



TERAPIA OCCUPAZIONALE E MALATTIA DI PARKINSON:

evidenze e ambiti di intervento

con il patrocinio



INDICE

Epidemiologia...2

Sintomatologia...2

Gli obiettivi dell'intervento di Terapia Occupazionale...3

La valutazione in terapia occupazionale...4

L'intervento...5

Terapia occupazionale e caregiver della persona con Malattia di Parkinson...8

Conclusioni...8

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI...10

Redatto: Casu Gabriella, Simeon Rachele

Revisori: Lorenzi Arianna

Gennaio 2026

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

E-mail/sito web:

Via Angelo Emo 144, 00136 Roma

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



Epidemiologia

Si stima che nel 2019 in tutto il mondo, 3.9 milioni di persone avevano diagnosi di malattia di Parkinson (MdP) con problemi associati al funzionamento e che questi avrebbero potuto trarre beneficio dalla riabilitazione (WHO, 2023). In Italia il numero di individui con questa patologia si aggira intorno a 250mila, con una prevalenza di circa 300 casi ogni 100.000 abitanti. Anche se la malattia è più comune tra gli anziani, con un'incidenza che aumenta significativamente dopo i 60 anni, circa il 10-15% delle persone presenta i sintomi prima dei 50 anni a causa del cosiddetto Parkinson giovanile, identico nei processi degenerativi e nei sintomi a tutti gli altri tipi di Parkinson, se non per la differenza nella precocità di comparsa (Li, 2025).

Sintomatologia

Dal punto di vista sintomatologico si tratta di una condizione neurologica clinicamente eterogenea: sebbene la diagnosi si basi sulla presenza di bradicinesia associata a tremore a riposo e/o rigidità, numerose manifestazioni non motorie, tra cui disturbi cognitivi, disturbi autonomici, sintomi neuropsichiatrici e/o fatigue, possono comparire precocemente e contribuire in modo rilevante alla disabilità funzionale e alla riduzione della qualità di vita. Le evidenze più recenti indicano l'esistenza di tre principali sottotipi clinici di malattia di Parkinson, distinti per profilo sintomatologico, risposta terapeutica e traiettoria di progressione. Il sottotipo *mild motor-predominant* (49-53%) è caratterizzato da un esordio relativamente precoce, da una sintomatologia complessivamente lieve, da una buona risposta alla terapia dopaminergica e da una progressione lenta. Il sottotipo *intermediate* (35-39%) presenta una gravità clinica e una velocità di progressione intermedia. Il sottotipo *diffuse malignant* (9-16%), meno frequente ma clinicamente più severo, è contraddistinto dalla comparsa precoce e marcata di sintomi non motori, da disturbi iniziali della marcia, da una ridotta risposta farmacologica e da una progressione rapida, con un impatto funzionale significativamente maggiore (Armstrong, 2020). Studi recenti suggeriscono che tali differenze cliniche riflettano non solo il grado di disfunzione dopaminergica, ma anche la capacità di compensazione corticale, che risulta maggiore nei sottotipi meno severi e ridotta nelle forme più aggressive. In questa prospettiva, la MdP deve essere considerata una condizione multisistemica e dinamica, in cui la combinazione di sintomi motori, non motori e risorse compensatorie determina profili funzionali individuali e differenti traiettorie di disabilità nel tempo (Johansson, 2024).

Sebbene non esista una terapia risolutiva, i trattamenti farmacologici, la stimolazione cerebrale profonda e la riabilitazione possono migliorare significativamente la qualità di vita delle persone con MdP e dei loro caregiver. Il consensus internazionale di Goldman et al. (2024) riconosce la riabilitazione multidisciplinare come componente essenziale e continuativa della gestione della malattia di Parkinson, da avviare precocemente e modulare in base alle fasi e ai sottotipi clinici. In tale prospettiva, l'integrazione di fisioterapia, terapia occupazionale, logopedia e supporto psicologico/neuropsicologico è fondamentale per sostenere il funzionamento fisico e cognitivo, l'autonomia, la partecipazione e il benessere globale della persona con Parkinson.

Le manifestazioni della malattia comportano nel tempo crescenti limitazioni nell'autonomia e nelle attività della vita quotidiana, spesso non risolvibili con la sola terapia farmacologica. Negli ultimi dieci anni, la

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

E-mail/sito web:

Via Angelo Emo 144, 00136 Roma

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



letteratura ha evidenziato l'importanza di un approccio riabilitativo integrato per questi pazienti, in cui la terapia occupazionale riveste un ruolo chiave (Tofani, 2020; Foster, 2022; Goldman, 2024; Terrens AF, 2025).

