

GIORNALE ITALIANO DI TERAPIA OCCUPAZIONALE

Gl TO

WWW.AITO.IT/SITO

speciale metodo gentlecare

febbraio 2018





SOCIETÀ
TECNICO SCIENTIFICA
ITALIANA DI TERAPIA
OCCUPAZIONALE

Direttore Responsabile

Minetto Gian Francesco

dir.responsabile.gito@terapiaoccupazionale.it

Direttore Scientifico

Yann Bertholom

dir.scientifico.gito@terapiaoccupazionale.it

Segreteria

Stefania Bandera

segreteria.gito@terapiaoccupazionale.it

Redazione

Noemi Penna

redazione.gito@terapiaoccupazionale.it

Pier Carlo Battain

ricerca.gito@terapiaoccupazionale.it

Comitato di Redazione

Luisa Martelli

Hamutal Snapir

Marco Calabrese

Riccardo Verza

tesi.gito@terapiaoccupazionale.it

Responsabile Comitato di Lettura

Rossella Ghensi

comitatolettura.gito@terapiaoccupazionale.it

Comitato di Lettura

Federica Aghilarre

Marco Calabrese

Barbara Cano

Laura Ceriotti

Francesca Ciol

Fabbiola Andrellini

Elena Rivi (Svizzera)

Progetto Grafico

Ivan Deboli

info@ivandeboli.it

Sommario

In questo numero:

03 Lo studio osservazionale sull'approccio Gentlecare

Articoli

09 Dalla storia occupazionale
alla ricerca delle attività significative:
il ruolo centrale del terapeuta occupazionale
nell'approccio Gentlecare

27 L'approccio Gentlecare in un nucleo residenziale:
intervento del Terapista Occupazionale (T.O.)

39 Studio osservazionale descrittivo sull'approccio
Gentlecare. L'esperienza dell'Istituto Golgi:
dalla valutazione alla creazione
della protesi personalizzata

Comunicazioni

47 Ottima Senior: Premio Sicurhouse
per Modello Gentlecare

Lo studio osservazionale sull'approccio Gentlecare

Lo studio osservazionale sull'approccio Gentlecare rivolto alla persona con demenza all'interno di servizi residenziali è stato realizzato grazie al contributo di Ottima Senior che ha permesso a giovani laureati in terapia occupazionale di sperimentare il "metodo" (che nasce proprio dall'idea di una terapeuta occupazionale canadese, *Moyra Jones*) attraverso uno studio osservazionale che pone le basi, a mio avviso, per futuri studi in questo ambito. *Gentlecare* si caratterizza per un approccio protesico alla cura della persona con demenza che ha come obiettivo principale il benessere, inteso come miglior livello funzionale possibile in assenza di segni di stress. Il metodo permette la realizzazione della **protesi di cura specifica per la persona con demenza** che si pone l'obiettivo di compensare i deficit e la perdita di funzione dovuta dalla malattia, andando a supportare e valorizzare al contempo le capacità conservate. La protesi, in questo caso, è ben più complessa di quella usuale (che va a compensare l'assenza di un arto, per esempio) e si modifica nel tempo in relazione alle variazioni della malattia; essa è formata da 3 elementi: l'ambiente dove la persona si trova, le persone che la circondano, le attività che svolge durante la giornata. Nel Gentlecare il comportamento della persona con demenza è il risultato dell'interazione della persona con l'ambiente fisico e sociale che la circonda e la costruzione della protesi prevede una conoscenza globale della persona (interessi e passioni, valori, abitudini, eventi di vita significativi), una valutazione multidimensionale

(capacità funzionali, deficit cognitivi, problemi comportamentali e la realizzazione di un programma di attività finalizzato alla realizzazione di una "routine" significativa (attività significative di lavoro e ricreative per la persona) all'interno di quel determinato ambiente. Si comprende quindi come il terapeuta occupazionale, all'interno dell'**equipe multiprofessionale** che opera nelle strutture per anziani, possa essere una "figura chiave" per la realizzazione del metodo. Dopo la conoscenza e l'accurata valutazione della persona, dei suoi bisogni e delle esigenze del caregiver di riferimento, il terapeuta occupazionale propone un programma di attività "personalizzato" (discusso e realizzato all'interno del piano assistenziale individuale-PAI) contenente tutti gli elementi per la creazione del benessere della persona attraverso attività essenziali e "significative" per la persona stessa. Le attività di base vengono svolte dagli operatori addetti all'assistenza, ai quali vengono fornite dal terapeuta le strategie per affrontare quelle stesse attività. Le medesime strategie vengono trasmesse anche al caregiver. Inoltre, il terapeuta occupazionale valuta l'interazione spontanea della persona con l'ambiente protesico e gli oggetti inanimati in esso presenti. Sulla base di questa osservazione propone "modifiche ambientali" per garantire maggior benessere e per personalizzare gli ambienti di vita del nucleo/reparto dove la persona si trova. Il terapeuta occupazionale quindi, per la sua formazione e i modelli teorici di riferimento, offre il suo contributo all'equipe nella costruzione

