

***"Una volta mi piaceva cucinare..."***

Da **oggetto** di interventi volti alla nutrizione a **soggetto**  
della propria (ed altrui) alimentazione.

A. Novara e I. Guarneri

Clinica per la Riabilitazione

Le Terrazze

Cunardo (Va) 15/16 settembre 2006

# In Terapia Occupazionale l'attività di cucina

Può essere utilizzata come:

- Valutazione iniziale
- Trattamento terapeutico
- Verifica degli interventi

# La cucina come valutazione...

## Permette di osservare come:

- i deficit della sfera motoria: stenici, di calibrazione della forza, di coordinazione, dismetria, adiadococinesi, di esecuzione di una sequenza complessa...
- i deficit sensoriali: visivi, tattili, termici, olfattivi, gustativi...
- i deficit cognitivi: attenzione, decodificazione, memoria, programmazione, problem solving...

interferiscono  
con una situazione funzionale

# La cucina come valutazione...

continua

permette di cogliere:

- le risorse del paziente;
- il livello di autonomia nello svolgimento dell'attività;
- le abitudini del paziente nel preparare e consumare il pasto;
- la capacità dello stesso di relazionarsi con altre persone...

# ...e come attività terapeutica

## Consente al paziente di:

- esercitare/affinare: eumetria, calibrazione della forza, coordinazione bimanuale, schemi motori complessi e vari
- sperimentare tecniche, posizioni e metodologie suggerite dal terapeuta per recuperare o compensare funzioni deficitarie
- provare ausili per la preparazione e la consumazione del pasto
- valutare la possibilità di modificare la propria cucina
- verificare il proprio livello di autonomia e considerare l'eventualità di aver bisogno di assistenza domiciliare...

## ... consente al terapeuta di:

- favorire una stimolazione sensoriale e neuromotoria
- stimolare cognitivamente il paziente
- motivare il paziente
- mettere alla prova le capacità lavorative
- avviare un eventuale programma di apprendimento

# A chi proporre questa attività?

## A persone con:

- ipostenia, difficoltà nella calibrazione della forza, difficoltà nella coordinazione dei movimenti: difficoltà negli adattamenti posturali e negli equilibri, dismetria, adiadococinesi...
- disturbi delle sensibilità:
- deficit cognitivi: di disposizione e mantenimento della attenzione, di recupero e mantenimento delle tracce mnestiche, nel problem solving...
- aprassia, eminattenzione...

Oltre agli aspetti funzionali,  
l'attività di cucina...

- permette di fare esperienze di successo che diano un senso di competenza
- consente l'espressione di sentimenti
- ha una connotazione ludica
- aiuta a recuperare un ruolo occupazionale
- permette la socializzazione

...ancora tra le competenze del TO  
suggerire ed eventualmente realizzare:

- soluzioni personalizzate per l'adattamento degli ambienti dove vive il paziente, quindi anche della cucina;
- ausili che permettano e facilitino l'espletamento delle varie attività.

# Intervento del Terapista occupazionale

- G., 68 anni, sposata, ha due figli maschi; è una casalinga.
- tetraparesi causata da mielopatia discale in esiti di intervento di asportazione ernia del disco C4-C5;  
artrite reumatoide da otto anni.
- nell'agosto 2005 viene ricoverata presso la Casa di Cura "Le Terrazze" per un periodo di riabilitazione.

# Sintesi valutativa iniziale

- arti superiori: ipotrofia dei muscoli interossei delle mani; a sinistra, ipostenia dell'arto superiore (a livello prossimale FM 2; a livello distale FM 2/3), presenti ma poco funzionali i movimenti grossolani della mano; presente ipoestesia tattile a sinistra e deficit bilaterale della sensibilità profonda; deficit dei movimenti fini della mano destra.
- arti inferiori: a sinistra modesta ipostenia prossimo-distale, ipoestesia tattile, ipotono; deficit bilaterale della sensibilità profonda.

La paziente si sposta in carrozzina per i lunghi tragitti mentre per brevi tratti deambula con l'aiuto di un walker.

- grosse difficoltà in alcune attività di cura di sé in particolare nell'abbigliamento (punteggio FAM 3) e in particolari aspetti dell'igiene personale; per quanto riguarda il nutrirsi si è riscontrato che l'unica difficoltà è tagliare con coltello e forchetta e sbucciare
- nei trasferimenti necessita in alcuni casi solo supervisione, in altri (doccia e vasca) aiuto fisico moderato.
- non presenta difficoltà comunicative e cognitive; gli aspetti relazionali necessitano supporto.

