

Le opportunità “difficili” della Terapia Occupazionale. Caso Clinico

Dott. Christian Pozzi

Terapista Occupazionale

Fondazione Camplani – Casa di Cura “Ancelle” – Cremona

SITO - Società Italiana Terapia Occupazionale

NITOG – Network Italiano Terapisti Occupazionali in Geriatria



- **Presentazione del JC**
- Caso Clinico
- Analisi raccolta dati (n° 6 pazienti)
- Spunti dalla Letteratura
- Discussione e Riflessioni

Le opportunità difficili. «Difficoltà»

- **difficoltà** (ant. difficoltà)

[dal lat. *difficultas* -atis, der. di *difficilis* «difficile»]

- Più spesso, ciò che è difficile, ostacolo che impedisce o ritarda il compimento di un'azione o che comunque impone sforzo, fatica, per conseguire l'effetto voluto

Le difficoltà che affronteremo...

- **Disabilità**
- **Deficit Cognitivo**
- **Delirium**

Le scelte difficili di cui parleremo ...

- **Incoraggiare presenza dei familiari**
- **Riospedalizzazioni**
- **Recupero funzionale**
- **Complessità**
- **Strutture biologiche corporee con gravi limitazioni**

Ma perché si parlerà di Terapia Occupazionale?

Guidelines for the management of delirium in the Elderly

- **Assessment by a occupational therapy (grade III)**
- **Education of caregiver (grade I)**
- **Before discharge of hospital ... practical arrangements for activities daily living (grade I)**

Riabilitazione Geriatrica - Innovative approaches - Resnick JAMDA 2015

- **Aids**
- **... individual preferences for physical and functional activities ...**

Disabilità

Deficit Cognitivo

Famiglia

Riospedalizzazioni

Complessità

Delirium

Equipe

Non cercheremo soluzioni ma adattamenti ...

- Presentazione del JC
- **Caso Clinico**
- Analisi raccolta dati (n° 6 pazienti)
- Spunti dalla Letteratura
- Discussione e Riflessioni

Paziente S.G. di anni 83, rinvenuto a terra al domicilio nell'orto.

All'ingresso in ospedale (28/8/15) agitazione psicomotoria, emianospia omonima laterale destra, deficit del VII n.c., disartria, emisindrome sensitivo-motoria sinistra.

TC encefalo (29/8/15): ematoma intraparenchimale temporo-capsulare destro. Durante la degenza peggioramento disartria e riscontrata alla TC encefalo (4/9/15) comparsa di lesione ischemica recente emisferica cerebellare destra.

**Entra in reparto per riabilitazione specialistica il
12.09.2016**

Anamnesi patologica remota

- Ipertrofia prostatica benigna**
- Pregressa pancreatite con ascesso (2003) sottoposta ad intervento chirurgico**
- Fibrillazione atriale in TAO**

Anamnesi patologica prossima

- Emiparesi sinistra in recente ematoma intraparenchimale temporo-capsulare destro, lesione ischemica recente emisferica cerebellare destra, delirium ipo-ipercinetico**

Profilo sociale 12.09.2016

Sposato, vive con moglie, nessun figlio.

Autonomo in tutte le B/ADL.

Completa indipendenza nelle I/ADL (guidava l'automobile).

Scolarità media.

Commesso in negozio alimentare.

Valutazione Multidimensionale

	Premorbo	Ingresso
CAM (Confusion Assessment Method)		3/4
MMSE (Mini Mental State Examination)		0/30
GDS (Geriatric Depression Scale)		N.A.
I/ADL perse (Indice di Lawton)	0/5	
BARTHEL INDEX	100/100	16/100
TINETTI		0/28
DOSS		3/7 (dieta frullata)

Terapia all'ingresso

Principio Attivo - Ingresso

Amlodipina 5 (1c X 2)
antipertensivo

Furosemide 25 (1c)
antipertensivo

Metoprolo 100 – (½ c X 2)
antipertensivo

Pancrelipasi 150 – (½ c X 2)

Potassio Granulare – (2 bust X 2)

