



Francesco, 50 anni. Autonomia nella vita quotidiana per una persona con esiti di ictus.

Autore:

Sonia Sanrocchi

Terapista Occupazionale

Abstract

Francesco ha 50 anni e nel 2005 è stato colpito da un'emorragia cerebrale. In seguito a questo evento ha riportato danni sia a livello motorio, con conseguente emiplegia, sia a livello cognitivo con afasia, disturbi di attenzione e di schema corporeo. Questo progetto ha lo scopo di portare all'attenzione il percorso che è stato fatto da Francesco, dalla famiglia e da tutte le figure professionali che lo hanno seguito. La parte più difficile di questo lavoro è stato il dover prendere atto, da parte della famiglia di Francesco, di una situazione "non voluta" ed improvvisa e in base a ciò riprogettare una vita ed un rientro a domicilio. Grazie ad una stretta collaborazione con la famiglia e soprattutto a una forte motivazione da parte di Francesco, si è riusciti a garantire a quest'ultimo, attraverso le soluzioni adottate, sicuramente un miglioramento della qualità di vita. Concretamente le soluzioni adottate relativamente alla problematiche analizzate sono state per la mobilità interna una carrozzina posturale ed uno stabilizzatore per la statica eretta; per i trasferimenti un sollevatore mobile manuale ed un sollevatore elettrico per vasca; per la prevenzione delle piaghe da decubito un letto ortopedico regolabile con materasso antidecubito e per la mobilità esterna una carrozzina per esterni. I punti fondamentali di questo progetto sono stati quindi la fornitura degli ausili e il reinserimento domiciliare di Francesco.

Il protagonista

Francesco ha 50 anni, è un marito e un padre che conduce una vita normale. Lavora come programmatore in una grande società internazionale che si occupa di informatica, parla tre lingue ed è molto sportivo. E' presente attivamente nella vita familiare; nel tempo libero ama andare al cinema e ricevere gli amici nella sua casa.

Nel dicembre 2005 Francesco viene colpito da un'emorragia in sede fronto-temporo-parietale sinistra con vari infarcimenti emorragici anche in sede destra. Subito dopo il trauma il quadro clinico è di "emiplegia facio-brachio-crurale" destra caratterizzata da un ipertono marcato sia all'arto superiore che all'arto inferiore, con associati disturbi della sensibilità superficiale e profonda. Dal punto di vista cognitivo varie funzioni risultano compromesse, prime fra tutte l'attenzione e la memoria. Presenta un problema di emianopsia a destra con difficoltà ad esplorare l'emispazio corrispondente con conseguente deviazione del capo verso sinistra; non è in grado di mantenere il controllo del tronco e porta un catetere a permanenza per la continenza urinaria.

Francesco è completamente dipendente dagli altri per quanto riguarda la cura della persona, per l'igiene, l'alimentazione, la vestizione, la mobilità. Non è in grado di effettuare nessun tipo di trasferimento, né di spostarsi nell'ambiente. Presenta un disturbo di afasia con una comprensione contestuale comunque conservata; utilizza poche modalità di comunicazione non verbale, come espressioni del viso, lo sguardo, e il linguaggio gestuale. Non è sempre buono l'orientamento temporale, soprattutto per quanto riguarda gli eventi legati alla sua persona e a componenti della sua famiglia (ad es. non sempre ricorda di aver perso il padre molti anni fa). La consapevolezza del suo stato attuale è scarsa, il paziente è anosognosico. E' conservata la capacità di problem-solving mentre permane un grave deficit della attenzione divisa. Sempre



a livello cognitivo, il paziente è in grado di effettuare delle associazioni semplici, delle categorizzazioni semantiche e di mettere in relazione l'oggetto e la persona.

Francesco proviene da una struttura riabilitativa di un'altra regione rispetto a quella in cui si svolge questa esperienza, per cui ha già effettuato il suo ricovero riabilitativo della durata di sei mesi in una riabilitazione post-acuzie.

Dopo il primo ricovero è seguito un periodo in cui Francesco è ritornato a casa comunque affrontando delle difficoltà ed ora di nuovo un ricovero riabilitativo. Ho seguito quindi tutto il periodo di degenza in clinica e in un secondo momento il mio intervento si è spostato a domicilio, per quanto riguardava la valutazione (prima delle dimissioni) delle eventuali modifiche da effettuare e degli ausili che sarebbero stati necessari per consentire a Francesco un ritorno a casa in un ambiente accessibile.