Gli obiettivi dell'intervento di Terapia Occupazionale

Le evidenze disponibili indicano che la terapia occupazionale è generalmente percepita in modo positivo dalle persone con MdP, in particolare quando l'intervento è accessibile, tempestivo e orientato a bisogni concreti della vita quotidiana. Studi descrittivi e qualitativi suggeriscono che le persone che hanno ricevuto interventi di terapia occupazionale ne riconoscono il valore nel supportare l'autonomia, l'adattamento alle limitazioni funzionali e la partecipazione alle occupazioni significative, pur in presenza di una limitata consapevolezza iniziale del ruolo professionale. Nonostante la letteratura sia ancora caratterizzata da una carenza di studi qualitativi rigorosi focalizzati esclusivamente sulla percezione del servizio di terapia occupazionale, i dati disponibili convergono nel suggerire una percezione positiva dell'intervento quando fornisce strategie pratiche, personalizzate e integrate nel percorso multidisciplinare, rafforzando l'argomentazione a favore di un suo coinvolgimento sistematico e precoce nella presa in carico della MdP (Jansa, 2015; Gorzyska, 2022; Sadural, 2022, Read, 2023).

La Terapia occupazionale è infatti finalizzata a garantire il massimo grado di autonomia e partecipazione alle occupazioni significative della persona con Parkinson. In particolare, l'intervento del terapeuta occupazionale aiuta la persona a mantenere o recuperare la capacità di svolgere le attività quotidiane, adattare l'ambiente domestico con strategie e dispositivi necessari per ridurre il rischio di caduta e promuovere la partecipazione sociale, lavorativa e comunitaria della persona con malattia di Parkinson (Foster, 2022).

Coerentemente con le attuali linee guida di pratica professionale, l'intervento di terapia occupazionale si articola lungo l'intero decorso della patologia e si adatta all'evoluzione dei bisogni occupazionali della persona. Nelle fasi iniziali, l'intervento è principalmente orientato al self-management, alla prevenzione della riduzione della partecipazione a ruoli e attività significative e al potenziamento della performance occupazionale. Con la progressione della malattia, l'attenzione si sposta progressivamente verso strategie di adattamento e compensazione, finalizzate a preservare l'autonomia, la sicurezza e l'impegno nelle occupazioni quotidiane. Nel corso dell'intero percorso di malattia, il terapeuta occupazionale valuta in modo continuo le richieste del compito, i fattori ambientali e contestuali e le risorse individuali, modificandoli secondo necessità per ottimizzare sicurezza, comfort, indipendenza e soddisfazione nella performance occupazionale. Parallelamente, la terapia occupazionale include interventi rivolti ai caregiver, finalizzati a supportare un'assistenza efficace e sostenibile, promuovendo al contempo il loro benessere e la partecipazione nel ruolo di cura (Foster, 2022).

La terapia occupazionale attribuisce valore all'erogazione di cure incentrate sul cliente e orientate agli obiettivi, e le prove supportano l'efficacia di questo approccio per le persone con MdP (ad esempio, Cabrera-Martos et al., 2019; Hindle et al., 2018; Sturkenboom et al., 2014, Jansa J, Aragon A, 2015).



AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

Via Angelo Emo 144, 00136 Roma

E-mail/sito web:

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



La valutazione in terapia occupazionale

La valutazione in terapia occupazionale nella MdP deve essere multidimensionale, orientata al funzionamento e centrata sulla persona, in considerazione dell'elevata eterogeneità clinica e dell'impatto trasversale dei sintomi motori e non motori sulla performance occupazionale. La letteratura sottolinea come gli outcome disease-specific focalizzati su singoli domini (ad esempio esclusivamente sui sintomi motori) possano risultare insufficienti nel cogliere la complessità dell'esperienza vissuta e gli effetti "a valle" di interventi complessi e multidimensionali. Studi recenti evidenziano pertanto la necessità di utilizzare più outcome in grado di riflettere ciò che è significativo per la persona e di catturare cambiamenti rilevanti a livello fisico, psicologico e sociale, favorendo un approccio goal-oriented e client-centered (Tenison et al., 2025).

Il terapeuta occupazionale dispone di un ampio repertorio di strumenti standardizzati, la cui selezione deve essere guidata dagli obiettivi dell'intervento e dai domini di funzionamento che si intendono esplorare. In ambito clinico e di ricerca, tali strumenti possono essere distinti in Patient-Reported Outcome Measures (PROMs), Clinician-Reported Outcome Measures (ClinROMs) e Performance-Based Outcome Measures (PerfOMs).

I PROMs consentono di rilevare direttamente il punto di vista della persona rispetto alla propria performance, partecipazione e qualità di vita. Tra i PROM maggiormente utilizzati in terapia occupazionale nella MdP rientra la Canadian Occupational Performance Measure (COPM), ampiamente impiegata come outcome primario negli studi di terapia occupazionale, in quanto consente di identificare attività significative e monitorare nel tempo performance e soddisfazione percepita.

