

## I dieci elementi dall'associazione americana di terapia occupazionale (American Occupational Therapy Association AOTA)

1

### **Non proporre attività di trattamento non finalizzate (ad es. conì, mollette, arco per l'allenamento delle spalle, bici o altro per allenamento delle braccia).**

Attività finalizzate ossia attività che rientrano nella routine quotidiana, che hanno un senso e uno scopo e vengono percepiti come utili dal paziente (ad esempio cura personale e della casa, scuola e lavoro) sono una premessa fondamentale per la terapia occupazionale. Da studi condotti emerge che lo svolgimento di un'attività finalizzata che porta ad un risultato significativo per la persona (occupazione) rappresenta una motivazione che spinge i pazienti a eseguire la terapia in maniera più efficace e costante. Tali attività possono aumentare l'attenzione, la resistenza, la funzionalità motoria, la tolleranza al dolore e l'impegno, portando a migliori risultati. Le attività finalizzate si basano sulle capacità di un soggetto e contribuiscono a raggiungere obiettivi personali e funzionali. Al contrario, le attività non finalizzate non stimolano né l'interesse né la motivazione, riducendo la collaborazione del paziente e generando così risultati insoddisfacenti.

2

### **In assenza di valutazioni che documentino eventuali difficoltà di elaborazione o di integrazione di informazioni sensoriali, non somministrare trattamenti basati sulla sensorialità a bambini o ragazzi.**

Molti bambini e ragazzi hanno disturbi che compromettono la loro abilità di processare e integrare le informazioni sensoriali e di conseguenza potrebbero avere difficoltà a svolgere compiti funzionali. Il processo di elaborazione e integrazione delle sensazioni è complesso e può risultare in modelli disfunzionali individuali che vanno trattati con interventi personalizzati. I trattamenti non mirati ai modelli disfunzionali accertati possono portare a risultati negativi o rivelarsi del tutto inefficaci. Valutare e documentare in via preliminare eventuali difficoltà sensoriali è quindi indispensabile per poter proporre trattamenti basati sulla sensorialità come Ayres Sensory Integration®, giubbotti con pesi, programmi di ascolto o diete sensoriali.

3

### **Non somministrare terapie con agenti fisici senza combinare attività finalizzate e basate sull'occupazione.**

L'uso esclusivo di metodi PAM (physical agent modalities) - ad es. agenti termici superficiali, agenti termici profondi, agenti elettroterapeutici, dispositivi meccanici - senza attività o occupazioni non può definirsi terapia occupazionale. Se supportati da una componente funzionale motoria e procedurale, i metodi PAM possono portare a risultati migliori. I PAM devono essere inseriti in un più ampio programma di terapia occupazionale e in un piano d'intervento preparatorio o complementare con attività finalizzate o trattamenti mirati a incrementare l'impegno del paziente.

4

### **Non utilizzare pulegge/carrucole con pazienti affetti da spalla emiplegica.**

Utilizzare pulegge/carrucole a soffitto con pazienti con spalla emiplegica dovuta a ictus o altra condizione clinica è considerato un trattamento troppo aggressivo che deve essere evitato, visto l'elevato rischio che il paziente provi dolore alla spalla. Vanno preferiti esercizi e attività meno traumatici che permettano di controllare il range dei movimenti.

5

### **Non somministrare trattamenti di terapia cognitiva (ad es. compiti con carta e penna, a tavolino, software di training cognitivo) senza il supporto di attività occupazionali.**

Per aumentare le prestazioni occupazionali, i trattamenti di terapia cognitiva devono essere associati ad attività o occupazioni coinvolgenti e significativi per il paziente. Esempi di trattamenti cognitivi sono gli approcci basati sulla consapevolezza, training per lo sviluppo di strategie, training per lo svolgimento di compiti, modifiche dell'ambiente e tecnologia assistiva. Usare trattamenti cognitivi non supportati da attività o occupazioni porta a risultati non soddisfacenti.

6

### **Non iniziate interventi di terapia occupazionale senza aver completato il profilo occupazionale del cliente e aver impostato obiettivi in collaborazione con il cliente stesso.**

La best practice della terapia occupazionale si fonda sulla conoscenza e comprensione da parte del terapeuta occupazionale della storia e delle esperienze occupazionali, della sua routine quotidiana, degli interessi, dei valori e dei bisogni del cliente nonché sulla collaborazione attiva tra il cliente e i suoi partner di vita o assistenziali (p.es. caregiver, genitori, assistenti) al fine di sviluppare obiettivi significativi. Come si cita nella quarta edizione dell'Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (OTPF-4), "solo i clienti possono identificare le occupazioni che danno significato alle loro vite e selezionare gli obiettivi e le priorità importanti per loro" (AOTA, 2020). Se il cliente o i partner di vita o assistenziali non vengono coinvolti nello

sviluppo del profilo e nell'identificazione degli obiettivi, delle priorità e dei risultati, è possibile che non si realizzi un impegno completo.

