

TERAPIA OCCUPAZIONALE NEL PAZIENTE CON DISABILITÀ DA MALATTIA OSTEOPOROTICA.

Luca Losio

Unità Spinale Unipolare - A.O. Santa Corona - Pietra Ligure (SV)

Esistono patologie in cui il ruolo della terapia occupazionale (TO) è fondamentale e centrale nel progetto riabilitativo. In un paziente giovane mieloleso, per esempio, essendo impossibile un recupero della funzione persa, tutta la riabilitazione è finalizzata al recupero dell'autonomia, per cui la terapia occupazionale è al centro di tutto.

Non è il caso della patologia fratturativa su base osteoporotica. Il paziente "tipo" è un paziente anziano, poco attivo, con la prospettiva – salvo complicanze – di recuperare una funzionalità simile a quella precedente all'evento fratturativo. L'obiettivo della riabilitazione è di evitare le complicanze da immobilizzazione e di accelerare i tempi del recupero della funzione motoria.

La comparsa di una disabilità come conseguenza di un evento fratturativo su base osteoporotica, rientra sostanzialmente tra le complicanze. E la disabilità da malattia osteoporotica rientra nella maggior parte dei casi nel quadro di una situazione fisiologica che si chiama vecchiaia.

Anche nell'ambito di questo congresso può però valere la pena di parlare di terapia occupazionale per diversi motivi:

- la definizione di terapia occupazionale e la distinzione tra la figura del terapeuta occupazionale e la figura del fisioterapista, sono ancora un po' vaghe nell'immaginario collettivo;
- anche se l'intervento della terapia occupazionale, nel paziente "tipo" con frattura su base osteoporotica, è limitato all'insegnamento di alcuni compensi e all'uso di semplici ausili, non per questo viene sempre attuato;
- è necessario saper riconoscere l'eccezione, il paziente "non tipo", in cui invece la terapia occupazionale gioca un ruolo centrale.

DEFINIZIONE DI FISIOTERAPIA – TERAPIA OCCUPAZIONALE

Fisioterapia: intervento riabilitativo mirato a recuperare la funzione persa (recupero articolare, della forza,...).

Terapia occupazionale: intervento riabilitativo mirato ad insegnare a cavarsela da soli nonostante la funzione persa (recupero dell'autonomia).

La definizione è semplice, banale. Ma ancora non accettata (capita?) da tutti, se in metà dei reparti, il TO si occupa dell'arto superiore e il Tdr dell'arto inferiore; se il servizio di Terapia occupazionale viene chiamato per prescrivere un ausilio per la deambulazione che serve temporaneamente al Tdr per la prosecuzione del programma riabilitativo.

I DUE SIGNIFICATI TEMPORALI DELLA TO

La TO mira a recuperare, prima possibile, l'autonomia nonostante la funzione persa sia

- in fase acuta, in attesa del recupero (inabilità temporanea)
- in fase cronica, in assenza di recupero (inabilità definitiva)

Nelle due situazioni il significato è differente.

- In fase acuta aumentare l'autonomia serve per ridurre il carico assistenziale ospedaliero, aumentare l'autostima, creare un atteggiamento attivo e propositivo del paziente da sfruttare poi durante il recupero. Questa fase è un investimento in cui bisogna credere ed ha valore sempre maggiore più è lungo il periodo di inabilità temporanea: nei primi giorni bisogna perdere più tempo per permettere in seguito ai pazienti di fare delle cose da soli. Se il ricovero è breve "costa meno fatica" agli infermieri fare tutto loro che non al TO insegnare a fare.
- In fase cronica aumentare l'autonomia serve per ridurre il carico assistenziale domiciliare (famigliare e sociale), consentire in alcuni casi una vita autonoma, recuperare un potere decisionale sulle attività di base della vita quotidiana. Impegnare delle risorse in ospedale per un' aumentata autonomia dopo le dimissioni è un dovere morale ed economico. Dovere sconosciuto da una politica di economia sanitaria che mira al risparmio economico "qui e subito". Rendere "dopo" più autonomo un paziente può voler dire alcune ore di assistenza in meno al giorno, per 365 giorni all'anno, per anni di vita del paziente. Il risparmio economico a carico della società può essere notevole, ma si traduce "qui e subito" in una spesa sanitaria aumentata al momento del ricovero.