Altri strumenti includono la Patient-Specific Functional Scale (PSFS), la Goal Attainment Scaling (GAS) (Tenison et al., 2025) e la Bangor Goal-Setting Interview, che supportano una valutazione orientata agli obiettivi individuali. Si raccomanda di somministrare l'Intervista sulla Storia della Performance Occupazionale (OPHI-II) o parti di essa quando sono necessarie maggiori informazioni e background in merito all'identità occupazionale, al coping e alla motivazione rispetto a una performance occupazionale significativa (Sturkenboom, 2008)

Possono inoltre essere utilizzati PROM specifici per la partecipazione e l'equilibrio occupazionale (ad esempio l'Occupational Balance Questionnaire o l'Activity Card Sort), per la qualità di vita (es. PDQ-39, EQ-5D) o per specifiche funzioni, come la Disability Arm Shoulder and Hand (DASH) per l'arto superiore. Le misure clinician-reported prevedono che il punteggio sia attribuito dal professionista sulla base di osservazioni strutturate e standardizzate. In terapia occupazionale, questi strumenti consentono di analizzare le abilità sottostanti alla performance occupazionale durante l'esecuzione di attività significative. Esempi rilevanti includono l'Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), il Perceive Recall Plan and Perform System (PRPP), la Assessment of Self-Care Skills e l'Executive Function Performance Test (EFPT), che permettono di valutare rispettivamente abilità motorie, di processo ed esecutive in contesti funzionali o ancora il Continuous Scale Physical Function Test (CSPFT) e attività strutturate di pianificazione funzionale come il Weekly Calendar Planning Activity, che consentono di esplorare il funzionamento cognitivo applicato alle attività strumentali della vita quotidiana. Le misure basate sulla performance (PerfOM) valutano l'esecuzione diretta di compiti standardizzati e risultano particolarmente utili per quantificare abilità specifiche rilevanti per le attività di vita quotidiana. In questo ambito rientra, ad esempio, il Jebsen-Taylor Hand Function Test per la destrezza manuale.

■

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

Via Angelo Emo 144, 00136 Roma

E-mail/sito web:

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



L'intervento

I sintomi motori e non motori compromettono in modo significativo le attività di vita quotidiana di base, quali l'igiene personale, la vestizione, l'alimentazione, l'uso dei servizi igienici e la mobilità domestica. Numerosi studi hanno confermato l'efficacia degli interventi di Terapia occupazionale nel migliorare la capacità di svolgere le ADL in modo più indipendente. Ad esempio, un ampio trial controllato randomizzato condotto in Olanda ha mostrato che un programma di terapia occupazionale domiciliare individualizzata (10 settimane) ha portato a un significativo miglioramento nella performance delle attività quotidiane percepita rispetto alle cure usuali (incremento medio di +1,2 punti nel punteggio COPM, $p < 0,0001$) (Sturkenboom, 2014). Un altro studio clinico in Italia ha evidenziato che un programma riabilitativo multidisciplinare intensivo in ricovero (comprendente Terapia occupazionale, esercizi task-specific e training cognitivo-comportamentale) ha determinato miglioramenti significativi nell'autonomia funzionale (incremento nel *Functional Independence Measure*, FIM) e nella qualità di vita, con effetti mantenuti a un anno di distanza (Monticone, 2015). Questi risultati suggeriscono che la Terapia occupazionale, da sola o in combinazione con altri interventi riabilitativi, può modificare favorevolmente il decorso della disabilità nelle attività significative delle persone con MdP.

L'intervento del terapeuta occupazionale focalizzato, centrato e basato sulle occupazioni, si basa su programmi di addestramento funzionale e compensativo, finalizzati a ottimizzare la performance occupazionale in presenza dei sintomi motori e non motori della malattia di Parkinson. Oltre ai disturbi del controllo motorio, la fatica rappresenta un sintomo non motorio particolarmente rilevante, con un impatto significativo sulla performance nelle occupazioni significative. In tale contesto, il terapeuta occupazionale applica strategie evidence-based, tra cui la semplificazione delle attività, l'utilizzo di cue/stimoli esterni per facilitare l'avvio e la continuità del movimento, e l'implementazione sistematica di principi di risparmio energetico e di pianificazione delle attività in relazione ai cicli di efficacia della terapia farmacologica. La scrittura è un'occupazione spesso intaccata nella MdP. Le evidenze disponibili indicano che interventi di terapia occupazionale mirati, individualizzati, intensivi e task-specific, in particolare basati su training dell'ampiezza del gesto grafico, utilizzo di cue esterni e programmi domiciliari strutturati con supervisione del terapeuta, possono migliorare dimensione, velocità e leggibilità della scrittura nella MdP, sebbene la qualità complessiva delle prove sia ancora moderata e derivi prevalentemente da studi di piccole dimensioni e metodologicamente eterogenei (Welsby, 2019; Gardoni, 2023)

Evidenze emergenti indicano che programmi individualizzati di self-management della fatica, nello specifico il Packer Managing Fatigue Program (Alizadeh, 2025), erogato one-to-one dal terapeuta occupazionale, è associato a una riduzione della gravità della fatica e a un miglioramento della performance nelle occupazioni significative. In questo quadro, l'introduzione mirata di ausili o l'attuazione di strategie specifiche della gestione della routine avviene all'interno di un approccio personalizzato e orientato al raggiungimento di obiettivi occupazionali significativi.

