

Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN TERAPIA OCCUPAZIONALE
PRESIDENTE: *Ch.mo Prof. Paolo Bonaldo*

TESI DI LAUREA

IL TERAPISTA OCCUPAZIONALE A DOMICILIO CON L'ANZIANO FRAGILE: INDAGINE ESPLORATIVA DEL BISOGNO PRESSO L'U.O.S. DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA – OSPEDALE TERRITORIO DEL DISTRETTO 1 DI VENEZIA (ULSS 3)

(The occupational therapist at home with the frail elderly: Exploratory survey of need at the
U.O.S. di Medicina Fisica e Riabilitativa – Ospedale Territorio del Distretto 1 di Venezia
ULSS 3)

RELATORE: T.O. Dott. Francesco Favero

LAUREANDO: Ft Dott.ssa Rachele Mazzo

Anno Accademico 2021/2022

“Non chi comincia ma quel che persevera”

Motto della Nave Scuola Amerigo Vespucci

Al nonno Amedeo, che mi ha trasmesso l'amore per Venezia, la nostra città.

Indice

Riassunto	1
Abstract	2
Introduzione	3
Capitoli	
1. L’invecchiamento della popolazione e l’anziano fragile	4
1.1 L’invecchiamento della popolazione.....	4
1.2 L’anziano fragile e la perdita dell’autonomia.....	5
2. La Terapia Occupazionale con l’anziano fragile	7
2.1 Definizione di Terapia Occupazionale	7
2.2 Il core-competence del terapeuta occupazionale attraverso i modelli	7
2.3 Il processo di intervento di Terapia Occupazionale con l’anziano fragile.....	10
2.4 Gli interventi evidence-based: tra invecchiamento produttivo e fragilità.....	15
2.4.1 L’autonomia nelle ADL e IADL	17
2.4.2 L’efficacia nella partecipazione dell’anziano fragile.....	19
2.4.3 Il ruolo del terapeuta occupazionale nel rientro a domicilio dell’anziano fragile	20
3. Il contesto di riferimento: Venezia Centro Storico	22
3.1 Persona	22
3.2 Ambiente	22
3.3 Occupazione	25
4. L’indagine esplorativa – Materiali e Metodi	28
4.1 Organizzazione dello studio	28
4.1.1 L’indagine del bisogno occupazionale nell’anziano fragile a Venezia	29
4.1.2 Il questionario per i fisioterapisti.....	30
4.2 Descrizione e selezione del campione	30
4.3 Procedura e raccolta dati.....	31
4.3.1 Prima selezione.....	31
4.3.2 Seconda selezione.....	32
4.4 Risultati intervista agli utenti del servizio di riabilitazione domiciliare.....	32
4.5 Risultati questionario dei fisioterapisti	37
4.6 Discussione.....	40
4.7 Limiti dell’indagine esplorativa.....	43
5. Confronto tra due realtà domiciliari in Veneto e proposta di inserimento del terapeuta occupazionale presso l’U.O.S. M.F.R. – Ospedale Territorio – Distretto 1 Venezia (ULSS 3)	44
5.1 Il ruolo del Distretto nella continuità assistenziale presso le ULSS del Veneto.....	44
5.2 Il servizio di riabilitazione domiciliare: confronto tra due realtà in Veneto.....	44

5.2.1 Casistica.....	46
5.2.2 Progetto riabilitativo e organizzazione degli interventi.....	46
5.3 Proposta inserimento nel servizio di riabilitazione domiciliare del Distretto 1.....	47
5.3.1 Raccomandazioni nella presa in carico dell’anziano fragile	47
5.3.2 Ipotesi di presa in carico	48
5.3.3 Strumenti di valutazione e indicatori di esito	49
5.3.4 Trattamento per ADL/IADL/partecipazione sociale	50
5.3.5 Valutazione ausili	51
5.3.6 Valutazione Ambientale	52
5.4 Punti di forza/debolezza del servizio di terapia occupazionale a domicilio	52
6. Conclusioni	53
BIBLIOGRAFIA.....	54
Allegato 1	57
Allegato 2	58
Allegato 3	60

Riassunto

Introduzione: Data la particolarità del contesto veneziano, in cui l'anziano che affronta la progressiva perdita dell'autonomia si trova a invecchiare in un ambiente ostile, soprattutto per gli aspetti legati alla mobilità, ho ipotizzato che, date le competenze specifiche del terapeuta occupazionale nel rilevare il bisogno relativamente alle occupazioni e nel rapporto dell'ambiente con la persona, questa figura possa agevolare l'identificazione e il soddisfacimento dei bisogni occupazionali degli anziani presi in carico dal servizio di riabilitazione domiciliare del Distretto 1 dell' ULSS 3 (U.O.S. di Medicina Fisica e Riabilitativa – Ospedale Territorio). Mi sono quindi chiesta se l'attuale servizio stia rispondendo all'interazione negativa dell'anziano con il suo ambiente di vita e con quali risposte in termini di autonomia nelle ADL/IADL.

Obiettivo: Effettuare un'indagine esplorativa per valutare il bisogno occupazionale dei soggetti anziani presi in carico dal servizio del Distretto 1 di Venezia, se questi bisogni vengano identificati e presi in carico dai professionisti del team, con quali strumenti e risultati, al fine di progettare una proposta di inserimento del terapeuta occupazionale presso il servizio preso in esame.

Materiali e metodi: È stata creata appositamente un'intervista, basata su strumenti presenti in letteratura, somministrata telefonicamente ad un gruppo di utenti anziani presi in carico dal servizio nel periodo tra Settembre 2021 e Luglio 2022, selezionati secondo dei criteri di inclusione ed esclusione definiti in precedenza, per indagare il bisogno occupazionale rispetto ad alcune ADL e IADL. È stato inoltre creato un questionario anonimo rivolto ai terapisti per indagare come avviene la presa in carico e il trattamento dei bisogni relativi all'anziano fragile a domicilio. I dati raccolti sono stati successivamente elaborati. Per stilare una proposta di inserimento del terapeuta occupazionale, è stato analizzato il servizio di Terapia Occupazionale a domicilio presente nel territorio dell'ULSS 2, attraverso un tirocinio per tesi nel Distretto Sanitario di Silea (TV).

Risultati: Nonostante il campione analizzato sia ridotto (38 soggetti intervistati su 70 iniziali), i risultati acquisiti nell'intervista telefonica e nel questionario dei fisioterapisti indicano come in molti casi non vi sia una presa in carico puntuale dei bisogni dell'anziano attraverso un approccio *client-centred*. Inoltre, in molte occupazioni ritenute rilevanti dall'anziano non vi è una piena soddisfazione in relazione alla performance. Non è possibile definire se vi sia una chiara relazione tra la mancata presa in carico di alcune esigenze e l'insoddisfazione o la percezione di un ridotto stato di salute, tuttavia, questa prima indagine può porsi come base per definire come il *core-competence* del terapeuta occupazionale si inserisca con appropriatezza in un contesto particolare come quello di Venezia per favorire l'autonomia e la partecipazione dell'anziano fragile nelle ADL e IADL.

Abstract

Introduction: Considering the particular nature of the Venetian context, in which elderly people experiencing progressive loss of autonomy find themselves aging in a restrictive environment, especially in aspects related to mobility, I hypothesized that, given the specific skills of the occupational therapist in detecting the need concerning occupations and in the environment's relationship with the person, this figure might facilitate the identification and fulfillment of the occupational needs of elderly people being treated by the home rehabilitation service of ULSS 3 District 1 (U.O.S. di Medicina Fisica e Riabilitativa – Ospedale Territorio). So, I questioned if the current service is responding to the elderly's negative interaction with their living environment and what responses are provided in terms of autonomy in ADLs/IADLs.

Objective: Carry out an exploratory survey to assess the occupational needs of the elderly people taken care of by the Venice District 1 service, if these needs are identified and taken care of by the team professionals, what tools are used e what results are achieved, in order to design a proposal of insertion of the occupational therapist in the service under consideration.

Materials and method: A specific interview was created, based on tools found in the evidence's literature, carried out by telephone to a selected group of elderly users of the service, in the period between September 2021 and July 2022, to investigate the occupational needs respect to some ADLs and IADLs. An anonymous questionnaire was also created for the physiotherapists to investigate how the evaluation and treatment of the frail elderly's needs at home takes place. The collected data were subsequently processed. In order to project the insertion of an occupational therapist to the service, the home Occupational Therapy service of ULSS 2 area was analysed through an internship in the Health District of Silea (TV).

Results: Although the sample analysed is rather small (38 subjects interviewed out of 70), the results acquired in the telephone interview indicate that in almost all cases there is not careful into account of the needs of the elderly through a client-centred perspective. Furthermore, in many occupations considered relevant by the elderly person there is not full satisfaction in relation to performance. It's impossible to define whether there is a clear relationship between the failure to take charge of some needs and dissatisfaction or the perception of a reduced quality of life, however, this first survey can be used as a basis for defining how the core-competence of the occupational therapist fits in appropriately in a particular context such as city of Venice to promote the autonomy and participation of the frail elderly in ADLs and IADLs.

Introduzione

Durante un tirocinio presso il Distretto 1 dell'ULSS 3 Serenissima, nel mio precedente percorso di studio e in Fisioterapia, ho avuto l'opportunità di entrare in diverse abitazioni veneziane, potendomi interfacciare a molteplici realtà. Spesso si trattava di persone anziane, fragili, la cui condizione clinica si scontrava con un ambiente in molti casi "ostile" per le proprie capacità residue, tale da accentuare la progressiva perdita di autonomia ed il conseguente rischio di isolamento sociale. Mi sono chiesta quale fosse la qualità di vita di queste persone e se effettivamente fosse possibile intervenire per favorirne l'autonomia.

Nel successivo percorso in Terapia Occupazionale, ho compreso il valore del *fare* e come l'occupazione dia significato al nostro vivere. Ho compreso come un ambiente ecologico, com'è il luogo di vita della persona, sia l'ambiente più idoneo per definire limiti e risorse del soggetto ma anche del suo contesto. Si intuisce il valore e il significato che la persona ripone nell'occupazione, ed è più semplice farle comprendere le opportunità che può fornire il percorso terapeutico di terapia occupazionale. Soprattutto con l'anziano, che spesso desidera invecchiare nella propria casa, risulta fondamentale l'intervento del terapeuta occupazionale per guidarlo ad un invecchiamento attivo, per favorire il mantenimento delle autonomie e la partecipazione nelle occupazioni quotidiane e nella società. Nonostante queste premesse, la figura del terapeuta occupazionale è ancora poco presente a livello domiciliare e nel territorio. In particolare, a Venezia è presente il servizio di riabilitazione a domicilio, ma il terapeuta occupazionale non è ricompreso nel team, implicando una possibile limitazione nell'individuazione del bisogno in termini di autonomia e partecipazione degli anziani fragili presi in carico dal servizio. Nel definire questo progetto di tesi mi sono quindi chiesta: in un contesto particolare come quello di Venezia, in cui l'anziano si trova ad invecchiare in un ambiente spesso sfavorevole, la figura del terapeuta occupazionale, con le sue competenze specifiche, potrebbe favorire l'individuazione e il soddisfacimento del bisogno occupazionale degli anziani fragili presi in carico dal servizio? Lo scopo del progetto è quindi condurre un'indagine esplorativa rispetto al bisogno occupazionale degli utenti anziani presi in carico dal servizio di riabilitazione domiciliare del Distretto 1 di Venezia, indagare come attualmente questo bisogno venga identificato e trattato ed ipotizzare una proposta di inserimento del terapeuta occupazionale presso questo servizio, prendendo spunto da un servizio di terapia occupazionale domiciliare già presente in Veneto, presso l'ULSS 2.

Cap. 1

L'invecchiamento della popolazione e l'anziano fragile

1.1 L'invecchiamento della popolazione

L'invecchiamento, come è ampiamente risaputo, è un tema che interessa l'intera popolazione mondiale e che sta portando delle ricadute sempre più tangibili nella vita delle persone e in tutti gli aspetti della società, si pensi ad esempio al mercato del lavoro, ai costi dell'assistenza sanitaria, alla gestione a livello familiare e ai legami intergenerazionali. Secondo l'**OMS** (Organizzazione Mondiale della Sanità), entro il 2030, 1 persona su 6 nel mondo avrà 60 anni o più, mentre la popolazione mondiale di età pari o superiore a 60 anni quasi raddoppierà passando dal 12% nel 2015, al 22% nel 2050, superando quella giovanile (WHO, 2015). In **Italia**, nel 2021, la **speranza di vita** alla nascita è stimata in **80,1 anni** per gli **uomini** e in **84,7 anni** per le **donne**. Nonostante la fase storica corrente caratterizzata dalla pandemia, con pesanti ricadute sulla sopravvivenza delle persone anziane, la percentuale della popolazione ultrasessantacinquenne è in continuo aumento e costituisce il 23,8% della popolazione totale, contro il 23,5% dell'anno precedente (ISTAT, 2021).

La popolazione in **Veneto** presenta una struttura per età analoga a quella italiana: l'**indice di vecchiaia** (percentuale della popolazione in età 65 e più / popolazione in età 0-14) passa da 144,5 a 179,2 (209,1 % in provincia di Venezia). Crescono anche peso e consistenza delle classi più anziane: sono 1,1 milioni i residenti con più di 64 anni (+13,6% in Veneto e +11,9% in Italia) e i grandi anziani (con 85 anni e più) passano da 140 mila a 177 mila unità (+26,3% per il Veneto) (ISTAT, 2021). Nella tabella riferita al **Comune di Venezia**, territorio di interesse della tesi, si osserva come gli indicatori prevedano un'evoluzione della popolazione residente verso l'aumento dei soggetti ultrasessantacinquenni, in linea con l'invecchiamento della popolazione globale (Comune di Venezia, 2020).

COMUNE DI VENEZIA – SCENARIO MEDIANO PRINCIPALI INDICATORI STRUTTURALI – 1° GENNAIO 2020/2030				
Anno	Età media della popolazione (in anni)	Popolazione 0-14 anni (%)	Popolazione 15-64 anni (%)	Popolazione 65 anni e più (%)
2020	48,7	11,2	60,8	28,1
2021	48,8	11,0	60,9	28,1
2022	49,0	10,9	60,9	28,3
2023	49,1	10,7	60,8	28,5
2024	49,3	10,6	60,8	28,7
2025	49,4	10,4	60,5	29,0
2026	49,5	10,3	60,3	29,4
2027	49,6	10,2	60,0	29,8
2028	49,7	10,2	59,6	30,3
2029	49,8	10,1	59,1	30,8
2030	49,9	10,2	58,5	31,4

1.2 L'anziano fragile e la perdita dell'autonomia

Dal momento che la condizione stessa dell'anzianità tende a muoversi nel tempo, gli indicatori tradizionalmente usati non si prestano allo scopo di definire realmente chi sia l'anziano. Questi indicatori, infatti, sono statici e non tengono in minimo conto il fatto che i parametri di sopravvivenza e le condizioni di salute mutano nel tempo (ISTAT, 2020). I cambiamenti che costituiscono e influenzano l'invecchiamento sono complessi e fortemente influenzati dall'ambiente e dai comportamenti della persona, quindi oltre a modificazioni biologiche, vi sono cambiamenti correlati al ruolo, alla posizione sociale e ai bisogni che hanno un peso non trascurabile nella qualità della vita della persona (WHO, 2015). Fino a qualche decennio fa, una persona che avesse superato i 65 anni veniva considerata "anziana", oggi invece, a causa della maggior speranza di vita, delle migliori condizioni di salute e di uno stile di vita più attivo, risulterebbe difficile ricorrere alla stessa definizione per tutti i soggetti over 65. Nonostante ciò, la quota di popolazione anziana che necessita di cura e assistenza non sembra destinata a ridursi, proprio a causa del crescente invecchiamento generale (ISTAT, 2019) e della maggior presenza di soggetti ritenuti fragili.

Fragilità significa che vi è un precario equilibrio tra i fattori che mantengono lo stato di salute e i deficit che la minacciano. Questo equilibrio può essere interrotto anche da minimi eventi stressanti. Lo stato di vulnerabilità risulta in un declino età correlato in molti sistemi fisiologici e in un aumento delle problematiche croniche. **Cronicità** e **multimorbilità** hanno un impatto negativo sui **livelli di autonomia** nelle attività di base della vita quotidiana (B-ADL: attività quotidiane di base) e, soprattutto, sulla **qualità di vita**, in particolare tra i soggetti più anziani che sperimentano limitazioni nell'attività fisica e perdita di funzionalità. Nonostante questa condizione di vulnerabilità, molte di queste persone desiderano vivere nell'indipendenza (De Coninck et al., 2017).

In **Italia**, il 44,2% delle persone di 65 anni e più con gravi difficoltà dichiara di non avere adeguati ausili o assistenza. Una parte riferisce di avere bisogno di ausili perché non ne dispone o perché non sono sufficienti quelli che già possiede, una quota superiore dichiara invece una carenza di assistenza perché non ne usufruisce o perché avrebbe bisogno di maggior sostegno (ISTAT, 2019). La **famiglia** resta il principale sostegno cui possono far ricorso le persone anziane per l'assistenza nella quotidianità, anche se la rete di aiuti familiari e quella di aiuti informali hanno subito nel tempo un forte ridimensionamento. Chi vive solo compensa l'assenza del sostegno di familiari conviventi con un maggior ricorso agli aiuti a pagamento, in particolare alla figura del cosiddetto "badante".

Difficoltà nelle ADL (percentuale over 65 anni)		Difficoltà nelle IADL (percentuale over 65 anni)	
Fare il bagno/doccia da soli	9,8 %	Attività domestiche pesanti	25,7 %
Vestirsi e spogliarsi	6,7 %	Fare la spesa	15,3%
Sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia	6,3 %	Attività domestiche leggere	12,7%
Usare i servizi igienici	5,7%	Gestire le risorse economiche	10,7 %
Mangiare da soli	3,5%	Preparare i pasti	10,7 %
Fonte: Report ISTAT - Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia (2021)			

La presenza di problemi di salute e la perdita di autonomia determinano un aumento dei consumi sanitari degli anziani, in particolare **dopo i 75 anni**, in cui circa un terzo di questi soggetti presenta una grave **limitazione dell'autonomia**, con tassi di ricorso a medici specialisti e ricoveri ospedalieri circa 1,5 volte più elevati della media. Aumenta in maniera significativa anche la domanda di prestazioni di riabilitazione, in particolare in presenza di severe difficoltà nelle attività di cura della persona. Una durata della vita più lunga sembra essere quindi associata ad un carico maggiore per il sistema sanitario, proprio a causa della presenza sempre maggiore di **soggetti non autosufficienti**, che necessitano di assistenza (ISTAT, 2019). Mantenere la funzionalità non è solo importante per vivere indipendentemente, ma riduce anche il carico assistenziale ed emotivo del caregiver ed influenza il benessere di entrambi (De Coninck et al., 2017). Valutare il **livello di autonomia** degli anziani nelle attività quotidiane di cura della persona risulta quindi fondamentale per fornire un contributo conoscitivo per la definizione di adeguate politiche sociosanitarie. La scarsa autonomia in almeno un'attività di cura personale riguarda quasi un quinto degli anziani di 75 anni e più (18,3%) e oltre un terzo degli ultra-ottantacinquenni (37,2%) (ISTAT, 2019).

Come vedremo, la figura del **terapista occupazionale** gioca un ruolo determinante nell'individuare e trattare i fattori che favoriscono o limitano il mantenimento dell'autonomia della persona anziana. Lo scopo dell'intervento non è di risolvere le problematiche relative a funzioni e strutture corporee, ma ottenere il miglior livello possibile in termini di qualità di vita e di partecipazione, nonostante la condizione clinica della persona (Ceriotti, 2018), anche agendo sulla persona prima che si raggiunga una situazione di perdita dell'autonomia nelle proprie occupazioni quotidiane.

Cap. 2

La Terapia Occupazionale con l'anziano fragile

2.1 Definizione di Terapia Occupazionale

La terapia occupazionale è una professione sanitaria riabilitativa **centrata sulla persona** (*client-centred*) che si occupa di promuovere la salute e il benessere attraverso l'uso terapeutico dell'**occupazione** (WFOT, 2012). I terapeuti occupazionali raggiungono questo risultato sfruttando la loro conoscenza della relazione transazionale tra le persone, il loro coinvolgimento nelle occupazioni significative ed il contesto, per progettare **piani di intervento basati sull'occupazione** (Framework, 2022): o abilitando le persone a svolgere attività che incrementino la loro capacità di partecipare o modificando l'ambiente in modo da favorire la partecipazione. (Cunningham, Piergrossi, 2006). Le occupazioni sono "l'insieme delle attività significative per il proprio contesto culturale, adeguate all'età, scelte, organizzate e svolte da ogni individuo per provvedere a sé stesso, provare gioia nel vivere e contribuire alla vita economica e sociale della comunità" (Canadian Association of Occupational Therapy, 1997). Includono quindi non solo ciò che le persone necessitano di fare, ma anche ciò che desiderano fare e che ci si aspetta che facciano, con il pieno coinvolgimento della persona (Framework, 2022). Tutte le occupazioni possono essere incluse in **tre sfere** della vita di ogni giorno: la cura di sé, la produttività ed il tempo libero.

- *Cura di sé*: attività che una persona svolge per la propria cura personale come mangiare, vestirsi, l'igiene e gli spostamenti;
- *Produttività*: comprende le attività che sono legate al ruolo sociale e/o economico della persona come il lavoro, lo studio, la scuola, le attività domestiche, ecc.;
- *Tempo libero*: riguarda quelle occupazioni che sono intraprese per il piacere della persona legate pertanto agli hobby, allo sport, alle uscite, ai viaggi, alla socializzazione, ecc.

2.2 Il core-competence del terapeuta occupazionale attraverso i modelli

In terapia occupazionale non ci sono protocolli ma **modelli di riferimento** che guidano il terapeuta nella pratica e nel ragionamento clinico per definire gli obiettivi e il setting di trattamento più idoneo (Schiavi M et al, 2022). Un modello, più semplicemente, è il collegamento tra teoria e pratica (Ghensi, 2018). In particolare, il modello di occupazione transazionale **OTIPM** (Occupational Therapy Intervention Process Model), delinea i passi del processo terapeutico restando ancorato ai fondamenti della terapia occupazionale, sottolineando quindi ciò che la rende differente da tutte le altre professioni sociosanitarie, il **focus sull'occupazione** in ogni fase: essa, infatti, può essere l'obiettivo della valutazione, lo scopo o il risultato previsto di un intervento (Fisher AG, 2013). L'**OTIPM**

inquadra l'occupazione come una risposta continua a elementi situazionali che si modellano a vicenda e definisce la **partecipazione** come coinvolgimento occupazionale, ovvero ciò che emerge quando si combina il fare con l'esperienza di valore in quel fare. Questo ci ricorda che non possiamo separare le persone dai loro contesti situazionali o dalle loro esperienze e porta in primo piano le influenze socioculturali, geopolitiche ed ambientali sull'occupazione (Ghensi, 2018). Questi concetti sottolineano quindi come la **partecipazione** dell'anziano alle proprie occupazioni dipenda sia dal valore che esso pone in quel fare, ma anche dal contesto in cui è inserito. A Venezia, come vedremo, il contesto ha un peso rilevante nell'essere barriera o facilitatore ed è perciò fondamentale che il professionista ne tenga conto. Questi concetti premettono al terapeuta di capire dove è direzionato l'intervento e guidano la pratica clinica, correlandosi ad un altro pilastro che guida il suo agire: la **pratica centrata sul cliente** (*client-centred*). Essere centrati sul cliente significa che le decisioni su quali approcci di intervento verranno utilizzati sono decisi in collaborazione con il cliente. Il terapeuta mostra rispetto per i clienti, li coinvolge nel processo decisionale, sostiene la soddisfazione dei loro bisogni, riconosce l'esperienza che essi hanno rispetto ai loro bisogni. **Gupta e Taff** (2015) ritengono che la pratica centrata sul cliente sia favorita da interventi *occupation-focused* (focalizzati sull'occupazione) nell'ambiente naturale di vita dello stesso (ecologicamente rilevante). Questo supporta la pratica della terapia occupazionale nel domicilio e intorno ad esso (Nielsen et al., 2019).