Nel caso della patologia fratturativa su base osteoporotica, i tempi di inabilità temporanea sono abitualmente brevi, per cui l'intervento della TO in fase acuta è poco rilevante. Può però esistere una situazione di inabilità cronica sia preesistente all'evento fratturativo (più o meno correlata alla patologia osteoporotica) che conseguente a complicanze dell'evento stesso. In questo caso diventa importante l'intervento del TO.

TERAPIA OCCUPAZIONALE E FRATTURE SU BASE OSTEOPOROTICA

Nel significato riduttivo di TO, il compito è di prescrivere gli ausili: ma dopo una frattura utilizzare un deambulatore, delle canadesi, orientarsi verso una carrozzina nei casi più compromessi, fa sostanzialmente parte della FKT. Anche se nella scelta dell'ausilio può essere utile l'aiuto di chi (il terapeuta occupazionale) lavora con gli ausili quotidianamente.

Il lavoro del TO non dovrebbe essere di venire chiamato a valutare un paziente che non conosce per prescrivere un ausilio ed addestrare ad usarlo. Il TO dovrebbe valutare e seguire il paziente durante tutto il ricovero, affiancando il fisioterapista. Meglio seguire bene pochi pazienti selezionati, che seguire male tutti i pazienti.

Ma a quali pazienti dedicarsi?

Bisogna identificare i pazienti in cui

- la situazione di inabilità è definitiva (o di lunga durata);
- il livello di attività desiderato dal paziente è maggiore di quello consentito dalla disabilità;

- sono chiari gli obiettivi da perseguire (realizzabilità dei desideri dei pazienti e dei curanti; concordanza degli obiettivi di pazienti ed operatori).

Un paziente siffatto si caratterizza abitualmente per:

- età non molto avanzata (per lo meno quella funzionale, se non quella anagrafica);
- cognitivo conservato;
- conservato inserimento sociale;
- presenza di interessi personali forti e ben definiti;
- patologia responsabile dell'osteoporosi/frattura benigna.

In un paziente così selezionato le fasi dell'intervento riabilitativo di Terapia Occupazionale si possono schematizzare così:

- identificazione delle esigenze del paziente (caratteristiche della vita prima dell'evento fratturativo, interessi conservati, possibilità di reinserimento sociale nel nuovo quadro di disabilità);
- identificazione di eventuali "riserve" di risorse del paziente e di strategie per valorizzarle (soprattutto in pazienti cronici e con lunga prospettiva di vita), senza cercare di imporre inutilmente attività non desiderate;
- progettazione di equipe del programma riabilitativo (TdR, TO, fisiatra, assistente sociale, psicologo, paziente, familiari,...);
- identificazione degli ausili e delle strategie necessarie per raggiungere gli obiettivi e prescrizione/addestramento;
- identificazione delle barriere architettoniche, sociali e psicologiche che potrebbero vanificare il lavoro per il recupero delle autonomie, e tentativo di abbattimento delle barriere;
- verifica della validità delle scelte e dei risultati ottenuti sul campo, con uscite al di fuori dal mondo protetto del reparto e visita al domicilio del paziente.

Una simile organizzazione è molto dispendiosa dal punto di vista delle risorse umane, ancora più che per i costi degli ausili e dell'abbattimento delle barriere architettoniche. Già solo l'elenco delle figure professionali dell'equipe, nella realtà ospedaliera deve essere frequentemente di molto sfrondato.

Volendo pensare alle tipologie più frequenti di pazienti con fratture su base osteoporotica, due sono le tipologie di paziente da considerare.

PAZIENTI TIPO - FRATTURA DI FEMORE

Già prima della frattura si presentano abitualmente associati i due fattori osteoporosi e disturbo dell'equilibrio, che contribuiscono a rendere più frequente la caduta e più rovinosi i risultati di qualunque traumatismo. A sua volta l'osteoporosi è legata all'età avanzata, alla scarsa attività ed all'immobilizzazione da patologie associate. I disturbi dell'equilibrio sono legati a patologie neurologiche od ortopediche oppure a scarsa mobilità.

Le conseguenze disabilitanti della frattura consistono in un'ulteriore riduzione dell'equilibrio e della mobilità.

