Highlights

- LA SOLITUDINE DELL'ANZIANO. UN IMPEGNO FORTE PER AIP
- VINCITORI E VINTI. CHI HA IL DIRITTO DI DECIDERE SULLA VITA DI CIASCUNO DI NOI?
- I RISULTATI DELLA SURVEY AIP-SIGG SUL PAZIENTE CON DEMENZA "TERMINALE" RICOVERATO IN OSPEDALE: TRA PROFESSIONALITÀ, ETICA E MEDICINA DIFENSIVA
- LA DIAGNOSI DI DEMENZA NELLE PERSONE AFFETTE DA DISALIBILITÀ INTELLETTIVA: IL DIRITTO DI SAPERE, NON L'OBBLIGO DI SAPERE
- LA DEPRESSIONE, UNA SCOMODA COMPAGNA DI VIAGGIO DELLA MALATTIA DI PARKINSON
- TECNICALITÀ, ETICITÀ, SIGNIFICATO DEL LIMITE E PROSSIMITÀ RESPONSABILE NEI MESSAGGI DI PAPA FRANCESCO
- MEDICO DEL CORPO, MEDICO DELLA MENTE
- ELABORAZIONE DEL LUTTO IN TARDA ETÀ: IDENTITÀ E DIVERSITÀ TRA DIFFERENTI GENERAZIONI
- IL CONTRIBUTO DELLA TERAPIA OCCUPAZIONALE: PROFESSIONE A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE
- LA NARRAZIONE COME NUOVO STRUMENTO PER INTERPRETARE LA DEMENZA: UN CASO CLINICO
- STUDIO COMPARATIVO TRA LA TECNICA CONVENZIONALE E LA COMUNICAZIONE NEL "REAL WORLD" SU UN CAMPIONE DI ANZIANI AFFETTI DA DEMENZA DI ALZHEIMER
- RECENSIONI
- POESIA

Psicogeriatria

Direttore Editoriale

Marco Trabucchi

Comitato Editoriale

Diego De Leo
Giovanna Ferrandes
Nicola Ferrara
Alessandro Padovani
Umberto Senin

Coordinatore Comitato Scientifico

Luigi Ferrannini

Segreteria di Redazione

Angelo Bianchetti
Vincenzo Caronico

Comitato Scientifico

Roberta Annicchiarico
Raffaele Antonelli Incalzi
Fabrizio Asioli
Matteo Balestrieri
Giuseppe Barbagallo
Luisa Bartorelli
Giuseppe Bellelli
Carlo Adriano Biagini
Enrico Brizioli
Amalia Cecilia Bruni
Mattia Brunori
Carlo Caltagirone
Fabio Cembrani
Alberto Cester
Antonino Cotroneo
Pierluigi Dal Santo
Luc Pieter De Vreese
Fabio Di Stefano
Babette Dijk
Andrea Fabbo
Bianca Farace
Giuseppe Fichera
Marino Formilan
Domenico Foti
Lodovico Frattola
Pietro Gareri
Marcello Giordano
Guido Gori
Antonio Guaita
Ester Latini
Cristian Leorin
Daniela Leotta
Giancarlo Logroscino
Elena Lucchi
Maria Lia Lunardelli
Albert March
Niccolò Marchionni
Massimiliano Massaia
Patrizia Mecocci
Fiammetta Monacelli
Alessandro Morandi
Enrico Mossello
Leo Nahon
Gianfranco Nuvoli
Luigi Pernigotti
Elvezio Pirfo
Nicola Renato Pizio
Giuseppe Provenzano
Paolo Francesco Putzu
Renzo Rozzini
Michaela Santoro
Francesco Scapati
Osvaldo Scarpino
Luca Serchisu
Carlo Serrati
Sandro Sorbi
Anna Laura Spinelli
Francesca Tesi
Claudio Vampini
Flavio Vischia
Orazio Zanetti
Giovanni Zuliani

QUADRIMESTRALE
ANNO XIII
NUMERO 1
GENNAIO-APRILE 2018

Rivista ufficiale

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

PSICOGERIATRIA 2018; 1: 67-71

Il contributo della terapia occupazionale: professione a favore delle persone anziane

YANN BERTHOLOM[1,3], GIOVANNA CAIATA-OLGIATI[2], MARY ARDIA[2], CHRISTIAN POZZI[2,3]

[1] Terapista Occupazionale c/o Il Paese di Oz - Centro abilitativo per l'età evolutiva - Anfass Trentino Onlus, Trento
[2] Terapista Occupazionale - Scuola Universitaria Professionale Svizzera Italiana (SUPSI-DEASS)
[3] Società Italiana Terapia Occupazionale SITO

christianpozzi81@libero.it

Opere di Marta Gravante (Cremona), Cartoncino e Pennarello, 2016.