Autore/

Andrea Fabbo

Medico geriatra
Direttore UOC Disturbi Cognitivi
e Demenze - AUSL Modena
Presidente AIP Emilia- Romagna

della protesi in termini di conoscenza della storia biografica e di sistema di “significatività” della persona con demenza e di chi lo circonda, ma anche nella proposta di programmi di attività adeguati e rispondenti alle reali capacità della persona in rapporto al quadro cognitivo, comportamentale e funzionale.

Ad Ottima Senior va sicuramente il merito di aver promosso una ricerca ed una riflessione in questo ambito su cui però si fa ancora “poco”; i modelli assistenziali che operano nelle strutture per anziani sono ancora troppo “standardizzati” e poco aderenti ai bisogni delle persone con demenza e spesso è proprio questa standardizzazione che produce i “disturbi comportamentali” che altro non sono che manifestazioni di disagio ed evidenza di “bisogni insoddisfatti”. L’assenza della figura del terapeuta occupazionale nella maggior parte delle strutture per anziani italiane (a differenza di quanto succede nel mondo anglosassone o in altri paesi europei) è un altro ostacolo che impedisce la realizzazione di questo ed altri modelli necessari per garantire il benessere.

Abbiamo bisogno perciò non solo di promuovere la figura del terapeuta occupazionale all’interno dei servizi per anziani ma anche di studi che possano dimostrare, su basi scientifiche, la validità di questo modello attraverso dimostrazioni, non solo di efficacia, ma anche di favorevoli effetti costo-beneficio nell’ottica di un uso migliore delle risorse che già ci sono a disposizione. Purtroppo la ricerca sugli interventi psicosociali nella demenza (e la terapia occupazionale

rappresenta una di questi interventi) è ancora agli “albori”, almeno in Italia, ma qualcosa si muove grazie alla sensibilità di associazioni scientifiche come la SITO (*Società Italiana di Terapia Occupazionale*) o l’AIP (*Associazione Italiana di Psicogeriatrica*) che stanno promuovendo l’interesse e la volontà di sperimentare in un settore in cui vi è un grande bisogno di modelli “validati” e di selezionare non solo ciò che è realmente efficace ma che soprattutto “serve” alla persona. Il mio è un invito ai giovani terapisti occupazionali che non possono non sviluppare nel corso degli studi competenze in geriatria (visto che è uno dei settori in cui nei prossimi anni vi sarà maggiore richiesta di questa figura professionale) ma anche alle Università che si facciano promotrici di ricerca clinica in questo settore e un augurio che Aziende o Enti pubblici/privati sviluppino l’interesse a finanziare progetti di ricerca innovativi come questo che “servono” a migliorare la vita delle persone.