Studi recenti hanno evidenziato come i fattori ambientali domiciliari rappresentino trigger rilevanti dei disturbi della deambulazione nella malattia di Parkinson, determinando un peggioramento della performance nelle attività di vita quotidiana. In particolare, una scoping review pubblicata nel 2025 ha

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

Via Angelo Emo 144, 00136 Roma

E-mail/sito web:

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



mostrato che elementi quali disordine degli spazi, illuminazione inadeguata, superfici scivolose e layout domestici complessi possono esacerbare il *freezing of gait*, aumentando il rischio di cadute e la limitazione funzionale. Interventi di adattamento ambientale mirati, inclusi il decluttering, l'installazione di corrimani, il miglioramento dell'illuminazione e l'introduzione di cue visivi, risultano associati a miglioramenti della sicurezza, della mobilità e della partecipazione nelle attività di vita quotidiana, all'interno di un approccio coerente con il modello Person-Environment fit e con il ruolo del terapeuta occupazionale nella valutazione e modifica dell'ambiente di vita (Campani, 2021; Phuenpathom, 2025).

Oltre agli adattamenti ambientali, l'introduzione di ausili appropriati può fare una grande differenza nell'autonomia quotidiana della persona con Parkinson. Il terapeuta occupazionale ha il compito di valutare, identificare e addestrare all'uso degli ausili più adatti in base ai deficit specifici e al contesto di vita della persona. In termini di mobilità, uno strumento ampiamente utilizzato è il rollator: studi recenti indicano che l'uso regolare di un rollator riduce significativamente il tasso di cadute e persino il numero di cadute riportate dai pazienti parkinsoniani, diminuendo contestualmente il rischio di traumi da caduta (Okuyama, 2023). Alcuni modelli specifici per Parkinson includono anche cue visivi o uditivi (es. proiezione di una linea laser sul pavimento) per superare episodi di freezing della marcia (McCandless, 2016; Donovan, 2011). Il terapeuta occupazionale guida il paziente e la famiglia nell'integrazione graduale di queste soluzioni tecnologiche, fornendo training all'uso e verificando periodicamente l'efficacia degli ausili adottati, in un processo dinamico di adeguamento man mano che la malattia evolve (Parkinson's Foundation, 2025).

Accanto agli interventi finalizzati alla mobilità e alla sicurezza nelle attività quotidiane, la terapia occupazionale estende il proprio intervento ad altre occupazioni significative, tra cui quelle legate all'intimità e alla sessualità. Nella malattia di Parkinson sono frequentemente riportate disfunzioni sessuali, attribuibili sia alla patologia in sé sia agli effetti collaterali dei trattamenti farmacologici. Tali disfunzioni includono, in entrambi i sessi, riduzione del desiderio e della soddisfazione sessuale; negli uomini sono comuni disfunzione erettile e disturbi dell'eiaculazione, mentre nelle donne si osservano frequentemente secchezza vaginale, dispareunia e incontinenza urinaria associata all'attività sessuale. Inoltre, i sintomi motori della malattia, quali tremore, rigidità, bradicinesia e discinesie, possono interferire con l'espressione dell'intimità, contribuendo al disagio emotivo e a una riduzione della qualità di vita. In alcuni casi, gli effetti collaterali dei farmaci dopaminergici, in particolare degli agonisti dopaminergici, possono determinare alterazioni del comportamento sessuale, inclusi ipersessualità e comportamenti sessuali compulsivi, introducendo ulteriori elementi di complessità nella gestione clinica e riabilitativa di questa dimensione (Bronner, 2011). Queste problematiche hanno un impatto significativo non solo sul paziente ma anche sul partner e sulla relazione di coppia, contribuendo al malessere emotivo. Nell'ambito di un approccio multidisciplinare, il terapeuta occupazionale contribuisce alla valutazione e alla gestione delle difficoltà sessuali come parte integrante delle attività di vita quotidiana. L'intervento si basa su educazione, counseling e strategie pratiche finalizzate a favorire l'espressione dell'intimità nonostante le limitazioni imposte dalla malattia, includendo la pianificazione dei momenti di intimità in relazione ai cicli di efficacia della terapia farmacologica, l'adattamento delle posizioni e dell'ambiente e l'introduzione di tecniche di rilassamento per la gestione dell'ansia e dell'ipertonia. Un elemento centrale è il supporto alla comunicazione all'interno della coppia e il coordinamento con altri professionisti sanitari, quando necessario, al fine di garantire un approccio integrato. Le evidenze qualitative disponibili indicano che interventi mirati in quest'area sono associati a miglioramenti

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

Via Angelo Emo 144, 00136 Roma

E-mail/sito web:

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



del benessere individuale, della soddisfazione di coppia e della partecipazione sociale (Richards, 2021; Kamo, 2025).