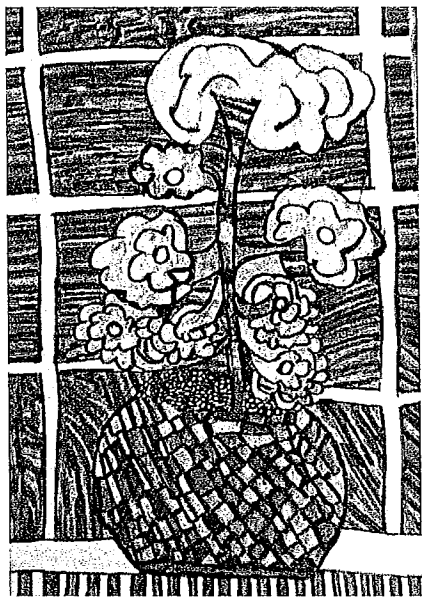
La persona anziana porta con sé la continuità del proprio essere e del proprio fare anche nella sfida di una realtà impregnata di fragilità[1] e rischi, di limitazioni e imprevisti. Ogni persona anziana ha avuto il proprio percorso che ha nutrito la sua situazione attuale con le responsabilità più o meno intraprese. Per esempio nel Modello ecologico (Richard L. et al., 2013) le modalità di vivere il proprio invecchiamento variano a seconda delle molteplici situazioni quotidiane, dallo stato sociale ed economico, dal genere, dal luogo e dall'ambiente di vita. Gli avvenimenti positivi o negativi che ritmano il corso normale dell'esistenza e ogni traiettoria di vita è stato modellato in un ambiente culturale da condizioni socio-economiche, dalla carriera professionale, dallo stato di salute, dalle dinamiche famigliari e di amicizia.

Divenire consapevoli tempestivamente che la vita può essere l'occasione di prendersi a carico diventa un'opportunità di preparazione continua in un processo di coinvolgimento esperienziale.

Modificare il proprio stile di vita in un'ottica salutogenica (Simonelli I. e Simonelli F., 2010) valorizza il proprio Io trovando le risorse e le capacità per una riconversione produttiva, fruttuosa anche nell'età avanzata. Si può facilmente comprendere che la virtù del guardare lontano, vedere e vedersi oltre, è uno sviluppo interiore che comporta un ascoltarsi recettivo. Attraverso il mondo interiore ogni persona è in grado e ha la possibilità di crescere con creatività anche quando subentra, per esempio, l'isolamento sociale o dove la situazione porta a delle sotto stimolazioni che tolgono il gusto di partecipare al vivere e al condividere. L'esperienza valorizzante e riflessiva aiuta a comprendere e a comprendersi in una dinamica positiva. I valori e gli ideali sono portatori di motivazioni che aiuta-

1 La fragilità nell'anziano - Linea guida: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Fragilita_anziano_2013.pdf