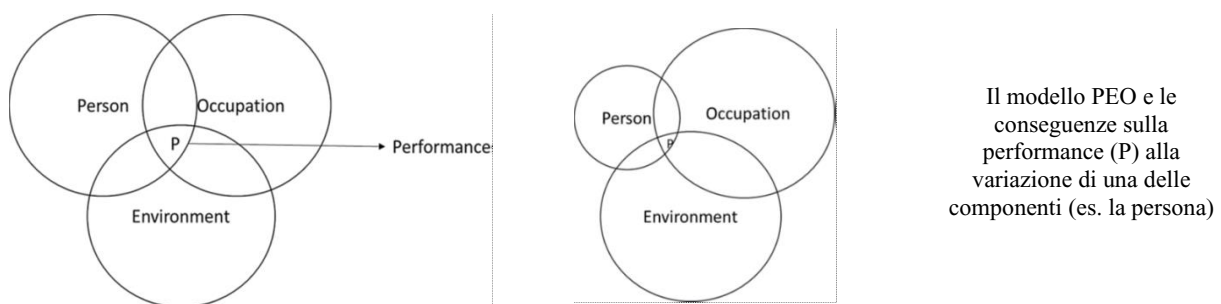
La **casa**, infatti, è il luogo in cui la maggior parte degli anziani desidera invecchiare partecipando alle occupazioni quotidiane. Una difficoltà nelle attività quotidiane può insorgere quando vi è una discrepanza tra le capacità personali e l'ambiente domestico (Liu, Chang WP, Chang MC, 2018), il terapeuta occupazionale con le sue specifiche competenze può individuare tale discrepanza, basandosi sulle necessità della persona come individuo unico (Schiavi M. et al., 2022). Poiché le persone si identificano con le loro occupazioni, non essere più coinvolti può causare un declino nella percezione dell'autoefficacia: preservare la capacità di svolgere le **attività della vita quotidiana** (ADL) diviene perciò fondamentale per gli anziani per godere di una buona qualità di vita. Diventare dipendenti dagli altri per svolgere le attività quotidiane è anche associato ad un maggior numero di visite mediche e a ricoveri più lunghi. In particolare, tale **dipendenza** è un fattore che contribuisce in modo significativo ai collocamenti a lungo termine nelle case di cura e all'**aumento dei costi sanitari**. L'identificazione e l'attuazione di interventi efficaci per aiutare gli anziani a mantenere l'indipendenza nelle **ADL** è fondamentale per alleviare il potenziale carico di assistenza sulle famiglie e per supportarli a vivere la vita al meglio delle loro possibilità (Liu, Chang WP, Chang MC, 2018). La terapia occupazionale può potenzialmente attenuare lo sviluppo e le conseguenze della fragilità valutando e affrontando in modo completo i **fattori individuali** e **ambientali** legati alla

partecipazione sociale e al funzionamento psicosociale e fisico degli anziani (Fritz et al., 2019). Non solo coinvolge la persona nello svolgimento dell'attività, ma anche semplicemente la rende partecipe e coinvolta in essa. L'esecuzione dell'occupazione può fornire un mezzo per il coinvolgimento; tuttavia, non è necessaria per il coinvolgimento stesso, riconoscendo che un individuo può essere coinvolto anche in un'occupazione passiva (Polatajko HJ, Townsend EA, Craik J, 2007).

Questo concetto è definito nel modello **CMOP-E** (Canadian Model of Occupational Performance – Engagement) come **engagement**. Nel modello si sottolinea l'importanza dell'impegno e della soddisfazione derivanti dal coinvolgimento della persona nell'occupazione, indipendentemente dalla capacità di svolgerla. (Maritan Y, Penna N, 2018). Coinvolgersi in occupazioni significative è un prerequisito fondamentale per una buona salute e il benessere, ed è la base della pratica della terapia occupazionale (Schiavi et al., 2022). Da questo concetto si è poi sviluppato il termine **enablement**, che potrebbe essere associato al significato di “mettere nelle condizioni di fare qualcosa” o “supportare l'agire della persona”, il processo attraverso il quale si facilita, si guida, si addestra, si educa, si suggerisce, si ascolta, si riflette, si incoraggia o, in qualunque altro modo, si collabora con le persone (Ianes, Polatajko, 2010), così che abbiano i mezzi e le opportunità di partecipare alla soluzione dei propri problemi e alle occupazioni che desiderano fare, devono fare o che la società si aspetta che facciano. Il terapeuta guida il cliente nella partecipazione in occupazioni con l'obiettivo di aiutarlo a migliorare la propria performance (Cunningham, Piergrossi, 2006).

Nel modello **PEO – P** (*Person Enviroment Occupation – Performance*), la **performance occupazionale** scaturisce dall'interazione dinamica tra persona, occupazione e ambiente (sia fisico e sociale). Anche questo modello sottolinea l'interdipendenza tra le componenti che influenzano la performance occupazionale e sottolinea come questa interazione non sia statica ma si modifichi nel tempo in base alle situazioni di vita del soggetto (Law et al., 1996). Questo modello concettuale è un ottimo strumento da utilizzare per favorire il recupero del massimo livello di autonomia della persona utilizzando al meglio le sue risorse. Esso spiega che il percorso riabilitativo deve necessariamente partire dall'**analisi delle caratteristiche dell'individuo**, inteso come essere fisico, emotivo e psicologico (“P”). Occorre poi analizzare le **occupazioni significative** per la persona (“O”) ed infine il **contesto** in cui le occupazioni vengono normalmente svolte (“E”). Se una di queste aree viene ridotta, si riduce anche l'intersezione con le altre, il che significa che la prestazione potrebbe non essere più possibile o potrebbe non essere soddisfacente per la persona (Law M et al. 1996). Ad esempio, la perdita di capacità funzionale e le limitate risorse adattive dell'anziano fragile in un contesto potenzialmente “ostile” come quello di **Venezia**, possono conseguentemente ridurre la performance e la partecipazione nelle attività quotidiane. Alla riduzione dell'area della **persona** (“P”),

che si verifica quando si manifesta un deficit e/o una malattia (si pensi all’anziano fragile), il modello sottolinea l'importanza di ampliare le altre aree (ambiente e occupazione) per consentire alla persona di mantenere le proprie prestazioni occupazionali e come per quanto possibile una routine soddisfacente (mantenere la **performance**). Ampliare l’area dell’**ambiente** (“E”), può significare eliminare barriere fisiche, favorire l’accessibilità (quindi agire sull’ambiente fisico) oppure educare e formare la popolazione a favorire l’accoglienza di una persona con disabilità, riducendo le difficoltà di integrazione sociale e favorendo la partecipazione (ambiente sociale). Per quanto riguarda le **occupazioni** (“O”), ampliare quest’area significa considerare altri modi per svolgere l’attività, utilizzare strategie o ausili o ancora, esercitarsi per svolgere l’attività in modo più efficiente ed efficace. Si sottolinea l’importanza di indirizzare le cure anche all’ambiente e all’occupazione, aree di cui spesso il Sistema Sanitario non tiene conto, concentrandosi principalmente alla risoluzione della patologia o al contenimento degli esiti, che risulta essere un elemento rilevante ma non l’unico per garantire alla persona una buona qualità di vita. (Schiavi M. et al, 2022)



È necessario, tuttavia, essere in grado di **identificare i bisogni della persona** utilizzando strumenti di valutazione e misure di esito. Valutare permette di monitorare i cambiamenti della persona e verificare l’efficacia dell’intervento. Inoltre, il trattamento si adatta alle caratteristiche della persona, ai suoi bisogni e desideri (Schiavi M. et al., 2022). Nel prossimo paragrafo vedremo gli strumenti maggiormente utilizzati dal terapeuta occupazionale durante il processo terapeutico per individuare i bisogni dell’anziano e per stabilire una buona relazione terapeutica.

2.3 Il processo di intervento di Terapia Occupazionale con l’anziano fragile

La pratica della terapia occupazionale deve essere *evidence-based* e per individuare le caratteristiche dell’intervento a domicilio con gli anziani, in particolare con l’anziano fragile, è stata effettuata una **revisione della letteratura** tramite l’utilizzo dei motori di ricerca **PubMed**, **OTseeker**, **Cochrane Library**, **Google Scholar**, e degli archivi digitali dell’**AOTA** (*American Occupational Therapy Association*) con le **parole chiave**: *Activities of Daily Living, Aged, Client-Centered Care, Discharge Planning, Environment, Elderly, Frail Elderly, Home-based Occupational Therapy, Home-based rehabilitation, Home-care services, Home-dwelling, Home Intervention, Home Visit, Occupational Therapy, Occupational Therapy at Home, Older adults, Participation, Personal Autonomy, Patient-*

centered Care, Pre-discharge Home Visit, Quality of Life, considerando gli articoli relativi all'argomento trattato, in particolare le revisioni, gli studi randomizzati controllati e le linee guida degli ultimi 10 anni. Dalla ricerca è emerso che in letteratura vi è una carenza di studi di qualità che riguardano la pratica rivolta agli anziani a domicilio, questo anche perché spesso gli interventi riguardano particolari casistiche che possono coinvolgere l'anziano, come Parkinson, esiti di ictus, ipovisus o problematiche croniche. In molti casi non vi è poi una chiara operazionalizzazione del concetto di “**fragilità**” (Fritz et al., 2019). In molti studi le sessioni erano troppo brevi per ottenere risultati significativi o duraturi, inoltre molti anziani che ricevono servizi a domicilio presentano molteplici problemi di salute cronici e possono presentare esigenze molto diverse in termini di trattamento. Di conseguenza, vista la complessità dei quadri clinici che possono presentarsi e vista la variabilità con cui viene definita la fragilità, risulta complesso stabilire una specifica tipologia di intervento maggiormente efficace (Nielsen et al., 2019).

Il **processo di terapia occupazionale** si traduce in una serie di sequenze e azioni che il terapeuta attua per promuovere la partecipazione della persona nelle attività quotidiane. (Maritan Y, Penna N, 2018). Prendendo in considerazione le indicazioni delle **linee guida AOTA** per l'invecchiamento produttivo (Leland, Elliott, Johnson, 2012) ed il modello **OTIPM**, è possibile definire il processo di intervento suddividendolo in più **fasi**, chiarendo i punti chiave nel processo terapeutico rivolto all'anziano a domicilio. Nello studio *RCT* di **Nielsen** (2019) riguardante un intervento *client-centred* rivolto ad anziani a domicilio, possiamo ritrovare una suddivisione in fasi pressoché sovrapponibile: Baseline, valutazione, pianificazione e definizione degli obiettivi, intervento, rivalutazione e conclusione.

1) Baseline (valutazione pre-intervento o screening)

L'obiettivo dello **screening** è una prima rilevazione di dati per capire se il potenziale cliente sta sperimentando restrizioni nella partecipazione o nelle occupazioni. L'incontro conoscitivo serve per comprendere la storia del cliente e per raccogliere informazioni sulle occupazioni, sulla routine e sulla eventuale possibilità di avviare un intervento (Maritan Y, Penna N, 2018). Fin dalle prime fasi, il terapeuta dovrebbe rendere comprensibile all'anziano e ai suoi caregivers l'utilità ed il funzionamento dello screening, in modo da coinvolgerli e renderli più consapevoli. (Leland, Elliott, Johnson, 2012).

2) Valutazione (fase di chiarificazione)

Il terapeuta durante la valutazione collabora con la famiglia e/o i caregivers dell'anziano, in quanto, conoscendo la persona, possono contribuire ad ottenere informazioni specifiche sui desideri del cliente, oltre a far comprendere meglio il suo contesto di vita. In questa fase, infatti, dopo aver identificato chi è il nostro cliente, il suo contesto e le condizioni ambientali, si chiarificano con

un'ottica *occupation-focused* i bisogni, i problemi e le priorità relative alla performance occupazionale identificati dall'anziano stesso (Nielsen et al., 2019). L'elemento cardine da cui partire è l'**intervista**, che permettere l'instaurarsi di una relazione di fiducia con l'anziano, di comprenderne la storia e i valori, le abitudini e le routine. Lo scopo dell'intervista è anche quello di definire gli aspetti funzionali e le autonomie nelle sfere di cura di sé, produttività e tempo libero, favorendo quindi la successiva definizione degli obiettivi. Durante l'intervista con l'anziano può essere utile tenere in considerazione le **7 dimensioni** dell'OTIPM o utilizzare la **lista degli interessi** del Modello Vivaio (MOVI) per agevolare la creazione di un quadro globale della persona. La lista degli interessi offre la possibilità alla persona di soffermarsi sulle attività più significative, dando inizio a rievocazioni di ricordi e seguite da racconti di sé, fatti anche di piccoli dettagli che conducono alla domanda di aiuto (Maritan Y, Penna N, 2018). Il terapeuta deve tenere conto delle differenze socioculturali, di età e di esperienze che ha con il cliente, leggendo tra le righe quello che l'anziano sta dicendo e allo stesso tempo assicurandosi che capisca ciò che gli viene detto (Cunningham, Piergrossi, 2006).

Come anticipato, in fase di valutazione è fondamentale considerare i **fattori ambientali** che possono favorire o limitare la partecipazione della persona. Per quanto riguarda l'anziano, in particolare l'anziano fragile che rientra a casa dopo un ricovero e che può presentare un livello di autonomia ridotto rispetto a prima, è utile una **valutazione domiciliare** tenendo presente i criteri di **accessibilità, fruibilità, sicurezza ed estetica**. In particolare, andranno considerati: l'illuminazione, la qualità della pavimentazione, eventuali accessi verticali (es. presenza di scale, ascensori, servoscala etc.), l'altezza dei piani di lavoro e delle sedute (wc, poltrone, letto etc.), il raggiungimento di prese, maniglie e interruttori, gli spazi di manovra (soprattutto se si utilizza una carrozzina) e la larghezza delle porte (compreso il tipo di apertura: classico, scorrevole etc) (Ghensi, 2018). Il terapeuta occupazionale tiene in considerazione non solo lo spazio fisico, ma anche quello vissuto, quali sono le attività che la persona desidera o deve svolgere in quell'ambiente e che valore dà l'anziano a quello spazio. In Svezia è stato sviluppato per l'utilizzo in terapia occupazionale lo strumento standardizzato **Housing Enabler**, per la valutazione e l'analisi dei problemi di accessibilità nel domicilio basandosi sulla valutazione oggettiva e standardizzata delle limitazioni funzionali della persona, delle richieste ambientali e della relazione persona-ambiente (Ghensi, 2018). Il terapeuta dovrebbe utilizzare **strumenti di valutazione specifici** della professione (standardizzati e non), designati per l'utilizzo anche con soggetti anziani che vivono a domicilio. In base alle competenze del terapeuta, al contesto e alle caratteristiche della persona, il professionista può decidere di quali strumenti avvalersi, più o meno strutturati. Nello studio *RCT* di Nielsen (2019) vengono utilizzati due strumenti di valutazione, indicati anche nelle linee guida *AOTA* e **validati per l'Italia**: la *Canadian Occupational Performance Measure* (**COPM**) e l'*Assessment of Motor and Process Skills* (**AMPS**). Secondo l'*AOTA*, il primo è

utilizzabile per l'autovalutazione di performance e partecipazione, il secondo per l'osservazione standardizzata della performance nelle ADL e IADL.

La **COPM** è uno strumento di auto-valutazione semi-strutturato, basato su un'intervista progettata per guidare la persona a identificare e dare priorità ai problemi di performance occupazionale e successivamente per valutare il cambiamento avvenuto con il trattamento (Law M., Baptiste S, Carswell A, Polatajko H et al., 2015), può aiutare l'anziano a identificare e valutare le occupazioni più importanti e i problemi di performance ad esse correlati, supportando la definizione degli interventi verso gli obiettivi scelti dal cliente (Nielsen et al., 2019). La **COPM** può essere considerato uno strumento con un focus *client-centered* e *occupation-based*, in quanto indaga la performance relativa alle occupazioni e coinvolge la persona fin dall'inizio del processo terapeutico. È la persona stessa, infatti, che decide quale valore dare all'occupazione, alla sua performance e alla soddisfazione che ne deriva. Dopo aver identificato le attività più significative per la persona, si osserva la **performance occupazionale**. In questa fase si osservano i limiti e le risorse della performance che possono essere legati alla persona, all'attività o all'ambiente. Per valutare la qualità della performance nelle ADL/IADL è raccomandato l'utilizzo della valutazione **AMPS**, basata sull'osservazione e standardizzata delle abilità motorie e di processo. Questa valutazione è stata convalidata in molte popolazioni, compresi gli anziani e in diversi contesti, tra cui l'ambiente domestico. L'**AMPS** misura il grado in cui l'esecuzione del compito di una persona presenta sforzo fisico, diminuzione dell'efficienza, rischio per la sicurezza e/o necessità di assistenza (Nielsen et al, 2019). È quindi uno strumento *occupation-centred*, che permette una documentazione *occupation-focused* e un intervento *occupation-based*. Il punteggio ottenuto può essere usato come misura di esito in quanto fornisce evidenza di un cambiamento nella performance della persona dopo l'intervento. Poiché per poter somministrare il **COPM** e l'**AMPS** è necessario aver ottenuto l'abilitazione tramite un corso specifico, il terapeuta per indagare la performance e la partecipazione nelle ADL/IADL, può avvalersi anche di altri strumenti utilizzabili con la persona anziana a domicilio. Per effettuare l'analisi della performance, il professionista può effettuare un'**osservazione strutturata** utilizzando i **verbi OTIPM** (riguardanti le abilità motorie e di processo utilizzate nell'**AMPS**) e gli **indicatori** di sforzo fisico, efficienza, sicurezza e assistenza. In associazione può essere utilizzato un altro strumento, la **PQRS** (*Performance Quality Rating Scale*), che sempre attraverso l'osservazione della performance valuta la completezza e la qualità della performance di attività selezionate dal cliente, in una scala da 1 a 10 (Martini R, Rios J, Polatajko H, Wolf T, McEwen S, 2014). Si sottolinea che la capacità di completare specifiche **IADL** non riflette la reale partecipazione dell'anziano, il terapeuta durante il processo valutativo dovrebbe utilizzare anche **misure della partecipazione** oltre che valutazioni della performance (Hunter, Kearney, 2018). Per quanto riguarda la **partecipazione sociale**

nell'anziano, uno strumento utile per indagare questo dominio che non richiede corsi specifici (è sufficiente dotarsi di manuale e questionario) è l'*Assessment of Life Habits (Life-H)*. È un questionario che raggruppa le **abitudini di vita** in 12 categorie, misurandone la realizzazione per identificare il risultato dell'interazione tra la persona e il suo ambiente. Non valuta propriamente la performance, ma fornisce una valutazione della **qualità della partecipazione sociale** auto-percepita dall'intervistato. L'obiettivo è stabilire la rilevanza di un intervento nella modifica di un'abitudine, ovvero dell'ambiente, dell'attività, del ruolo sociale o della persona (Desrosiers J et al., 2004). Se il terapeuta lo ritiene necessario, può indagare anche aspetti relativi a **funzioni e strutture corporee**, utilizzando strumenti non specifici per la professione, come test specifici per valutare cause legate ad aspetti come forza o sensibilità o gli aspetti cognitivi che potrebbero ripercuotersi sulla performance.

3) Pianificazione e definizione degli obiettivi

La definizione degli obiettivi si basa sui **bisogni della persona**, tenendo conto il valore che essa pone nelle attività. (Schiavi et al., 2022). È fondamentale la condivisione delle informazioni raccolte, presentando alla persona la tipologia di intervento che si potrebbe implementare con chiarezza e precisione, coinvolgendola attivamente (Maritan Y, Penna N, 2018), basandosi sulle occupazioni per lei significative e sulle priorità stabilite nella valutazione iniziale (es. alla **COPM**), tenendo in considerazione anche possibili nuove priorità durante l'intervento (Nielsen et al., 2019). È importante indicare il **livello di autonomia** che ci si aspetta che la persona raggiunga, indicando il tempo di realizzazione dello stesso, deve essere quindi specifico, misurabile, raggiungibile, realistico e definito nel tempo (obiettivo **SMART**) (Ghensi, 2018).

4) Intervento

Nel **profilo professionale** del Terapista Occupazionale (D. M. 136/97) vengono descritte le possibilità di intervento che riprendono le tipologie descritte nel modello **OTIPM** e classificate in:

Compensativo: Modifiche dell'ambiente, adozione di strumenti alternativi per permettere al paziente di svolgere le attività nonostante la riduzione nelle abilità occupazionali (es. ausili)

Di acquisizione: Attività per favorire lo sviluppo o il miglioramento di abilità occupazionali per la performance occupazionale

Di recupero: Attività volte a sviluppare o migliorare funzioni e strutture corporee (es. forza)

Pedagogico: Utilizzo di un programma educativo basato sulle occupazioni rivolto a un gruppo di persone (come, ad esempio, seminari e incontri) per fornire strategie, consigli, concetti teorici.

È stato dimostrato che l'intervento di terapia occupazionale, anche in ambito domiciliare e comunitario, migliora le capacità funzionali, la partecipazione sociale e la qualità di vita tra gli anziani. Spesso gli anziani possono sperimentare un maggior isolamento sociale perché con maggiore probabilità vivono soli, hanno una malattia cronica, hanno difficoltà nella mobilità o nell'utilizzo dei mezzi. Adottare **interventi basati sull'occupazione** per la promozione della salute attraverso la socializzazione e il coinvolgimento in attività ricreative che richiedono abilità cognitive, fisiche e intellettuali, può migliorare la salute (es. il declino cognitivo) e la qualità di vita (Smallfield, 2018).

5) Rivalutazione (verifica dei risultati) e conclusione

La rivalutazione ha come scopo la **verifica** del raggiungimento degli obiettivi e dell'eventuale necessità di **adattamento del piano di intervento**. È fondamentale che il terapeuta monitori il percorso terapeutico, modificandolo in caso si modificassero i bisogni dell'anziano o per un eventuale peggioramento della condizione clinica. Per la rivalutazione è possibile utilizzare nuovamente gli strumenti della valutazione iniziale oppure questionari per indagare la **soddisfazione** rispetto all'intervento e agli obiettivi raggiunti o anche interviste informali. (Nielsen et al., 2019). Il cliente dovrebbe essere coinvolto anche nelle decisioni relative al terminare il trattamento, al piano di dimissione e al follow up (Leland, Elliott, Johnson, 2012).