In una prospettiva centrata sulla partecipazione e sulle occupazioni significative lungo l'arco di vita, l'intervento del terapeuta occupazionale si estende anche alla gestione dei ruoli sociali e produttivi, tra cui il ruolo lavorativo. Il mantenimento dell'attività lavorativa nella malattia di Parkinson rappresenta una sfida rilevante, in particolare nelle persone in età lavorativa, a causa dell'impatto dei sintomi motori e non motori sulla performance, sulla sicurezza e sulla produttività. Le evidenze indicano che le persone con Parkinson tendono a ritirarsi dal lavoro anticipatamente rispetto alla popolazione generale, con conseguenze economiche, psicologiche e sociali significative. In questo contesto, la terapia occupazionale svolge un ruolo chiave nel supportare la continuità lavorativa attraverso la valutazione delle richieste occupazionali e del contesto lavorativo, l'identificazione di accomodamenti ragionevoli e l'adattamento persona-ambiente, in linea con modelli teorici come il Person-Environment-Occupation-Performance. Le strategie includono la riorganizzazione delle mansioni, la gestione dell'orario di lavoro, l'introduzione di tecnologie assistive ed ergonomiche e il supporto informativo rispetto ai diritti e agli accomodamenti lavorativi. Le evidenze disponibili suggeriscono che interventi di questo tipo possono contribuire a ritardare l'uscita dal lavoro e a migliorare la soddisfazione lavorativa e il benessere psicosociale, sebbene siano necessari ulteriori studi per definirne gli esiti a lungo termine (Munsell, 2024).

In questo contesto la sintomatologia cognitiva può influire negativamente sulla partecipazione alle occupazioni significative per la persona, compresa la gestione del proprio ambiente di vita e l'utilizzo di eventuali ausili. La terapia occupazionale può contribuire alla gestione della compromissione cognitiva attraverso numerosi approcci tra cui il *cognitive strategy training*, *cognitive orientation to daily occupational performance* (CO-OP) e pratica di compiti cognitivamente orientati, integrati in attività quotidiane significative, con evidenze di miglioramenti in specifici domini cognitivi (in particolare funzioni esecutive e attenzione) e in alcuni aspetti della performance occupazionale (Taheri, 2023; Sanchez-Luengos, 2021; Doucet, 202; Erin, 2021). Studi recenti, seppur ancora in fase pilota, supportano la validità dell'approccio Multicontext (MC) come intervento di terapia occupazionale per migliorare la performance cognitiva funzionale nelle persone con malattia di Parkinson senza demenza. L'approccio MC è una forma strutturata di training metacognitivo che mira a potenziare la consapevolezza della performance e l'uso strategico delle risorse cognitive attraverso attività funzionali significative svolte in contesti diversi. Mediante esperienze ripetute con compiti cognitivamente complessi e rilevanti per la vita quotidiana, le persone sviluppano strategie generali personalizzate (ad esempio pianificazione anticipata, checklist, utilizzo di promemoria) trasferibili a una varietà di situazioni. Il terapeuta occupazionale facilita questo processo attraverso tecniche di apprendimento mediato e un framework metacognitivo che supporta l'anticipazione delle difficoltà, l'autogenerazione delle strategie, il monitoraggio della performance e la valutazione dell'efficacia delle strategie adottate. Un trial pilota controllato ha dimostrato che l'approccio MC è fattibile, ben accettato e associato a miglioramenti clinicamente significativi nella performance riferita di obiettivi cognitivi funzionali, con effetti mantenuti nel follow-up, giustificando ulteriori studi randomizzati su scala più ampia (Foster, 2025).

■

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

Via Angelo Emo 144, 00136 Roma

E-mail/sito web:

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



Così come la sintomatologia cognitiva, anche i disturbi del sonno possono avere impatto negativo sulle attività significative della persona con MdP. Le evidenze disponibili suggeriscono che la terapia occupazionale può contribuire al miglioramento dei disturbi del sonno nella malattia di Parkinson, sebbene la base di prove sia ancora limitata e spesso integrata in programmi riabilitativi multidisciplinari. Studi preliminari indicano che programmi di terapia occupazionale specificamente mirati al sonno, basati su educazione all'igiene del sonno, strutturazione delle routine quotidiane, adattamenti ambientali e pianificazione delle attività diurne, sono associati a miglioramenti significativi della qualità del sonno e della qualità di vita. Componenti chiave dell'intervento includono la regolazione delle abitudini e dei ritmi sonno-veglia, l'organizzazione delle attività diurne e dell'esercizio fisico, strategie ambientali e posturali integrate nelle ADL, nonché elementi cognitivo-comportamentali e di mindfulness (Doucet, 2021; Taximaimaiti, 2021, Foster, 2022; Daftary, 2024).