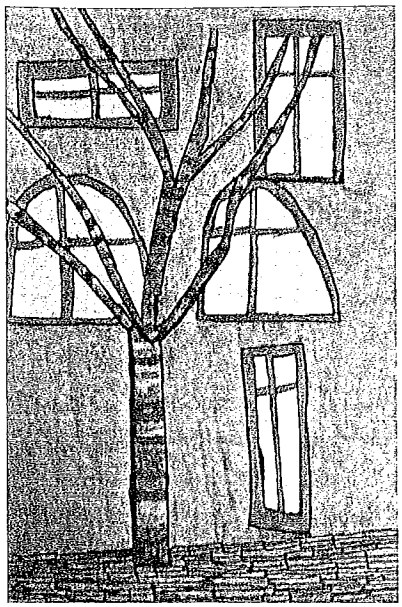
no a realizzare, qualificandone, la qualità di vita e il benessere generale. Ciò trasforma, converte in vera e significativa l'azione di qualsiasi genere che si compie e/o si vuol portare a termine, e non solo, ma anche nelle novità e nei progetti.
Quindi l'approccio salutogenico può costituire una base teorica per la promozione della salute in un continuum confronto di salute-malattia nella sua globalità per far sì che la persona possa diventare sempre di più protagonista del proprio progetto di salute.
La considerazione della geriatria moderna insegna che l'accompagnamento della persona anziana passa da un'attenta analisi multidimensionale in cui rientrano sia aspetti medici che psicologici, cognitivi e funzionali, sociali, personali (Pozzi C. e Bertholom Y., 2015) e spirituali che mostrano quanto sia indispensabile per il/la terapista avere una visione olistica-umanistica sulla complessità (Benkirane R., 2007) della persona in una relazione terapeutica di incontro e di fiducia.
Di conseguenza ogni approccio salutogenico, educativo, preventivo, riabilitativo si inserisce bene anche con le cure palliative completandole efficacemente nell'invecchiamento. Ugualmente il concetto di *healing* implica un processo di adattamento, un venire a patti con le cose e gli eventi così come sono, far amicizia con esse, non cercando di trovare altri stati d'animo, ma scoprendo le risorse interne profonde che si possono utilizzare, per trasformarle in un processo di consapevolezza che ha effetti immediati sulla salute e il benessere[2].
Spendendo due parole sulle cure palliative, è utile ribadire che l'accento passa dal "*to cure*" al "*to care*"; questo approccio sensibile e accogliente dell'*essere* interiore che porta ad *esserci* nel prendersi cura con empatia e fiducia, coinvolgendo e collaborando insieme alla persona e alla sua famiglia.
Il terapista occupazionale (TO)[3] deve tener conto della fragilità e della solitudine dell'anziano che si interpongono fra storia di vita e di malattia. Mette in evidenza le aspettative della persona e dell'ambiente famigliare e sociale nella realtà fattibile per assaporare le cose che fanno star bene, al dare valore alle piccole cose, che danno significato agli affetti e a quanto succede.



La Terapia occupazionale ha da sempre conosciuto questo intreccio nell'affrontare con le persone i problemi quotidiani, accrescere l'autonomia e la voglia di vivere, accompagnare nei bisogni, nei desideri, nel mantenere i ruoli, nell'adattare il luogo di vita. Ridare identità e far sentire che per noi terapisti è una persona innanzitutto, come pure per se stessa, affinché si senta ancora qualcuno che agisce, che decide, che vive dei momenti pieni e veri, autentici anche nella brevità della vita (quando il quadro sintomatologico impedisce di compiere attività dispendiose dal punto di vista energetico o che potrebbero aggravare ulteriormente lo stato di salute già precario) (Latini C.M., 2015).
La persona è al centro del suo processo terapeutico così da accrescere la possibilità di compartecipare attivamente al raggiungimento degli obiettivi. Per il TO la relazione è indispensabile e questa accompagna, valuta i compiti, anticipa le eventuali complicazioni, sostiene la motivazione, aiuta a conservare le relazioni importanti, allena azioni e compiti, favorisce strategie e compensazioni e adatta l'ambiente, affinché la persona possa mantenere e agire le proprie responsabilità in una performance occupazionale. Il profilo di competenze del TO include anche la capacità

2 http://www.mindful.org/the-healing-power-of-mindfulness/

3 Il terapista occupazionale (TO) è il termine utilizzato in Italia e nei paesi anglofoni che corrisponde al termine di ergoterapista (ET) usato in Svizzera e in altri paesi europei. Deriva dal termine greco *ergein* (fare, lavorare, agire). Nel testo verranno usate entrambe le denominazioni.



di misurare i risultati in termini di soddisfazione nel coinvolgimento.

Naturalmente non possiamo solo soffermarci sulla persona con i suoi bisogni e desideri, mantenere e/o ritrovare l'indipendenza perché ogni persona è inserita in un contesto fisico e sociale comprendenti risorse e limiti. Soprattutto il TO deve poter lavorare in un processo consultativo e collaborativo interprofessionale (Ardia M. et al., 2016). Come viene descritto nel codice deontologico della World Federation dei terapisti occupazionali si riconosce la necessità di una collaborazione interdisciplinare e si rispettano gli specifici contributi di altri gruppi professionali (WFOT, 2004). Nel processo consultativo vi è sincronicità e accordo collaborativo interprofessionale, si elabora con la persona e i famigliari la struttura delle giornate, delle settimane per equilibrare attività/riposo ed economizzare le energie. Si apprendono strategie e tecniche per alleggerire il carico delle occupazioni durante la giornata, si insegnano a praticare delle misure ergonomiche individuali nelle mansioni per evitare dolori, sovraccarico e prevenire cadute, si allenano i compiti della vita quotidiana specifici, le funzioni cognitive (memoria, attenzione, concentrazione, problem solving, etc.). Si incoraggia la ripresa di attività di piacere quali hobby/sport o a sviluppare nuovi interessi nel qui-ora. Si propongono attività espressive-creative al fine di ritrovare uno spazio interiore personale e di comunicazione di sé per aumentare la fiducia e l'autostima (Ardia M. et al., 2016).