Ramipril 10 – (1c)
antipertensivo

Risperidone 0.25 + 0.50
Neurolettico

Enoxaparina 4000 1 fiala S.C.
Profilassi TVP

Piano Riabilitativo Individuale

ingresso 12.09.2015; PRI 15.09.2016

Area Clinico-Infermieristica

- Risoluzione Delirium
- Monitoraggio pressione arteriosa
- Continenza
- Prevenzione cadute e lesioni da contatto

Area Cognitivo- Comportamentale

- Risoluzione delirium
- Valutazione e monitoraggio funzioni cognitive
- Orientamento

Area Funzionale

- Deglutizione / Alimentazione
- Riduzione disabilità acquisita (alimentazione, partecipazione ADL)
- Prevenzione danni terziari, trasferimenti e mobilità

- **Paziente comunica parole non comprensibili**
 - **Disorientato S / T / sè**
 - **Agitazione**
 - **Mi osserva**
 - **E' tranquillo**

Attualmente paziente disorientato spazio e tempo, inconsapevole della situazione clinica.

In grado di maneggiare gli oggetti in modo corretto, necessaria guida terapeutica e continue indicazioni verbali per eseguire semplici attività di base.

Trasferimenti letto / carrozzina 2 operatori mentre il sit to stand avviene con 1 operatore ma si sottolinea l'elevato rischio di caduta data l'anosognosia del paziente.

Si utilizza carrozzina bascula per limitare attivazione motoria del pz. Attualmente deambulazione non possibile. Grave dipendenza nelle AVQ.

Ethnografich Interview

16.09.2015 - Moglie

PERSONA: Paziente 82enne; completa autonomia nel premorboso. Vive con moglie, ex salumiere. Pensionato, persona molto ordinata, meticolosa. Routinario. Ha sempre curato il suo aspetto fisico. Buono il rapporto familiare. Incontrava amici durante i lavori all'orto. Non possiede invalidità

OCCUPAZIONI: routinario, orto, piccoli lavori in casa di aiuto alla moglie. Lettura giornaliera del quotidiano.

AMBIENTE: Domicilio di proprietà con 10 gradini interni e bagno non adattato. Caregiver (moglie) e presenza attiva di un fratello (un terzo fratello in RSA)

(20 minuti)

Revisione PRI del 16.09.2015

TERAPIA OCCUPAZIONALE

- **Riduzione rischio di caduta (ambiente)**
- **Orientamento S/T e interazione con ambiente (attività personali)**
- **Ripresa autonomia alimentazione**
- **Ripresa partecipazione B/ADL**

Video 1 – 4AT (16.09.2016)

1) Coinvolgimento della famiglia

- Alimentazione in autonomia
- Comunicazione obiettivi e training in OT (condivisione)
- Lettura, Conversazione

2) Stimolazione sensoriale (vista)

- Quotidiano sempre a disposizione

3) Stimolazione cognitiva

- Orientamento S (cartello in vista)
- Orientamento T (sveglia visibile, calendario visibile)
- Conversazione / word games su temi conosciuti

4) Stimolazione all'attività, assistenza proattiva

- Trasferimenti, igiene, abbigliamento (OT and OSS)

Video 2 - rassettarsi il viso OT (17.09.2016)

Video 3 – riordina OSS - (18.09.2016)

Video 4 – abbigliamento OT - (19.09.2016)

Video 5 – 4 AT - (20.09.2016)

Valutazione Finale

	Premorboso	Ingresso	Dimissione
CAM (Confusion Assessment Method)		3/4	0/4
MMSE (Mini Mental State Examination)		0/30	6/30
GDS (Geriatric Depression Scale)		n.a.	n.a.
I/ADL perse	0/5		
B.I.	100/100	16/100	29/100
TINETTI		0/28	11/28
DOSS		3/7	4/7 (dieta morbida)