COTiD 2018

COMMUNITY
OCCUPATIONAL
THERAPY IN DEMENTIA

TERAPIA OCCUPAZIONALE
DOMICILIARE PER ANZIANI CON
DEMENTIA E LORO CAREGIVERS



VENERDÌ 9 FEBBRAIO
SABATO 10 FEBBRAIO
SABATO 24 MARZO
VENERDÌ 25 MAGGIO
SABATO 26 MAGGIO
2018

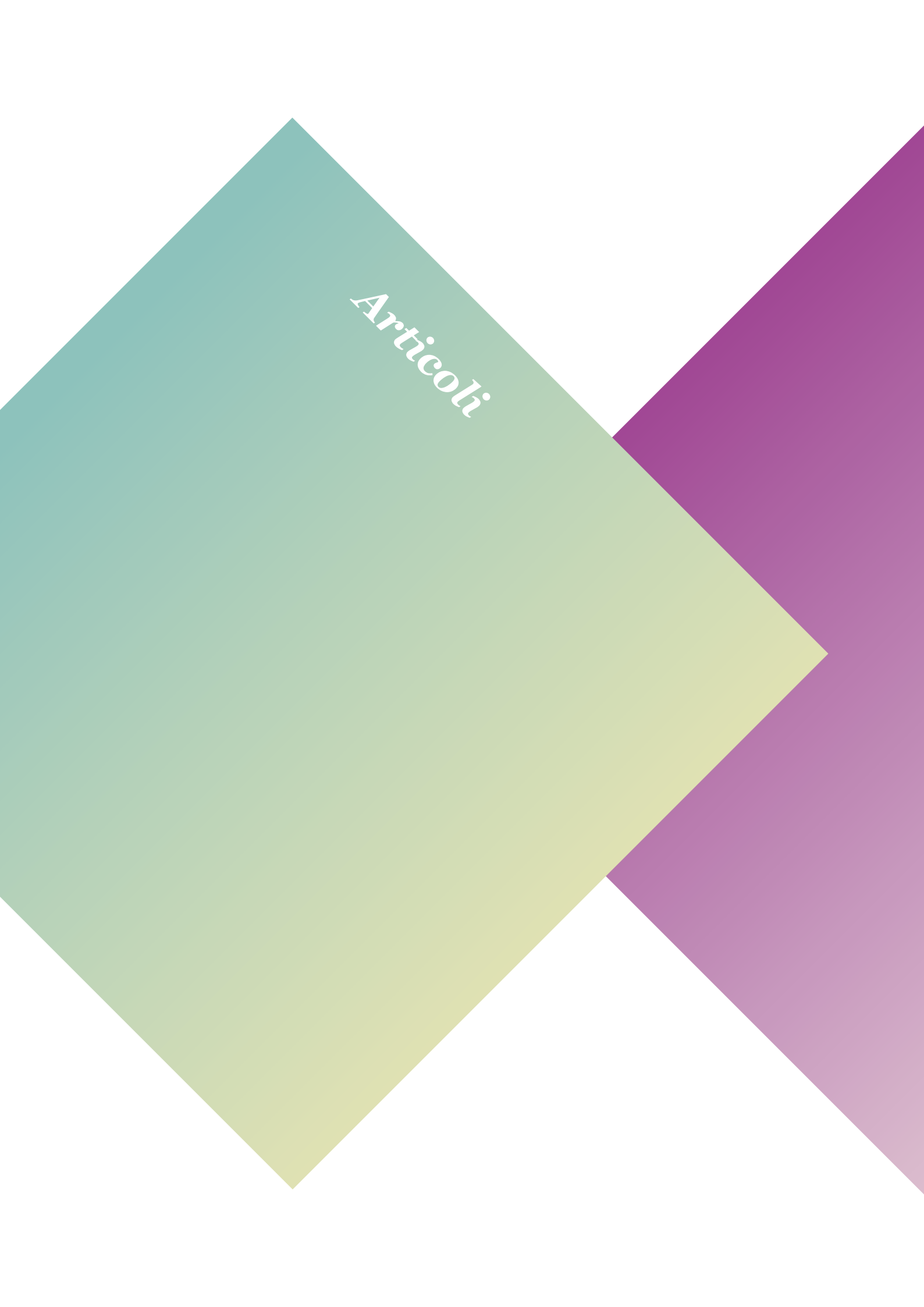
TORINO



www.cotid.it

www.associazioneargilla.it

www.aito.it/sito



Articoli

Comunicazioni



***Dalla storia
occupazionale
alla ricerca delle
attività significative:
il ruolo centrale
del terapeuta
occupazionale
nell'approccio
Gentlecare***

Dalla storia occupazionale alla ricerca delle attività significative: il ruolo centrale del terapeuta occupazionale nell'approccio Gentlecare

Autori/

Martina Artusi

Terapista occupazionale presso A.S.P. Golgi Redaelli di Abbiategrasso (MI) e delegata della Società/Tecnica e Scientifica italiana di Terapia Occupazionale

Yann Bertholom

Terapista occupazionale presso il centro abilitativo "Il paese di Oz" Anfass Trentino onlus (Tr) e Presidente della Società/Tecnica e Scientifica italiana di Terapia Occupazionale

Sara Luise

Terapista occupazionale presso A.qu.a onlus di Milano
sara.luise2013@gmail.com

Parole Chiave/

Demenza,
ruolo occupazionale,
attività significativa,
ambiente,
volizione.

