

AUSILI ED ORTESI

M. Giordano, M. Arnolfo, A. Raimondo
Casa di Cura "LA RESIDENZA", Rodello - CN

Il contenimento della disabilità al fine di migliorare la qualità di vita (1), è l'obiettivo di qualsiasi azione riabilitativa.

Tale risultato si ottiene attuando, nella fase acuta, le strategie di prevenzione del danno e delle menomazioni secondarie alla patologia di base; successivamente, indirizzandone positivamente l'evoluzione (2), ed infine utilizzando tutti i presidi/dispositivi che a prescindere dalla menomazione, rendono possibile comunque il massimo recupero di autonomia.

Nel caso della frattura di femore nel soggetto osteoporotico, il recupero della verticalità, della deambulazione e del massimo grado di autonomia nello svolgimento delle ADL vanno ricercati non come obiettivo ultimo ma come mezzo per rendere al paziente la sua "dignità funzionale".

L'utilizzo di ortesi (dispositivi che mantengono passivamente determinati rapporti articolari allo scopo di migliorare una funzione, limitare o potenziare un movimento, o sostenere un segmento corporeo (3)) e di ausili (strumenti tecnici volti a compensare funzioni non più eseguibili, o eseguibili in modo anomalo, dal paziente in seguito ad un danno fisico o sensoriale (4)), consente al paziente di poter recuperare queste attività, precocemente, anche quando il suo livello di abilità, o il tipo di trattamento chirurgico non lo consentirebbero, abbassando il peso sociale della disabilità (riducendo cioè il rischio di complicanze ed il peso assistenziale).

Il quadro normativo che sovrintende alle fasi di prescrizione, collaudo e training abilitativo è quello contenuto nel D.M 27 Agosto 1999, n°. 332, che costituisce il "Nomenclatore tariffario delle prestazioni sanitarie protesiche erogate dal Sistema Sanitario Nazionale". Organizzato nella classificazione EN ISO 9999:

- 03 Ausili per terapia ed addestramento
- 06 Ortesi e protesi
- 09 Ausili per la cura e protezione personale
- 12 Ausili per la mobilità personale
- 15 Ausili per l'amministrazione della casa
- 18 Forniture ed adattamenti per la casa ed altri locali
- 21 Ausili per la comunicazione, l'informazione e la segnaletica
- 24 Ausili per manovrare oggetti e dispositivi
- 27 Ausili ed attrezzature per il miglioramento dell'ambiente
- 30 Ausili per le attività di tempo libero

Nel trattamento riabilitativo del paziente osteoporotico con frattura di femore, vengono utilizzati:

- gli ausili per la terapia e l'addestramento (cod. ISO 03): Standing, spalliere e le parallele (permettono il recupero della stazione eretta con miglior margine di

- sicurezza, nelle fasi iniziali dove non è consentito il carico sull'arto lesa).
- gli ausili per la mobilità personale (cod. ISO 12): il bastone, il bastone canadese, il bastone canadese con presa antibrachiale a piattaforma, la stampella con appoggio ascellare, il tripode, il quadripode, i deambulatori. (svolgono la funzione di incrementare l'equilibrio, di ridistribuire ed estendere l'area di carico e di ridurre la sintomatologia dolorosa agli arti inferiori (5)).
 - gli ausili per la cura e la protezione personale (cod. ISO 09): l'alzawater, l'infilacalze, l'infilascarpe e pinze afferra oggetti (facilitano attività come il vestirsi, l'igiene personale e la gestione degli sfinteri, in sicurezza).
 - le ortesi per la deambulazione (tutori) (cod. ISO 06): Tutore bacino-coscia rigido, tutore gamba-piede, plantari anatomici (svolgono la funzione di aumentare la sicurezza del cammino, di ridurre il dolore e di controllare il movimento).

I criteri che guidano la scelta, e l'adeguamento dell'ausilio/ortesi sono:

- Il tipo di trattamento chirurgico.
- Le condizioni generali del paziente.
- Le comorbilità.
- La destinazione alla dimissione (barriere architettoniche, possibilità di assistenza),

Tutto ciò valutato dalle varie figure professionali che ruotano intorno al paziente (fisiatra, terapeuta occupazionale, fisioterapista, tecnico ortopedico) e concordato con la famiglia.

A questo proposito è necessario programmare un periodo di training dei famigliari o delle figure assistenziali che si occuperanno del paziente alla dimissione, con lo scopo di creare una adeguata informazione riguardo al livello di autonomia raggiunto, e di trasmettere consigli pratici e metodiche di utilizzo degli ausili nelle attività di vita quotidiana. Per raggiungere tale obiettivo, in prossimità della data di dimissione viene attuato l'allenamento in uno spazio attrezzato a ricreare l'ambiente domestico (cucina, camera da letto, bagno).

Vengono presentati 3 casi clinici, uno per tipologia di trattamento chirurgico.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Joel A. DeLisa, Bruce M. Gans: REHABILITATION MEDICINE, Principles and Practice. 1993
- 2) Nino Basaglia: TRATTATO DI MEDICINA RIABILITATIVA, Medicina Fisica e Riabilitazione.2000
- 3) Redford IB: ORTHOSES. In: Basmajian JV, Kirby RL: MEDICAL REHABILITATION. 1984
- 4) Nino Basaglia: TRATTATO DI MEDICINA RIABILITATIVA, Medicina Fisica e Riabilitazione.2000
- 5) Randal L. Braddom: MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE. 1998