Ne consegue la figura di un vecchietto instabile e con patologia associata, ipoattivo e spaventato. La Terapia Occupazionale può intervenire nei seguenti punti:

- **insicurezza:** individuare (se necessario) un ausilio per la deambulazione che renda più sicuri gli spostamenti. Difficile abitualmente farlo accettare, perché il paziente si sente meno inabile a restare seduto sulla poltrona davanti alla tv, che non a muoversi con un girello o peggio ancora con una carrozzina;

- barriere architettoniche: un corrimano sulle scale, un maniglione per alzarsi dal WC, un antisdrucchiolo ed un sedile in doccia o un seggiolino nella vasca da bagno, sono interventi semplici ma che possono aumentare sicurezza ed autonomia;
- ipoattività: le limitazioni articolari legate alle patologie osteoarticolari associate all'osteoporosi (ed alla fase acuta postoperatoria in caso di protesizzazione) possono essere determinanti nel ridurre il livello di attività e possono essere affrontate con ausili semplici, ma non sempre poco costosi. Per le difficoltà nei passaggi posturali può bastare una scelta oculata delle altezze dei mobili. Per la difficoltà a chinarsi i calzascarpe, infilacalze, le pinze per afferrare gli oggetti a terra od in alto,... sono utili ma di costo eccessivo.

Molto frequentemente oggetti di facile costruzione diventano molto costosi solo per il fatto di essere classificati come ausili e venduti da ditte specializzate. Al costo eccessivo si associa una difficile reperibilità sul territorio ed una scarsa conoscenza della gamma di prodotti disponibili da parte del personale sanitario. Tutto ciò determina una ridotta diffusione degli ausili per le ADL, che a sua volta determina l'istaurarsi di un circolo vizioso, che perdura da decenni, perlomeno in Italia.

PAZIENTI TIPO - CROLLO VERTEBRALE

Anche in questo caso l'immagine che sorge spontanea è di un vecchietto, molto poco mobile, incurvato e soprattutto dolente. E' infatti il dolore che domina la fase acuta e limita notevolmente il movimento. L'utilizzo di un busto consente la riduzione del dolore con aumento dell'autonomia nella deambulazione, ma non migliora la funzionalità degli arti superiori.

Ancora una volta la terapia occupazionale può essere utile soprattutto per i piccoli ausili per le ADL, che consentono un'aumento del raggio di azione degli arti superiori.

Il quadro cambia ovviamente se il crollo vertebrale comporta una mielolesione. Nel paziente osteoporotico mieloleso sono sostanzialmente due le caratteristiche che lo differenziano dal tipico paziente da unità spinale:

- in caso di lesione completa una netta riduzione degli obiettivi: una volta conquistata la posizione seduta in carrozzina, la spinta in piano e ottenuta una minima autonomia nelle ADL per quanto riguarda la gestione della parte superiore del corpo (igiene, alimentazione, vestizione), si è abitualmente terminato il progetto riabilitativo;
- una percentuale insospettabilmente alta di mielolesioni incomplete in anziani evolve favorevolmente con un insperato recupero motorio e recupero discreto del controllo viscerale.

PAZIENTI ATIPICI

Per trovare delle situazioni in cui il ruolo della TO sia più rilevante dobbiamo rivolgerci a quei pazienti in cui la patologia osteoporotica non sia determinata dall'età avanzata e da uno stile di vita ipoattivo.

Una osteoporosi nel giovane (o meglio nel non anziano) può schematicamente essere dovuta a:

1. patologia primitiva del metabolismo osseo che determina una fragilità patologica dell'osso (congenita od acquisita)
2. complicanze di altra patologia (conseguenza diretta della patologia o iatrogena da farmaci)

3. immobilizzazione prolungata in conseguenza di grave patologia disabilitante.

Dal punto di vista riabilitativo se ne possono dedurre tre casi:

- fragilità congenita, in cui il rischio di frattura sia condizionante le scelte di vita di un soggetto molto giovane;
- fragilità acquisita correlata a patologia sistemica lentamente progressiva condizionante la performance motoria;
- fragilità acquisita a seguito di evento acuto che abbia determinato una immobilizzazione prolungata.