2.4 Gli interventi evidence-based: tra invecchiamento produttivo e fragilità

Tralasciando interventi per specifiche casistiche che esulano lo scopo di questo progetto, in letteratura ritroviamo una suddivisione tra interventi rivolti all'anziano che presenta un quadro di fragilità o limitazioni funzionali e **interventi preventivi**, per favorire l'invecchiamento "attivo" (**active-aging**). Sono sempre maggiori le azioni intraprese per favorire il mantenimento di un buon livello di autonomia e partecipazione nella persona anziana: l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), ad esempio, è alla guida dell'attuazione del **Decade of Healthy Ageing** (decade dell'invecchiamento in salute) per il decennio 2021-30, in cui si sottolinea l'importanza di mantenere un buono stato di salute durante l'invecchiamento. Questo progetto ha come scopo la riduzione delle disuguaglianze sanitarie per migliorare la vita degli anziani, delle loro famiglie e della comunità attraverso l'azione collettiva in quattro aree: combattere pregiudizi e stigmi sull'invecchiamento, sviluppare comunità che promuovano le capacità delle persone anziane, fornire cure integrate incentrate sulla persona (*person – centred*) e servizi sanitari primari rispondenti alle persone anziane, fornire agli anziani che ne hanno bisogno l'accesso a cure di qualità a lungo termine. (WHO, 2021) L'**AOTA**, a sua volta, ha definito nel 2012 delle **linee guida** di terapia occupazionale introducendo il concetto di **productive-aging** (invecchiamento produttivo), che si riferisce a tutte le attività che definiscono i modi in cui le persone durante l'invecchiamento contribuiscono non solo alla propria salute, ma anche alla famiglia,

alla comunità e alla società. Si cerca quindi di conferire una connotazione positiva alla persona anziana, vedendola come risorsa per la società (Leland, Elliott, Johnson, 2012). Un intervento che si focalizza sull'attività, l'indipendenza e l'invecchiamento attivo, si è dimostrato più efficace rispetto a quelli basati su un modello di fornitura di servizi per soggetti con limitazioni nell'indipendenza. Il terapeuta occupazionale può individuare e sviluppare interventi focalizzati sui fattori che riducono la partecipazione e possono influenzare l'invecchiamento produttivo. Inoltre, l'ottica centrata sul cliente permette di enfatizzare le potenzialità dell'individuo e dell'ambiente (De Coninck et al., 2017).

Secondo le linee guida, il terapeuta può facilitare l'invecchiamento produttivo in più contesti, come ad esempio nel domicilio, in ambienti ospedalieri o comunitari. Gli interventi dovrebbero includere **programmi di autogestione** o **strategie** per supportare la partecipazione, in modo tale da incoraggiare la **gestione delle condizioni croniche** e la **prevenzione** di ulteriori malattie o fattori di rischio associati (Leland, Elliott, Johnson, 2012). I terapeuti occupazionali sono particolarmente adatti anche per affrontare la **fragilità** nell'anziano, valutando le persone a rischio e intervenendo per rafforzare le riserve esistenti, nonché compensando le riduzioni della resilienza (come perdita di forza, tolleranza all'attività o impegno sociale) e prevenendo i fattori che contribuiscono allo sviluppo della fragilità (Provencher et al., 2012). Non tutte le persone con disabilità sono fragili e non tutte le persone fragili hanno una disabilità funzionale. Usare la disabilità nelle **ADL** come sola definizione della fragilità potrebbe significare che gli interventi sono rivolti a un gruppo che è già gravemente fragile e, quindi, meno propenso a beneficiare dell'intervento. Questo è rilevante anche se i terapeuti occupazionali intendono **prevenire o ritardare lo sviluppo della fragilità**, perché l'evidenza suggerisce che, per essere più efficaci, gli interventi sulla fragilità dovrebbero mirare agli anziani pre-fragili o moderatamente fragili (Fritz et al, 2019). L'**intervento** può potenzialmente attenuare lo sviluppo e le conseguenze della fragilità valutando e affrontando in modo completo i **fattori individuali e ambientali** legati al funzionamento psicosociale, alla partecipazione sociale e al funzionamento fisico degli anziani. Negli anziani fragili con limitazioni funzionali, anche un piccolo peggioramento può evolvere in disabilità, perciò anche dei modesti miglioramenti, seppur non statisticamente significativi, possono essere rilevanti per la loro **qualità di vita** (Nielsen et al., 2017). Adottare interventi basati sull'occupazione volti alla promozione della **salute** dell'anziano, attraverso il coinvolgimento nelle **attività sociali e ricreative** può apportare benefici alla salute e alla qualità della vita. In particolare, attività che richiedono abilità cognitive, fisiche, intellettuali o sociali riducono il declino cognitivo e promuovono la salute fisica (Smallfield 2018).

2.4.1 L'autonomia nelle ADL e IADL

Nella pratica *occupation-based* e *focused* rivolta alle autonomie dell'anziano a domicilio, il terapeuta può utilizzare modelli di acquisizione o compenso con associate altre strategie di intervento, per esempio adattamenti nello svolgimento dell'attività. Può avvalersi anche del modello educativo o di recupero di funzioni corporee, ma l'intervento *occupation-based* viene vissuto dal cliente come più significativo, motivante e soddisfacente (Nielsen et al., 2017). Le difficoltà nelle performance alle **IADL** e **ADL** sono spesso associate con i cambiamenti dovuti all'invecchiamento, in cui l'anziano si trova inserito in un ambiente che non supporta i cambiamenti fisici che sta sperimentando e le richieste dell'attività possono sovrastare la sua capacità di partecipare alle attività desiderate, limitando l'invecchiamento produttivo (Leland, Elliott, Johnson, 2012). Spesso, infatti, gli anziani sperimentano la disabilità nelle **ADL** attraverso due percorsi: con un evento traumatico (come una frattura del femore) o con un declino progressivo. I terapisti occupazionali hanno l'opportunità di interrompere questo processo e di massimizzare l'indipendenza nelle **ADL** (Liu, Chang WP, Chang MC, 2018). È stato riscontrato che per anziani considerati fragili con difficoltà nelle **ADL**, un intervento con proposte compito-specifiche (*task-specific*) o orientate al compito (*task-oriented*) risulta più efficace per migliorare la performance rispetto ad altre forme di intervento più comuni come l'**esercizio fisico**, che richiede movimenti strutturati e ripetitivi privi di significato per l'anziano. Tuttavia, in soggetti anziani con frattura del femore, anche l'esercizio può essere efficace: ad esempio, esercizi di resistenza progressiva degli arti inferiori possono migliorare la funzione nel trasferimento da e verso il letto, inoltre, mantenersi fisicamente attivi anche in età avanzata, è un fattore protettivo per prevenire la disabilità nelle **ADL** (Liu, Chang WP, Chang MC, 2018). Nella *review* di **De Coninck** (2017) sui trattamenti a domicilio per l'anziano fragile troviamo alcune componenti dell'intervento ritenute più efficaci per questa categoria: promuovere il **coinvolgimento attivo** e la partecipazione nelle attività, la **gestione delle condizioni croniche**, le strategie di **prevenzione delle cadute** (attraverso l'informazione e l'educazione sui fattori di rischio) e il miglioramento dell'**equilibrio**, l'individuazione e **riduzione dei rischi ambientali**, l'identificazione e **utilizzo di attività rilevanti** il superamento delle difficoltà. Per consolidare l'efficacia dell'intervento, è fondamentale che il terapeuta utilizzi l'*empowerment* della persona e dell'ambiente, facendone emergere le **potenzialità**, relativamente all'ambiente, alla gestione delle condizioni croniche, nel favorire l'auto-efficacia e la relazione sociale. Nell'intervento dovrebbero essere utilizzate **attività significative** in un **contesto rilevante** per l'anziano, in base agli obiettivi identificati dal cliente, accorpandole nella sua routine quotidiana e favorendo lo sviluppo di uno **stile di vita sano**. Questo tipo di approccio ha dimostrato miglioramenti nelle **ADL**, nella partecipazione sociale e nella mobilità, oltre alla riduzione della paura di cadere (De Coninck, 2017).

Le **IADL** sono strettamente correlate con le funzioni esecutive come la pianificazione, la memoria di lavoro, l'attenzione, il *problem-solving*, l'inibizione, la flessibilità e il monitoraggio delle azioni. Sono indicatori di salute significativi che predicono lievi deficit cognitivi, demenza e mortalità (Hunter, Kearney, 2018). La **partecipazione alle IADL** è fondamentale per permettere all'anziano di rimanere indipendente anche nella comunità. Il terapeuta ha un ruolo chiave nell'intervento per mantenere o massimizzare l'indipendenza alle **IADL** supportando il desiderio dell'anziano di rimanere nella propria casa (Leland, Elliott, Johnson, 2012). Quando l'indipendenza dell'anziano viene meno, infatti, deve ripiegare sull'assistenza di altre persone con il rischio di istituzionalizzazione. Le difficoltà nelle **IADL** sono associate con la riduzione del benessere psicologico e con un aumento dei servizi sanitari, tra cui le ospedalizzazioni e una maggiore mortalità (Hunter, Kearney, 2018). Ci sono forti evidenze che **interventi cognitivi** migliorino le **IADL**. In particolare, l'esercizio di **compiti funzionali** focalizzati su componenti cognitive (es. memoria, attenzione, *problem-solving*) possono migliorare la performance. Interventi focalizzati sulla **memoria**, il **ragionamento** e la **velocità di processo** possono avere un impatto anche sulla riduzione del declino funzionale, ad esempio nella preparazione dei pasti, nella gestione delle finanze e nell'utilizzo del telefono (Leland, Elliott, Johnson, 2012). Ci sono buone evidenze anche a **livello preventivo**, con programmi su misura per l'anziano per migliorare la performance o rallentare il declino. Hanno dimostrato benefici anche **interventi educativi** rivolti ai deficit funzionali, alla paura di cadere e al senso di autoefficacia, focalizzati sul *problem-solving*, sulle **modificazioni ambientali** e sul training di **conservazione dell'energia** (Hunter, Kearney, 2018). Anche i programmi per la **gestione delle malattie croniche** risultano efficaci, in particolare attraverso programmi con sessioni riguardanti vari argomenti come la pianificazione degli obiettivi, la comunicazione efficace, il restare attivi, la gestione dello stress, la gestione della terapia e l'alimentazione sana, che evidenziano benefici sia nella partecipazione alle **IADL**, sia nella percezione della performance e soddisfazione.

Non sono state identificate chiare evidenze che un intervento riguardante la dotazione di **ausili** e l'**adattamento ambientale** supporti la performance alle **IADL** (Leland, Elliott, Johnson, 2012; Hunter, Kearney, 2018), ma ci sono forti evidenze che un **intervento multicomponente e multidisciplinare** a domicilio, che includa la modificazione ambientale, riduca il **rischio caduta** nell'anziano (Stark et al., 2017) e migliori la **performance alle ADL/IADL** (Hunter, Kearney, 2018). Ad esempio, con un programma attuato da un terapeuta occupazionale e un fisioterapeuta, su misura rispetto ai bisogni dei partecipanti, insegnando al personale di cura a domicilio strategie per supportare il coinvolgimento nelle attività quotidiane. Si dimostra efficacie anche l'insegnamento di strategie come la modificazione del compito, l'autogestione delle malattie e l'utilizzo di ausili, sia con anziani reduci da frattura all'anca, sia con anziani in condizioni di cronicità. Tuttavia, l'utilizzo

di questa tipologia di interventi rende impossibile comprendere l'effetto di ogni singolo intervento e non è sempre ben chiarificato il ruolo del terapeuta occupazionale (Hunter, Kearney, 2018).

2.4.2 L'efficacia nella partecipazione dell'anziano fragile

Secondo il modello di Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) dell'OMS, la **partecipazione** è la conseguenza delle interazioni tra lo stato di salute di un individuo, fattori contestuali personali e ambientali. Sempre secondo l'ICF, la partecipazione rappresenta il **coinvolgimento in situazioni di vita**, come incontrare amici, prendersi cura dei nipoti o andare a un concerto, ed è un indicatore importante della salute e del benessere umano; pertanto, è di fondamentale importanza mantenerla nell'anziano (Rand et al., 2022). La **restrizione alla partecipazione** negli anziani è stata associata a fattori come l'età avanzata, la scarsa mobilità, riduzione di equilibrio e sicurezza, sintomi depressivi e può essere limitata sia da cambiamenti di salute improvvisi (es. icuts), sia da deterioramenti gradualmente, anche se ci sono prove limitate riguardo al rapporto tra fragilità e partecipazione. Sebbene gli anziani fragili risultino avere una partecipazione inferiore, non è chiaro in che modo le caratteristiche di **fragilità** possano influire sulla capacità della persona di partecipare a eventi sociali o anche semplicemente uscire di casa. Negli anziani che vivono in comunità, la **selezione di attività significative** (fisiche, cognitive, sociali o altre attività quotidiane) e la **variabilità delle attività** sono associate alla **prevenzione della fragilità** (Rand D. et al., 2022). La partecipazione sembra essere anche moderatamente correlata all'**indipendenza nelle attività quotidiane**, cioè gli anziani più indipendenti, sia nelle ADL che nelle IADL, hanno una partecipazione maggiore, considerando anche domini aggiuntivi come le attività ricreative e la vita comunitaria, essenziali per il benessere e la soddisfazione della vita (Rand D. et al., 2022)

Poiché i rischi per la salute ed il benessere sono associati all'**isolamento sociale** e alla solitudine negli anziani, mitigare questi rischi può migliorare non solo la salute mentale ma anche quella fisica e la **qualità della vita** in questa fascia di popolazione. È dimostrato che mantenere la **partecipazione sociale** e l'impegno nel **tempo libero** per tutto l'arco della vita è importante per migliorare questi fattori (Smallfield, 2018). Il terapeuta occupazionale che intende implementare un intervento per favorire la partecipazione sociale negli anziani che vivono in comunità dovrebbe considerare oltre ai domini occupazionali delle IADL, l'educazione e il lavoro (es. volontariato), anche lo svago e la partecipazione sociale (Papageorgiou, 2016). Essere attivi o impegnati in attività, oltre alla partecipazione in **reti sociali**, ha molti benefici per la salute dell'anziano, come la **prevenzione del declino cognitivo e fisico**, il miglioramento della salute fisica e della capacità di performance nelle **ADL** (Leland, Elliott, Johnson, 2012). Gli interessi sociali e del tempo libero sono spesso interconnessi, portando a miglioramenti in entrambe le aree anche quando se ne affronta solo una. È stato dimostrato che la partecipazione ad attività di svago migliora il benessere psicosociale e fornisce

un significato alle occupazioni quotidiane. Allo stesso modo, una maggiore partecipazione sociale e una forte rete sociale hanno implicazioni positive per l'impegno in attività del tempo libero e nell'arricchimento nella vita (Smallfield 2018).

In una persona anziana con difficoltà nello spostamento, anche la fornitura di un **ausilio** idoneo potrebbe migliorare la partecipazione, infatti, la fornitura di dispositivi di assistenza potrebbe portare a una maggiore probabilità di intraprendere attività ricreative, anche se al momento vi sono prove insufficienti a supporto (Smallfield, 2018). Un'interessante *review* (Liu, Chang W, Chang MC, 2018) raccomanda l'**educazione di gruppo** centrata sul coinvolgimento occupazionale, la consapevolezza, l'autodeterminazione e sul processo decisionale relativo alla **scelta di come trascorrere il tempo libero**, come intervento per favorire la partecipazione dell'anziano nel tempo libero. Per soddisfare i bisogni di coinvolgimento e di partecipazione sociale degli anziani, i terapisti occupazionali dovrebbero considerare l'influenza delle **condizioni di salute** e dei **fattori contestuali**, utilizzando valutazioni formali/informali per indagare il tempo libero e partecipazione sociale ed erogando interventi centrati sul cliente e *occupation-based*. Sono necessarie ulteriori ricerche per capire che tipo di restrizioni alla partecipazione sono vissute dagli anziani con fragilità, in particolare, **soggetti fragili over 75** dimostrano meno variabilità nel tipo e nella frequenza delle attività svolte durante la settimana, rispetto a soggetti non fragili. Queste informazioni possono aiutare a sviluppare raccomandazioni per compensare o superare le difficoltà piuttosto che rinunciare alle attività, in particolare a quelle considerate significative per i partecipanti (Rand et al., 2022).

2.4.3 Il ruolo del terapeuta occupazionale nel rientro a domicilio dell'anziano fragile

Considerando l'utenza presa in esame in questo progetto di tesi, oltre ad anziani già domiciliati, vi è anche chi rientra a casa dopo un ricovero ospedaliero. Il fisiatra dell'ospedale può richiedere al Distretto un intervento a domicilio per favorire il ripristino dell'autonomia attraverso la "**dimissione protetta**". Ho quindi ritenuto utile indagare anche il possibile ruolo del terapeuta occupazionale nel rientro dell'anziano presso il proprio domicilio e nella comunità. Il passaggio dall'ospedale a casa è un momento critico per le persone anziane. Immediatamente dopo la dimissione, gli anziani hanno un più alto tasso di declino funzionale, sono a maggior rischio di eventi avversi e hanno problemi di sicurezza ambientale, oltre a restrizioni alla mobilità e all'utilizzo dei trasporti (Clemson et al., 2016).

Il decondizionamento associato al ricovero spesso risulta in una maggiore **difficoltà nelle ADL**, con un maggior rischio di re-ospedalizzazione. Alcune caratteristiche fisiche, psicologiche e sociali aumentano il rischio di questi risultati avversi; in particolare sono identificati come forti **predittori di re-ospedalizzazione** a 30 giorni dalla dimissione: **difficoltà nel cammino**, presenza di **comorbidità** e/o **deficit cognitivi**, **vivere da soli** e la **mancanza di supporto sociale** (Provencher,

2020). La pianificazione della dimissione da parte del terapeuta occupazionale mira a garantire che la dimissione degli anziani alle proprie case sia appropriata, che i potenziali problemi della vita quotidiana siano identificati e risolti e che le persone trasferiscano le capacità di cura di sé a casa, iniziando a riprendere le proprie attività (Clemson et al., 2016). **Lockwood** segnala tra i diversi interventi del terapeuta occupazionale **pre-dimissione**: le visite per valutare e praticare i **trasferimenti**, la valutazione della **mobilità** e delle **ADL** e l'**educazione** del paziente, con raccomandazioni su **adattamenti del domicilio** ed eventuali **ausili** da adottare, in particolare per ridurre il rischio cadute. Anche se vi sono evidenze moderate in merito alla prevenzione cadute, una visita di valutazione domiciliare condotta prima della dimissione sembra essere particolarmente efficace in **soggetti con una storia di cadute**. Ci sono evidenze che una **visita pre-dimissione** a domicilio possa apportare risultati clinici rilevanti, ma sono necessari ulteriori studi per chiarificare quali gruppi di pazienti possano effettivamente beneficiarne (Lockwood, 2015).

Un **piano di dimissione** dovrebbe essere basato sull'individualità della persona, con un intervento mirato a **bisogni specifici**, supportando l'anziano e la famiglia e coinvolgendoli nel processo di rientro al domicilio (Provencher, 2020). La ricerca, infatti, suggerisce che è possibile che l'efficacia dell'intervento in termini di attività, partecipazione e qualità di vita, possa dipendere anche da come viene condotta la visita. Una migliore integrazione dei bisogni dell'anziano e delle strategie di coping individuali, oltre alle raccomandazioni, può portare a migliori risultati (Lockwood, 2015). Lo studio di **Provencher** (2020) valutava l'efficacia dell'**HOME discharge planning** in alcune categorie di pazienti. L'innovativo piano di dimissione, sostenuto da un terapeuta occupazionale, è rivolto agli aspetti pratici della vita quotidiana dopo un cambiamento dello stato di salute e viene utilizzato per determinare i potenziali problemi che le persone potrebbero incontrare nella ripresa delle loro attività quotidiane, oltre alle modifiche o adattamenti ambientali necessari per massimizzare l'indipendenza, garantire un trasferimento a casa sicuro (Clemson, 2016) e **ridurre gli effetti negativi dell'ospedalizzazione** affrontando specifici bisogni funzionali e sociali del contesto dell'anziano. È stato riscontrato che questo tipo di programma ha un maggior beneficio in **soggetti con un maggior rischio di esiti di salute negativi** in termini di autonomia nelle ADL, nella partecipazione e nel rischio di re-ospedalizzazione (es. soggetti con deficit cognitivo o che vivono soli). Considerato che le persone anziane con problematiche cognitive tendono ad avere una performance migliore nel proprio ambiente, la valutazione ambientale del domicilio rende possibile distinguere più chiaramente le reali difficoltà dell'anziano con tali deficit (Provencher, 2020).

Cap. 3

Il contesto di riferimento: Venezia Centro Storico

Per definire gli aspetti del contesto di riferimento che possono contribuire a ridurre l'autonomia e la partecipazione della persona anziana che vi abita, in particolare l'anziano fragile, ho pensato potesse essere utile una suddivisione in persona – ambiente – occupazione secondo il **modello PEO**.

3.1 Persona

Ad oggi, la città storica conta **meno di 50mila abitanti**. La riduzione del numero degli abitanti del centro storico è un fatto risaputo e discusso da decine di anni. Gli indicatori prevedono un'evoluzione della popolazione residente verso l'aumento dei soggetti ultrasessantacinquenni, in linea con l'invecchiamento della popolazione globale, con una percentuale più alta di tali soggetti nel centro storico e nelle isole rispetto alla terraferma. Nel centro storico la percentuale di soggetti over 65 è pari al 28.7%, mentre gli over 80 arriva al 30.5% (Comune di Venezia, 2021). Se pensiamo quindi alla “persona” rispetto al contesto veneziano, l'idea è proprio quella di un soggetto anziano. Tenendo conto delle ovvie sfumature, potremmo suddividere il vecchio che vive a Venezia principalmente in due categorie:

- L'anziano “**fragile**”, con pluripatologie o problematiche cronico-degenerative, che presenta limitazioni nello spostamento e/o necessita di assistenza in una o più attività quotidiane.
- L'anziano “**attivo**”, che continua a mantenere le sue principali autonomie, principalmente nello spostamento, una rete sociale soddisfacente e/o ad essere coinvolto nelle attività ritenute importanti per il proprio benessere, nonostante l'età avanzata.

Seppur sempre meno numerosi, i residenti rimasti, complice la sua storia secolare di Venezia, sono estremamente fieri delle loro radici e molto legati alle tradizioni della città. A questi fattori si somma una dimensione tutto sommato ridotta che favorisce il mantenimento delle relazioni, essenziale per il mantenimento di una buona qualità di vita.

3.2 Ambiente

“Una faticaccia: le case sono vecchie, pochissime hanno l'ascensore; non c'era proprio posto nella tromba delle scale. Per la strada, ogni cinquanta, cento metri salta fuori un ponte: almeno una ventina di gradini da salire e scendere. Poche malattie di cuore, a Venezia. Tanti acciacchi alle ossa, reumatismi provocati dall'umidità. (...) Venezia non è mai piatta, è un continuo dislivello, (...) le fondamenta digradano verso i rii, i campi sono trapuntati dai tombini come bottoni affondati nei gonfiori di una poltrona.” (Scarpa, 2000)

Queste parole, tratte dal famoso libro “*Venezia è un pesce*” (Scarpa, 2000), racchiudono bene le peculiarità “fisiche” della città. Il centro storico è composto da 118 aree insulari collegate tra loro da oltre 300 ponti (Enc. Treccani).