# Domanda della paziente:

La paziente pone il problema della poca forza e della poca sensibilità nelle mani e nelle braccia e si lamenta del non poter più fare quello che faceva prima.

# OBIETTIVI DELLA TERAPIA:

- Recupero funzionale dell' arto superiore sinistro
- Miglioramento della funzionalità dell' arto superiore destro
- Offrire alla paziente la possibilità di stimolazioni tattili
- Recupero dell'autonomia nelle A.V.Q.
- Rieducazione dei passaggi posturali
- Recupero della stazione eretta e del cammino funzionale
- Valutazione degli ausili

# PERCHE' PROPORRE L'ATTIVITA' DI CUCINA?

la signora G. aveva dichiarato più volte il suo disagio misto a rabbia per la propria situazione che non le permetteva più di fare semplici cose e che non le avrebbe permesso, tornata a casa, di cucinare, attività a cui tiene molto.

Quindi l'attività di cucina:

- è un preciso interesse e bisogno della paziente
- risponde agli obiettivi che erano stati prefissati dopo le valutazioni

# Infatti.....

- può essere utile al recupero funzionale dell'arto superiore sinistro e al miglioramento di quello destro
- vi è una continua stimolazione sensoriale



- permette alla paziente di sperimentare il cammino funzionale e la stazione eretta

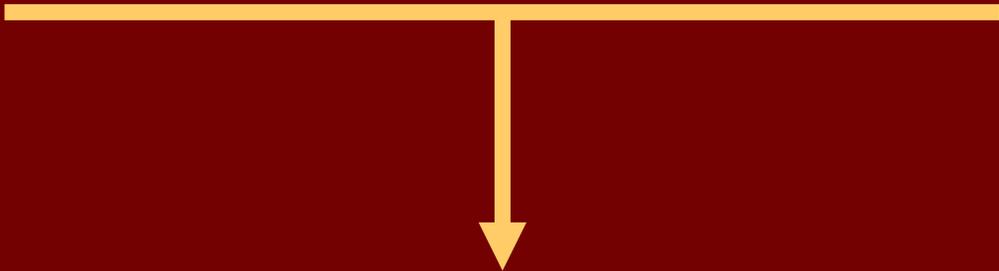


- Consente l'addestramento all'uso di ausili



# Considerazioni finali

- Consente il raggiungimento degli obiettivi terapeutici
- Sostiene l'autostima della paziente
- Aiuta a riacquisire un ruolo



chiaro miglioramento nello svolgere attività di vita quotidiana da parte della paziente

# Intervento del Terapista occupazionale

continua

- L.E., 62 anni, vive con la moglie e il figlio
- Imprenditore
- Tetraparesi esito di meningite pneumococcica (Dicembre '99)
- Scarso controllo del tronco da seduto
- non deambula

Preso in carico Luglio 2005

# Valutazione funzionale degli arti superiori

- limitazione escursione articolare di tutti i distretti > a dx, in particolare del gomito dx estremamente dolorante
- ipertono muscoli antigravitari soprattutto prossimalmente parzialmente modificabili con mobilizzazione lenta e progressiva volta a rilasciare la muscolatura ipertonica ed ampliare il range a. ma anche a superare l'atteggiamento di rigidità dovuto al timore del paziente di sentire dolore
- grave ipostenia di tutti i gruppi muscolari
- complessivamente l'arto dx è più compromesso ma deficit motorio e sintomatologia dolorosa si rinforzano reciprocamente in negativo

## Valutazione funzionale degli arti superiori continua

Si sono riscontrati anche problemi di ordine neuropsicologico:

- mancanza di iniziativa ad usare i movimenti residui
- Spesso la risposta del pz alle consegne è inadeguata per la difficoltà a decodificare
- perseverazioni
- difficoltà di tipo prassico: anche q.do il pz ha compreso la richiesta incontra difficoltà a programmare ed eseguire la risposta motoria nella giusta sequenza temporale/causale e a mantenere i corretti rapporti o traiettorie nello spazio degli AA rispetto all'oggetto o alla funzione.

Queste difficoltà si sovrappongono al deficit neuromotorio e contribuiscono a determinarlo.