Abstract

L'invecchiamento della popolazione in atto nel mondo occidentale pone crescenti problemi e difficoltà nella gestione dell'anziano fragile, caratterizzato da patologie invalidanti, che impongono l'organizzazione di un'assistenza sempre più complessa e specializzata. In questo articolo vengono presentate le origini, i fondamenti e i modelli teorici del metodo *Gentlecare* creato dalla terapeuta occupazionale canadese Moyra Jones per curare e assistere le persone con demenza. Ispirandosi alla propria esperienza e professione, ha creato e portato all'interno delle equipe geriatriche un metodo per la pianificazione di programmi d'interventi, che mettano al centro la persona con la sua storia occupazionale, le sue attività significative, i suoi bisogni e le capacità ancora presenti, attraverso programmi personalizzati in ambienti facilitanti.

"Voglio dimostrare che le persone possono conoscersi meglio attraverso le cose che fanno, che la cultura materiale è importante, che è possibile realizzare una vita materiale più umana, se solo si comprende meglio il processo del fare".

Richard Bennett

Introduzione

La presa in carico della persona con demenza si deve leggere in un'ottica di cura a lungo termine. Il carattere degenerativo e progressivo del deterioramento cognitivo ci impone l'individuazione di soluzioni sempre più articolate. Più la persona è fragile e più emergono i suoi bisogni, sempre più complessi. La Dottoressa Vitali, direttore medico dell'Istituto C. Golgi di Abbiategrasso (MI), in un suo articolo sulla metodologia Gentlecare mette in evidenza che quando si lavora alla costruzione di routine, per la persona affetta da demenza, occorre sempre porsi delle domande: chi è questa persona, cosa stiamo facendo per lei, se quello che stiamo facendo ha un senso per la persona, contribuisce al suo benessere e che impatto ha avuto nella sua quotidianità?

Il terapeuta occupazionale attraverso i suoi strumenti valutativi, il suo background formativo e le sue competenze diventa nel team Gentlecare la figura essenziale, sia per identificare le routine della persona, cosa vuole fare e come poterlo fare (adattando l'ambiente e facilitando l'attività), ma anche per monitorare il percorso di vita della persona all'interno dell'ambiente protesico. Durante il colloquio iniziale è fondamentale per il terapeuta occupazionale saper raccogliere i dati del racconto della storia occupazionale della persona, di ciò che vorrebbe ancora fare e sapere definire ed analizzare i problemi

che lo limitano per consentire di individuare delle soluzioni. Solo ascoltando i bisogni della persona, si potrà migliorarne la qualità della vita (Graff, 2008). L'intervento del terapeuta occupazionale parte dalle attività significative della persona, la professione è client-centered, attraverso le interviste come l'OPHI-II (*Intervista sulla Storia delle Performance Occupazionale* - Kielhofner, 1998) oppure semi strutturate come il COPM (*Misura Canadese della Performance Occupazionale* - Law & altri, 2005), entrambe centrate sull'occupazione. La pratica del terapeuta occupazionale mette al centro dell'intervento la persona e i ruoli che lo stesso, attraverso le sue occupazioni che caratterizzano il suo quotidiano, ricopre nei vari ambienti e contesti di vita. Un passaggio fondamentale per la professione si è avvenuto quando nel 2001 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Salute) ha pubblicato l'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), orientando l'intero mondo della sanità a considerare la qualità della partecipazione come *outcome* degli interventi, dando maggiore valore alle attività della persona e ai suoi fattori correlati (es. vita domestica, relazioni con altre persone, mobilità, applicazione di conoscenze...). Vari concetti degli ICF: Attività/ Occupazione, Partecipazione e Fattori Ambientali facevano già parte del DNA del terapeuta occupazionale da anni. Tra i primi modelli concettuali

di terapia occupazionale, il PEO (Persona/Ambiente ed Occupazione - M. Law, 1997), ci aiuta a definire non solo la sintonia che sentiamo con l'ICF, ma anche a chiarire il superamento del concetto di disabilità portandolo al concetto di partecipazione. Dalla metà degli anni Ottanta sono stati proposti e impostati modelli concettuali e di processo per guidare la professione attraverso radici teoriche ed evidenze scientifiche utili alla costruzione del ragionamento clinico, che parte dalla valutazione e sfocia nella presa in carico della persona all'interno dell'equipe di lavoro. Kielhofner, ideatore del MOHO (*Modello di Occupazione Umana*, 1995), sottolinea come un modello per la pratica clinica generi e metta alla prova delle teorie e nello stesso tempo esorta lo sviluppo di strumenti e di strategie da usare in terapia, è una cornice che racchiude le linee guida tra teoria e pratica. Essere centrati sull'occupazione significa collocare l'occupazione in una posizione centrale e usare la nostra comprensione dell'essere umano come essere occupazionale, per guidare il nostro ragionamento professionale (Fisher, 2013). Partendo da questo presupposto la Terapia Occupazionale (TO) si può definire come una pratica centrata sull'analisi e la risoluzione dei problemi legati alle varie occupazioni delle persone. Questo focus ha assunto due forme: occupazione sia come mezzo che come fine del processo di TO. Infatti il nostro intervento analizza