La città, che ricorda appunto la forma di un pesce, è suddivisa in **sei sestieri**: Dorsoduro, Santa Croce, San Polo, San Marco, Cannaregio e Castello. I sestieri della città antica si articolano intorno alla doppia ansa del **Canal Grande**, la via d'acqua principale da cui si snoda una fitta rete di canali minori. I numeri civici sugli stipiti delle porte non ricominciano da 1 a ogni strada ma continuano a contare l'intero sestiere, apparentemente senza un ordine preciso. Ad esempio, il sestiere di Castello arriva alla notevole cifra di 6828 (Scarpa, 2000). È comprensibile che, dovendo le case seguire l'andamento dei rii, l'architettura degli edifici non sia lineare. Spesso poi i palazzi di grandi dimensioni sono stati suddivisi in più abitazioni, con la conseguenza che molte case si trovano “incastonate” l'una sull'altra. Non potendo espandersi in “orizzontale”, le case di Venezia spesso sono state sviluppate in verticale e le piantine delle case sono tra le più disparate. Dentro le mura di casa i problemi per l'anziano possono essere molteplici: spesso vi è la presenza di gradini tra una stanza e l'altra, corridoi più o meno stretti, pavimenti in pendenza, stanze prive di illuminazione naturale, aree inaccessibili in cui modifiche strutturali sono complesse, talvolta impossibili.



È raro trovare abitazioni dotate di **ascensore**, spesso a causa della disposizione sfavorevole delle scale. In molti casi i gradini sono ripidi, le scale strette e con pianerottoli che impediscono l'installazione di servoscala o l'utilizzo di montascale. In foto, a sinistra, uno dei rari esempi di ascensore installato in un piccolo condominio veneziano, da notare i gradini per poterlo raggiungere. Le **dimensioni del bagno** sono spesso limitate e non permettono un accesso con degli ausili, come una carrozzina o un deambulatore, inoltre non è sempre possibile attuare delle modifiche consistenti nella struttura dello stesso. In un contesto così particolare intervenire per favorire l'autonomia, soprattutto dentro casa, può rappresentare una vera sfida.

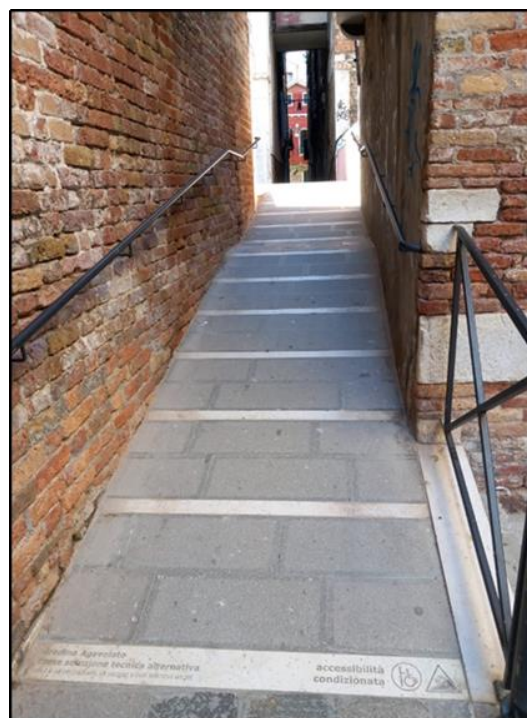
Proprio per questo è fondamentale la presenza di una figura professionale come quella del **terapista occupazionale**, che agisca fuori dall'ordinario e che modelli un intervento su misura centrato sull'anziano, collaborando con il team riabilitativo nell'individuazione della soluzione più idonea.

Se pensiamo all'anziano fragile, fuori dal domicilio sono diverse le caratteristiche ambientali di Venezia che possono limitare o favorire la sua autonomia. Il **PEBA** (Piano Eliminazione Barriere Architettoniche) ha individuato alcuni ostacoli all'accessibilità quali:

- Pavimentazioni sconnesse, sdruciolevoli, etc.
- Presenza di dislivelli
- Microbarriere lungo i percorsi (es. gradini)
- Presenza di ostacoli a terra (es. passerelle per l'acqua alta, plateatici, etc.) o sporgenti
- Presenza di ponti e di canali lungo i percorsi
- Presenza di falsi scalini (es. ponte della Costituzione a Piazzale Roma)
- Rischio di caduta in acqua da rivette
- Lunghi percorsi senza luoghi di sosta

In città la pavimentazione classica è rappresentata dai “masegni”, blocchi di pietra squadrati, incastonati uno dietro l'altro in lunghe file segmentate che talvolta presentano tratti sconnessi, per cui vi è rischio di inciampo e, se vi sono deficit di equilibrio e assenza di sostegni, di conseguente caduta.

I **ponti** rappresentano, insieme alle scale, la maggiore barriera architettonica della città. Nonostante negli ultimi anni il Comune stia cercando rendere più accessibile la città (con l'idea che la qualità di vita dei residenti e dei visitatori passi anche attraverso il miglioramento dell'accessibilità), favorendo la costruzione di **rampe** o di **ponti agevolati** per la viabilità di soggetti in carrozzina, dei passeggini, dei carretti etc., alcuni ponti non permettono alternative. Le motivazioni sono varie, dalla collocazione che non lascia spazio a rampe dalla pendenza regolamentare, all'architettura “obliqua” del ponte, costruito in diagonale per anettere le isolette che compongono la città, una volta raggiunte solo via acqua (Scarpa, 2000). Diversi ponti presentano gradini alti e ripidi, talvolta sconnessi e numerosi.



Ultimamente moltissimi ponti sono stati dotati di **corrimano**, per permettere all'anziano di sorreggersi e dargli maggiore sicurezza, peccato che in alcune aree urbane particolarmente trafficate vi siano turisti che sostano sui ponti, davanti al corrimano, costringendo l'anziano a staccarsi e cambiare traiettoria. Nella foto in alto, il **ponte Raspi**, uno dei ponti reso recentemente accessibile.

Nell'immagine, la cartina di **Venezia accessibile** con in verde le aree raggiungibili in carrozzina tramite i ponti agevolati o i vaporetti. Nel sito del Comune è possibile accedere a dei percorsi senza barriere, pensati per soggetti che si spostano in carrozzina (Comune di Venezia).



3.3 Occupazione

Tra le attività più amate dei veneziani, vi è senz'altro il **passaggiare** nella propria città. D'altra parte, ci sono solo due modi per spostarsi a Venezia: via terra o via acqua. Di conseguenza, per programmare l'arrivo a una data destinazione non si guardano i chilometri, ma si approssima il tempo che ci impiega per raggiungerla scegliendo la strada ritenuta più breve e agevole (in base anche alle necessità). Questo significa che la **velocità** con cui si cammina ha un certo peso e che, necessariamente, o si è in grado di aumentare la propria velocità o si dovrà mettere in conto di impiegare più tempo e dunque di riuscire a fare meno cose nel tempo che si ha a disposizione. I soggetti anziani con difficoltà motorie potrebbero riscontrare delle limitazioni nello spostamento non solo a causa della fisiologica riduzione della velocità nel cammino, ma anche per la presenza di numerosi ponti e delle distanze più o meno lunghe da percorrere per raggiungere i luoghi di interesse. Tuttavia, come visto nella cartina, è possibile utilizzare i mezzi acquei per spostarsi, consentendo di raggiungere buona parte della città.

Va tenuto in considerazione che per potersi spostare senza correre il rischio di allungare inutilmente la strada da percorrere, è necessario conoscere la città o almeno le sue vie principali poiché per raggiungere un dato luogo spesso la strada percorribile è più di una. Questo potrebbe essere considerato anche da un punto di vista positivo per l'anziano, che può decidere la strada per lui più breve e/o agevole (es. quella con meno ponti o con possibili soste lungo il percorso) e darsi dei punti di riferimento (es. un palazzo, un campo etc.) per mantenere l'orientamento.

L'alternativa, ovvero la **via d'acqua**, può rappresentare una sfida per l'anziano: sostare nell'imbarcadero (il pontile per l'imbarco), richiede discreto equilibrio, in particolare quando il vaporetto accosta e dà uno scossone, cui si aggiunge la difficoltà per montare sul mezzo, dovendo attraversare

talvolta un dislivello più o meno alto (dovuto al livello della marea), con il solo braccio del marinaio o il proprio ausilio, come supporto. Un altro mezzo acqueo spesso utilizzato dall'anziano che frequenta il mercato del pesce di Rialto è la **gondola traghetto**, che attraversa il Canal Grande da una riva all'altra. Non è quindi una gondola turistica, ma un mezzo, forse un po' spartano, che permette all'anziano di accorciare la strada. Anche in questo caso, però, è necessario avere confidenza con le imbarcazioni, per montare e smontare con la spesa, talvolta con un moto ondoso non indifferente.

Il **mercato di Rialto** è un luogo significativo per il veneziano, non solo luogo di acquisti ma soprattutto luogo di incontro per i residenti, seppur affollato anche dai turisti. Se pensiamo al vecchio, con la sua fragilità, un equilibrio ridotto, una velocità rallentata, problemi visivi, precoce faticabilità, etc. non è difficile comprendere come anche la presenza di folle di turisti, che camminano senza guardare dove vanno, tagliando la strada e sedendosi dove capita, perfino sui ponti, amplifichi a dismisura il fattore imprevedibilità e costringa molti anziani a frequentare solo certe zone ritenute sicure, o di muoversi in determinati orari, senza potersi godere le bellezze e lo scandire lento del tempo che caratterizzano la città. In questo caso, quindi, non è l'ambiente che si adatta al vecchio, ma il contrario. Una conseguenza tra le più gravi è la rinuncia da parte dell'anziano ad uscire, per paura di essere travolto, per la troppa confusione, per la fatica nel fare lo slalom tra la gente per prendersi un giornale o fare qualche acquisto.

“E' una città dove non esiste la privacy. Ci si incontra in continuazione, ci si saluta sette volte al giorno, si continua a parlare allontanandosi, a venti metri l'uno dall'altro, alzando la voce in mezzo ai passanti. Le finestre dirimpettaie sono dall'altra parte della calle: a un metro di distanza.”
(Scarpa, 2000)

Anche in questa terza sezione, le parole di Scarpa aiutano a far comprendere come Venezia sia **città di relazione**. Camminando per la città non è infrequente imbattersi in qualche conoscente, spesso infatti si vedono anziani chiacchierare, non solo nei “bacari” (i tipici bar di Venezia) ma in mezzo alla strada, fuori dalle macellerie o davanti ai supermercati. Alzando lo sguardo poi, si possono intravedere anziane signore affacciate alla finestra di casa che parlano con altre signore ferme sulla strada, che salutano turisti spaesati o che semplicemente osservano cosa succede fuori.

Sono tante le occupazioni che possono riguardare il vecchio a Venezia. La città ha un'**offerta culturale** invidiabile: musei, mostre, eventi internazionali (es. la Biennale) ma anche biblioteche civiche, circoli per anziani, circoli scacchistici, remiere, oltre a diverse associazioni di volontariato per le persone in difficoltà ma anche per organizzare le famose sagre benefiche cittadine (es. San Giacomo, Sant'Antonio, San Piero etc.). Ci sono sestieri e zone all'interno degli stessi, in cui la residenzialità è ancora fortemente radicata e preservata, ad esempio a Dorsoduro, in cui è nata

“**DO.VE**”, un’associazione per promuovere il mutuo aiuto tra i commercianti e i residenti, la cultura e la creatività. La lentezza cui si vive è risorsa per l’anziano, non fosse la velocità con cui si ricambiano le attività commerciali, sempre più rivolte al turismo più che alle necessità di chi vi abita. Perfino **fare la spesa** ha le sue particolarità e da un lato vi è il problema di dover trasportare la spesa a mano o con il carrello, costringendo anche ad acquisti più frequenti, visto che non è possibile portare tutto in auto e parcheggiare davanti casa. I supermercati sono piccoli e spesso non ci sono i grandi carrelli su cui poggiarsi, ma piccoli carrellini da trascinare. D’altra parte, però, il fatto di frequentare sempre gli stessi supermercati e di conoscersi un po’ tutti, agevola la relazione e l’aiuto reciproco. La spesa diventa quindi momento di relazione e di partecipazione per l’anziano. Lo stesso vale per i panifici, i fruttivendoli, il mercato e i piccoli negozi di articoli per la casa. Essendosi ridotti nel numero, chi è rimasto è un punto fermo per l’anziano, occasione per scambiare consigli, incontrare i coetanei e quindi ancora, relazionarsi. La piccola dimensione dei locali e la minore possibilità di scelta dovuta al minor numero di prodotti presenti può agevolare l’anziano, che sa già dove trovare i prodotti che usa solitamente e non deve camminare dentro enormi edifici pieni di scaffali e di prodotti dei più disparati. Ad oggi poi, complice la pandemia, molti supermercati offrono il servizio di **spesa a domicilio**, anche se tanti anziani preferiscono ancora vedere cosa acquistare. Tra le strategie utilizzate dal vecchio vi è la scelta di recarsi al supermercato e al mercato la mattina presto, in modo tale da fare i propri acquisti in tranquillità, prima della comparsa dei turisti e della confusione.

Altra caratteristica peculiare di Venezia sono i fili per **stendere la biancheria**. In città, infatti, i fili attraversano da un capo all’altro canali, calli e tutto ciò che di architettonico può reggere le carrucole. In alternativa i fili passano paralleli alle pareti delle case. La stesura del bucato non è affatto semplice, spesso i fili da tirare pesano e talvolta bisogna sporgersi parecchio per poter appendere i capi. Un’attività che richiede quindi buone **abilità motorie** (es. si stabilizza, si allinea, si piega, manipola e coordina etc.) ma anche **di processo** (è attento, organizza, supera etc.). Se pensiamo al modello **PEO**, l’area dell’**ambiente fisico** (“E”) potrebbe risultare quella più difficile da ampliare per favorire la performance occupazionale. Tuttavia, allo stesso tempo, la dimensione comunitaria della città può essere vista come facilitatore per la partecipazione dell’anziano. Ecco che il *core competence* del terapeuta occupazionale nel rilevare il bisogno dell’anziano fragile e nel progettare un intervento “su misura” diventa ancora più importante in un contesto complesso come quello di Venezia.

Cap. 4

L'indagine esplorativa – Materiali e Metodi

Prima di avviare il progetto è stato contattato e incontrato il coordinatore del servizio preso in esame dall'indagine esplorativa, l'**Unità Operativa Semplice (UOS) di Medicina Fisica e Riabilitativa – Ospedale Territorio del Distretto 1 di Venezia**, per spiegare lo scopo dello studio ed ottenere un primo consenso all'avviamento dello stesso tramite un tirocinio per tesi. Durante la conduzione dell'indagine ho avuto la possibilità di partecipare a delle riunioni di equipe in cui mi è stata data l'opportunità di presentare l'iter del progetto. Per poter raccogliere i dati necessari, è stata preventivamente fatta una richiesta ufficiale inserendo il progetto di tesi e gli strumenti utilizzati, ottenendo il consenso sia da parte della Direzione Medica sia dalla responsabile dei tirocini dell'**ULSS 3**. L'avvio e il periodo di conduzione dello studio sono stati condizionati anche da aspetti organizzativi personali, lavorando a tempo pieno come fisioterapista ho richiesto un periodo di aspettativa per condurre lo studio e mi è stato concesso il mese di **Agosto 2022**.

4.1 Organizzazione dello studio

Il progetto definitivo è stato strutturato in tre punti principali:

- Indagine del **bisogno occupazionale** degli utenti anziani già trattati dal servizio di fisioterapia domiciliare del Distretto 1 di Venezia, tramite **intervista telefonica** appositamente redatta.
- **Questionario** anonimo rivolto ai **fisioterapisti** del team sul trattamento domiciliare per indagare come vengono valutate e prese in carico le problematiche legate alle attività di vita quotidiana e con quali risultati in termini di autonomia nelle ADL/IADL.
- **Analisi** del servizio di terapia occupazionale a domicilio dell'**U.O.S.D. A.R.T.D. di Treviso (ULSS 2)**, tramite tirocinio per tesi (con sussidio di un'intervista appositamente redatta, vedi allegati), **confronto** con il servizio del Distretto 1 di Venezia e ipotesi di **proposta di inserimento** del terapeuta occupazionale. Questa parte verrà affrontata nel **Capitolo 5**.

Il progetto iniziale prevedeva la **presa in carico** di uno più casi clinici presso il servizio di Venezia, per poter rilevare l'efficacia dell'intervento del terapeuta occupazionale con l'anziano fragile nel contesto veneziano. Per motivazioni legate ad aspetti burocratici e legali, oltre che di tempistiche, non è stato poi possibile prendere in carico nessun paziente.

4.1.1 L'indagine del bisogno occupazionale nell'anziano fragile a Venezia

Vista la peculiarità dello studio e l'assenza in letteratura di strumenti idonei rispetto all'obiettivo dello studio, non è stato possibile utilizzare uno **strumento di indagine** già preesistente per effettuare l'intervista. Lo strumento è stato quindi creato e strutturato basandosi sull'obiettivo dello studio e prendendo spunto da due strumenti di valutazione ad uso del terapeuta occupazionale: L'**Assessment of Life-Habits** (Life-H) e la **COPM** (Canadian Occupational Performance Measure). Entrambe sono autovalutazioni, in cui viene indagata la **soddisfazione** della persona, nel primo strumento tuttavia viene specificato come la persona esegue l'abitudine di vita e quale tipo di assistenza viene richiesta per eseguirla. L'intervista di persona avrebbe favorito la collaborazione e la comprensione da parte dell'anziano del motivo dello studio e delle domande poste, tuttavia, sia per la ridotta disponibilità di tempo, sia per questioni di sicurezza in termini di salute, visto il periodo pandemico e la condizione di fragilità dei soggetti, è stato individuato come più idoneo il contatto telefonico. Una **prima parte** dell'intervista raccoglieva informazioni su:

1. **Ambiente fisico e sociale:** Con chi vive la persona, a quale piano si trova il domicilio, se è presente l'ascensore o vi è in dotazione un montascale/servoscala. Venivano inoltre indagati eventuali tipi di assistenza, da parte di chi e con quale frequenza.
2. **Approccio client-centred:** Una domanda indagava se durante il trattamento fosse stato chiesto alla persona se vi fossero attività che svolgeva con difficoltà o che desiderava tornare a fare con maggiore autonomia

Successivamente l'intervista affronta aspetti relativi alle **ADL** e **IADL** segnate in tabella con una struttura nei seguenti sotto punti per ogni attività:

- **Importanza** dell'autonomia in questa attività, da 1 a 4 (4=importantissimo)
- Se attualmente necessita di **assistenza** per svolgere l'attività
- Se durante il **trattamento** sono stati forniti **mezzi/strategie** per essere più autonomo
- Se sì, **quali** (ausilio, strategia, modifica dell'ambiente/attività). Se no, **se avrebbe desiderato riceverli**
- **Soddisfazione** nell'attuale svolgimento dell'attività, da 1 a 4 (pienamente sodd.)

ADL	IADL
Rassetto	Cucinare (preparare un semplice pasto)
Mangiare	Gestire la terapia (farmaci)
Vestirsi	Uscire di casa (passeggiare, fare acquisti etc.)
Andare al bagno/utilizzo sedia comoda	Dedicarsi ai propri passatempi
Fare il bagno/doccia	Fare delle piccole spese
Spostarsi dentro casa	

Un'ultima domanda indagava la propria percezione dello **stato di salute** da 1 a 4. Le domande sono in totale 14, più i relativi sottopunti relativi alle attività indagate.

4.1.2 Il questionario per i fisioterapisti

L'**obiettivo** del questionario rivolto ai fisioterapisti era **indagare**:

- La rilevazione dei **bisogni** dell'anziano fragile relativamente a ADL e IADL
- La modalità di rilevazione di questi bisogni
- La risposta offerta a questi bisogni
- L'**utilità percepita** rispetto all'introduzione del **terapista occupazionale** in equipe a supporto dell'individuazione dei bisogni dell'anziano fragile a domicilio

La compilazione del questionario (in forma anonima) è stata realizzata tramite *Google Moduli* e prevede un'introduzione per spiegare il target di riferimento (l'anziano fragile a domicilio) e il motivo del questionario. Il corpo è suddiviso in **10 domande** prevalentemente a **risposta chiusa**, oltre a due domande di premessa riguardanti gli **anni di esperienza come fisioterapista** e gli anni di esperienza **in ambito domiciliare**. Ho ritenuto utile indagare questo aspetto, in quanto nel corso degli anni il percorso di studio dei fisioterapisti si è modificato, è possibile quindi che anche l'approccio e la visione del terapeuta siano differenti, in base al tipo di formazione ricevuta e all'esperienza nell'ambito indagato dallo studio (il domicilio). Le ultime tre domande del questionario indagano se i fisioterapisti conoscono la figura del terapeuta occupazionale e se percepiscano l'introduzione di questa figura come utile all'interno dell'equipe per l'individuazione del bisogno dell'anziano o per specifici ambiti di intervento (vedi allegati).

4.2 Descrizione e selezione del campione

Il target oggetto di studio è la **persona anziana** in una condizione di **fragilità**, ovvero con un precario equilibrio tra i fattori che mantengono lo stato di salute e i deficit che lo minacciano. Si pensi ad esempio ad anziani che rientrano dopo un periodo di ospedalizzazione, con conseguenti perdite funzionali, alla cosiddetta "sindrome ipocinetica" o ad anziani con aspetti di cronicità o multi-morbilità (es. frattura di femore in soggetto con problematiche cardiache), cui possono sommarsi **fattori di rischio** a livello sociale (es. vivere soli, coniuge anziano patologico) che possono impattare a loro volta sul livello di autonomia della persona anziana. Per identificare i soggetti da contattare per l'intervista telefonica, sono stati seguiti i **criteri di inclusione** ed **esclusione** dei soggetti che vediamo nella tabella seguente.

INCLUSIONE	ESCLUSIONE
> 60 anni	Patologie psichiatriche
In carico al servizio di fisioterapia domiciliare del Distretto 1 di Venezia	Decadimento cognitivo/demenza
In dimissione protetta o priorità B/D	Allettati gravi (dipendenza totale) o persona ritenuta non collaborante
Casistica: ortopedico, neurologico, sindrome ipocinetica, deficit di deambulazione aspecifico	Ricoverati in struttura (es. RSA)
	In trattamento (non terminato)

4.3 Procedura e raccolta dati

La raccolta dei dati è stata effettuata presso l'**U.O.S. di Medicina Fisica e Riabilitativa (M.F.R.) – Ospedale Territorio del Distretto 1 di Venezia Centro Storico (ULSS 3)**, nel periodo tra l'1/8/22 e il 10/8/22. La lista iniziale è stata ricavata da un documento informatizzato fornito dal coordinatore del servizio, comprendente l'utenza presa in carico nel periodo **tra il 10/9/21 e il 30/7/22**. Ulteriori dati presenti erano: Nominativo del medico che ha inviato la richiesta, data di nascita della persona, patologia principale, recapito telefonico, indirizzo, eventuali note, data di presa in carico, nome del terapeuta, numero di sedute. Per raccogliere informazioni sul campione da selezionare e contattare in seguito, sono state consultate le **cartelle cliniche informatizzate**. I dati raccolti sono stati utilizzati per selezionare e poi somministrare l'intervista telefonica. Non sono state inserite informazioni identificative di pazienti, medici e terapisti, i dati trattati sono stati inseriti in modalità del tutto anonima. Per ottenere il campione finale, sono state eseguite due selezioni.

