

L'Associazione Svizzera degli Ergoterapisti (ASE) fornisce le seguenti raccomandazioni per l'ergoterapia in Svizzera

1. Definire gli interventi ergoterapici sulla base del profilo occupazionale delle/dei pazienti e di obiettivi comuni.

L'ergoterapista sostiene e accompagna persone di tutte le età che presentano limitazioni o una compromessa capacità di svolgere delle attività. Per ottenere risultati positivi con gli interventi ergoterapici bisogna conoscere il profilo occupazionale delle/dei pazienti, i loro problemi, le risorse e i fattori ambientali che supportano o ostacolano lo svolgimento di una determinata attività. Occorre coinvolgere le/i pazienti nella formulazione e definizione degli obiettivi, utilizzando come strumento le attività che sono per loro significative. Come descritto nella quarta edizione dell'Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (OTPF-4), «solo le pazienti e i pazienti possono identificare le occupazioni che danno significato alle loro vite e selezionare gli obiettivi e le priorità importanti per loro» (AOTA, 2020). Partecipare alla definizione degli obiettivi è motivante e aiuta le/i pazienti a rispettare gli obiettivi.

Riferimenti bibliografici

<https://www.ergotherapie.ch/ergotherapie-de/berufsprofil/>

American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). American Journal of Occupational Therapy, 74(Suppl. 2), 7412410010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>

Improve your documentation with AOTA's updated occupational profile template. (2020). American Occupational Therapy Association. <https://www.aota.org/profile>

Mroz, T., Pitonyak, J., Fogelberg, D., & Leland, N. (2015). Client centeredness and health reform: Key issues for occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy, 69(5). <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.695001>

2. Non utilizzare apparecchi per trazione in pazienti con una spalla emiplegica.

Si ritiene che l'utilizzo di un apparecchio per trazione in pazienti con emiplegia destra o sinistra paraplegico/paralizzato a causa di un ictus o altra malattia sia troppo aggressivo e debba essere evitato, in quanto vi è un elevato rischio che provochi dolore alla spalla e di conseguenza alla persona. Sono preferibili esercizi e attività con impatto meno traumatico e con range di movimento controllato.

Riferimenti bibliografici

Cotoi, A., Viana, R., Wilson, R., Chae, J., Miller, T., Foley, N., & Teasell, R. (2016). Painful hemiplegic shoulder. In R. Teasell, N. Hussein, N. Foley, & A. Cotoi (Eds.), Evidence-based review of stroke rehabilitation (17th ed., pp. 1–56). Ontario: Canadian Partnership for Stroke Rehabilitation.

Kumar, R., Metter, E. J., Mehta, A. J., & Chew, T. (1990). Shoulder pain in hemiplegia: The role of exercise. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 69, 205–208.

3. Non utilizzare in pazienti con un braccio emiplegico imbracature che tengono l'arto piegato per periodi di tempo prolungati.

Le imbracature per spalla di tipo standard fissano l'arto superiore in una posizione flessa (flessione del gomito, adduzione della spalla e rotazione interna). Se un braccio emiplegico viene immobilizzato con un'imbracatura in questa posizione per un tempo prolungato aumenta il rischio di contratture e dolore e viene inoltre limitato l'uso attivo dell'arto. Si riducono così le possibilità di ottenere i cambiamenti neuroplastici che migliorerebbero la funzionalità organica. È opportuno fornire a pazienti e assistenti istruzioni sul posizionamento sicuro del braccio emiplegico durante l'attività e a riposo.

Riferimenti bibliografici

Gillen, G. & Nilsen, D.M. (2021). Upper extremity function and management. In Gillen, G. and Nilsen, D.M.(eds.) *Stroke rehabilitation: A function based approach* (5th ed.). St. Louis: Elsevier Science.

van Bladel, A., Lambrecht, G., Oostra, K. M., Vanderstraeten, G., & Cambier, D. (2017). A randomized controlled trial on the immediate and long-term effects of arm slings on shoulder subluxation in stroke patients. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(3), 10.

4. Gli interventi cognitivi devono orientarsi alla performance occupazionale.

Gli obiettivi che le/i pazienti scelgono per migliorare la loro performance occupazionale costituiscono la base per la scelta delle misure terapeutiche cognitive (come il training cognitivo assistito da computer, il training dell'attenzione, il training di strategie, il training di compiti, ecc.). Per ottenere un risultato ottimale, le/i pazienti devono conoscere il motivo per cui si sottopongono a un allenamento cognitivo. Se non sono orientati alla performance occupazionale, gli interventi cognitivi non possono dare risultati ottimali per le/i pazienti.

Riferimenti bibliografici

American Occupational Therapy Association. (2013). Cognition, cognitive rehabilitation, and occupational performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(6 Suppl.), S9–S31. <http://doi.org/10.5014/ajot.2013.67S9>

Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, M., . . . Ashman, T. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(4), 519–530. <http://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.11.015>

Gillen, G., Nilsen, D. M., Attridge, J., Banakos, E., Morgan, M., Winterbottom, L., & York, W. (2015). Effectiveness of interventions to improve occupational performance of people with cognitive impairments after stroke: An evidence-based review. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 6901180040. <http://doi.org/10.5014/ajot.2015.012138>

Smallfield, S., & Heckenlaible, C. (2017). Effectiveness of occupational therapy interventions to enhance occupational performance for adults with Alzheimer's disease and related major neurocognitive disorders: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 7105180010. <http://doi.org/10.5014/ajot.2017.024752>

5. Offrire esclusivamente misure per un training della deambulazione che sia direttamente associato alla mobilità funzionale.

Nella pratica ergoterapica si deve tenere conto dei fattori contestuali che influenzano la capacità di una persona di dedicarsi a un'attività significativa. L'andatura, l'allenamento dell'andatura e gli esercizi di deambulazione non tengono conto necessariamente del contesto in cui si svolgono le attività quotidiane. L'ergoterapista può valutare le capacità di base della camminata e dell'andatura e utilizzare gli interventi terapeutici appropriati, ma deve tenere conto della mobilità funzionale correlata alle attività per implementare interventi efficaci e basati sull'evidenza, che siano adattati e utili per la specifica o lo specifico paziente.

Riferimenti bibliografici

American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Suppl. 2), 7412410010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>

Elliot, S., & Leland, N. (2018). Occupational therapy fall prevention interventions for community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(4), 7204190040. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.030494>