# OBIETTIVI DELLA TERAPIA:

- incrementare la funzionalità degli arti superiori e delle mani
- miglioramento del controllo del tronco da seduto
- suggerire eventuali modifiche del domicilio
- suggerire ausili e addestrare all'uso

# Perché proporre l'attività di Alimentazione

- Mangiare è da subito apparsa come una delle pochissime attività per le quali il paziente si è mostrato motivato, i caregiver lo confermano.
- Permette di perseguire gli obiettivi individuati

# Proposte riabilitative

- Si è assistito il sig.L. durante l'ora del pranzo inizialmente sostenendo e guidando i movimenti dell'arto sx nel prendere la posata (con **impugnatura facilitata**), nel raccogliere il cibo, portarlo alla bocca.
- Così per l'uso del bicchiere, del tovagliolo... Progressivamente si è ridotta la facilitazione.



# Proposte riabilitative continua



Ben presto il sig.L. ha manifestato la  
soddisfazione di “*poter mangiare*  
(portare il cibo alla bocca)  
*da solo*”.

# Proposte riabilitative continua

L'esperienza di successo ha portato ad una maggior collaborazione del sig.L. alle altre proposte riabilitative:

- movimenti funzionali attivi assistiti degli A.A.S.S. : ravviarsi i capelli, aggiustarsi la maglietta, sulla spalla controlaterale, raggiungere e prendere il telecomando, il fazzoletto e pulirsi il naso, sfogliare una rivista, usare il telefono...

# Proposte riabilitative continua

- Si sono suggerite piccole modifiche ambientali a domicilio e qualche ausilio per favorire il mantenimento delle seppur piccole competenze riacquisite.
- In collaborazione con il fisioterapista si è fatto provare al sig.L. e alla moglie i trasferimenti con l'ausilio del "disco" e si è adattata la seduta della carrozzina per favorire una postura più attiva.

# Conclusioni

Ancora una volta il proporre alla persona presa in carico attività per le quali è motivata, nello specifico l'attività di cucina e l'alimentazione, ha contribuito in maniera significativa ad imprimere un forte impulso al processo riabilitativo e terapeutico.

# Per approfondire

Crepeau E.B. *"Analyzing occupation and activity: a way of thinking about occupational performance"* in Crepeau E. B., Cohn. E.S. & Schell, B.A.B., *"Willard and Spackman's occupational therapy"*

10th Edition Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2003

Levine R.E., Brayley C.R. *"Occupation as a therapeutic medium: a contextual approach to performance intervention"* in Christiansen, C., Baum, C. *"Occupational therapy, Overcoming Human Performance Deficits"*

Slack, Inc., Thorofare, NJ 1991

Springhetti I., Cavicchioli A. e Valsecchi L. *"Alimentazione"* in Cavicchioli A., Corbetta S., Marquez M., Petrucci B.M., Springhetti I., Valsecchi L. *"Manuale di ausili e cure del paziente geriatrico a domicilio"*

Utet Milano 2002

Andrich R. *"Ausili per l'autonomia"* Ed. Pro Juventute - Milano 1988

Corbetta S. *"Adeguamento dello spazio domestico"* in  
Cavicchioli A., Corbetta S., Marquez M., Petrucci B.M.,  
Springhetti I., Valsecchi L. *"Manuale di ausili e cure del  
paziente geriatrico a domicilio"* Utet - Milano 2002

Cunningham Piergrossi J. *"Il legame tra teoria e pratica  
nella Terapia occupazionale"* Atti del XVI congresso AITO:  
"Sviluppando opportunità e potenzialità: evoluzione della Terapia  
Occupazionale e potenziamento della autonomia degli utenti,  
attraverso buona prassi riabilitativa" Napoli 2005

Gibertoni C. *"La cucina, laboratorio di trasformazioni fra  
sensorialità e pensiero"* Atti del Congresso AITO: *"Le attività  
della vita quotidiana nella pratica professionale del Terapista  
occupazionale"* Verona 1999

continua

Johnson I. *"L'ambiente cucina"*

*Riabilitazione Oggi n.8, 1985*

Giorgi E. *"L'attività di cucina come strumento riabilitativo, terapeutico"* *Riabilitazione Oggi, 2, 1990*

C. De Sena Gibertoni *"Cibo per pensare - la Cucina terapeutica con bambini e adolescenti"*

Ed. Borla, Roma 2006

## SITI INTERNET CONSULTATI:

- [www.aito.it](http://www.aito.it)
- [www.siva.it](http://www.siva.it)
- [www.utylitysystem.scavolini.com](http://www.utylitysystem.scavolini.com)

**Grazie**