4.3.1 Prima selezione

Secondo i criteri di inclusione ed esclusione, è stata eseguita una prima selezione consultando la documentazione, comprese le cartelle cliniche informatizzate. Oltre ai criteri sopra citati, sono state eliminate le ripetizioni (pazienti presenti in lista due volte, per un secondo trattamento), i pazienti non contattabili, ricoverati in struttura, che hanno interrotto o rinunciato al trattamento e i soggetti deceduti. In ciascuna **PIC** (Presa In Carico) era teoricamente possibile vedere i dettagli della visita del medico inviante, eventuali informazioni sul domicilio e la famiglia / caregiver dell'assistito, la presa in carico del terapeuta con la valutazione, gli obiettivi e il piano di trattamento. Tuttavia, le informazioni presenti erano estremamente variabili, poiché quindi non sono riuscita ad ottenere tutte

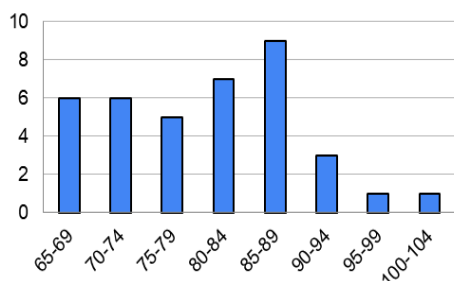
le informazioni necessarie alla selezione, ho ritenuto opportuno, ove possibile, consultare direttamente i terapeuti che hanno preso in carico le persone della lista.

4.3.2 Seconda selezione

In un secondo momento, in **riunione di equipe**, sono stati consultati i terapeuti presenti e chiedendo ulteriori informazioni su pazienti per i quali non erano sufficienti i dati in cartella, eliminando quindi i soggetti che secondo loro non erano idonei ad un'intervista telefonica. I potenziali **utenti da contattare** sono risultati essere **70**. Prima di iniziare con le interviste telefoniche è stata preparata una presentazione, in modo tale da chiarire alla persona chi la contattava e per quale motivo, oltre ad ottenere il **consenso all'intervista**. Il contatto telefonico è avvenuto all'interno di un ambulatorio del servizio di riabilitazione del Distretto 1. Le interviste sono state effettuate nel periodo tra l'11/8 e il 22/8, rispettando l'orario di servizio e adeguandosi alle esigenze del personale di servizio. Non era quindi possibile contattare le persone oltre le 15.30 o quando l'ambulatorio non era disponibile.

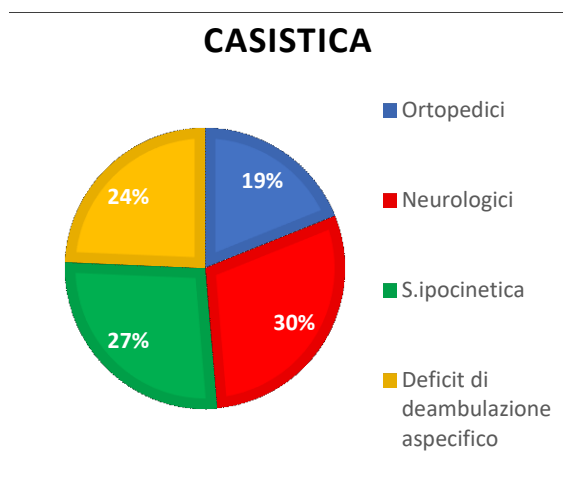
4.4 Risultati intervista agli utenti del servizio di riabilitazione domiciliare

L'analisi dei risultati è stata effettuata tramite il **programma Excel** da un dottore magistrale in matematica. Di **70 persone** selezionate, 2 non hanno terminato l'intervista, 15 hanno rifiutato, 15 non erano raggiungibili. Le **interviste** effettuate sono quindi **38**.



Nel grafico vediamo le **fasce di età**, l'**età media** del campione è di **81 anni**, con **prevalenza femminile (71,1 %)**.

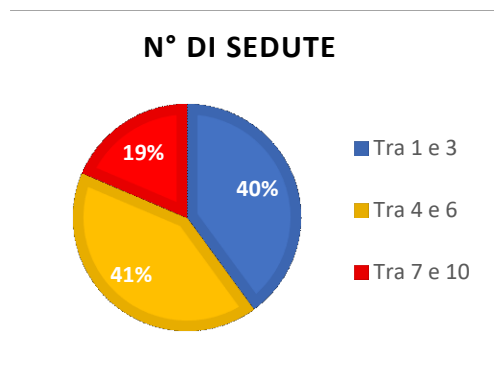
Fare una suddivisione netta rispetto alla **casistica** non è semplice, in quanto in buona parte dei casi sono presenti **quadri clinici complessi**; tuttavia, è stata ipotizzata una suddivisione secondo il quadro prevalente definito in cartella clinica, come vediamo dal grafico. Il 27% è rappresentato dalla **sindrome ipocinetica** e il 24% da un **deficit di deambulazione non specifico**, quindi ad esempio non da frattura di femore e non da esiti di ictus o altre condizioni neurologiche.



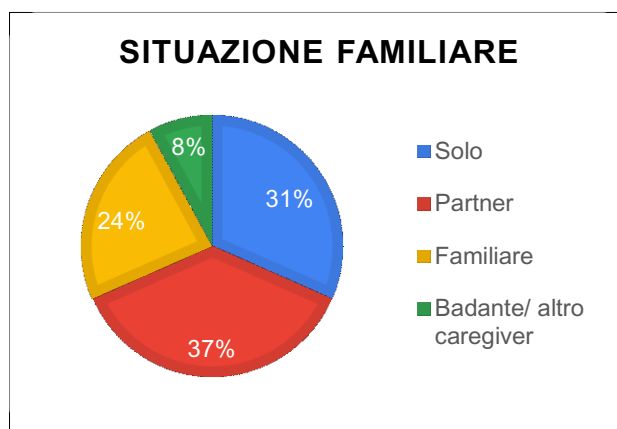
Per quanto riguarda la **priorità** e l'**invio** (se da medico dell'ospedale o da fisiatra del distretto), troviamo un **52%** dei soggetti in **dimissione protetta** e il restante tra priorità **B (44%)** e **D (4%)**.

Nell'81% dei soggetti il **numero di sedute** è inferiore a 7, di cui il 40% dei casi abbia ricevuto al massimo 3 sedute.

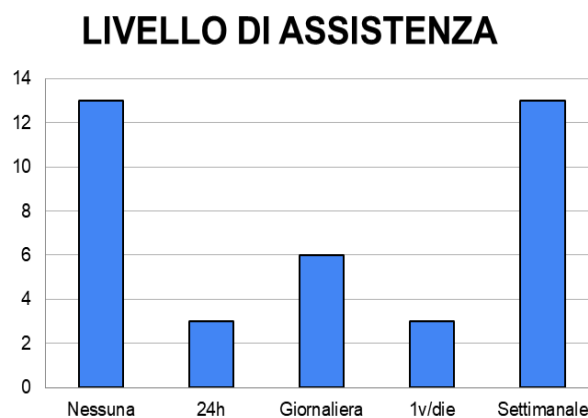
La media del numero di sedute è pari a 5. Di 38 interviste, 7 sono state rivolte a un familiare dell'anziano (figlio/a), che tuttavia era presente durante il trattamento ed è costantemente in relazione con l'anziano a cui è rivolta l'intervista.

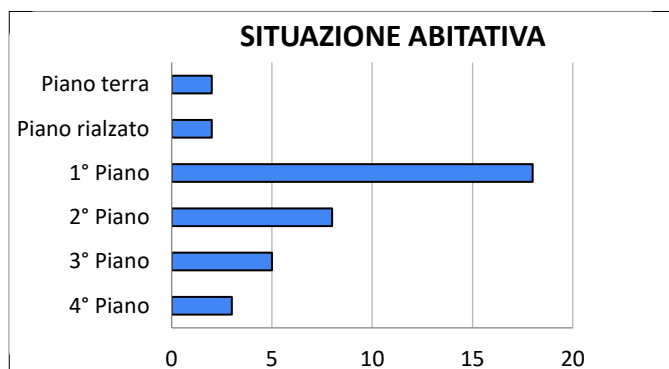


La maggior parte dei soggetti **convive con il partner (37%)**, seguito dal **31%** dei soggetti che **vive da solo**, la restante percentuale del campione è divisa tra **convivenza con un familiare (figlio, fratello/sorella)** o con un **caregiver (badante)**.



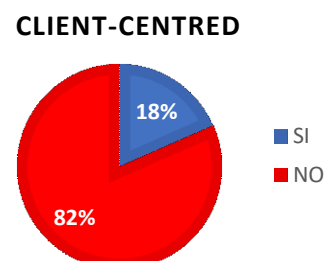
A **livello assistenziale** invece, i risultati più consistenti riguardano la **totale assenza di assistenza** o un'assistenza non continuativa, con qualche **accesso settimanale** (solitamente per la gestione della casa o per la spesa). Per quanto riguarda le sezioni giornaliera o nelle 24h, l'assistenza si riferiva anche alla gestione delle attività quotidiane della persona intervistata o di un familiare convivente che lo necessitava (es. per la gestione dell'igiene).





Per quanto riguarda la **situazione abitativa**, la maggior parte degli intervistati abita al **primo piano** (28 persone su 38) e **nell'89% dei casi non è presente l'ascensore** (o ausili per le barriere verticali).

In quasi tutti i casi indagati (82%), il fisioterapista non aveva chiesto alla persona se vi fossero attività in cui aveva difficoltà, che desiderava tornare a svolgere o che voleva svolgere con maggiore autonomia (**approccio client-centred**).



Di seguito sono stati inseriti i **risultati in percentuale** relativi alle domande sulle **attività indagate (ADL e IADL)**, suddivisi in **2 tabelle** (TABELLA 1 e TABELLA 2).

TABELLA 1: Importanza dell'attività (1-4, 4 è massima importanza) e necessità di assistenza.

Attività		Importanza				Assistenza	
		1	2	3	4	SI	NO
ADL	Rassetto	0,0%	13,2%	10,5%	76,3%	34,2%	65,8%
	Mangiare	0,0%	7,9%	10,5%	81,6%	18,4%	81,6%
	Vestirsi	0,0%	2,6%	13,2%	84,2%	34,2%	65,8%
	Andare in bagno/comoda	0,0%	2,6%	5,3%	92,1%	26,3%	73,7%
	Fare la doccia	5,3%	2,6%	10,5%	81,6%	57,9%	42,1%
	Spostarsi in casa	0,0%	2,6%	2,6%	94,7%	23,7%	76,3%
IADL	Cucinare	36,8%	5,3%	15,8%	42,1%	44,4%	55,6%
	Farmaci	15,8%	7,9%	13,2%	63,2%	36,8%	63,2%
	Attività domestiche	39,5%	5,3%	13,2%	42,1%	81,5%	18,5%
	Uscire di casa	0,0%	15,8%	2,6%	81,6%	76,3%	23,7%
	Passatempi	2,6%	10,5%	7,9%	78,9%	42,1%	57,9%
	Piccole spese	28,9%	10,5%	15,8%	44,7%	75,0%	25,0%

Le attività che hanno ricevuto **punteggio 4** in più dell'80% dei casi sono: **“spostarsi dentro casa”** (94,7%), **“andare in bagno/uso della comoda”** (92,1%), **“vestirsi”** (84,2%), **“uscire di casa”**, **“fare la doccia”** e **“mangiare”** (81,6%). Poiché alcune **IADL** risultavano troppo complesse per alcune delle persone intervistate a causa della condizione clinica (es. occuparsi delle attività domestiche), non sono state inserite nel calcolo della percentuale, mentre sono state conteggiate le persone che non ritenevano importante l'attività (punteggio 1).

L'attività che richiede **maggiore assistenza** è quella delle **attività domestiche** (81.5% dei soggetti), seguita dall'attività **“uscire di casa”** (es. per fare una passeggiata, degli acquisti etc.), fare delle **piccole spese** (75%) e **“fare la doccia”** (57,9%). In particolare, la possibilità di uscire di casa in autonomia molto spesso è ostacolata dalla presenza delle scale e dalla necessità di avere qualcuno vicino per sentirsi più sicuri o per spingere la carrozzina.

TABELLA 2: Strategie/modifiche/ausili forniti durante il trattamento fisioterapico per favorire l'autonomia (in caso non fosse stata affrontata l'attività, se la persona avrebbe desiderato ricevere dei consigli in merito oppure no) e **soddisfazione** della persona relativamente alla performance nell'attività indagata (da 1 a 4, 4 è pienamente soddisfatto)

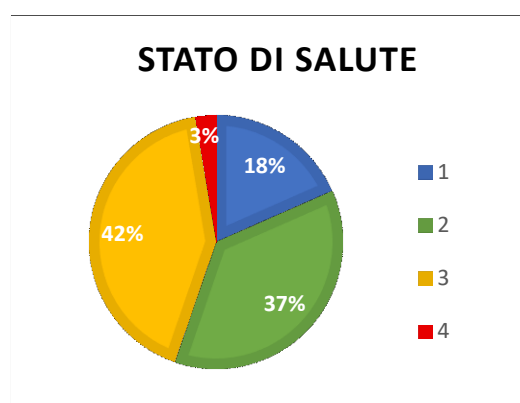
Attività	Strategie/strumenti per l'autonomia					Soddisfazione			
	SI			NO		1	2	3	4
	Strategie	Modifiche	Ausili	No, ma avrei voluto	No, non interessa				
Rassetto	10,5%	7,9%	0,0%	35,5%	64,5%	2,6%	13,2%	28,9%	55,3%
Mangiare	2,6%	2,6%	0,0%	27,8%	72,2%	5,3%	5,3%	15,8%	73,7%
Vestirsi	5,3%	5,3%	0,0%	52,9%	47,1%	0,0%	18,4%	44,7%	36,8%
Andare in bagno	23,7%	18,4%	13,2%	65,2%	34,8%	2,6%	15,8%	44,7%	36,8%
Fare la doccia	0,0%	23,7%	21,1%	68,0%	32,0%	13,2%	21,1%	42,1%	23,7%
Spostarsi in casa	21,1%	0,0%	52,6%	66,7%	33,3%	2,6%	18,4%	36,8%	42,1%
Cucinare	3,7%	0,0%	0,0%	61,5%	38,5%	14,8%	22,2%	40,7%	22,2%
Farmaci	2,6%	0,0%	0,0%	16,2%	83,8%	2,6%	0,0%	23,7%	73,7%
Attività domestiche	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	7,4%	37,0%	29,6%	25,9%
Uscire	13,2%	2,6%	28,9%	81,8%	18,2%	7,9%	47,4%	34,2%	10,5%
Passatempo	0,0%	0,0%	0,0%	57,9%	42,1%	23,7%	26,3%	31,6%	18,4%
Piccole spese	3,6%	0,0%	0,0%	69,2%	30,8%	33,3%	14,8%	22,2%	29,6%

Nella **TABELLA 2** sono state riassunte le **percentuali** relative a **tre possibili tipologie di intervento** dei **fisioterapisti** (strategie, modifiche ambientali/attività o individuazione di ausili). In caso non fosse stata trattata l'attività (o non fosse stata utilizzata nessuna delle tre modalità), veniva chiesto alla persona se avrebbe desiderato ricevere dei consigli in merito. In questo caso, le percentuali sono relative al numero di persone che non hanno ricevuto questo tipo di trattamento. In molte attività la percentuale relativa all'utilizzo di strategie/modifiche/ausili nel trattamento è molto bassa o **pari a zero** (attività domestiche e passatempo).

La maggior parte degli **interventi dei fisioterapisti** riguardava l'individuazione di **ausili** per potersi spostare (52,6%) e uscire di casa (28,9%), principalmente si trattava di deambulatori e carrozzine. Percentuali minori sono relative a strategie o modifiche. In particolare, le **modifiche** (ambientali/dell'attività) riguardavano prevalentemente il **bagno**, con la dotazione di **supporti** nel bagno (WC e/o doccia), modifiche strutturali (es. sostituire la vasca con la doccia, rifare il bagno) o l'utilizzo della comoda al posto del WC. Le **“strategie”** riferite dagli intervistati erano relative, ad esempio, a come alzarsi/sedersi dal WC, alla gestione dell'ausilio negli ambienti domestici o consigli per uscire di casa (es. uscire accompagnati, usare la carrozzina etc.). Questa domanda talvolta ha generato confusione nell'intervistato, in quanto l'esecuzione e l'insegnamento di esercizi veniva inteso come una “strategia”. In alcuni casi la persona riferiva di essere lei stessa (o un familiare) a prendere l'iniziativa per trovare una soluzione ad un problema nelle attività (non identificato dal fisioterapista), ad esempio utilizzando presidi per l'incontinenza per evitare di alzarsi la notte o utilizzando la carrozzina fuori casa per poter andare più lontano senza affaticarsi.

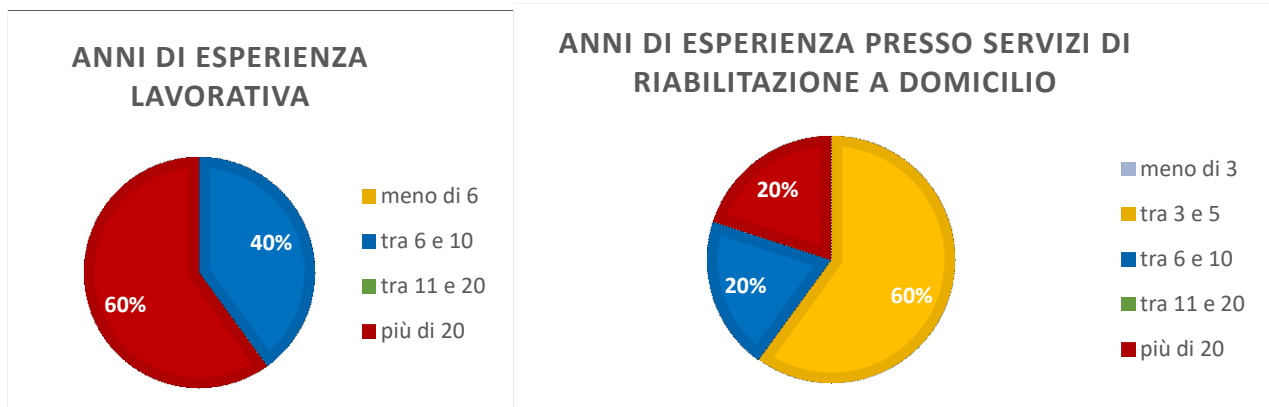
Nella colonna relativa alla **volontà di ricevere dei consigli** (“no, ma avrei voluto”), troviamo **valori sopra il 50% in 9 attività su 12**. Le percentuali più alte riguardano le attività **“uscire di casa”** (81,8%), **“fare delle piccole spese”** (69,2%) e **“fare la doccia”** (68%). La colonna relativa alla **soddisfazione** nella performance mostra risultati nettamente alti nella **gestione dei farmaci** e nel **mangiare**, in cui il 73,7% si dichiara **pienamente soddisfatto**. A seguire, il 55,3% è soddisfatto nel rassetto, mentre la performance nello spostamento dentro casa registra una piena soddisfazione nel 42,1% dei casi. Discreti valori (punteggio 3) per fare la doccia (42,1%) e andare al bagno (44,7%). Si nota che nell'attività **“uscire di casa”**, oltre il 50% degli intervistati si dichiara insoddisfatto, **solo il 10,5% infatti è pienamente soddisfatto** della propria performance

Infine, l'ultima domanda riguardava lo **stato di salute** percepito dalla persona. Anche questa domanda ha suscitato diverse interpretazioni (forse sarebbe stato più appropriato chiedere il livello di qualità di vita), dal grafico notiamo come una percentuale rilevante abbia indicato uno **stato di salute basso** (1=pessimo, 4=ottimo).



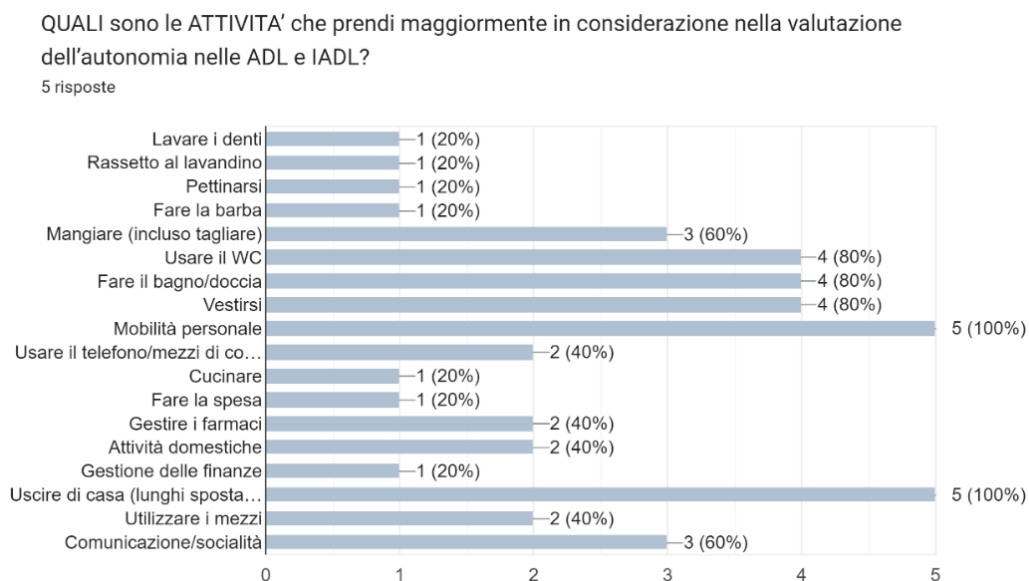
4.5 Risultati questionario dei fisioterapisti

Al questionario hanno risposto i **5 fisioterapisti** attualmente in servizio presso il **Distretto 1** di Venezia. Dai grafici possiamo osservare le risposte relative alle prime due domande agli anni di esperienza lavorativa come fisioterapista e gli anni presso un servizio di riabilitazione domiciliare.



Alla domanda “*Chiedi alla persona e/o al caregiver quali sono i suoi bisogni rispetto all’autonomia nelle ADL/IADL?*” (approccio *client-centred*), il **60%** dei fisioterapisti (3 su 5) ha risposto “**spesso**”, mentre rimanenti due hanno risposto rispettivamente “a volte” e “raramente”. Riguardo la valutazione delle **problematiche nell’autonomia nelle ADL/IADL**, l’**80%** dei fisioterapisti ha risposto che **valuta spesso questi aspetti**.

Dal grafico riguardante le **attività maggiormente valutate** (considerando l’anziano fragile) si evidenzia una netta prevalenza degli aspetti legati alla mobilità (dentro e fuori casa), oltre che all’uso del WC, fare la doccia e vestirsi.