Il contesto

Francesco vive con la sua famiglia composta dalla moglie e da un figlio di 24 anni. L'appartamento in cui abitano è situato al quarto piano di un condominio senza barriere architettoniche in cui l'ascensore ha una capienza tale da permettere l'accesso alla carrozzina. L'interno dell'appartamento è quasi completamente accessibile per cui non è stato necessario apportare modifiche di tipo murario o fare lavori di ristrutturazione. Dei due bagni presenti nella casa, entrambi spaziosi da consentire qualsiasi tipo di manovra, uno è stato attrezzato e predisposto affinché Francesco ne abbia l'utilizzo esclusivo. Il lavabo è strutturato in modo tale da permettere a Francesco l'accesso e l'espletamento delle attività di igiene personale; inoltre per agevolare le manovre ed aumentare gli spazi di girata, si è deciso di eliminare il bidet che comunque non sarebbe stato utilizzato dal paziente. Francesco ha a disposizione una stanza intera per lui dove poter sistemare il letto, il sollevatore e gli altri ausili che sono stati forniti.

E' assistito da un'infermiera privata, presente esclusivamente di mattina, che provvede alle cure igieniche, alla vestizione e al trasferimento in carrozzina; per le restanti ore della giornata Francesco è accudito dalla moglie e dal figlio, presenti anche come stimolo continuo nel mantenimento di interessi ed attività. Altre figure professionali presenti nella vita di Francesco sono il fisioterapista, la logopedista e la musicoterapista.

Gli obiettivi dell'intervento

Gli obiettivi prefissati per Francesco e che ho valutato in accordo con la famiglia sono:

- cercare di prevenire la formazione delle piaghe da decubito dovute all'allettamento;
- cercare di sviluppare le capacità residue nello svolgimento delle attività di vita quotidiana;
- cercare di ridurre il carico assistenziale da parte della famiglia e di chi accudisce Francesco, in particolar modo nei trasferimenti;
- migliorare il sistema di postura in carrozzina per consentire a Francesco di stare seduto per più ore della giornata;
- migliorare e incrementare la possibilità di effettuare delle uscite in carrozzina.

Le soluzioni adottate

Le soluzioni che sono state proposte per Francesco sono qui di seguito elencate.



Mobilità e postura

La soluzione scelta relativa al problema “postura-mobilità” è stata fatta considerando le capacità residue di Francesco e quindi la possibilità di utilizzare l'emilato controlaterale a quello colpito da emiplegia per poter gestire in autonomia la carrozzina negli spostamenti. Abbiamo visto, insieme al fisioterapista, che utilizzando sia l'arto superiore che l'arto inferiore sani, Francesco riusciva ad effettuare dei piccoli spostamenti, ma il limite più grosso era costituito dal suo deficit visivo a destra, e quindi l'emianopsia, che non gli permetteva di avvertire la presenza di ostacoli. Per questo motivo anche l'ipotesi di una carrozzina monoguida è stata scartata ed abbiamo optato per una carrozzina che potesse essere spinta da un accompagnatore, dunque una carrozzina ad autospinta basculante con schienale reclinabile, definita anche poltrona imbottita polifunzionale (marchio **Nuova Blandino**, modello **GR 214**).

La problematica “mobilità esterna” è stata risolta proponendo a Francesco una carrozzina per esterni leggera e funzionale, (marchio **Vassilli**, modello **Evolution Extralight**). Associato alla problematica della mobilità è stato prescritto anche uno stabilizzatore per la statica eretta (marchio **Ormesa**, modello **Standy**).

Per agevolare il trasferimento letto-carrozzina e facilitare le manovre di assistenza e le cure igieniche che avvengono a letto, è stato fornito un letto ortopedico (marchio **Vassilli**, modello **10.64**). Associato al letto è stato fornito un materasso antidecubito a bolle d'aria con compressore (marchio **OSD**, modello **M2201401**).

Trasferimenti

Per quanto riguarda il trasferimento letto-carrozzina è stato adottato un sollevatore mobile per uso domestico Home Lift (marchio **Fumagalli**, modello **Pratic Innova Idraulico**). Per quanto riguarda il trasferimento carrozzina-vasca è stato scelto un sollevatore per vasca da bagno a batteria ricaricabile (marchio **Aquatec**, modello **Elan**).

Valutazione dell'esperienza

Complessivamente i risultati ottenuti per gli obiettivi prefissati sono stati buoni. La carrozzina utilizzata permette a Francesco di restare seduto per parecchie ore della giornata, consentendogli anche di effettuare diverse attività come accostarsi al lavandino del bagno per l'igiene personale, al tavolo per pranzare con la famiglia o davanti la scrivania per effettuare le sedute di logopedia. La stessa carrozzina consente anche facili manovre in bagno per quanto riguarda l'accostamento alla vasca.

I trasferimenti, grazie all'utilizzo dei due sollevatori, avvengono in maniera tale da richiedere il minimo sforzo da parte di una persona, esaudendo così quelle che erano le richieste della famiglia in riferimento alla riduzione del carico assistenziale.

Infine per quanto riguarda la mobilità esterna, la carrozzina proposta risulta essere molto utilizzata da Francesco, che ha incrementato le sue uscite da una a due volte la settimana. C'è da precisare che per quanto riguarda questo punto del progetto la moglie si è offerta di rivalutare in un futuro prossimo anche la nostra proposta di un montascale mobile che renderebbe ulteriormente più agevole la possibilità di effettuare delle uscite.