Terapia alla dimissione

Principio Attivo - Ingresso	Dimissione
Amlodipina 5 (1c X 2) <i>antipertensivo</i>	Trazodone 75 mg (2/3c + 1c) <i>Antidepressivo</i>
Furosemide 25 (1c) <i>antipertensivo</i>	Tamsulosina 0.4 mg (1cp) <i>Terapia Prostatica</i>
	Finasteride 5 mg (1cp) <i>Terapia Prostatica</i>
Metoprolo 100 – (1/2 c X 2) <i>antipertensivo</i>	Metoprololo 100mg (1/2 cX2) <i>antipertensivo</i>
Pancrelipasi 150 – (1/2 c X 2)	Pancrelipasi 10000UI 1cp x 2
Potassio Granulare – (2 bust X 2)	Potassio Granulare – (2 bust X 2)
Ramipril 10 – (1c) <i>antipertensivo</i>	Ramipril 5 mg (1c) <i>antipertensivo</i>
Risperidone 0.25 + 0.50 <i>Neurolettico</i>	Melatonina 2 mg (3cp) <i>Regolatore del sonno</i>
Enoxaparina 4000 1 fiala S.C. <i>Profilassi TVP</i>	Enoxaparina 4000 1 fiala S.C.
	Macrogol 2 bst Metoprololo 100mg (1/2 cX2)

- Presentazione del JC
- Caso Clinico
- **Analisi dati (n° 6 pazienti)**
- Spunti dalla Letteratura
- Discussione e Riflessioni

Analisi Dati – descrizione del campione


Variabili	N=6 pazienti
Età	84,1 (75-89)
Sesso	F= 1 (16,6%)
Diagnosi	
- Frattura Femore	N=4 (66,6%)
- Stroke Ischemico	N=2 (33,3%)
Durata degenza ospedale (giorni)	24,3 (9-88)
Durata degenza riabilitazione (giorni)	30 (21-58)
Durata delirium (giorni)	10,1 (3-20)
Attivazione TO dall'ingresso (giorni)	3,5 (1-9)
Sedute TO	10,5 (7-20)
Sedute TO con Caregiver	2,6 (1-4)
Setting pre-ricovero	
Domicilio	N=6 (100,0%)
Ore assistenza premorboso	
24h	N=3 (50,0%)
12h	N=1 (16,6%)
0h	N=2 (33,3%)

Analisi Dati – descrizione dei risultati

N=6	Ingresso	Dimissione
RASS score		
-2	N=4 (66,6%)	
-1	N=1 (16,6%)	
0	N=1 (16,6%)	N=6 (100%)
CAM		
4/4	N=3 (50%)	N=0
3/4	N=3 (50%)	N=0
2/4	N=0 (0%)	N=1 (16,6%)
0/4	N=0 (0%)	N=5 (83,3%)
Barthel Index premorboso	81,3 (63-100)	-
I/ADL perse	3,3 (0-8)	-
Barthel Index	8,6 (0-35)	24,0 (12-44)
Tinetti	0,16 (0-1)	6,8 (0-13)
MMSE	8,6 (0-17)	10,6 (0-20)
Setting alla dimissione		
Domicilio		N=5 (83,3%)
Istituzionalizzazione		N=1 (16,6%)
Riospedalizzazione a 60 gg		1 (1 giorno)
Setting Follow up 60 gg		
Domicilio		N=5 (83,3%)
Morte		N=1 (16,6%)

- **Presentazione del JC**
- **Caso Clinico**
- **Analisi dati (n° 6 pazienti)**
- **Spunti dalla Letteratura**
- **Discussione e Riflessioni**

In letteratura ... OT/Stroke/Delirium

 PubMed
US National Library of Medicine
National Institutes of Health [Create RSS](#) [Create alert](#) [Advanced](#)

- Article types
Clinical Trial
Review
Customize ...

Format: Summary ▾ Sort by: Most Recent ▾

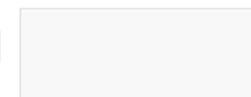
Send to ▾ Filters: [Manage Filters](#)

Search results


Items: 1 to 20 of 1542

<< First < Prev Page 1 of 78 Next > Last >>

Results by year



- Text availability
Abstract

 PubMed
US National Library of Medicine
National Institutes of Health [Create RSS](#) [Create alert](#) [Advanced](#)

- Article types
Clinical Trial
Review
Customize ...

Format: Summary ▾ Sort by: Most Recent ▾

Send to ▾ Filters: [Manage Filters](#)


Search results

Items: 9

Find related data

Database:

- Text availability
Abstract

 PubMed
US National Library of Medicine
National Institutes of Health [Create RSS](#) [Create alert](#) [Advanced](#)

- Article types
Clinical Trial
Review
Customize ...

