescopici con pinza
- Carrelli portavivande
- Cucine accessibili
- Pentole con impugnatura ergonomica

Ad alcuni pazienti vengono ancora proposte attività di tipo sportivo terapeutico, ma solo quando ne esistono i presupposti, che possano migliorarne l'attenzione, la coordinazione, la velocità e la destrezza. Altre attività da proporre, sempre se ne esistono i presupposti, sono quelle che riguardano il ritorno alla guida di automezzi, naturalmente preceduto da un periodo di training eseguito con mezzi opportunamente modificati.

Tutte le attività svolte nell'ambiente "protetto" devono poter essere mantenute ed utilizzate presso l'abitazione del paziente. In quest'ambito il Terapista seguirà per un breve periodo la persona, così da verificarne il grado d'autonomia. Si andrà a valutare l'igiene personale, l'uso degli spazi domestici, la gestione familiare, la ripresa dei propri hobby e delle attività del tempo libero, il reinserimento socio-lavorativo.

Bibliografia

- Opezzo P: *Progetto di sostegno al rientro al domicilio di un soggetto con emiplegia*. Elaborato del Corso di perfezionamento "Tecnologie per l'autonomia" (Università Cattolica e Fondazione Don Gnocchi). Milano a.a. 1999/2000
- Ponte S: *Autonomia a due*. Elaborato del Corso di perfezionamento "Tecnologie per l'autonomia" (Università Cattolica e Fondazione Don Gnocchi). Milano a.a. 1999/2000
- Batavia A., Hammer G.: *Towards the development of consumer-based criteria for the evaluation of assistive devices*. Journal of Rehabilitation Research & Development, 27 (4): 425-436
- Valobra G N: *Trattato di Medicina Fisiche e Riabilitazione*. Torino: UTET, 1999.
- Taylor M M: *Analysis of dysfunction in left hemiplegia following stroke*. Am. J. Occup. Therapy 1968; 22:512
- Andrich R: *Consigliare gli Ausili*. Milano: Fondazione Don Carlo Gnocchi, 1996
- Saracco Ruella C: *Terapia Occupazionale*. In: Valobra G N (a cura di): *Trattato di Medicina Fisica e Riabilitazione*. Torino: UTET, 1992.
- Redaelli T, Valsecchi L, *Terapia Occupazionale Metodologie riabilitative e ausili*. Catania: Solei Press, 1996.
- Perfetti C.: *Condotte Terapeutiche per la rieducazione motoria dell'emiplegico*. Milano: Ghedini 1986.
- Dolce G., Cecconi V.: *Guida alla riabilitazione dell'emiplegico adulto*. Farmitalia 1985
- Dolce G., Prati R., Lucca L.F.: *La Riabilitazione dell'emiplegico. Manuale multimediale di valutazione e recupero delle funzioni motorie*. Padova: Piccin, 2005
- Casella, C.: *Perception of time by hemiplegic patient*. Arch. Phys. Med., 48: 369, 1967.
- AHCPR. *Clinical practice guideline. Riabilitazione post-stroke*, vers. Ital. UCB Pharma, 1997.
- Basaglia N (ed): *Trattato di Medicina riabilitativa - Medicina fisica e Riabilitazione*. Napoli: Idelson-Gnocchi, 2000
- Basaglia N. *Costruire linee-guida per una buona pratica clinica in medicina fisica e riabilitativa*. Giorn It Med Riab 1997; 12:6-10.
- Boldrini P, Arienti P, Basaglia N, Magnarella M R, Zoppellari R.: *Problemi dell'équipe riabilitativa multidisciplinare di fronte al trattamento del traumatizzato cronico grave*. Giorn It Med Riab 1994; 3(VIII): 196-201

Sitografia

- www.inail.it/repository/ContentManagement/information/N1609925963/CarrozzinaSistemiPostura.pdf
- www.psicomotricista.it/index.html
- www.fisioterapia.web-gratis.net/manfredini/Fisiatria_ausiliedeamb.doc
- www.aifiemiliaromagna.it/pdf/corsoemiplegico.pdf