Terapia occupazionale e caregiver della persona con Malattia di Parkinson

La progressione della malattia di Parkinson comporta un incremento progressivo del carico assistenziale a carico dei caregiver familiari, con un impatto significativo sul benessere fisico, psicologico e sociale di chi presta assistenza. Il burden del caregiver è associato a fattori quali la crescente dipendenza nelle attività di vita quotidiana, la gestione dei sintomi motori e non motori, le fluttuazioni cliniche e le difficoltà comportamentali e cognitive, ed è riconosciuto come un determinante rilevante degli esiti di salute sia della persona con malattia di Parkinson sia del caregiver stesso. In questo contesto, la terapia occupazionale svolge un ruolo specifico e rilevante nel ridurre il carico assistenziale attraverso interventi strutturati rivolti sia alla persona con Parkinson sia al caregiver. L'intervento del terapeuta occupazionale include l'identificazione di problematiche occupazionali del caregiver per la quale si raccomanda la COPM e un'intervista etnografica/narrativa (Sturkenboom et al, 2008), la valutazione delle attività quotidiane condivise, l'educazione del caregiver su strategie di assistenza efficaci e sicure, l'introduzione di adattamenti ambientali e ausili per ridurre lo sforzo fisico e cognitivo dell'assistenza, nonché il training su tecniche di facilitazione dell'autonomia e di gestione dei sintomi nella vita quotidiana. Inoltre, la terapia occupazionale supporta il caregiver nello sviluppo di competenze di problem solving, nella riorganizzazione delle routine assistenziali e nell'adozione di strategie di risparmio energetico e prevenzione dello stress. Le evidenze disponibili indicano che interventi di terapia occupazionale orientati al caregiver sono associati a una riduzione del burden percepito, a un miglioramento della competenza assistenziale e a un aumento della soddisfazione nel ruolo di cura, contribuendo indirettamente anche al mantenimento dell'autonomia e della partecipazione della persona con malattia di Parkinson. Nonostante la necessità di ulteriori studi sperimentali specifici, la letteratura supporta l'inclusione sistematica del caregiver come destinatario dell'intervento di terapia occupazionale nei percorsi riabilitativi della malattia di Parkinson (Boone, 2021).

Conclusioni

La malattia di Parkinson comporta un impatto progressivo sul funzionamento, sull'autonomia e sulla partecipazione alle attività significative, rendendo necessaria una presa in carico riabilitativa integrata, continuativa e centrata sulla persona. Le evidenze disponibili indicano che la terapia occupazionale rappresenta una componente essenziale della gestione multidisciplinare della malattia, con un ruolo

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

Via Angelo Emo 144, 00136 Roma

E-mail/sito web:

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



specifico nel supportare la performance nelle attività di vita quotidiana, nell'adattamento dell'ambiente di vita, nell'uso appropriato di ausili e nella gestione di sintomi non motori, quali la fatica.

Nonostante tali evidenze e le raccomandazioni delle linee guida internazionali, la pratica clinica continua tuttavia a essere in ritardo rispetto alle migliori pratiche e alle indicazioni scientifiche. Studi recenti mostrano come l'accesso ai servizi di fisioterapia e terapia occupazionale nelle fasi precoci della MdP, pur in aumento, rimanga ancora insufficiente e non sistematico, evidenziando una discrepanza significativa tra raccomandazioni evidence-based e reale utilizzo dei servizi riabilitativi nella pratica clinica (Longhurst, Chrusciel & Ahmad, 2024). Questo ritardo nell'attivazione degli interventi riabilitativi può limitare le potenzialità preventive e compensative della terapia occupazionale, con impatto diretto sul mantenimento dell'autonomia e sulla prevenzione della disabilità.

La terapia occupazionale può essere efficacemente erogata lungo l'intero continuum assistenziale, in ambito domiciliare, ambulatoriale, ospedaliero e residenziale, con risultati particolarmente rilevanti quando l'intervento è integrato nel contesto di vita reale. In linea con le raccomandazioni del National Institute for Health and Care Excellence (NICE, NG71), recepite dal Sistema Nazionale Linee Guida (Cartabellotta, 2018), il coinvolgimento precoce del terapeuta occupazionale è indicato nelle persone che presentano difficoltà nelle attività della vita quotidiana, sulla base di evidenze di qualità moderata-alta derivate da trial randomizzati controllati. Coerentemente con tali indicazioni, gli interventi di terapia occupazionale risultano associati a miglioramenti della performance occupazionale, dell'autonomia funzionale e della qualità di vita, con particolare efficacia negli interventi orientati al self-management, all'adattamento ambientale e al coinvolgimento del caregiver, che contribuiscono a ridurre il rischio di eventi avversi e il carico assistenziale, favorendo sicurezza e partecipazione nella vita quotidiana. La terapia occupazionale riveste inoltre un ruolo rilevante nel sostenere la partecipazione ai ruoli sociali, lavorativi e relazionali lungo l'arco di vita.

Negli ultimi anni, la teleriabilitazione si è affermata come modalità complementare di erogazione degli interventi di terapia occupazionale, mostrando un potenziale significativo nell'ampliare l'accesso ai servizi e nel favorire l'aderenza al trattamento. Le evidenze emergenti indicano benefici sulle abilità motorie, cognitive e sulle attività di vita quotidiana, con effetti positivi sulla qualità di vita, sebbene siano necessari ulteriori studi per consolidare l'efficacia nel lungo periodo (Kountoura, 2025).

Ulteriori dati supportano la costo-efficacia della terapia occupazionale nella MdP. Le valutazioni economiche disponibili indicano che l'intervento consente un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie, con benefici clinicamente rilevanti e un impatto economico favorevole anche per i caregiver, evidenziando un beneficio netto positivo in termini di qualità di vita aggiustata per gli anni (QALY) (Sturkenboom, 2014; Sturkenboom, 2015).