Format: Summary ▾ Sort by: Most Recent ▾

Send to ▾ Filters: [Manage Filters](#)

Search results

Items: 2

Find related data

Database:

- Text availability
Abstract

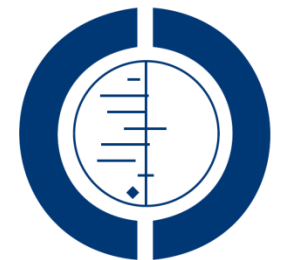
Delirium / Stroke / Frattura Femore

Interventions for improving mobility after hip fracture surgery in adults (Review)

Handoll HHG, Sherrington C, Mak JCS

Da Studi Randomizzati ci sono prove insufficienti per stabilire le migliori strategie per migliorare l'outcome dopo un intervento chirurgico per frattura di femore.

2011



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Rehabilitation Interventions for Older Individuals With Cognitive Impairment Post-Hip Fracture: A Systematic Review

Barbara Resnick PhD, CRNP, FAAN, FAANP^{a,*}, Lauren Beaupre PT, PhD^b,
Katherine S. McGilton RN, PhD^c, Elizabeth Galik PhD, CRNP, FAANP^a, Wen Liu PhD, RN^d,
Mark D. Neuman MD, MSc^e, Ann L. Gruber-Baldini PhD^f, Denise Orwig PhD^f,
Jay Magaziner PhD, MSHyg^f

7 studi inclusi.

- **Due studi inclusi erano studi randomizzati controllati**
- **Uno studio era singolo gruppo pre-post test**
- **Uno studio era descrittivo che comparava gruppi con e senza decadimento cognitivo**
- **Un caso clinico comparato ad un trial randomizzato**
- **Un caso clinico comparato ad un gruppo con patologia diversa**
- **Descrizione di un caso clinico**

Quali componenti?

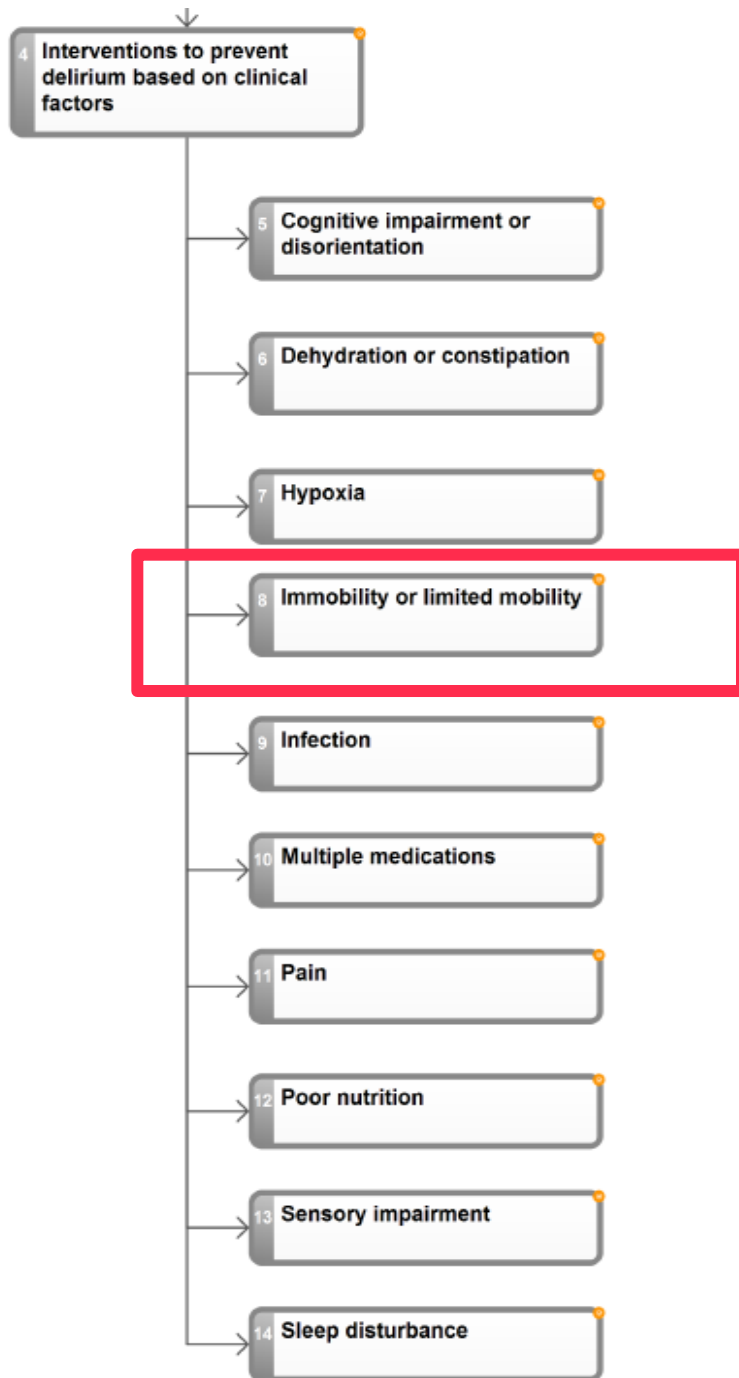
- **Daily physical and occupational therapy**
- **Functional tasks/activities** (bathing and dressing)
- **Innovative approaches** that matched individual preferences for physical and functional activities (ride an exercise bike while others would be more comfortable with aquatic exercise, traditional walking)