Tipo di valutazione e frequenza (1= raramente, 4=spesso): Dalla tabella si nota una discreta variabilità, con prevalenza dell'osservazione diretta dell'attività senza utilizzo di strumenti specifici e l'indagine di funzioni e strutture corporee (come strumenti maggiormente utilizzati vengono indicati: scala Tinetti, Range Of Motion (ROM) e Medical Research Council (MRC) per la forza).

FREQUENZA	VALUTAZIONE						
	Colloquio informale con la persona e/o caregiver, senza osservazione e diretta	Intervista strutturata (check list, questionari) con la persona e/o caregiver, senza osservazione diretta	Indagine su funzioni o le strutture corporee compromesse SENZA strumenti specifici	Indagine su funzioni/strutture corporee, CON l'utilizzo di strumenti di valutazione (es. Scala Tinetti etc.)	Simulazione delle attività (es. immagini di doversi pettinare)	Osservazione dell'attività nel contesto di vita della persona SENZA strumenti specifici	Osservazione dell'attività nel contesto di vita della persona CON strumenti di osservazione specifici
1	0	40%	0	0	20%	0	40%
2	40%	20%	20%	40%	20%	20%	60%
3	40%	20%	60%	60%	40%	20%	0
4	20%	20%	20%	0	20%	60%	0

Frequenza del miglioramento in specifiche ADL/IADL nella definizione degli obiettivi: Il 60% dei fisioterapisti ritiene di includere spesso questi aspetti nei propri obiettivi di intervento, mentre il rimanente 40% dichiara di farlo solo a volte.

Tipo di intervento e frequenza (1= raramente, 4= spesso): Dalla tabella emerge un consenso tra i fisioterapisti nel tipo di intervento, con il **100%** che ha inserito come frequenza massima (valore 4) le **modifiche ambientali**, l'**individuazione di ausili/ortesi** e l'**addestramento della persona**. Segue come frequenza (80% dei fisioterapisti), il **recupero di specifiche funzioni o strutture corporee**, l'**educazione della persona e del caregiver** (sia per l'assistenza che per l'utilizzo di ortesi/ausili)

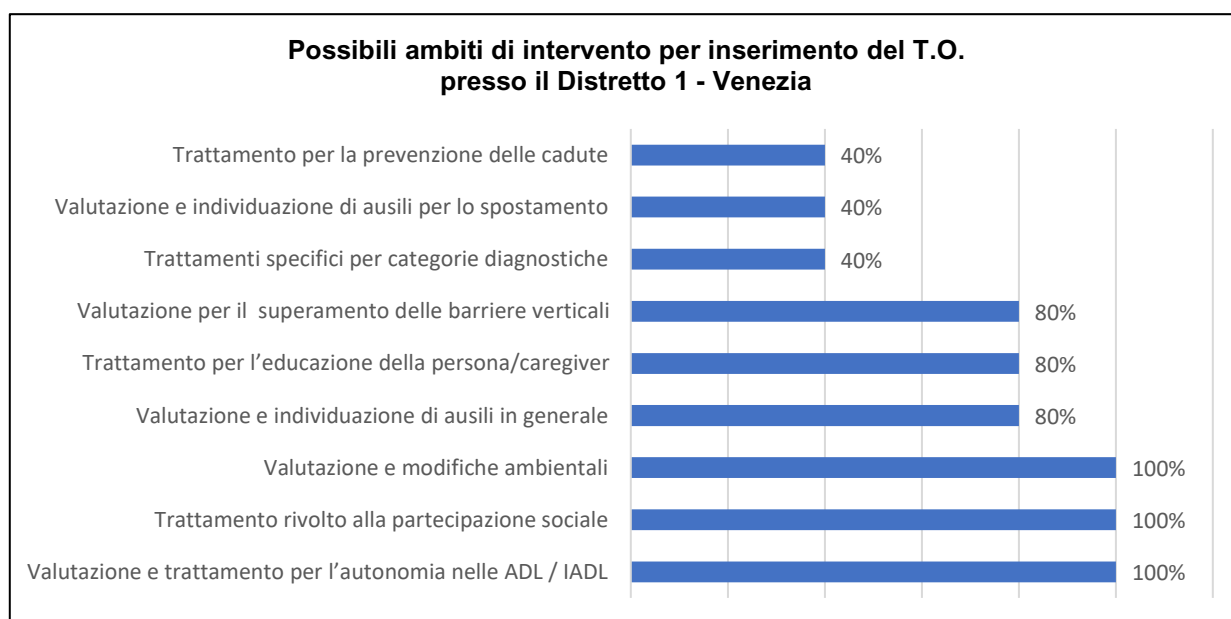
FREQUENZA	INTERVENTO				
	Recupero di specifiche funzioni o strutture corporee	Acquisizione di abilità legate alle attività/occupazioni (es. posizionarsi correttamente, auto monitorarsi...)	Individuazione e training di strategie alternative per lo svolgimento dell'attività	Modifica di alcuni parametri dell'attività	Educazione del caregiver rispetto alle modalità di assistenza nelle attività
1	0	0	20%	20%	0
2	0	20%	0	0	20%
3	20%	40%	40%	40%	0
4	80%	40%	40%	40%	80%
	Educazione della persona (es. prevenzione cadute, economia articolare)	Individuazione di ausili e/o ortesi	Addestramento della persona all'utilizzo di ortesi/ausili	Addestramento del caregiver all'utilizzo di ortesi/ausili	Modifiche dell'ambiente domestico
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	20%	0	0	20%	0
4	80%	100%	100%	80%	100%

Valutazione del raggiungimento degli obiettivi: In tabella si osserva una un consenso del **100%** relativamente alla prima colonna (“**Mi baso sul raggiungimento degli obiettivi che mi sono posto**”), mentre le altre risposte ottengono tutte una percentuale del 60%.

RISPOSTE	Mi baso sul raggiungimento degli obiettivi che mi sono posto	Mi baso sul raggiungimento delle aspettative della persona e/o caregiver	Riutilizzo gli strumenti di valutazione utilizzati al momento della presa in carico	Osservo la performance della persona nelle ADL/IADL	Mi baso sulla soddisfazione espressa dalla persona e/o caregiver
Ft 1	X		X	X	X
Ft 2	X			X	X
Ft 3	X	X	X	X	
Ft 4	X	X			
Ft 5	X	X	X		X
Percentuale	100%	60%	60%	60%	60%

Per le domande riguardo alla **conoscenza della figura del terapeuta occupazionale** da parte dei fisioterapisti, l'**80% ha dichiarato di conoscerlo**, mentre un fisioterapista riferisce di averlo solo sentito nominare. Vi è consenso da parte di tutti (**100%**) nel ritenere che il terapeuta occupazionale potrebbe favorire il riconoscimento ed il soddisfacimento dei bisogni degli anziani presi in carico dal servizio di riabilitazione domiciliare, in termini di autonomia nelle ADL/IADL e nella partecipazione.

Nell'ultima domanda veniva chiesto in **quali ambiti** vedessero meglio inserito il **terapeuta occupazionale** presso il servizio domiciliare del **Distretto 1**: Tra le prime tre risposte troviamo la valutazione e trattamento di problematiche rivolte all'autonomia nelle ADL/IADL, il trattamento per favorire la partecipazione sociale e la valutazione/modifiche ambientali.



4.6 Discussione

I risultati del questionario rivolto ai fisioterapisti comparati ai risultati dell'intervista rivolta all'utenza anziana e fragile del servizio domiciliare hanno fatto emergere diversi interrogativi. Nonostante la ridotta numerosità del campione preso in esame, l'intervista telefonica ha permesso di evidenziare diverse criticità nella presa in carico dell'anziano fragile a domicilio nel contesto di Venezia. In primo piano, l'**approccio client-centred**: la maggior parte dei fisioterapisti ritiene di considerare i bisogni della persona relativamente all'**autonomia nelle ADL/IADL**, tuttavia ciò non combacia da quanto rilevato nelle interviste, in cui solo in pochi casi veniva chiesto alla persona se vi fossero attività che desiderasse tornare a svolgere o in cui volesse ottenere maggiore autonomia. Nella valutazione, sembra esserci variabilità tra le tipologie maggiormente utilizzate dai fisioterapisti, sebbene risaltino la **valutazione delle funzioni e strutture corporee** e l'**osservazione dell'attività** senza utilizzo di strumenti specifici. Il terapeuta occupazionale invece dispone di specifici strumenti sia per rilevare il bisogno occupazionale dell'anziano (es. COPM), sia per valutare e individuare gli aspetti che possono inficiare l'autonomia nelle attività, come abilità motorie e di processo (es. AMPS), il contesto, etc.

Per quanto riguarda le **ADL/IADL** maggiormente valutate, i risultati del questionario sono pressoché in linea con le attività dell'intervista prese maggiormente in considerazione dai fisioterapisti: **spostarsi dentro casa, uscire, fare la doccia e andare al bagno**. Solo nella vestizione non sembra esserci riscontro tra quanto riportato dai fisioterapisti e l'intervento riportato nelle interviste (solo nel 10,6% dei casi del campione sembrano esserci stati interventi per l'autonomia in questa attività).

Anche rispetto alla **tipologia di intervento** maggiormente utilizzata troviamo riscontro nelle interviste: l'individuazione e l'**addestramento all'utilizzo di ausili per lo spostamento** e le **modifiche ambientali**. Tuttavia, in alcuni casi veniva riferito che l'ausilio fornito non andava bene per le proprie esigenze (es. carrozzina troppo pesante da spingere, deambulatore con seduta troppo alta etc.) e quindi veniva usato poco o abbandonato, con il rischio di rinunciare del tutto all'attività per cui era stato pensato. L'intervento di educazione della persona e/o caregiver non è stato incluso nelle interviste, non è perciò possibile avere un confronto, sebbene talvolta emergesse questo aspetto tra gli intervistati. Lo stesso vale per l'insegnamento di esercizi da svolgere poi in autonomia, spesso dichiarato dagli intervistati come trattamento principale del terapeuta, in linea con il **recupero di funzioni e strutture corporee** segnalato come intervento utilizzato dall'80% dei fisioterapisti.

La domanda sul **raggiungimento degli obiettivi** ha fornito interessanti spunti di riflessione: il 100% dei fisioterapisti ha dichiarato "Mi baso sul raggiungimento degli obiettivi che mi sono posto", mentre vi è variabilità per le altre opzioni (es. mi baso sulla soddisfazione della persona), anche qui l'ottica centrata sulla persona sembra essere deficitaria. Nella pratica della terapia occupazionale la

definizione degli obiettivi è un **processo collaborativo** tra il cliente e il terapeuta, sia per ottenere un maggior coinvolgimento per favorirne il raggiungimento, sia perché il cliente è l'esperto in relazione al suo fare quotidiano, sia per rendere la persona responsabile rispetto al processo terapeutico.

Considerando gli **ambiti di intervento** in cui i fisioterapisti vedrebbero meglio inserita la figura del **terapista occupazionale**, troviamo ai primi posti la valutazione ed il trattamento di problematiche rivolte all'**autonomia nelle ADL/IADL**, il trattamento per favorire la **partecipazione sociale** e le **valutazioni/modifiche ambientali**. Questi aspetti potrebbero essere effettivamente tra i più critici nella presa in carico dell'anziano a domicilio nel contesto di Venezia e la loro risoluzione potrebbe essere favorita dalla presenza del terapeuta occupazionale nel team riabilitativo.

Nelle interviste, infatti, uno dei **limiti** più importanti riguarda la possibilità di **uscire di casa**. Molte abitazioni degli anziani si trovano al primo piano o ai piani superiori e in quasi nessun caso è presente un ascensore o la dotazione di altri sistemi per poter superare le scale. Per chi è in grado di uscire vi sono altre difficoltà imposte dall'architettura della città, come la presenza di ponti, la pavimentazione irregolare o l'affollamento costante di certe zone. Dalle interviste è emerso come l'81,6% dei soggetti ritenga **estremamente importante uscire di casa** (punteggio 4) e che meno del 30% sia autonomo. L'81,8% inoltre, vorrebbe ricevere dei consigli in merito ed è sicuramente rilevante, in quanto nonostante in oltre il 40% del campione sia stata affrontata questa difficoltà, **solo il 10% dei soggetti ha riferito una piena soddisfazione nella propria performance**.

Le attività relative al **bagno** sono state rilevate come altro **punto critico**. Nonostante una discreta percentuale dei soggetti abbia ricevuto in intervento inerente agli aspetti del bagno, la soddisfazione nella performance non è poi così alta. Dalle interviste è emerso come farsi assistere nell'igiene sia un aspetto delicato, infatti, molti soggetti avrebbero preferito ricevere strategie o altre soluzioni per potersi lavare con maggiore autonomia, non solo per quanto riguarda la doccia, ma anche per poter utilizzare il bidè per l'igiene intima. Ovviamente, soggetti con limitazioni importanti nell'autonomia richiedono livelli assistenziali elevati e la necessità di ricorrere ad altre persone per la doccia e/o l'igiene. Potrebbe tuttavia essere utile un intervento educativo da parte del terapeuta occupazionale nei confronti di chi si prende cura della persona, per far comprendere cosa è possibile fare per agevolare il benessere dell'anziano, per ridurre il carico assistenziale e salvaguardare la salute del caregiver. Ad esempio, è essenziale spiegare come funziona l'ausilio fornito (es. sedia comoda), in quali ambienti e attività può essere utilizzato, tenendo a mente l'evoluzione del quadro clinico.

Nei risultati relativi all'attività "**passatempo**" è emerso come potersi dedicare ad attività di svago sia di **fondamentale importanza** per molti anziani (78,9%), in linea con la letteratura, che indica come il coinvolgimento in attività di svago favorisca la **partecipazione sociale** e possa avere effetti

preventivi sul mantenimento della salute (Smallfield, 2018; Rand et al., 2022). Le attività variavano dal poter leggere un libro o il giornale, al cucito o il lavoro a maglia, al semplice passeggiare o al poter andare in barca: più della metà degli anziani vorrebbe ricevere dei consigli su come potersi dedicare a queste attività (57,9%) che non sono state affrontate con nessuno degli intervistati. Molti anziani hanno riferito di non riuscire più a vedere bene, di avere una ridotta manualità o di aver perso interesse nelle attività di svago a causa delle difficoltà incontrate. Altri hanno dichiarato di non avere tempo perché devono assistere un familiare o perché le attività quotidiane li impegnano più di prima, in termini di tempo e di energie. Sebbene la sfera del tempo libero non sia essenziale per sopravvivere, è comunque una delle tre sfere dell'occupazione e soprattutto nella persona anziana riveste un ruolo fondamentale per una buona qualità di vita, anche a livello preventivo; sarebbe auspicabile che in casi selezionati, si intervenisse per favorire il coinvolgimento in queste occupazioni. Il terapeuta occupazionale potrebbe giocare un ruolo chiave nel favorire la rete sociale e l'attivazione da parte della comunità per ridurre l'isolamento di molti anziani fragili, anche in un ambiente ostico come quello di Venezia.

Anche altre **IADL**, come **fare piccole spese** o gestire le **attività domestiche**, richiedono assistenza nella maggior parte dei soggetti, comprensibilmente in relazione alla complessità del quadro clinico e alla limitata autonomia anche in attività più semplici. Tuttavia, molte delle persone intervistate avrebbero desiderato comunque avere dei consigli per poter essere più autonome o avere meno difficoltà, in linea con un recente studio fenomenologico, in cui gli anziani hanno espresso l'importanza di svolgere attività significative, nonostante le difficoltà fisiche che incontrano (Søvde et al, 2021). Questo dato fa riflettere sul fatto che avendo a disposizione poche sedute, i fisioterapisti probabilmente tendano a concentrarsi sulle **autonomie di base** o sulle **capacità di deambulazione**, ritenute prioritarie all'atto della presa in carico, piuttosto che ad attività più complesse, anche in soggetti che forse avrebbero potuto avere dei benefici ricevendo delle strategie per gestire queste attività. Un trattamento di terapia occupazionale individualizzato e centrato sulla persona potrebbe non solo rilevare dei bisogni inattesi ma anche rendere l'anziano partecipe alle attività che non è più in grado di svolgere, coinvolgendolo ad esempio per pianificare le spese o per dare indicazioni su come gestire le attività domestiche. Tanti anziani, infatti, dovendo ricevere assistenza per cucinare o tenere pulita la casa, si trovano costretti a adattarsi alle scelte di qualcun altro e questo comporta non solo che l'anziano subisca passivamente ma anche che non si senta più a casa propria, con effetti negativi sulla qualità di vita. Scoprire ciò che gli anziani fragili che vivono in casa considerano prezioso è importante quando si pianifica e si implementa un intervento per tali persone. Gli operatori sanitari dovrebbero considerare e utilizzare più ampiamente le risorse delle persone anziane e fornire assistenza in conformità con tali risorse, per quanto possibile. Ciò richiede un'organizzazione più

flessibile dei servizi sanitari domiciliari, in cui gli operatori sanitari possono adeguare il tempo e le cure in base alle condizioni quotidiane dell'anziano (Søvde et al, 2021).

Un altro punto interessante emerso con l'intervista riguarda con chi vive l'anziano e quanta **assistenza** riceve. Anziani che vivono soli in condizioni di fragilità e/o cronicità, percepiscono maggiormente l'importanza di essere autonomi nelle loro attività, dalle più basilari come vestirsi o mangiare, a quelle più complesse come fare la spesa o occuparsi della gestione della casa. Anziani che invece convivono con coniugi in discreta salute o che vengono assistiti frequentemente sembrano concentrarsi maggiormente su altri aspetti, come potersi dedicare ai propri passatempi. Chi convive con un familiare che necessita di assistenza (es. persona con demenza), segnala il bisogno di autonomia come ancora più rilevante, facendo emergere anche la necessità di avere più tempo per prendersi cura di sé e di ridurre il carico assistenziale. Sebbene i risultati dell'intervista non abbiano valore statistico, sembra che gli anziani che non hanno piena autonomia nelle attività e vivono soli, privi di una buona rete assistenziale, riferiscano uno **stato di salute ridotto** (valori tra 1 e 2 su 4).

4.7 Limiti dell'indagine esplorativa

- Il campione preso in esame è piuttosto esiguo e gli strumenti utilizzati per l'indagine e l'analisi del servizio, non essendo strumenti già preesistenti ma creati appositamente da chi li ha somministrati, presentano un **bias** di base.
- L'intervista telefonica non ha favorito l'interazione con l'anziano: incontrarlo di persona avrebbe permesso di ottenere maggiore fiducia (più persone disposte a rispondere), di chiarire meglio lo scopo dello studio adattandosi alle caratteristiche dell'anziano. Inoltre, poteva risultare lunga, complessa e a tratti poco chiara; infatti, è stato necessario soffermarsi a spiegare alcune domande.
- Le domande chiuse non permettono di cogliere le sfumature che ogni persona ha riferito durante le interviste e che sono comunque risultate interessanti.
- Le persone spesso non capivano perché dover dichiarare l'importanza dell'autonomia in una certa attività, a volte perché non avevano mai riscontrato difficoltà nello svolgerla, a volte perché era considerata ovviamente importantissima (es. mangiare da soli).
- Le risposte chiuse del questionario dei fisioterapisti tendono a vincolare o a suggerire risposte che forse non sarebbero emerse con un colloquio diretto, inoltre i fisioterapisti non hanno potuto motivare determinate scelte e fornire maggiori dettagli rispetto alla presa in carico.
- Non è stato possibile effettuare un case-study o un intervento su un gruppo di anziani attraverso strumenti specifici per rilevare il cambiamento e la soddisfazione rispetto alla performance e alla partecipazione, lo studio è quindi limitato a una fase preliminare.

Cap. 5

Confronto tra due realtà domiciliari in Veneto e proposta di inserimento del terapista occupazionale presso l'U.O.S. M.F.R. – Ospedale Territorio – Distretto 1 Venezia (ULSS 3)

5.1 Il ruolo del Distretto nella continuità assistenziale presso le ULSS del Veneto

L'ULSS 3 Serenissima e l'ULSS 2 Marca Trevigiana sono enti strumentali della Regione del Veneto e fanno parte delle nove aziende sanitarie in cui è stato suddiviso il territorio del Veneto con la *Legge Regionale n. 19 del 25 ottobre 2016*, che ha ridefinito l'assetto organizzativo delle Aziende ULSS, entrata in vigore il 1° gennaio 2017. I bacini territoriali delle ULSS si configurano ora come **Distretti**, che realizzano l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali, con l'obiettivo di assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione. Il **servizio riabilitativo** del Distretto si adopera per assicurare la **continuità terapeutica Ospedale-Territorio**, con l'obiettivo di garantire l'autonomia e il reinserimento della persona nel proprio ambiente di vita. Entrambi i servizi di riabilitazione domiciliare che verranno confrontati forniscono **cure domiciliari di livello "base"**, cioè prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo.

5.2 Il servizio di riabilitazione domiciliare: confronto tra due realtà in Veneto

Per l'analisi del servizio di riabilitazione domiciliare dell'ULSS 2, denominato **U.O.S.D. (Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale) – Attività Riabilitative Territoriali e Domiciliari (A.R.T.D.)**, con sede a Silea (TV), ho condotto un tirocinio per tesi nel periodo tra Maggio e Giugno 2022, utilizzando come riferimento un'intervista strutturata appositamente e rivolta alle 2 terapisti occupazionali del servizio. Durante il tirocinio, solo una terapeuta occupazionale era operativa nel territorio, mentre l'altra svolgeva servizio organizzativo e di segreteria. L'U.O.S.D. fa parte del Dipartimento di Riabilitazione Ospedale Territorio di **Treviso** e per alcuni aspetti è sovrapponibile al servizio presso il Distretto 1 di Venezia, dove è stato poi condotto il progetto di tesi. Il servizio, infatti, afferisce alla **Medicina Fisica e Riabilitativa (MFR)** dell'ospedale Ca Foncello di Treviso (ULSS 2), così come l'attività del servizio del Distretto 1 fa capo alla MFR dell'ospedale SS Giovanni e Paolo di Venezia. La prima sostanziale differenza, come notiamo dalla tabella, è la presenza presso il servizio di riabilitazione domiciliare dell'ULSS 2 di due terapisti occupazionali.