e agisce anche sulle componenti delle attività, ma in funzione del recupero delle occupazioni mirando il più possibile a quello che viene definito “flow” (Csikszentmihalyi, 1990), cioè l’esperienza ottimale che la persona vive quando quello che fa è perfettamente adeguato ai suoi desideri, alle sue abilità e al suo contesto, generando motivazione e soddisfazione. La teoria di “flow” consente al terapista occupazionale di orientarsi nel suo lavoro clinico ma anche di poter guidarlo nel suo ragionamento clinico.

1 - Cos'è il Modello Gentlecare?

Moyra Jones, terapista occupazionale canadese, alla fine degli anni Novanta partendo dalla propria esperienza personale e professionale ha creato e promosso il Metodo Gentlecare per la cura delle persone con demenza. Il presupposto da cui si articola il Metodo è il ritenere la persona con demenza un essere umano unico con una ricca storia occupazionale passata e un futuro incerto ma non inattuabile. La demenza ha carattere degenerativo e progressivo, perdura negli anni, comportando irreversibilità di molte funzioni della persona. Il suo modello pone la promozione del benessere della persona e di chi la circonda. Ci si riferisce a un concetto di benessere inteso come minor distanza possibile tra ciò che la persona vorrebbe essere e ciò che la persona di fatto è. Il team Gentlecare agisce per la definizione di un sistema protesico

pensato e finalizzato a supportare la partecipazione della persona, valorizzando preferenze e desideri, a comprendere le peculiarità e le complessità personali causate dalla malattia. La centralità della persona, il riconoscimento della sua unicità e la salvaguardia della sua continuità esistenziale ne costituiscono gli elementi edificanti.

Lo strumento per raggiungere questi obiettivi è la creazione di una protesi di cura. Una protesi, nel linguaggio comune, è una struttura artificiale che sostituisce o completa una parte assente. Possiamo riassumere nell’elenco sottostante la filosofia del sistema Gentlecare ed evincerne le forti analogie sia con il modello PEO della terapista occupazionale Mary Law, creato qualche anno prima, che di conseguenza con le competenze del terapista occupazionale:

- **Persona:** Nel PEO la persona è definita come un essere unico che assume contemporaneamente molti ruoli, invece nel Gentlecare per mantenere un ruolo occupazionale della stessa è previsto il coinvolgimento continuo di familiari, comunità e staff specializzato (P e E: la persona e il suo ambiente sociale).
- **Spazio:** Nel PEO l’ambiente è definito come quei contesti e quelle situazioni che si verificano al di fuori degli individui e che da essi sollecitano risposte, nel Gentlecare lo spazio abitativo risponde ai bisogni delle persone con demenza, non sono previste

misure di contenzione fisica o farmacologica, bensì si incoraggia la progettazione e l’adattamento dell’ambiente fisico con cui la persona interagisce (E: ambiente fisico).

- **Programmi:** Nel PEO l’occupazione viene definita come gruppi di compiti e attività funzionali in cui una persona si impegna per tutta la durata della sua vita, nel Gentlecare le attività sono significative, la routine richiede assistenza e flessibilità, la valutazione è continua e multidimensionale (O: occupazione).

Le tre componenti sono in rapporto dinamico ed entrambi i modelli non fanno altro che descrivere l’importanza dell’interazione tra queste per il mantenimento di un ruolo. La teoria, la clinica e la ricerca in TO hanno enormemente enfatizzato la relazione transazionale tra persona, ambiente e occupazione (Law, 1996).