Quali elementi di incertezza?

Identify the optimal timing of intervention components and the dosage of treatment required in terms of frequency, duration, and intensity

Time spent in rehabilitation related therapy (physical, occupational, and/or speech therapy)

The encouragement individuals received to practice functional tasks and physical activity



DELIRIUM

Ma quindi la terapia occupazionale può portare ad un miglioramento degli outcome?

Autori, Anno	Popolazione dello studio	Intervento/controllo	Risultati dello studio
Chen 2011	179 addo 73±6		
Marcantonio 2010	457 med I/282		
Schweickert 2009	104 pz in vent meccanica, età media 56 aa (49I/55C)	Terapia fisica e occupazionale con interruzione di sedativo	Minor durata ricovero con delirium (2 gg vs 4, p=0.03; 33% dei gg vs 57%, p=0.02), meno giorni di ospedalizzazione con delirium (2 gg vs 4, p=0.02; 28% dei gg vs 41%, p=0.01)
Caplan 2006	104 pz internistici, età media = 84 + 8 aa (70I/34C)	Riabilitazione al domicilio con team multidisciplinare	Minor incidenza delirium (0.6% vs 3.2%, p<.01), più breve riab (16 gg vs 23 gg, p=0.02), costi inferiori (\$6259 vs \$15134, p<0.01)

PREVENZIONE NON FARMACOLOGICA

- Intervento multifattoriale utile per riconoscimento delirium
- Fisioterapia e Terapia Occupazionale in pazienti in ventilazione meccanica
- Riabilitazione multidisciplinare efficace

...non-pharmacological approach in delirium...

THE LANCET

Articles 

Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial

William D Schweickert, Mark C Pohlman, Anne S Pohlman, Celerina Nigos, Amy J Pawlik, Cheryl L Esbrook, Linda Spears, Megan Miller, Mietka Franczyk, Deanna Deprizio, Gregory A Schmidt, Amy Bowman, Rhonda Barr, Kathryn E McCallister, Jesse B Hall, John P Kress

2009

...non-pharmacological approach in delirium...

IPOSTESI SPERIMENTALE

Coniugare la progressiva riduzione della sedazione con l'implementazione di terapia occupazionale e fisioterapia giornaliera valutandone efficacia anche in termini funzionali