Sebbene la maggior parte degli studi sugli interventi di terapia occupazionale includa prevalentemente persone con MdP in fase lieve o moderata, i terapisti occupazionali sono frequentemente coinvolti anche nella cura di individui in stadi avanzati della malattia, inclusa la presenza di demenza. In questi contesti, la terapia occupazionale fornisce contributi essenziali, quali il mantenimento della sicurezza della persona e dei caregiver, la massimizzazione del comfort, la promozione del coinvolgimento nelle occupazioni significative,

■

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

Via Angelo Emo 144, 00136 Roma

E-mail/sito web:

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



la prevenzione delle lesioni da pressione e il supporto alla pianificazione della fine della vita (Aragon & Kings, 2018).

In conclusione, pur riconoscendo la necessità di ulteriori ricerche in alcuni ambiti specifici, in particolare nelle fasi avanzate della malattia e nei modelli di teleriabilitazione, le evidenze attualmente disponibili supportano in modo consistente l'integrazione precoce, sistematica e continuativa della terapia occupazionale nei percorsi riabilitativi della malattia di Parkinson, in coerenza con le raccomandazioni internazionali e con un approccio orientato al funzionamento, alla partecipazione e alla qualità di vita della persona e dei caregiver.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Alizadeh N, Packer T, Sturkenboom I, Warner G, Rigby H. Managing fatigue in Parkinson's disease: Preparing for a randomized controlled trial. *J Parkinsons Dis.* 2025;15(8):1477–1489.

Boone AE, Henderson W, Hunter EG. Role of occupational therapy in facilitating participation among caregivers of people with Parkinson's disease: A systematic review. *Am J Occup Ther.* 2021;75(3):7503190010. doi:10.5014/ajot.2021.046268.

Bronner G, Vodusek DB. Management of sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Ther Adv Neurol Disord.* 2011;4(6):375–383.

Campani D, Barberis F, Martinelli A, Celesti A, et al. Home and environmental hazards modification for fall prevention among the elderly. *Public Health Nurs.* 2021;38(3):493–501.

Cartabellotta A, Berti F, et al. Linee guida per la diagnosi e il trattamento della malattia di Parkinson. *Evidence.* 2018;10(4):e1000181. doi:10.4470/E1000181.

Daftary RK, Dedhiya JR. Effectiveness of occupational therapy-based sleep intervention on sleep quality and its impact on quality of life in patients with Parkinson's disease. *Int J Sci Healthc Res.* 2024;9(1):120–130. doi:10.52403/ijshr.20240116.

Doucet BM, Franc I, Hunter EG. Interventions within the scope of occupational therapy to improve activities of daily living, rest, and sleep in people with Parkinson's disease: A systematic review. *Am J Occup Ther.* 2021;75(3):7503190020. doi:10.5014/ajot.2021.048314.

Foster ER, Carson LG, Archer J, Hunter EG. Occupational therapy interventions for instrumental activities of daily living for adults with Parkinson's disease: A systematic review. *Am J Occup Ther.* 2021;75(3):7503190030. doi:10.5014/ajot.2021.046581.

Foster ER, Doty T, Campbell MC, Schechtman K, Togliola J. A metacognitive strategy intervention for people with Parkinson's disease: Pilot and feasibility trial. *Am J Occup Ther.* 2025;79(5):7905205040. doi:10.5014/ajot.2025.051200.

Foster ER, Wood J, Henderson W. Occupational therapy practice guidelines for people with Parkinson's disease. *Am J Occup Ther.* 2022;76(3):7603397010. doi:10.5014/ajot.2022.763001.

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

E-mail/sito web:

Via Angelo Emo 144, 00136 Roma

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



Gardoni A, Sarasso E, Agosta F, Filippi M, Corbetta D. Rehabilitative interventions for impaired handwriting in people with Parkinson's disease: A scoping review. *Neurol Sci.* 2023;44(8):2667–2677. doi:10.1007/s10072-023-06752-6.

Goldman JG, Volpe D, Ellis TD, Hirsch MA, Johnson J, Wood J, Aragon A, Biundo R, Di Rocco A, Kasman GS, Iansek R, Miyasaki J, McConvey VM, Munneke M, Pinto S, St Clair KA, Toledo S, York MK, Todaro R, Yarab N, Wallock K. Delivering Multidisciplinary Rehabilitation Care in Parkinson's Disease: An International Consensus Statement. *J Parkinsons Dis.* 2024;14(1):135-166. doi: 10.3233/JPD-230117. PMID: 38277303; PMCID: PMC10836578.

Gorzynska O, McGoohan K, Velayudhan L. Patient and caregiver experiences of participating in Parkinson's disease clinical trials: A systematic review of qualitative studies. *Arch Clin Neuropsychol.* 2022;37(3):654–676. doi:10.1093/arclin/acab083.

Jansa J, Aragon A. Living with Parkinson's and the emerging role of occupational therapy. *Parkinsons Dis.* 2015;2015:196303. doi:10.1155/2015/196303.

Kamo H, Nagaki K, Warren L, Kraus AR, Okun MS, Wagle Shukla A. Rehabilitation strategies for sleep and autonomic symptoms in Parkinson's disease. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2025;25(1):47.

Kountoura A, Tegos T, Arnaoutoglou M, Tsolaki M. Online occupational therapy as a rehabilitation intervention for Parkinson's disease: A systematized review. *Clin Pract.* 2025;15(6):98. doi:10.3390/clinpract15060098.