Un primo step metodologico per la costruzione armoniosa per produrre un sostegno che compensi i deficit causati dalla demenza, ne della protesi è la conoscenza della persona, sia da un punto di vista clinico funzionale (di che tipo di demenza si tratta, a che stadio di malattia è?), ma soprattutto da un punto di vista biografico. È dunque necessario raccogliere informazioni riguardanti la sua storia occupazionale di vita passata e presente, il suo sistema di abitudini in relazione alle attività,

i suoi interessi. La conoscenza della storia occupazionale della persona può essere costruita intervistando la persona con demenza, ma anche creando un'alleanza terapeutica coinvolgendo i familiari e iniziando a fare una mediazione tra bisogni talvolta diversi. Secondo step è rappresentato dalla valutazione dell'impatto che la malattia ha sul singolo nello svolgere le proprie attività. La valutazione multi-dimensionale è finalizzata a cogliere cosa sa ancora fare la persona, come la fa, dove lo fa e con chi, quali sono le condizioni ottimali nello svolgimento di una attività. Parallelamente si individuano i momenti della giornata in cui sorgono comportamenti inconsueti. Sulla base della fase di malattia e delle valutazioni svolte, si definiscono obiettivi realistici, evitando sfide troppo elevate che potrebbero portare a frustrazione. Infine, ultimo step, prevede la costruzione della protesì vera e propria, andando a modificare e adattare l'ambiente fisico, sociale e le attività in base alla persona al fine di creare una routine quotidiana significativa e riconoscibile per la persona con demenza.

2 - Le demenze

L'esperienza pratica, ma anche l'evidenza scientifica, ci dimostrano che le persone colpite da demenza, se lasciate sole, decadono molto più velocemente, trascinando con sé anche chi le assiste, ovvero l'intero

sistema famiglia. Si comprende allora tutto il valore di sostenere il sistema compreso del soggetto e del suo caregiver per un nuovo equilibrio personale ed occupazionale di entrambi i protagonisti. L'inizio della malattia è subdolo e lento, e il sintomo più importante è una riduzione progressiva della memoria recente, mentre la capacità di rievocare accadimenti passati appare meno compromessa (Cavazzutti, 1992). La diagnosi medica implica il rilievo di deficit acquisiti all'interno di domini cognitivi multipli, comprendenti anche la memoria, che interferiscono con le attività sociali e lavorative quotidiane (Cambier, Masson, Henri, 2004). Questi sono definiti all'interno del DSM IV, (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, 1999). Il manuale cita per la demenza di Alzheimer l'insorgenza di un deterioramento progressivo delle funzioni mentali tra cui l'incapacità di eseguire attività motorie nonostante l'integrità delle componenti fisiche (aprassia), la capacità di esprimere o comprendere concetti (afasia), il mancato riconoscimento di oggetti e luoghi (agnosia), il disturbo delle funzioni che ci permettono nel quotidiano di organizzare azioni, pianificare progetti e anticipare problemi; a ciò si possono associare disturbi non cognitivi riguardanti l'area comportamentale (BPSD). I più comuni sono: apatia (61-72%), depressione (10-20%), ansia (40-60%) e reazioni catastrofiche (40-

50%) (Cummings JL, 1998), questi possono essere difficili da gestire all'interno del domicilio e generare reazioni di stress ambientale e personale.

3 - Ruolo del terapeuta occupazionale nelle demenze

La ricchezza della Terapia Occupazionale è il focus della cura delle persone con demenza in una dimensione client-centered, come mette in risalto Maud Graff nel suo libro "Curare la demenza a domicilio: indicazioni di Terapia Occupazionale per anziani e caregivers" (2016): *"È nell'interesse del cliente e del suo caregiver che i bisogni e le esperienze di entrambi siano al centro del trattamento."* Non esistono mezzi terapeutici incisivi per questa malattia e i numerosi farmaci proposti hanno soltanto funzione complementare e di supporto (Cavazzutti, 1992). Attualmente all'interno delle strutture sanitarie italiane il programma attuato sulla persona cerca di essere sempre più mirato al miglioramento degli interventi non farmacologici per favorire il benessere globale dell'individuo stesso e di chi se ne prende carico. Nel Piano Nazionale di indirizzo per le Demenze, del novembre 2014, il terapeuta occupazionale risulta tra le figure necessarie che costituiscono il nocciolo essenziale del team riabilitativo per avere un trattamento efficace nelle persone con demenza. Riferendosi dapprima alla *client*