MATERIALI E METODI

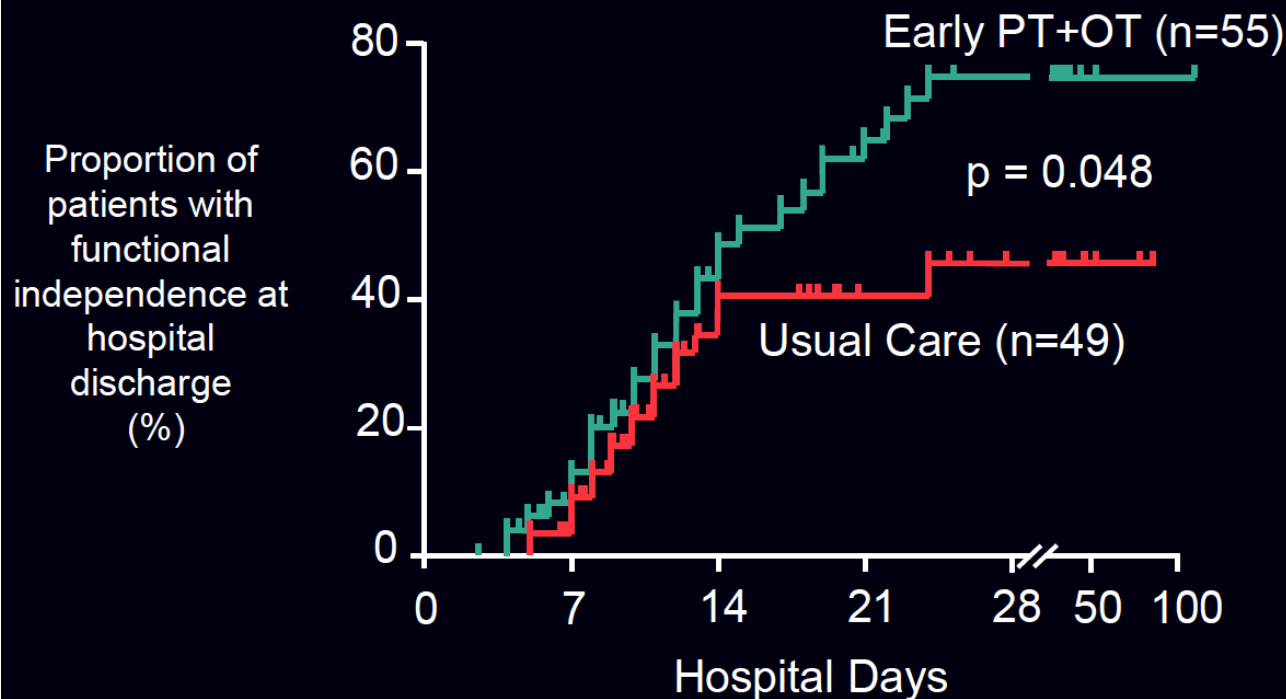
104 Pazienti con età > 18 anni con ventilazione meccanica; criteri di indipendenza funzionale basale BI > 70

49 pz gruppo sperimentale – riduzione sedazione, FT/TO con esercizi motori semplici, ADL, stimolazione cognitiva

55 pz controllo – riduzione sedazione e terapia standard

EARLY PT + OT: aumento della percentuale di pazienti che alla dimissione hanno un aumento dell'indipendenza funzionale.

Early physical rehabilitation



GRUPPO SPERIMENTALE

1) Riduzione dei giorni di delirium

2) Riduzione del tempo in ICU o Ospedale con delirium

Mok

Variable	Intervention (n=49)	Control (n=55)	P-value
ICU/Hosp Delirium Days	2 days	4 days	0.03
Time in ICU with Delirium	33%	57%	0.02
Time in Hosp. with Delirium	28%	41%	0.01

Incremento autonomia nelle attività di vita quotidiana nel gruppo trattato con FT e TO precoce