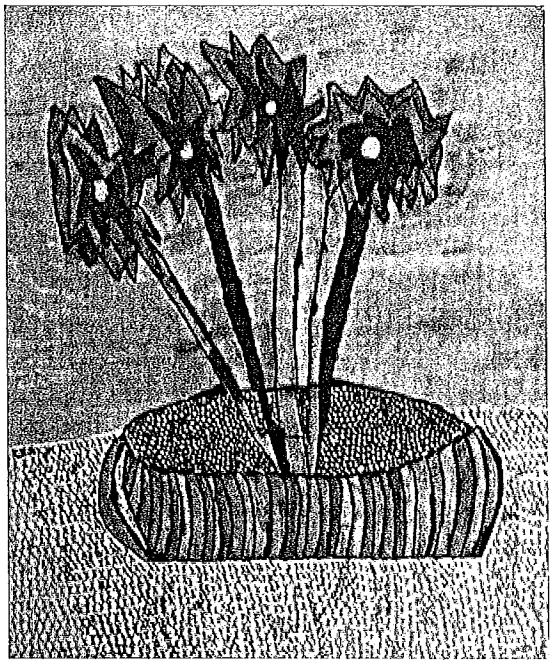
Come si può evincere la ricerca del giusto equilibrio tra persona, ambiente e occupazione è fondamentale per favorire il benessere degli individui in tutte le situazioni di normalità e in tutti i setting di cura, dall'acuzie alle Residenze Socio Assistenziali (RSA), fino al domicilio. In sintesi il Modello: Persona-Ambiente-Occupazione (PEO) di Mary Law (Law M. et al., 1996)[4] asseconda la visione olistica aiutando la persona stessa e il contesto famigliare/sociale a riconoscersi e orientarsi nel processo terapeutico in atto.

In concreto il terapista è tenuto a svolgere il ragionamento clinico tenendo conto delle evidenze scientifiche presenti in letteratura nell'ambito geriatrico.

La traduzione delle informazioni scientifiche è un processo a più stadi che comprende la raccolta, la valutazione, il riassunto e la condivisione del sapere scientifico riguardante un argomento specifico destinato ai fruitori finali. L'informazione migliore viene ricercata per ispirare la pratica, per fornire materiale da discutere con la persona e per determinare insieme l'applicazione delle conoscenze che vengono presentate. Di fatto l'istituto Canadese di Ricerca per la Salute definisce la "traduzione di conoscenze" (KT in inglese) come "un processo dinamico e interattivo che include la sintesi, la diffusione, lo scambio e un'applicazione delle conoscenze eticamente solida in grado di promuovere la salute, fornire servizi sanitari più efficaci e che produca e rafforzi il sistema sanitario" (2009). La KT è sempre stata un principio che si è integrato naturalmente negli obiettivi della pratica clinica di ogni terapista occupazionale attraverso la costante interazione con le persone e le loro famiglie (Baptiste S. et al., 2007).

---

4 La *persona* viene considerate con la sua storia (di vita prima che di malattia) e presa in carico attraverso una riabilitazione nell'agire, operando anche nell'ambito della prevenzione. L'*ambiente* è una variabile complessa, essendo costituito da fattori esterni fisici, temporali, politici, culturali, socio-economici, che influenzano, strutturano, favoriscono o limitano la performance occupazionale o l'autonomia. Oltre alle concrete modifiche ambientali, uno dei fattori più importanti e delicati è il caregiver (formale o informale), considerato nella sua unicità e con le sue competenze; viene incluso attivamente nel processo di cura e aiutato ad adattare le strategie assistenziali, nel rispetto dei diversi valori antropologici e culturali. L'*occupazione* deve risultare significativa e importante per la persona, in continuità e connessione con la sua storia di vita, adattata alle sue risorse fisiche e cognitive e alle finalità riabilitative.