centered therapy (Rogers, 1942) e successivamente alla *person centered dementia care* (Kitwood, 1990), il focus della cura è la persona come individuo con dei bisogni e con risorse uniche. Il terapeuta occupazionale all'interno del team Gentlecare, infatti, cerca di rispondere alla malattia considerando come punto di partenza la persona, valorizzandola nelle sue capacità residue attraverso la ricostruzione della storia occupazionale di cui è portatrice. Parallelamente inizia il coinvolgimento del caregiver nel processo di cura. Successivamente, attraverso l'analisi dell'ambiente e la valutazione della persona durante lo svolgimento delle attività, si identificano risorse e limiti per arrivare a stabilire gli obiettivi di cura. Il terapeuta occupazionale deve sostenere la persona (e la sua rete sociale) per mantenere un giusto equilibrio occupazionale, rispettando modi di vita, ruoli tenendo conto dalle capacità residue e dall'adattamento ambientale e delle risorse dell'ambiente umano. Come accennato precedentemente, Moyra Jones, ispirandosi al MOHO di Kielhofner, sostiene che il concetto a cui dare priorità particolare nei programmi di cura della demenza è la volizione. La volizione è una spinta a sostenere le azioni, è ciò che motiva ogni persona nel proprio fare ed è elemento rilevante anche nella persona con demenza. Seppure abbia difficoltà a reperire informazioni, a pianificare, continua ad essere attirata da oggetti e

persone che incontra nel proprio percorso ed è spinta ad agire con naturale curiosità, rifacendosi a un bagaglio di reminiscenze proprie. La volizione restituisce la voglia di esserci ancora attraverso l'esplorazione, la curiosità e il controllo sull'ambiente. È importante attraverso le attività individuate cercare di procurare esperienze positive, tenendo presente la teoria di "flow", considerate significative per quella unica persona. Aumentando le opportunità di autocontrollo, le persone anziane riducono i concetti di sé negativi e valorizzano il proprio saper fare, ricavandone soddisfazione (Smith & Kielhofner, 1986). Nelle persone con demenza, uno dei disturbi comportamentali che si può riscontrare è l'apatia o la depressione. L'intervento di TO, dunque, sarà diretto a favorire e stimolare le funzioni sensoriali, motorie e cognitive attraverso un'occupazione significativa e adatta procurando la spinta ad agire ed esplorare, tenendo conto della fase di malattia.

4 - Modelli teorici di TO alla base del Gentlecare

Nel libro "*Gentlecare. Cronache di assistenza*" (Bortolomiel et al., 2015), si affrontano le tematiche riguardanti le applicazioni del metodo nel territorio italiano. Il contributo della SITO (Società Scientifica Italiana di Terapia Occupazionale) è stato di dimostrare come nel metodo Gentlecare si ritrovino teorie e fondamenti della

professione, attraverso l'integrazione di tre modelli concettuali di Terapia Occupazionale: il MOHO, il PEO e il CMOP-E.

Il PEO Model (Law et al., 1997), si basa sui concetti derivanti dalle linee guida della Terapia Occupazionale per la pratica centrata sul cliente (CAOT, Canadian Association of Occupational Therapists, 1991) e dalle teorie sul comportamento nell'ambiente (Lewin, 1933 e Murray, 1938). Il modello descrive l'interazione tra la persona, l'ambiente e l'occupazione, spostando il focus dall'occupazione alle componenti della performance occupazionale. I tre concetti chiave del modello Persona, Ambiente ed Occupazione, consentono al terapeuta occupazionale di riconoscere la complessità del quadro clinico della persona in carico, concedendogli una più ampia gamma di interventi per una o più di queste aree. Il modello definisce la persona come un insieme dinamico, motivato e in costante divenire, che interagisce continuamente con l'ambiente. L'ambiente è visto come il contesto in cui le performance occupazionali della persona vengono svolte. Invece le occupazioni sono pensate per soddisfare i bisogni intrinseci delle persone, per auto-mantenersi, per esprimersi e realizzarsi nel contesto del proprio ambiente personale e del proprio ruolo. In sintesi gli ambienti, le occupazioni e le persone hanno ognuno sia effetti abilitanti che limitanti sugli altri, cambiano nel tempo, danno senso e significato