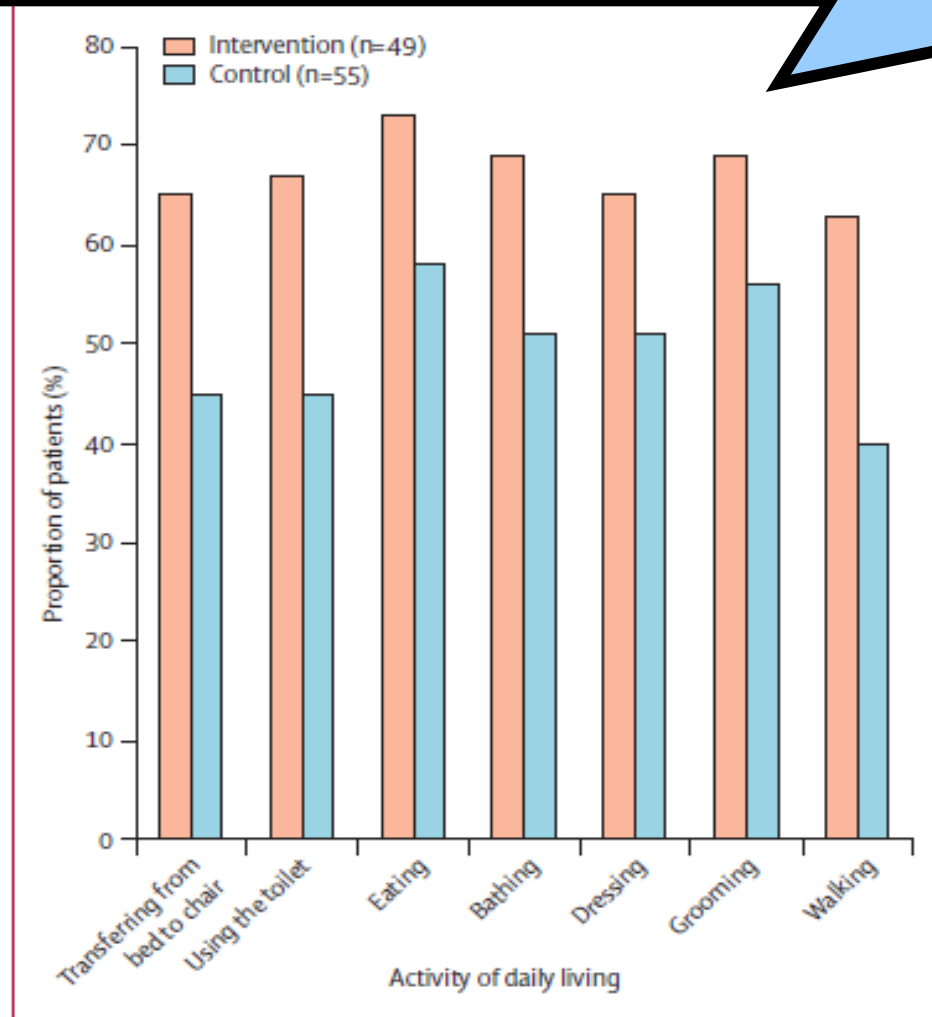


Figure 3: Proportion of patients able to perform activities of daily living and to walk independently at hospital discharge

- **Presentazione del JC**
- **Caso Clinico**
- **Analisi dati (n° 6 pazienti)**
- **Spunti dalla Letteratura**
- **Discussione e Riflessioni**

Conclusioni

- Il delirium associato a frattura di femore o stroke è una condizione clinica che può essere **prevenuta e riabilitata** attraverso un intervento multifattoriale;
- Un **singolo intervento** (farmacologico / non farmacologico) **non è sufficiente** per prevenire/riabilitare;
- L'importanza di creare **equipe riabilitative specializzate** e protocolli gestionali;
- In tali equipe il **terapista occupazionale** non è una figura opzionale

- **Gruppo di terapisti occupazionali che lavorano in ambito geriatrico che hanno creato un network**
- Il primo e fondamentale scopo di questo gruppo è di migliorare la qualità dei servizi di Terapia Occupazionale in ambito geriatrico
- Sostegno e scambio clinico-scientifico fra i membri del gruppo
- Nel NITOG sono ammessi i Terapisti Occupazionali (soci AITO/SITO) che dimostrino di lavorare nell'area geriatrica e professionisti che vogliono essere informati sulla Terapia Occupazionale in tale ambito.

MODULI DI ADESIONE - gratuito

NITOG

Network Italiano
Terapisti Occupazionali
in Geriatria

gruppo.nitog@gmail.com

MODULO DI ADESIONE

Nome

Cognome

Data di nascita

Residenza (Città)

Professione

Luogo di lavoro
principale (Città)

Altri luoghi di lavoro
(Città)

Telefono cellulare

E-mail

Grazie per l'attenzione!

christianpozzi81@libero.it

"C'è una forza motrice
più forte del vapore,
dell'elettricità e
dell'energia
atomica:
la volontà"



Comunic@