Servizio	<i>U.O.S.D. e A.R.T.D. Dipartimento di Riabilitazione Ospedale Territorio Treviso (ULSS 2)</i>	<i>U.O.S. M.F.R. – Ospedale Territorio Distretto 1 di Venezia Centro Storico (ULSS 3)</i>
Sede	Distretto Sociosanitario 1 Silea (TV)	Distretto 1 – Venezia Centro Storico
Mezzo di spostamento	Auto aziendale	A piedi / mezzi di navigazione
Team	2 medici fisiatra, 2 terapisti occupazionali , 8 fisioterapisti, 1 coordinatore, 1 logopedista per consulenze*	2 medici fisiatra, 1 logopedista, 6 fisioterapisti e un coordinatore + fisiatra ospedale SS Giovanni e Paolo (dimissioni protette)
Iter di accesso	Richiesta del MMG (Medico di Medicina Generale), principalmente per ausili o per superamento barriere verticali. Il fisiatra del distretto richiede eventuale presa in carico Richiesta del fisiatra dal reparto dell’Ospedale Ca Foncello (TV) per soggetti in dimissione	Richiesta da MMG per visita fisiatrica a domicilio (paziente non deambulante/non trasportabile con i comuni mezzi). Il fisiatra del distretto richiede la presa in carico domiciliare Richiesta del fisiatra dell’ospedale per presa in carico domiciliare (dimissione protetta) per soggetti in dimissione
Motivo di invio	Terapia Occupazionale: Valutazione ambientale Individuazione/addestramento ausili Educazione del caregiver (uso del sollevatore, montascale etc.) Trattamento riabilitativo per il recupero/mantenimento delle autonomie Comunicatori (solo per specifiche categorie diagnostiche, es. SLA) **	Fisioterapia: Valutazione ambientale Individuazione/addestramento ausili Educazione del caregiver Trattamento riabilitativo per recupero della deambulazione / scale Recupero delle precedenti autonomie Mobilizzazione / esercizi di ricondizionamento Altro (es. linfo drenaggio)
* Vi sono anche 2 fisiatra e 6 fisioterapisti per le consulenze in reparto all’ospedale Ca Foncello (TV)		
**Il servizio di T.O. si occupa anche della gestione degli ausili e delle autonomie degli utenti dei centri diurni del territorio		

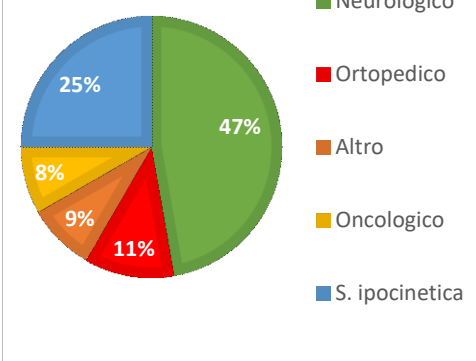
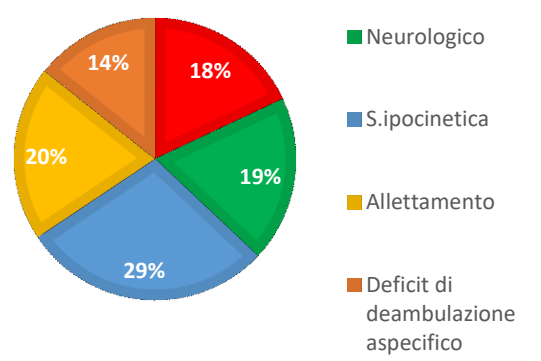
In secondo luogo, è evidente come l’**area coperta dal servizio** sia differente in termini di dimensioni ma anche ovviamente nelle caratteristiche peculiari del contesto in cui si inserisce. Il **servizio di terapia occupazionale** copre la **periferia di Treviso e Oderzo** (circa 25 km di raggio), parte dei Distretti di Treviso Nord e Treviso Sud (i fisioterapisti sono divisi in due gruppi tra i due distretti di Silea e Oderzo). Altri fisioterapisti si occupano dell’area dei Distretti di Asolo e Pieve di Soligo (ex ULSS 7 e 8), mentre il servizio del **Distretto 1 di Venezia** copre la sola area del **centro storico** (inclusa l’isola della Giudecca).

A differenza del Distretto di Silea (TV), a Venezia i fisioterapisti effettuano anche trattamenti a livello ambulatoriale, presso le palestre del Distretto 1. In entrambi i servizi, una volta che la persona viene valutata dal fisiatra, viene avviata la presa in carico, definita **PIC** nella cartella clinica informatizzata. Il fisiatra definisce il **numero delle sedute**; tuttavia, il terapeuta (in entrambe le realtà considerate),

se lo ritiene necessario, può richiedere il prolungamento delle terapie o l'eventuale prescrizione di un ausilio. I casi che richiedono di essere discussi con il fisiatra del Distretto e con altre figure che hanno in carico la persona, vengono presentati in riunione di equipe, programmata una volta a settimana.

5.2.1 Casistica

A Venezia ho potuto accedere alla lista dei soggetti presi in carico nel periodo tra il 10/9/21 e il 30/7/22, mentre nel servizio di Silea (TV) non è stato possibile avere un quadro completo dell'utenza. Ho potuto consultare le PIC già chiuse del periodo tra Gennaio 2021 e Marzo 2022 per avere un'idea generale del tipo di utenza e casistica. Dei 40 utenti delle PIC analizzate, troviamo una percentuale a **maggioranza femminile** (65%), come nel veneziano (57%), anche **la fascia d'età è simile**. Le terapisti occupazionali riportano che la maggior parte dell'utenza possiede il 100% di invalidità.

Servizio	<i>U.O.S.D. e A.R.T.D. Dipartimento di Riabilitazione Ospedale Territorio Treviso (ULSS 2)</i>	<i>U.O.S. M.F.R. – Ospedale Territorio Distretto 1 di Venezia Centro Storico (ULSS 3)</i>
Sesso (%)	65% (F)	57% (F)
Età media	71	81
Casistica (%)	 <ul style="list-style-type: none"> ■ Neurologico ■ Ortopedico ■ Altro ■ Oncologico ■ S. ipocinetica 	 <ul style="list-style-type: none"> ■ Ortopedico ■ Neurologico ■ S. ipocinetica ■ Allettamento ■ Deficit di deambulazione aspecifico

5.2.2 Progetto riabilitativo e organizzazione degli interventi

Progetto riabilitativo: Entrambi i servizi si avvalgono di un programma che permette l'accesso e la gestione della cartella informatizzata. È possibile rintracciare tutte le visite ed eventuali trattamenti effettuati dal paziente. Nella **PIC** (Presa In Carico) è presente oltre a diagnosi, anamnesi e motivo di invio, anche il **progetto riabilitativo** con obiettivi e piano di trattamento, ed eventuali aggiornamenti.

Le terapisti occupazionali solitamente inseriscono in cartella l'**osservazione** e la **valutazione** di **BADL** e **IADL**, con eventuali rivalutazioni negli aggiornamenti (ad esempio l'osservazione di

un'attività valutata inizialmente). Al termine del trattamento, inoltre, il terapeuta redige una **relazione finale** da rilasciare alla persona, inserendo valutazione iniziale, obiettivi, valutazione finale ed eventuali raccomandazioni. Questo permette anche di fornire un riscontro sul trattamento effettuato.

Organizzazione dei trattamenti: Le **prese in carico** sono generalmente **brevi** in entrambi i servizi, con obiettivi a breve termine. La durata della presa in carico varia in base al tipo di intervento da effettuare, ad esempio, le terapistie occupazionali riferiscono che se si tratta di una prescrizione di ausili da magazzino possono essere sufficienti anche solo 1-2 sedute, mentre per un paziente neurologico in dimissione, le sedute sono più numerose in quanto si effettua un percorso terapeutico vero e proprio. Il trattamento è della durata di circa 1h e la frequenza delle sedute è variabile, in media circa 1-2 volte a settimana in entrambe le realtà confrontate.

Priorità di intervento: Le priorità si rifanno alle classi di priorità delle liste di attesa; generalmente sono di classe **B** (Breve, da eseguire entro 10 giorni) o **D** (Differibile, entro 30 giorni). I pazienti dimessi dall'ospedale (es. anziani in **dimissioni protette** o soggetti in fase acuta/subacuta), hanno la precedenza rispetto a soggetti cronici. A Venezia troviamo un 52% dei soggetti in dimissione protetta e il restante diviso tra priorità B (44%) e D (4%). In ULSS 2, l'associazione della terapia occupazionale con la fisioterapia viene valutata di caso in caso, in base al tipo di intervento richiesto.

5.3 Proposta inserimento nel servizio di riabilitazione domiciliare del Distretto 1

In base a quanto osservato e documentato relativamente al servizio di **Terapia Occupazionale** a domicilio presente in **ULSS 2**, presso il Distretto di Silea (TV), ho stilato un'**ipotesi di inserimento** presso l'Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Medicina Fisica e Riabilitativa – Ospedale Territorio del Distretto 1 dell'**ULSS 3** di Venezia, con l'obiettivo di promuovere l'autonomia e la partecipazione dell'anziano fragile nelle sue occupazioni quotidiane (ADL e IADL) e nella comunità.

5.3.1 Raccomandazioni nella presa in carico dell'anziano fragile

Considerando quanto emerso dalla letteratura, la **presa in carico** del terapeuta occupazionale per favorire il raggiungimento di risultati evidenziabili, dovrebbe seguire le seguenti **raccomandazioni**:

- **L'approccio *client-centred*** in tutte le fasi del processo di intervento. (Nielsen et al., 2019)
- Considerare anche i fattori individuali e ambientali. (Nielsen et al., 2017)
- Utilizzare strumenti di **valutazione** e misure di esito specifiche, *client-centred* e *occupation-based* e/o *focused*, come la **COPM** e l'**AMPS** e, preferibilmente, **interventi *occupation-based* e *focused*** affinché siano più significativi, motivanti e soddisfacenti. (Leland, Elliott, Johnson, 2012; Nielsen et al., 2019; Smallfield, 2018)

- Favorire **interventi di tipo preventivo**, in particolare per soggetti a rischio di sviluppare fragilità. (Fritz et al, 2019; Leland, Elliott, Johnson, 2012)
- Utilizzare **trattamenti multidisciplinari e multicomponente** (es. interventi educativi per ridurre il rischio caduta e per la gestione delle malattie croniche, interventi cognitivi, adattamenti ambientali, formazione del personale di cura etc.). (De Coninck, 2017; Stark et al., 2017; Hunter, Kearney, 2018)
- Considerare interventi rivolti anche al **mantenimento delle IADL**. (Liu, Chang WP, Chang MC, 2018; Hunter, Kearney, 2018; Leland, Elliott, Johnson, 2012)
- Favorire il mantenimento della **partecipazione sociale** e le **attività del tempo libero** con programmi educativi e di autogestione delle patologie croniche, anche con interventi di gruppo nella comunità. (Smallfield, 2018; Rand et al., 2022)
- Avvalersi di **visite pre-dimissione** per: valutare/praticare i trasferimenti, valutare mobilità e ADL, educare l'anziano (raccomandazioni su adattamenti a domicilio ed eventuali ausili per ridurre il rischio caduta). (Lockwood, 2015)
- Strutturare un **piano pre-dimissione** basato sulle caratteristiche individuali, mirato e specifici bisogni della persona/famiglia, per soggetti a rischio di esiti negativi. (Provencher, 2020)

5.3.2 Ipotesi di presa in carico

Considerando i **motivi di invio** del servizio di terapia occupazionale presso l'ULSS 2 e basandosi sui risultati del questionario rivolto ai fisioterapisti e delle interviste agli utenti, possiamo ipotizzare come possibile presa in carico nel servizio di Venezia: **valutazione ambientale, valutazione/addestramento ausili, trattamenti per ADL/IADL/partecipazione sociale** (inclusi interventi educativi per il caregiver). Un altro ambito di intervento suggerito è la **valutazione per il superamento di barriere verticali**. L'avvio della presa in carico avverrebbe come di consueto, attraverso l'invio da parte del fisiatra, mentre il **percorso terapeutico** seguirebbe le fasi definite nel Capitolo 2, tenendo conto il motivo di invio e mantenendo un approccio *client-centred* per tutto l'iter, spiegando all'anziano e/o al caregiver cos'è la Terapia Occupazionale e qual è lo scopo dell'intervento. Visto che il tempo a disposizione del terapeuta è generalmente poco, potrebbe essere utile creare delle schede con i **punti fondamentali da rilevare** per un determinato ausilio, come viene fatto in ULSS 2 per la valutazione dei comunicatori o dei montascale/servoscala. Ad esempio: le misure fondamentali da sapere, in quali attività verrà utilizzato l'ausilio, dove, da chi, se l'utilizzo necessita di assistenza e se esiste una persona adeguata a tale scopo. Dall'intervista agli utenti del Distretto 1 è emerso come in alcuni casi fosse stato fornito un ausilio poi abbandonato dall'anziano, o perché troppo ingombrante/pesante/difficile da gestire o perché la persona non lo riteneva

necessario. Questo fa riflettere sul fatto che ci possano essere effettivamente delle **criticità nella rilevazione del bisogno** della persona e che valutare determinati aspetti non è una perdita di tempo ma permette di intervenire in modo più efficace e puntuale, potenzialmente evitando successive prese in carico, prescrizioni di ausili etc., con un conseguente risparmio in termini di tempo e di risorse. Ad esempio, chiarendo all'anziano lo scopo dell'utilizzo dell'ausilio (es. renderlo più autonomo, sgravare il caregiver e migliorarne la qualità della vita), le possibilità di utilizzo, eventuali varianti per specifiche esigenze etc.

5.3.3 Strumenti di valutazione e indicatori di esito

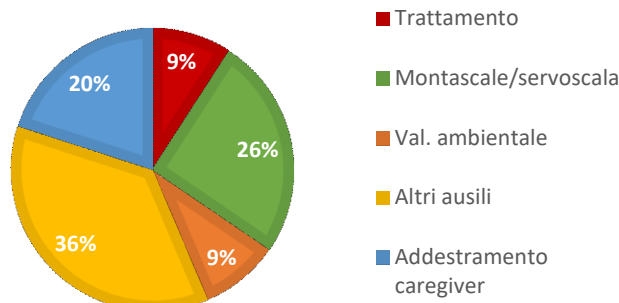
Nel servizio di Terapia Occupazionale di Silea (TV), attualmente non risultano strumenti di valutazione standardizzati specifici per la terapia occupazionale, perché non sono ancora registrati nel sistema informatico dell'ULSS 2. Per ogni utente si utilizzano la **Scala Barthel** (*Barthel Index*) e la **FAC** (*Functional Ambulation Classification*), sebbene le terpite riferiscano che nella maggior parte dei casi risultino poco rilevanti, a causa della breve durata degli interventi e della ridotta sensibilità degli strumenti riguardo alcuni aspetti della performance occupazionale. Oltre a questi strumenti, nell'area dell'osservazione si utilizza la suddivisione in persona – occupazione – ambiente per l'inserimento dei dati e in fase di valutazione/rivalutazione viene descritta la **performance** delle ADL/IADL osservate utilizzando i **verbi motori e di processo dell'OTIPM** e i relativi **indicatori** (sforzo, sicurezza, efficienza, assistenza). Idealmente, con l'anziano fragile il terapeuta occupazionale dovrebbe utilizzare la **COPM** per l'intervista iniziale e per stabilire obiettivi *client-centred* e *occupation-focused* (in alternativa può servirsi delle 7 dimensioni dell'OTIPM o della lista degli interessi) e l'**AMPS** per la valutazione della performance (in alternativa, i verbi OTIPM o la PQRS). Entrambi gli strumenti andrebbero utilizzati anche per la **rivalutazione**, per poter confrontare il livello di soddisfazione e performance percepiti dall'anziano. Per valutare la partecipazione sociale, fondamentale per l'anziano, si potrebbe utilizzare il **Life-H**. Trattandosi di soggetti anziani, per condurre l'intervista iniziale potrebbe essere necessario adattare gli strumenti, ad esempio avvalendosi di supporti visivi, fornendo esempi o facendosi aiutare dal caregiver per essere sicuri che la persona abbia compreso.

5.3.4 Trattamento per ADL/IADL/partecipazione sociale

Nel servizio analizzato in **ULSS 2**, la modalità di intervento del terapeuta occupazionale dipende principalmente dal **motivo di invio**.

Nel **grafico** vediamo le percentuali riferite al campione preso in esame nel servizio domiciliare analizzato presso l'ULSS 2: buona parte degli invii alla terapia occupazionale riguarda gli ausili (62%), di cui il 26% solo di montascale/servoscala, mentre il 20% riguarda l'addestramento del caregiver.

MOTIVO DI INVIO T.O. (ULSS 2)



Di norma il terapeuta si prefigge di lavorare con un approccio *occupation-focused* e se possibile anche *occupation-based*. Ad esempio, ho potuto assistere alla valutazione di una bicicletta tipo “triciclo”, per permettere ad un signore anziano di fare la spesa, e di una carrozzina elettronica per un anziano con problematiche neurologiche e difficoltà di deambulazione, per permettergli di uscire a prendere il giornale in autonomia e sicurezza. È stato significativo il focus dell'intervento: fornire un ausilio per permettere il mantenimento dell'occupazione e per favorire la partecipazione. Nella proposta è stata rilevante la considerazione anche di altri fattori, quali gli aspetti cognitivi, la motivazione della richiesta, le effettive possibilità di manutenzione/utilizzo ed i fattori ambientali (es. un caregiver affidabile e presente, una strada sicura in cui potersi spostare in tranquillità). Fondamentale, inoltre, la **prova** in presenza del tecnico, in quanto nel primo caso la bicicletta non è risultata idonea alle esigenze del cliente mentre nel secondo caso la valutazione è andata a buon fine.

L'intervento può essere di tipo **educativo**, per la persona presa in carico o per il caregiver (es. addestramento all'utilizzo del sollevatore o indicazioni su come assistere l'anziano nelle attività), **adattivo** (generalmente attuando modifiche ambientali o identificando ausili per favorire la sicurezza ed il mantenimento dell'autonomia) o di **acquisizione**, ad esempio con utenti neurologici in fase sub-acuta provenienti dall'ospedale. Considerando le raccomandazioni estrapolate dalla letteratura, un **intervento multicomponente** che coinvolga più membri del team, in particolare il terapeuta occupazionale e il fisioterapista, potrebbe favorire la partecipazione dell'anziano che rientra a casa, da un lato favorendo ad esempio il recupero di forza, equilibrio, tolleranza allo sforzo, etc., dall'altro individuando eventuali adattamenti ambientali (es. rendere più agevole lo spostamento negli ambienti domestici eliminando possibili fattori di rischio) o ausili che favoriscano l'autonomia, educando l'anziano e/o il caregiver con strategie per gestire le attività quotidiane (es. dare una priorità alle

attività, decidere i momenti della giornata più idonei o darsi più tempo per completare l'attività). Per gli anziani con un minore potenziale di miglioramento, il miglioramento della performance occupazionale potrebbe non essere l'unico criterio di successo; anche il suo mantenimento può essere un obiettivo appropriato (Nielsen et al., 2019). Considerando il contesto comunitario di **Venezia**, si potrebbe ipotizzare un intervento per favorire la partecipazione sociale, ad esempio coinvolgendo le svariate realtà associative presenti, riducendo quindi il senso di isolamento percepito da diversi anziani con limitazioni funzionali e favorendone il coinvolgimento anche attraverso un intervento che renda partecipe la comunità. Ad esempio, **coinvolgendo l'anziano** nell'organizzazione di un evento cittadino, organizzando un'attività presso la sua abitazione o istruendo dei volontari su come assistere l'anziano per permettergli di uscire di casa.

5.3.5 Valutazione ausili

Nel servizio di Silea (TV) tutte le prescrizioni di **ausili per superare barriere verticali** sono a carico delle terapisti occupazionali. Tra gli ausili maggiormente prescritti vi sono anche quelli **per lo spostamento** (carrozine, deambulatori), in linea con quanto avviene nel Distretto 1 di Venezia. Altri ausili sono i **sollevatori**, gli ausili per le **ADL** e la **comunicazione** (es. puntatori oculari per soggetti con SLA), in alcuni casi ausili per la domotica. Di ausili si occupano sia i fisioterapisti che le terapisti occupazionali, i fisioterapisti si dedicano maggiormente alle carrozzine, cuscini e deambulatori, mentre le terapisti occupazionali vengono coinvolte anche per ausili meno comuni.

Anche a Venezia si potrebbe ipotizzare una “suddivisione” di **ruoli** tra fisioterapisti e terapeuta occupazionale, ad esempio, poiché le barriere verticali sono un problema rilevante nelle abitazioni veneziane, il terapeuta occupazionale potrebbe occuparsi più della valutazione di montascale/servoscala, ausili per le ADL o altri specifici ausili (es. comunicatori) mentre i fisioterapisti potrebbero gestire maggiormente gli ausili per lo spostamento, sempre mantenendo una collaborazione tra le due figure e valutando caso per caso. Nel servizio di terapia occupazionale analizzato, viene seguito un preciso **iter** per individuare la soluzione più idonea per superare le barriere verticali: per i **montascale**, la richiesta parte dal medico di base, viene effettuata una prova a domicilio attraverso una scheda di riferimento redatta per capire il motivo della richiesta (es. uscire per le visite, per incontrare altre persone etc.), se è presente un caregiver idoneo all'utilizzo, se vi sono gli spazi di manovra e un posto adatto dove riporre l'ausilio. Se la prova va a buon fine si esegue la prescrizione, altrimenti, se le dimensioni delle scale lo consentono, si propone un **servoscala**, che richiede il ricorso all'**UVMD** (Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale), o direttamente l'**ascensore** (che però deve essere pagato dall'utente).

5.3.6 Valutazione Ambientale

L'analisi dell'ambiente nel servizio di Silea (TV) viene fatta di prassi su richiesta del fisiatra per i soggetti dimessi dall'ospedale; quindi, già rientrati a domicilio. Quando il paziente è ricoverato, il fisiatra inizia la valutazione del domicilio tramite colloquio con la persona. Le terapisti utilizzano foto, le misure dei punti ritenuti critici/rilevanti, l'osservazione diretta e l'intervista al caregiver per avere informazioni anche su chi si occupa della persona, chi la assiste nelle ADL e se hanno pensato di ricorrere ad aiuti esterni. L'intervista è un'integrazione rilevante rispetto alla valutazione ambientale "classica", in quanto permette avere una visione più globale non solo dell'ambiente fisico ma anche del contesto di vita della persona, individuando criticità ed eventuali interventi da attuare.

5.4 Punti di forza/debolezza del servizio di terapia occupazionale a domicilio

Le terapisti riferiscono che in territorio le persone comprendono meglio cos'è la terapia occupazionale e cosa può offrire, si può lavorare veramente da terapisti occupazionali agendo sulla persona, sull'occupazione o sull'ambiente e questo favorisce la motivazione, la collaborazione e la soddisfazione della persona nei confronti dell'intervento. Le richieste sia nei centri diurni che nel domicilio sono appropriate, a differenza del lavoro in reparto in cui spesso la persona non comprendeva l'utilità dell'intervento. Gli educatori dei centri diurni inoltre hanno imparato a fare delle richieste pertinenti alle competenze del terapeuta occupazionale, come la gestione dell'autonomia nell'alimentazione o la gestione dei disturbi comportamentali dell'utente. Le terapisti occupazionali riferiscono come punti di forza del servizio la possibilità di organizzarsi in autonomia (pazienti, orari, etc.) e il livello di autonomia professionale. Come punto di debolezza, la limitata comunicazione con l'ospedale, che limita il servizio a livello gestionale (es. richiesta pervenuta troppo presto, con paziente ancora in dimissione), oltre ad un sistema operativo piuttosto lento. Le terapisti inoltre sono solo due, con maggiore complessità nella gestione delle richieste e liste di attesa più lunghe.