Valutate le ampie e solide basi scientifiche, va ribadito l'importanza che all'interno di ogni équipe riabilitativa ci sia la figura del Terapista Occupazionale. Le sue specifiche conoscenze possono contribuire ed arricchire il team implementando l'umanizzazione e l'interdisciplinarietà della presa a carico. Inserito nei percorsi diagnostico-terapeutici, le sue competenze possono favorire la continuità di cura negli snodi cruciali della Rete dei Servizi, accompagnando l'anziano e la sua famiglia nei faticosi adattamenti e modifiche della routine di vita dovuti a traumi e malattie. Queste riflessioni dovranno servire allo staff per iniziare a definire una teoria dell'assessment, con la finalità di individuare dei progetti terapeutici davvero individualizzati e adatti ad ogni livello di sofferenza della singola persona.
La Terapia Occupazionale, quindi, è una "potente" disciplina terapeutica: prevenendo la deprivazione occupazionale (perdita completa dell'agire, con graduale ed inesorabile isolamento sociale) e la conseguente deprivazione sensoriale, evita o riduce la dipendenza assistenziale, andando ad incidere, direttamente o indirettamente, anche sul carico economico ad essa connesso.
La Terapia Occupazionale si avvale di modelli concettuali rigorosi dal punto di vista scientifico, ma flessibili dal punto di vista pratico: il processo terapeutico parte da un colloquio incentrato sulla narrazione della propria storia di vita e occupazionale per poi passare attraverso il ragionamento clinico, al core della terapia occupazionale: dalla valutazione alla successiva riabilitazione dell'occupazione. Questo si esplicita nel recupero e/o nel rinforzo di "un gruppo di attività che hanno un significato personale, sono importanti in una cultura e supportano il soggetto a partecipare in uno specifico ambiente sociale" (Whiteford G.E., 2010).
"L'occupazione è sempre inserita e interpretata all'interno di un contesto dato" (Whiteford G.E., 2010). Questa affermazione ci porta a mettere l'accento, in conclusione, su uno dei temi cardini della Terapia Occupazionale: l'occupazione non può assumere significato nel "vuoto", ossia in uno spazio non reale o artificiale, ma deve essere sempre inserita e incorporata in vari tipi di ambienti simultaneamente (Whiteford G.E., 2010).
Il TO non solo diventa un esploratore delle competenze della persona, ma la accompagna, nel suo potenziale maieutico, a ricercare dentro di sé per "tirar fuori" le risorse e le capacità nel ricrearsi. Ciò permette di trovare e/o ritrovare quelle energie necessarie per la risoluzione dei problemi legati alle occupazioni della persona.

Bibliografia

Ardia M, Boffelli L, Caiata-Olgiati G, Capra B, Di Serio C, Ferrari F, Kunz O, Ardia M, Boffelli L, Caiata-Olgiati G, Capra B, Di Serio C, Ferrari F, Kunz O, Stock-Bernasconi K, Vukic T, Wangler K. Ergoterapia e oncologia/oncoreha. Dal *to cure* al *to care*. Affrontare i problemi quotidiani, accrescere l'autonomia e la voglia di vivere, accompagnare nei bisogni, desideri, mantenere i ruoli, adattare il luogo di vita. Poster presentato alla Lega Contro il Cancro. Ticino 2016.

Baptiste S, Cramm H, White C. KT and OT: A context for knowledge translation for occupational therapy. OT Now. Vol.13.6, CAOT Publications, Ottawa 2007. pp.24-26.

Benkirane R. La teoria della complessità. Bollati Boringhieri, Torino 2007.

Latini CM. Il bisogno occupazionale nel fine della vita. Quando un terapista occupazionale diventa palliativista. Giornale Italiano Terapia Occupazionale, n.15, 2015.

Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Ap-

proach to Occupational Performance. Canadian Journal of Occupational Therapy. 1996 Apr;1(63):9-23.

Pozzi C, Bertholom Y. Migliorare la pratica. Giornale Italiano Terapia Occupazionale, n. 13, 2015.

Richard L, Barthélémy L, Tremblay M-C, Pin S, Gauvin L. Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés: modèle écologique. Giude d'aide à l'action franco-québécois. coll. Santé en action. Inpes, Saint-Denis 2013, p. 112.

Simonelli I, Simonelli F. Atlante concettuale della salutogenesi (modelli e teorie di riferimento per generare salute). Franco Angeli, Milano 2010.

WFOT - Codice Deontologico Federazione Mondiale dei Terapisti Occupazionali, 2004.

Whiteford GE. Occupation in context. In Turner A. et al (eds) Occupational Therapy and physical dysfunction- Enabling Occupation. Churchill Livinstone-Elvesier, Stratford, UK 2010. Pp. 135-147.