Li M, Ye X, Huang Z, Ye L, Chen C. Global burden of Parkinson's disease from 1990 to 2021: a population-based study. *BMJ Open.* 2025 Apr 27;15(4):e095610. doi: 10.1136/bmjopen-2024-095610. PMID: 40288800; PMCID: PMC12035419.

Longhurst JK, Chrusciel T, Ahmad SO. Increasing trends in utilization of physical and occupational therapy services in early Parkinson's disease. *J Parkinsons Dis.* 2024 Nov;14(8):1594-1601. doi: 10.1177/1877718X241291991. Epub 2024 Oct 24. PMID: 39957189.

McCandless PJ, Evans BJ, Janssen J, Selfe J, Churchill A, Richards J. Effect of three cueing devices for people with Parkinson's disease with gait initiation difficulties. *Gait Posture.* 2016;44:7–11.

Monticone M, Ambrosini E, Laurini A, Rocca B, Foti C. In-patient multidisciplinary rehabilitation for Parkinson's disease: A randomized controlled trial. *Mov Disord.* 2015;30(8):1050–1058.

Munsell EGS, Bines K, Foster E, Rafferty M. Applying PEOP to develop an intervention framework for employment in Parkinson's disease. *OTJR.* 2024;44(3):511–520.

Okuyama K, Matsuo Y. Effects of a rollator on fall prevention in community-dwelling people with Parkinson's disease: A prospective cohort study. *Clin Park Relat Disord.* 2023;8:100190.

Parkinson's Foundation. Assistive technology & devices: Activities of daily living resources. *Parkinson.org*; access 2026.

Phuenpathom W, Sringean J, Phumphid S, et al. From clutter to confidence: Home environmental triggers and adaptive solutions for freezing of gait in Parkinson's disease. *J Neural Transm (Vienna).* 2025.

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

E-mail/sito web:

Via Angelo Emo 144, 00136 Roma

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



Read J, Cable S, Bartl G, Löfqvist C, Iwarsson S, Schrag A. The lived experience of caregiving and perception of service provision among family caregivers of people with late-stage Parkinson's disease. *Parkinsons Dis.* 2023;2023:4483517. doi:10.1155/2023/4483517.

Sadural A, MacDonald J, Johnson J, Gohil K, Rafferty M. Occupational therapy for people with early Parkinson's disease: A retrospective program evaluation. *Parkinsons Dis.* 2022;2022:1931468. doi:10.1155/2022/1931468.

Sanchez-Luengos I, Balboa-Bandeira Y, Lucas-Jiménez O, et al. Effectiveness of cognitive rehabilitation in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *J Pers Med.* 2021;11(5):429. doi:10.3390/jpm11050429.

Sturkenboom IHW, Thijssen MCE, Gons-van de Elsacker JJ, et al. [Occupational Therapy in Parkinson's Disease; a Guideline from the Dutch Association of Occupational Therapy]. Utrecht/Den Haag: Ergotherapie Nederland/Uitgeverij Lemma; 2008. Dutch.

Sturkenboom IHW, Hendriks JCM, Graff MJL, et al. Economic evaluation of occupational therapy in Parkinson's disease: A randomized controlled trial. *Mov Disord.* 2015;30(8):1059–1067.

Sturkenboom IHW, Graff MJL, Hendriks JCM, et al. Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: A randomized controlled trial. *Lancet Neurol.* 2014;13(6):557–566.

Taheri A, Mousavi ST, Dalvand H, Almasi-Hashiani A. Effectiveness of cognitive orientation to daily occupational performance in Parkinson's disease: A case report. *J Mod Rehabil.* 2023;17(3):343–348.

Taximaimaiti R, Luo X, Wang XP. Pharmacological and non-pharmacological treatments of sleep disorders in Parkinson's disease. *Curr Neuropharmacol.* 2021;19(12):2233–2249.

Tenison E, Lloyd K, Ben-Shlomo Y, Henderson E. Operationalizing goal setting as an outcome measure in trials involving patients with frailty, multimorbidity or complexity. *Contemporary Clinical Trials Communications*, Volume 43, 2025, 101411, ISSN 2451-8654

Terrens AF, Taylor NF, Lewis A, Harding K, Morris ME. Non-Pharmacological and Non-Surgical Management of Parkinson's Disease: A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines. *Mov Disord Clin Pract.* 2025 Dec 26. doi: 10.1002/mdc3.70453. Epub ahead of print. PMID: 41452535.

Tofani M, Ranieri A, Fabbrini G, Berardi A, et al. Efficacy of occupational therapy interventions on quality of life in patients with Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Mov Disord Clin Pract.* 2020;7(8):891–901.

Welsby E, Berrigan S, Laver K. Effectiveness of occupational therapy intervention for people with Parkinson's disease: Systematic review. *Aust Occup Ther J.* 2019;66(6):731–738.

World Health Organization. Package of interventions for rehabilitation: Module 3: Neurological conditions. Geneva: WHO; 2023. ISBN: 9789240071131.

■

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

E-mail/sito web:

Via Angelo Emo 144, 00136 Roma

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it