

Corso Elementi e fondamenti della Terapia Occupazionale

30 maggio 2009

Alda Pellegrini

“Le interconnessioni tra la T.O. e altri interventi riabilitativi ed educativi “

I settori riabilitativi sono stati a lungo tre: la kinesiterapia, la terapia occupazionale e la logopedia. Dagli anni 1970 in avanti questi tre settori nei centri de La Nostra Famiglia sono stati affiancati e integrati da altri tipi di trattamenti, in particolare la psicomotricità, il trattamento neuropsicologico, il trattamento neurovisivo, la psicoterapia, il trattamento psicoeducativo. Questo moltiplicarsi di interventi e di operatori ha evidenziato la difficoltà di definire in modo preciso i contenuti di ogni settore riabilitativo e la sua possibile integrazione con gli altri settori.

La **psicomotricità** è stata introdotta in Italia nel 1970. *La Nostra Famiglia* ha iniziato per la prima in Italia l'applicazione della **pratica psicomotoria**, ospitando presso la struttura di Bosisio Parini (Lc) nel 1971 i corsi tenuti dagli autori al tempo più autorevoli (Pierre Vayer, Bernard Aucouturier). Questo settore collega il trattamento riabilitativo all'intervento **educativo**, in quanto viene attuato nelle scuole dell'infanzia come “educazione psicomotoria”, affronta alcuni quadri rientranti nella patologia dell'età evolutiva come “riabilitazione psicomotoria” ed assume la valenza psicoterapica nella “terapia psicomotoria” rivolta a pazienti con patologie psichiatriche. La terapia psicomotoria, inserendosi nell'ambito sanitario riabilitativo ha opportunamente sollecitato l'attenzione alle problematiche relazionali, oltre che a quelle neuromotorie e dell'apprendimento dei bambini disabili.

La **neuropsicologia** è lo “studio delle relazioni tra cervello e comportamento nell'uomo” viene introdotta nei nostri Centri intorno agli anni 1985 – 90. Oggi non c'è ancora un riconoscimento ufficiale in Italia della figura professionale del neuropsicologo, non essendone stato definito il profilo.

Esiste un Gruppo Interprofessionale di Riabilitazione in Neuropsicologia (GIRN), di cui fanno parte più figure professionali. Alcune Università hanno attivato Master di specializzazione per psicologi. Si riconoscono vari ambiti quali:

- la Neuropsicologia clinica che deriva dalla psicologia clinica e tende a focalizzare la ricerca neuropsicologica su temi vari;
- la Neuropsicologia cognitiva che trae origine dalla psicologia sperimentale o dalle neuroscienze comportamentali e utilizza i casi di lesioni cerebrali per studiare processi cognitivi e substrati anatomici sottostanti le normali funzioni cognitive.

La Riabilitazione Cognitiva fa l'uso sistematico di procedure e situazioni strutturate per modellare il funzionamento di un sistema cognitivo al fine di potenziarne la qualità o la quantità di elaborazione in una specifica capacità. Il ruolo del **neuropsicologo**, relativamente alle altre figure riabilitative, attualmente può essere quello di offrire le sue conoscenze per effettuare la valutazione degli esiti sul funzionamento della persona con problemi delle funzioni corticali superiori, l'impostazione del programma riabilitativo specifico, la scelta delle tecniche riabilitative. Esse vengono poi attuate per l'età evolutiva dal terapeuta della neuropsicomotricità, per adolescenti e adulti dal terapeuta occupazionale.

Il **trattamento neurovisivo** è auspicato nelle linee guida per i problemi della vista complessi, richiamato nella legge del 28 agosto 1997 n. 284. Non viene indicato un mansionario definito, né è esplicitata la formazione corrispondente. La nostra scelta è che questo tipo di trattamento venga fatto dal terapeuta della neuropsicomotricità, ovviamente adeguatamente preparato.

I profili professionali definiti dal Ministero della Sanità nel 1994 (fisioterapista e logopedista), nel 1997 (terapeuta della neuropsicomotricità, terapeuta occupazionale) e nel 1998 (educatore

professionale) non hanno facilitato la comprensione delle attribuzioni specifiche, individuando per ciascun profilo più ambiti senza alcuna attenzione alle sovrapposizioni.

La **terapia occupazionale**, dei tre settori “classici” è stato sicuramente quello più “contaminato” da vari interventi, in particolare quelli neuropsicologici e psicoeducativi.

La difficoltà più evidente, almeno relativamente all’età evolutiva, la si riscontra nell’ampia varietà di richieste sia valutative che di intervento, che vengono inviate ai terapisti dai *medici di riferimento* dei singoli casi. E’ evidente che lo specialista stenta a connettere il deficit rilevato con l’ambito in cui esso deve essere preso in carico.

Il moltiplicarsi di valutazioni e di richieste di intervento rende difficile operare “*la sintesi*” di quanto emerso, dalla quale si individua il problema principale da affrontare in un determinato periodo della vita di una persona disabile, in un determinato ambito specifico, raggiungendo l’obiettivo di garantire l’appropriatezza degli interventi e di evidenziare i risultati ottenuti, elementi questi oggi irrinunciabili nella pratica riabilitativa.

La competenza degli operatori della riabilitazione, ossia dei medici, psicologi, terapisti, educatori, si esprime nella applicazione corretta delle scale valutative da cui trarre profili funzionali, nell’applicare percorsi riabilitativi concordati con gli altri operatori, nel rispetto di protocolli e linee guida validati e condivisi a livello nazionale e internazionale.

Il medico di riferimento del paziente, enucleati i problemi prevalenti in quella determinata fase della sua vita, definisce gli ambiti e gli operatori competenti per prendere in carico il caso, prevede i tempi e definisce la prognosi.

Riteniamo importante individuare lo specifico dell’intervento riabilitativo della **terapia occupazionale** insostituibile e unico, sebbene si integri efficacemente in particolare con la fisioterapia e il trattamento neuropsicologico. Occorre sottolineare che si tratta di “una terapia”, per cui non può essere confusa con un intervento educativo di gruppo. Deve essere mirata in base ai bisogni funzionali del paziente, per progetti brevi e intensivi, deve agire sul contesto ambientale, al quale fornire indicazioni sulle strategie individuate.

E’ necessario, per essere veramente efficace, che indicazioni, valutazioni, percorsi e verifiche siano articolati con competenza e professionalità dagli operatori preparati e da una équipe consapevole.

Oggi manca in Italia l’attenzione dei politici, degli amministratori, dei responsabili della gestione dei servizi sanitari, in particolare di quelli domiciliari a questo settore, di cui evidentemente ignorano l’efficacia, il cui ambito privilegiato dovrebbe essere all’interno delle commissioni per l’attribuzione di invalidità e dei servizi per l’inserimento ambientale di ogni persona disabile.

Solo così si può creare il collegamento efficace fra “terapia in box” e continuità con la vita.