FRAGILITA' OSSEA "CONGENITA"

Per quanto sia situazione rara (ed a volte correlata a malformazioni complesse con compromissione anche cognitiva od a grave patologia neuromuscolare) il TO si trova di fronte un ragazzino la cui vita è condizionata da un elevato rischio fratturativo: non può fare sport, deve stare attento a giocare, deve scegliersi un futuro compatibile con le ridotte capacità motorie.

Come in tutti i casi di patologia congenita il lavoro della TO è prima di tutto individuare le capacità residue e convincere il paziente ed i parenti che ciò che si propone è realistico.

Raggiungere l'autonomia nelle ADL (o quelle autonomie individuate come realistiche) mediante strategie o ausili. Raggiungere l'autonomia negli spostamenti (fosse anche l'utilizzo autonomo sin da piccolo di una carrozzina elettronica). Guidare nella scelta degli studi e del lavoro (avete mai provato a convincere un ragazzino distrofico che come meccanico d'auto non ha futuro e che deve studiare se vuole lavorare?). Dare il coraggio di affrontare la società, senza scoraggiarsi per gli eventuali fallimenti nei tentativi di reinserimento.

Lavoro lungo, duro, difficile, impossibile da portare avanti da una persona sola. Difficile da portare avanti anche se collaborano medico, TO, assistente sociale, psicologo e famigliari.

OSTEOPOROSI IN PATOLOGIA SISTEMICA DELL'ADULTO

In questo caso si tratta di un adulto la cui vita è già condizionata da una patologia invalidante (penso ad una patologia reumatica) e che ad un certo punto si accorge di dovere anche stare attento a come muoversi per non avere fratture.

La TO può intervenire in primo luogo con consigli di tipo ergonomico (strategie per spostare dei carichi, movimenti da evitare nelle ADL per ridurre i carichi articolari,...) e con un'analisi delle attività lavorative (cercando una riconversione lavorativa dove necessario, con l'aiuto di un'assistente sociale).

Oltre a tutto il lavoro di TO connesso alla specifica patologia di base (ausili per il risparmio articolare, tutori,...).

OSTEOPOROSI DA IMMOBILIZZAZIONE

Si possono verificare due possibilità differenti:

- il quadro motorio dopo l'evento che ha determinato l'immobilizzazione evolve favorevolmente (dopo fratture multiple, dopo trapianto,...);
- il quadro motorio resta compromesso in modo importante (dopo trauma cranico,...)

Nel primo caso la disabilità è temporanea ed il compito della TO è soprattutto di tipo ergonomico: dare indicazioni su quali strategie/ausili adottare per evitare sovraccarico osseo nel tempo necessario perché la ripresa di un tipo di attività fisica normale normalizzi anche il quadro osseo. Eventuali limitazioni articolari residue dovranno essere analizzate singolarmente per le ripercussioni funzionali.

Nel caso invece la ripresa motoria sia insufficiente ci si può aspettare il mantenimento nel tempo del rischio fratturativo da osteoporosi.

Soprattutto nei casi in cui l'autonomia sia persa può essere necessario analizzare i movimenti a rischio per le singole ADL al fine di proibire alcuni movimenti ed insegnare a parenti o personale come compiere le attività assistenziali.

Nel caso l'autonomia sia parzialmente conservata il lavoro diventa più lungo e impegnativo perché oltre ad identificare come svolgere le ADL deve avvenire anche l'addestramento del paziente. Essendo prevedibile un deficit multifattoriale (associazione di limitazioni articolari multiple, deficit muscolari su base neurologica od ortopedica e possibili deficit cognitivi) il TO deve affiancare il paziente quotidianamente nelle attività di reparto, sia in quelle assistenziali infermieristiche, sia in quelle riabilitative. Tenendo sempre in mente che la strategia scelta per le ADL, per i trasferimenti,... oltre che efficace deve essere sicura per il rischio fratturativo (es. frattura a spirale del femore indossando le calze, tutt'altro che rara).

BIBLIOGRAFIA

Chi volesse avere uno strumento bibliografico che consenta di orientarsi sulla tipologia di intervento della Terapia Occupazionale nelle diverse patologie accennate nell'articolo, può fare riferimento a:

T. Redaelli, L. Valsecchi; Terapia occupazionale - metodologie riabilitative e ausili; Solei press; 1996.