7

**Non impostate interventi per persone con autismo che riducano o eliminino “modalità di comportamento, attività o interessi limitati o ripetitivi” senza valutare e comprendere il significato del comportamento stesso per la persona e i suoi fattori personali e ambientali.**

I terapeuti occupazionali dovrebbero fornire interventi incentrati sulla persona e fondati sui punti di forza e dovrebbero accompagnare le persone autistiche a livello sociale e individuale fornendo informazioni che favoriscano l'inclusività e il senso di appartenenza riducendone la stigmatizzazione. Le azioni che sono considerate “comportamenti limitati e ripetitivi” dal DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) (American Psychiatric Association, 2013) possono costituire attività importanti per l'auto-regolazione, la comunicazione e l'espressione del sé. Tentare di cambiare o eliminare tali comportamenti senza una diretta richiesta da parte dell'individuo, senza capire e recepire i significati sottostanti oppure sostituirli con altre azioni per soddisfare le motivazioni di auto-disciplina del comportamento provoca generalmente il camuffamento (p.es. mascherare o nascondere comportamenti), il che può portare a un'immagine negativa di sé, depressione e aumento del rischio di suicidio.

8

**Senza chiari collegamenti agli esiti occupazionali, non ricorrete a programmi di integrazione dei riflessi per le persone con un ritardo dei riflessi motori primari.**

Gli interventi progettati esclusivamente per integrare i riflessi motori primari non promuovono la partecipazione all'occupazione e, sebbene si possano riscontrare in clienti con difficoltà nelle prestazioni occupazionali, la presenza di riflessi motori primari mantenuti non è necessariamente equiparabile a compromissione funzionale. Se per l'intervento vengono prese in considerazione tecniche di integrazione dei riflessi (vale a dire tecniche progettate per integrare, o inibire, i riflessi motori primari che vengono mantenuti oltre la tipica fase di sviluppo), sono necessari strumenti standardizzati e approcci di valutazione per collegare la compromissione alle prestazioni occupazionali. L'intervento dovrebbe concentrarsi sul miglioramento della partecipazione e della performance occupazionale piuttosto che unicamente sull'integrazione dei riflessi.

9

**Per le persone con un braccio emiplegico non usate imbracature o sostegni che posizionino il braccio in schema flessorio per periodi di tempo prolungati.**

Le imbracature o sostegni per la spalla spalla immobilizzano l'estremità superiore in uno schema flessorio (vale a dire, una posizione di flessione del gomito, adduzione della spalla e rotazione interna). Utilizzare un'imbracatura che posiziona il braccio emiplegico di una persona in questa posizione per periodi di tempo prolungati aumenta il rischio di contratture e dolore, limitando anche l'uso dell'estremità e riducendo quindi le opportunità di cambiamenti neuroplastici che favoriscono un aumento organico della funzione. I clienti e i caregiver nonché gli assistenti o le assistenti professionali dovrebbero essere istruiti sul posizionamento in sicurezza del braccio emiplegico durante l'attività e a riposo.

10

**Non fornite interventi di addestramento alla deambulazione o alla camminata che non siano direttamente collegati alla mobilità funzionale.**

Per praticare la terapia occupazionale bisogna considerare i fattori contestuali che hanno una influenza sulla capacità di una persona di partecipare a occupazioni significative. Gli interventi di addestramento alla camminata e alla deambulazione non considerano necessariamente lo svolgimento di attività quotidiane. Sebbene i terapeuti occupazionali possano valutare le capacità prestazionali sottostanti inerenti alla deambulazione e alla camminata e utilizzare interventi terapeutici correlati; devono affrontare il tema della mobilità funzionale considerando il contesto in modo da implementare interventi efficaci e basati sull'evidenza che abbiano un significato personale per l'individuo.

Questi articoli/argomenti sono forniti esclusivamente per scopi internazionali e non possono essere intesi come un sostituto di una consultazione con un professionista medico. I pazienti che dovessero avere domande specifiche sugli articoli di questa lista o sulla loro situazione individuale di cura sono tenuti alla consultazione del proprio medico