Cap. 6

Conclusioni

Lo scopo del progetto di tesi era effettuare un'indagine esplorativa sul bisogno occupazionale dell'utenza anziana presso l'Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Medicina Fisica e Riabilitativa – Ospedale Territorio del Distretto 1 di Venezia (ULSS 3) e su come il team di fisioterapisti individui e dia risoluzione a questo bisogno, verificando in seguito se la proposta di introduzione della figura del terapeuta occupazionale, il cui intervento è centrato sulla persona e sull'occupazione, possa favorire l'individuazione di questi bisogni e intervenire per soddisfarli in modo efficace. Idealmente il progetto prevedeva una fase di intervento sugli anziani presi in carico dal servizio, basandosi sull'analisi di un servizio di Terapia Occupazionale a domicilio presente presso l'ULSS 2; tuttavia, non è stato possibile implementare questa fase, così che lo studio si è consolidato come prima indagine e confronto tra i due servizi, con una proposta teorica che potrebbe essere utile arricchire e proseguire con l'attuazione dell'intervento di un terapeuta occupazionale nel contesto di Venezia. La condizione clinica di alcuni soggetti sommata alle barriere presenti nel domicilio e alle condizioni sociali talvolta limitanti, rende la presa in carico veramente complessa, tuttavia, questa criticità potrebbe rendere le competenze del terapeuta occupazionale nel rilevare i reali bisogni occupazionali dell'anziano fragile a domicilio ancora più importanti per poter predisporre un trattamento mirato, coinvolgendo maggiormente l'anziano/caregiver, guidandolo ad riacquisire l'autonomia o favorendo la sua partecipazione nelle ADL/IADL, inclusi interventi rivolti alla partecipazione sociale. Nonostante le limitazioni, la possibilità di poter mantenere il coinvolgimento nelle occupazioni e una buona rete sociale si concilia con l'attitudine naturale alla relazione e al mutuo aiuto che possiede un contesto particolare come quello di Venezia, che varrebbe la pena approfondire con gli strumenti della terapia occupazionale. In conclusione, sebbene non sia possibile dichiarare con certezza che i risultati dell'intervista relativi all'insoddisfazione in molte delle attività indagate siano direttamente correlati con l'intervento ricevuto, questo studio ha permesso di far emergere diversi spunti di riflessione su quali siano i bisogni dell'anziano fragile che vive a Venezia, primo fra tutti la necessità di mantenere il coinvolgimento e l'autonomia, per quanto possibile, anche in attività complesse o non essenziali per la sopravvivenza. Indagare il bisogno e progettare l'inserimento del terapeuta occupazionale, il cui *core competence* ben si inserisce in questo contesto che richiede un'alta personalizzazione nell'intervento terapeutico dell'anziano a domicilio, è un primo passo per attuare un progetto di più ampie dimensioni, auspicando l'inserimento di questa preziosa figura all'interno del team di riabilitazione domiciliare del Distretto 1 di Venezia, favorendo una migliore qualità di vita dell'anziano fragile.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Clemson L, Lannin NA, Wales K, et al. (2016), Occupational Therapy Predischarge Home Visits in Acute Hospital Care: A Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc.*, Oct;64(10):2019-2026
- 2) De Coninck L, Bekkering GE, Bouckaert L, Declercq A, Graff MJL, Aertgeerts B (2017), Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc.*, Aug;65(8):1863-1869
- 3) Noreau L, Desrosiers J, Robichaud L, et al. (2004) Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disabil Rehabil.*, Mar 18;26(6):346-52
- 4) Fisher AG, (2013), Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: same, same or different? *Scand J Occup Ther.*, May;20(3):162-73
- 5) Fritz H, Seidarabi S, Barbour R, Vonbehren A. (2019), Occupational Therapy Intervention to Improve Outcomes Among Frail Older Adults: A Scoping Review. *Am J Occup Ther.* May/Jun;73(3): p1-p12
- 6) Gupta J, Taff SD (2015), The illusion of client-centred practice, *Scand J Occup Ther.*, Jul;22(4):244-51
- 7) Hunter EG, Kearney PJ (2018), Occupational Therapy Interventions to Improve Performance of Instrumental Activities of Daily Living for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *Am J Occup Ther.*, Jul/Aug;72(4): p1-p9
- 8) Ianes P., Polatajko H. (2010), “L’enablement dell’occupazione: una prospettiva centrata sul cliente, basata sull’occupazione e orientata al miglioramento della vita.”, *Giornale Italiano della Terapia Occupazionale*, n° 5, pag 49-64
- 9) Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L., (1996), The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*;63(1):9-23
- 10) Law M., Baptiste S., Carswell A., Polatajko H. et al. (2015), “la Misura canadese della Performance Occupazionale (COPM)”, Traduzione di Ianes P. e Petris A., *Giornale Italiano della Terapia Occupazionale*, n° 14, pag 14-17
- 11) Liu CJ, Chang WP, Chang MC, (2018), Occupational Therapy Interventions to Improve Activities of Daily Living for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *Am J Occup Ther.*, Jul/Aug;72(4): 1-11
- 12) Lockwood KJ, Taylor NF, Harding KE (2015), Pre-discharge home assessment visits in assisting patients' return to community living: A systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med.* Apr;47(4):289-99
- 13) Martini R, Rios J, Polatajko H, Wolf T, McEwen S, (2014), “The performance quality rating scale (PQRS): reliability, convergent validity, and internal responsiveness for two scoring systems”, *Disabil Rehabil* vol 28, pag 231-8.

- 14) Nielsen TL, Andersen NT, Petersen KS, Polatajko H, Nielsen CV (2019), Intensive client-centred occupational therapy in the home improves older adults' occupational performance. Results from a Danish randomized controlled trial. *Scand J Occup Ther.*, Jul;26(5):325-342
- 15) Nielsen TL, Petersen KS, Nielsen CV et al. (2017), What are the short-term and long-term effects of occupation-focused and occupation-based occupational therapy in the home on older adults' occupational performance? A systematic review. *Scand J Occup Ther.*, Jul;24(4):235-248
- 16) Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (4th ed.) (2020), *American Journal of Occupational Therapy*, Aug 1;74 (Suppl. 2)
- 17) Polatajko HJ, Townsend EA & Craik J (2007), Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation*. E.A. Townsend & H.J. Polatajko, Vol. 23, Eds. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE. 22-36
- 18) Provencher V, Clemson L, Wales K. et al. (2020) Supporting at-risk older adults transitioning from hospital to home: who benefits from an evidence-based patient-centered discharge planning intervention? Post-hoc analysis from a randomized trial. *BMC Geriatr*, Mar 2;20(1):84.
- 19) Smallfield S, Molitor WL (2018), Occupational Therapy Interventions Supporting Social Participation and Leisure Engagement for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *Am J Occup Ther.*, Jul/Aug;72(4)
- 20) Stark S, Keglovits M, Arbesman M, Lieberman D, (2017), Effect of Home Modification Interventions on the Participation of Community-Dwelling Adults with Health Conditions: A Systematic Review. *Am J Occup Ther.* 2017 Mar/Apr;71(2): p1-p11
- 21) Søvde BE, Sandvoll AM, Natvik E, Drageset J. In the borderland of the body: How home-dwelling older people experience frailty. *Scand J Caring Sci.* 2022 Mar;36(1):255-264.

Libri:

- 22) Cunningham Piergrossi J., (2006) “Essere nel fare - Introduzione alla terapia occupazionale”, Editore Franco Angeli, Milano.
- 23) Leland N, Elliott S. J., Johnson K. J. (2012), “Occupational Therapy Practice Guidelines for Productive Aging for Community-Dwelling Older Adults”, AOTA PRESS The American Therapy Association Inc., Montgomery Lane
- 24) Maritan Y, Penna N, (2018) “L’intervento in Terapia Occupazionale – Dalla storia di vita al ragionamento clinico”, Editore Franco Angeli, Milano
- 25) Scarpa T, (2000), “Venezia è un pesce - una guida”, Ed. Feltrinelli, Milano

Altre fonti:

- 26) Ceriotti L. (A.A. 2018-2019), materiale didattico del corso “Metodi e tecniche di terapia occupazionale in geriatria”.
- 27) Comune di Venezia, PEBA Centro Storico di Venezia – Approvazione (2020), disponibile online all’indirizzo: <https://www.comune.venezia.it/it/content/aggiornamento-peba-centro-storico>
- 28) Ghensi R. (A.A. 2018-2019), materiale didattico del corso “Terapia Occupazionale nell’età adulta”
- 29) Comune di Venezia (2021), Tasso di natalità – Anni dal 2000 al 2021 - Servizio Elettorale e Leva Militare, Statistica su dati di Anagrafe Comunale, Disponibile online all’indirizzo: <https://www.comune.venezia.it/it/content/statistica-statistiche-popolazione-0>
- 30) ISTAT (2021) “Dinamica Demografica – Anno 2021” Pubblicato a Marzo 2022. Disponibile online all’indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/267834>
- 31) ISTAT (2020) Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia. Disponibile online all’indirizzo: <https://www.istat.it/it/files/2020/08/Invecchiamento-attivo-e-condizioni-di-vita-degli-anziani-in-Italia.pdf>
- 32) ISTAT (2019) “Report Istat: Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia – Anno 2019” Pubblicato a Luglio 2021. Disponibile online all’indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/259588>
- 33) Ministero della Sanità, DM n. 136 del 17 gennaio 1997 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale del terapeuta occupazionale”.
- 34) Schiavi M, Volta B, Sandri, G, Keeling E, Mascia MT (2022), Early Occupational Therapy Intervention: Patients’ Occupational Needs. In: Önal, A. E., editor. Primary Health Care. London: IntechOpen; Disponibile all’indirizzo: <https://www.intechopen.com/chapter/80132>
- 35) World Health Organization. (2021). Decade of Healthy Ageing 2020–2030, Disponibile all’indirizzo: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- 36) World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization. Disponibile all’indirizzo: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>

Siti:

- 37) Canadian Association of Occupational Therapy (1997). Disponibile online all’indirizzo <http://www.caot.ca>.
- 38) World Federation of Occupational Therapy (2012), “About occupational therapy”. Disponibile online all’indirizzo <http://www.wfot.org/FAQs/AboutOccupationalTherapy>
- 39) https://www.treccani.it/enciclopedia/venezia_%28Enciclopedia-Italiana%29/

ALLEGATO 1

Intervista telefonica utenti Distretto 1 Venezia Centro Storico – ULSS 3

Presentazione telefonata

Buongiorno, la chiamo dal servizio di riabilitazione del Distretto 1 di Venezia (ex Osp. Giustinian). Parlo con il/la Sig. re/ra? Sono Mazza Rachele e sto conducendo un progetto assieme a questo servizio per la mia tesi di laurea. Avrei bisogno di porle alcune domande riguardo il trattamento di fisioterapia a domicilio che ha svolto con (nome terapeuta), (l'anno scorso/quest'anno). I suoi dati personali non verranno divulgati, ma se ci sono domande a cui preferisce non rispondere può farlo.

È disponibile a dedicarmi qualche minuto?

Dati: Sesso: M/F Età: Abitazione: piano terra/piano rialzato/1° piano/Altro

Ascensore/servoscala/montascale: SI/NO **Situazione familiare:** Solo/Partner/Familiare/Badante/altro CG

Assistenza: Nessuna/Settimanale/1v/die/Giornaliera/24h

Domande

1. Durante il trattamento riabilitativo, le è stato chiesto quali *attività della vita quotidiana* svolgeva con difficoltà e quali avrebbe desiderato tornare a svolgere / svolgere con maggiore autonomia? SI/NO
2. Da 1 a 4 (4= importantissimo), quanto è importante per lei svolgere il rassetto (lavare viso, mani denti, farsi la barba, pettinarsi)?
Attualmente necessita di essere aiutato/a?
Durante il trattamento le sono state fornite strategie/strumenti per essere più autonomo/a?
Se sì, quali? (strategie, ausilio, modifica ambientale/attività)
Se no, avrebbe desiderato riceverli?
Da 1 a 4, quanto è soddisfatto di come svolge questa attività?
3. Da 1 a 4, quanto è importante per lei riuscire a mangiare da solo (es tagliare il cibo)?
(ripete la parte in grassetto)
4. Da 1 a 4 quanto è importante per lei riuscire a vestirsi?
(ripete la parte in grassetto)
5. Da 1 a 4, quanto è importante per lei riuscire ad andare al bagno/usare la comoda?
(ripete la parte in grassetto)
6. Da 1 a 4, quanto è importante per lei fare la doccia/il bagno?
(ripete la parte in grassetto)
7. Da 1 a 4, quanto è importante per lei riuscire a spostarsi dentro casa (es camminando, in carrozzina, etc)?
(ripete la parte in grassetto)
8. Da 1 a 4, quanto è importante per lei riuscire a farsi da mangiare (preparare un pasto)?
(ripete la parte in grassetto)
9. Da 1 a 4, quanto è importante per lei assumere la terapia (farmaci) in autonomia?
(ripete la parte in grassetto)
10. Da 1 a 4, quanto è importante per lei poter eseguire delle attività domestiche (es. spazzare per terra, lavare dei vestiti, fare il letto, stirare)?
(ripete la parte in grassetto)
11. Da 1 a 4, quanto è importante per lei poter uscire di casa (per passeggiare, fare acquisti...)?
(ripete la parte in grassetto)
12. Da 1 a 4, quanto è importante per lei potersi dedicare ai suoi passatempi (parole crociate, leggere, lavorare a maglia etc)?
(ripete la parte in grassetto)
13. Da 1 a 4, quanto è importante per lei riuscire a fare delle piccole spese (es. pane, latte...)?
(ripete la parte in grassetto)
14. Da 1 a 4, quanto valuta il suo stato di salute attuale in rapporto all'età (1= salute pessima, 4= salute ottima)?

ALLEGATO 2

Questionario per i fisioterapisti (Distretto 1 Venezia Centro Storico – ULSS 3)

Il questionario ha l'obiettivo di indagare se e come vengono rilevati i bisogni della persona anziana relativamente alle ADL e IADL e come viene data risposta a tali bisogni da parte dei fisioterapisti del team. Il target di riferimento per il questionario è una persona con più di 60 anni, in una condizione di fragilità, ovvero con un precario equilibrio tra i fattori che mantengono lo stato di salute e i deficit che lo minacciano. Si pensi ad esempio ad anziani che rientrano dopo un periodo di ospedalizzazione, alla cosiddetta "sindrome ipocinetica" o ad anziani con aspetti di cronicità o multimorbilità (es. frattura di femore in soggetto con diabete, problematiche cardiache, vasculopatia), cui possono sommarsi fattori di rischio a livello sociale (es. vivere soli, coniuge anziano patologico) che possono impattare a loro volta sul livello di autonomia della persona anziana.

Con ADL (Activity of Daily Living) si intendono le attività che un individuo compie per sopravvivere e prendersi cura di sé. Ad esempio, l'igiene personale (rassetto, bagno/ doccia), gestione della continenza (utilizzo del WC), alimentazione, vestizione e deambulazione. Le IADL (Instrumental ADL) sono generalmente attività più complesse, che richiedono spesso maggiori competenze cognitive (es. funzioni esecutive come memoria, attenzione, problem-solving etc.) e che permettono di vivere nella comunità. Fanno parte di questa categoria: la gestione dei farmaci, il mantenimento della casa, la preparazione dei pasti, la gestione delle finanze, l'utilizzo dei trasporti, fare la spesa, la comunicazione e la socialità.

Il questionario è in forma anonima, ti chiedo cortesemente di rispondere sinceramente a tutte le domande. Grazie per la collaborazione! Rachele Mazzo

1. Anni di esperienza lavorativa come fisioterapista: <5 / 6-10 / 11-20 / >20
2. Anni di esperienza presso servizi di riabilitazione a domicilio (non solo Distretto 1 -ULSS 3): <2 / 3-5 / 6-10 / 11-20 / >20

Nella **presa in carico** della persona anziana a domicilio:

3. **Chiedi** alla persona e/o al caregiver quali sono i **SUOI** bisogni rispetto all'autonomia nelle ADL/IADL?
Spesso / a volte / raramente / mai
4. **Valuti** aspetti legati alle problematiche nell'**AUTONOMIA** nelle ADL e IADL?
Spesso/ a volte / raramente / mai
5. **QUALI** sono le **ATTIVITA'** che prendi maggiormente in considerazione nella valutazione dell'autonomia nelle ADL e IADL?
Lavare i denti, rassetto al lavandino, pettinarsi, fare la barba, mangiare, usare il WC, fare il bagno/doccia, vestirsi, mobilità personale, usare il telefono/mezzi di comunicazione, cucinare, fare la spesa, gestire i farmaci, attività domestiche, gestione delle finanze, uscire di casa (lunghi spostamenti), utilizzare i mezzi, comunicazione/socialità
6. **Come VALUTI** gli aspetti legati alle problematiche nell'autonomia nelle ADL e IADL? Indica per ciascuna frase la frequenza di utilizzo per questo tipo di valutazione (indicare le frasi che rispondono alla propria pratica quotidiana)
1= non lo utilizzo mai, 2= raramente, 3= spesso, 4= lo utilizzo sempre

Effettuo un colloquio informale con la persona e/o caregiver, senza osservazione diretta

Effettuo un'intervista strutturata (check list, questionari) con la persona e/o caregiver, senza osservazione diretta

Indago funzioni/strutture corporee (es. articolarietà, saturazione, forza, sensibilità etc.) **SENZA** l'utilizzo di strumenti di valutazione specifici

Indago funzioni/strutture corporee, **CON** l'utilizzo di strumenti di valutazione specifici. Se li usi spesso, quali utilizzi?

Osservo direttamente l'attività nel contesto di vita della persona (**SENZA** utilizzo di strumenti specifici)

Osservo direttamente l'attività nel contesto di vita della persona (**CON** strumenti di osservazione specifici). Se li usi spesso, quali utilizzi?

Con la simulazione delle attività (es. immagini di doversi pettinare)

7. Rispetto al target di riferimento (anziano fragile a domicilio), con quale frequenza il miglioramento dell'autonomia in specifiche ADL o IADL è presente tra gli **OBIETTIVI** del tuo programma riabilitativo? Spesso / a volte / raramente / mai
8. Se effettui un'**INTERVENTO** sul miglioramento dell'autonomia nelle ADL/IADL, quali modalità di trattamento utilizzi maggiormente? 1= non lo utilizzo mai, 2= raramente, 3= spesso, 4= sempre

- Recupero di specifiche funzioni o strutture corporee (es. miglioramento della forza, equilibrio, resistenza etc.)
- Acquisizione di abilità legate alle attività/occupazioni (es. posizionarsi correttamente in relazione al compito, gestire il tempo e le sequenze dell'attività, mantenere l'allineamento mentre si esegue l'attività, maneggiare correttamente gli strumenti del compito, auto-monitorarsi e correggere gli errori di performance, ...)
- Modifica di alcuni parametri dell'attività (sequenza di azioni, tempi e luogo di svolgimento, postura,...)
- Educazione del caregiver rispetto alle modalità di assistenza alla persona nello svolgimento dell'attività
- Educazione della persona rispetto alle problematiche relative alla propria situazione (prevenzione cadute, management della fatica, economia articolare)
- Individuazione di ausili e/o ortesi
- Addestramento della persona all'utilizzo di ortesi/ausili
- Addestramento del caregiver all'utilizzo di ortesi/ausili
- Modifiche dell'ambiente domestico

9. Come valuti il **raggiungimento degli OBIETTIVI** legati all'autonomia nelle ADL/IADL?

- Mi baso sul raggiungimento degli obiettivi che mi sono posto
- Mi baso sul raggiungimento delle aspettative della persona e/o caregiver
- Riutilizzo gli strumenti di valutazione utilizzati al momento della presa in carico
- Osservo la performance della persona nelle ADL/IADL
- Mi baso sulla soddisfazione espressa dalla persona e/o caregiver

10. Conosci la Terapia Occupazionale? Si / No / Solo sentito nominare

11. Pensi che una figura come quella del Terapista Occupazionale potrebbe favorire il riconoscimento ed il soddisfacimento dei bisogni degli anziani presi in carico a domicilio dal servizio di riabilitazione del Distretto 1, in termini di autonomia nelle ADL/IADL e nella partecipazione? Si / No

12. In quali ambiti vedresti meglio inserito il TO presso il servizio di riabilitazione domiciliare?

- Valutazione e prescrizione ausili in generale
- Valutazione e prescrizione ausili per lo spostamento
- Valutazione e trattamento di problematiche legate all'autonomia nelle ADL/IADL
- Trattamento rivolto alla partecipazione sociale
- Trattamento per la prevenzione delle cadute
- Trattamento per l'educazione della persona/caregiver
- Trattamenti specifici per determinate categorie diagnostiche (esiti di ictus, Parkinson, demenze...)
- Valutazione per il superamento barriere verticali (es. montascale / servoscala)
- Valutazione e modifiche ambientali
- Nessuna delle precedenti

ALLEGATO 3

Guida intervista per l'analisi del servizio di Terapia Occupazionale a domicilio (ULSS 2)

Tipologia di utenza (a chi è rivolto): Fascia di età (età evolutiva, adulto, anziano), casistica (ortopedico, neurologico, degenerativo, etc.), grado di disabilità (lieve/medio/grave)

Numerosità dell'utenza (n° di accessi al servizio)

A cosa afferisce il servizio? (Reparto MFR, Distretto, altro), come è classificato (servizio MFR, ADI...)

Motivo di invio? (analisi ambientale, prescrizione/addestramento ausili, tratt. riabilitativo, altro)

Priorità di intervento? Sempre associato a FT?

Analisi ambientale: Chi la richiede, chi la svolge (fisiatra, Ft, TO, altro), quando viene svolta (pz. ricoverato, pz già rientrato a domicilio), come viene svolta (intervista libera/strutturata, valutazione standardizzata, foto/video, altro), viene sempre fatta?

Iter prescrizione e addestramento ausili: quali ausili (es. spostamento, ADL, comunicazione, domotica, etc), chi se ne occupa (medico, Ft, TO, logo, tutto il team)

Team: fisiatra, fisioterapista, logopedista, psicologo, TO, OSS, tecnico ortopedico, assistente sociale, altro. Quanti componenti, come sono distribuiti (es. se presente anche ambulatorio, come si dividono il lavoro)

Modalità di accesso al servizio (richiesta del fisiatra ospedale/territorio, MMG, paziente, famiglia/caregiver, altro)

Criteri e iter di accesso: Scheda SVaMA? Valutazione UVMD? Richiesta del MMG o medico in struttura ospedaliera, dimissioni protette?

Organizzazione dei trattamenti (n° sedute, durata delle sedute, frequenza). Chi decide prosecuzione dei trattamenti e numero sedute, con che criteri (es. medico, terapeuta?)

Strumenti di valutazione in trattamento (es. intervista libera/strutturata, strumenti standardizzati es. COPM, etc)

Indicatori di outcome, se utilizzati

Follow up? (se sì, quando? Come? Es. visita o tramite telefonata)

“Supporto” di strutture accreditate per suddivisione dell'utenza (es. AISM, IULDM, etc)

Progetto riabilitativo (definizione)

Tipologia di trattamento (OB/OF? Modello di recupero/acquisizione/compenso/educativo)

Lavoro sul territorio (extra moenia): es. scuola, posto di lavoro, ambienti ricreativi, sport, etc

Area coperta dal servizio (es. solo centro storico, centro + periferia, distanze max etc)

Come avvengono gli spostamenti (mezzi propri/della struttura)

Punti di forza/debolezza del servizio

Soddisfazione utenza (se possibile definire)