al processo ed infine il cambiamento di una parte ha effetti sulle altre. Analogamente, i tre elementi protesici del modello Gentlecare sono: persona, programma, spazio fisico. Sono componenti che interagiscono nella costruzione della protesi in una relazione dinamica e armonica che compensano i deficit dovuti alla malattia degenerativa. Essi sono intesi come le occupazioni quotidiane della persona all'interno di uno spazio fisico adattato e stimolante che riattiva i gesti di sempre. Anche il modello Canadese della Performance Occupazionale e Coinvolgimento (CMOP-E, Canadian Model of Occupational Performance and Engagement - Polatajko & altri, 1997) indica che la persona, l'occupazione e l'ambiente includono componenti di interesse per i terapisti occupazionali. La persona ha tre componenti principali -cognitiva, fisica e affettiva- con la spiritualità al centro. Il focus del CMOP-E va oltre la performance occupazionale, fa riferimento al coinvolgimento (engagement) della persona nelle occupazioni. La definizione di tale parola, se pensiamo all'occupazione, sarebbe rendere emotivamente partecipe una persona in un'attività significativa. L'etimologia stessa della parola descrive perfettamente il concetto, che viene composto di co per con, e di involgere, cioè avvolgere insieme. Mentre la performance si riferisce al "fare" vero e proprio, il coinvolgimento va oltre arrivando a "coinvolgere se

stessi o essere occupati o partecipare ad un'occupazione anche senza svolgerla realmente". L'attenzione non dovrebbe essere diretta solo a livello di performance di un'occupazione ma dovrebbe includere anche l'importanza e la soddisfazione che l'impegno in questa occupazione riveste per la persona. Infine il MOHO (Modello di Occupazione Umana, Kielhofner) si fonde sul principio che l'interazione tra la persona, le sue motivazioni, lo stile di vita, le sue capacità e l'ambiente costruiscono un impulso dinamico all'interno delle attività della vita quotidiana. Per Kielhofner e il suo team l'attività significativa e significativa è necessaria nell'auto-organizzazione della persona. Al centro dell'intervento c'è il fare, il pensare, il sentire della persona. Per cercare di spiegare il comportamento occupazionale, Kielhofner suppone l'essere umano come un sistema costituito da tre sotto-sistema:

- Attraverso la volizione le persone scelgono e sostengono le azioni;
- L'abitudine organizza in schemi ciò che le persone svolgono ogni giorno e scandisce il comportamento occupazionale all'interno della routine quotidiana;
- La capacità di performance permette alla persona di essere efficace nelle attività quotidiane, attraverso l'utilizzo delle abilità fisiche e cognitive.

Moyra Jones afferma, che deve essere data una particolare attenzione, al concetto di volizione nella cura della demenza, perché è il sistema "generante" più di ogni altro aspetto del comportamento. Fa parte della funzione mentale umana, trae informazione dall'esperienza e modella l'auto-percezione, in quanto persona che partecipa nel mondo. I pensieri e i sentimenti volizionali funzionano come dei filtri tra i quali passa la scelta delle occupazioni che si decide di svolgere. Altro concetto fondamentale nel Gentlecare è la conoscenza delle abitudini e della routine della persona. Le abitudini sono tendenze apprese, modalità di svolgimento interiorizzate e messe in atto senza decisione cosciente in contesti conosciuti e specifici (contesto-dipendenti). Creano automatismi e cioè un "risparmio di energia". Se la routine viene stravolta, ad esempio per causa dell'istituzionalizzazione, e le attività vengono svolte con tempi e luoghi non conosciuti, la persona fa più fatica a riconoscerle sue perciò non sono più così ovvie. Nel Gentlecare lo scopo principale quando si propongono attività è la creazione di una routine giornaliera significativa, nella quale le attività in cui la persona è coinvolta fanno parte delle sue abitudini e rispettano i suoi tempi e spazi. In ultimo, ma non meno importante, il concetto del ruolo occupazionale, che vengono definiti *come spazi sociali nei quali entriamo, agiamo*

ed usciamo durante la giornata e la vita secondo Kielhofner. I ruoli contribuiscono a creare l'identità e il senso di sé e vengono acquisiti attraverso socializzazione (cosa si aspettano gli altri da me in questo contesto?). Nell'intervento di TO con le persone affette da demenza uno degli obiettivi deve essere quello di sostenere i ruoli di maggior rilievo rivestiti prima dell'esordio di malattia. Ogni ruolo porta con sé determinate attività, abitudini, comportamenti e stati d'animo. Favorire il senso di sé e l'autostima attraverso un intervento sui ruoli significa sostenere il bisogno di autorealizzazione che sta in cima

alla piramide dei bisogni di Maslow, anche nelle persone con demenza. Moyra Jones, scrivendo del padre attraverso le sue occupazioni significative all'inizio della malattia: "man mano che la malattia di Alzheimer invadeva la sua mente, mio padre seguiva a ripetere le attività svolte durante tutta la sua vita. Toccare, muovere, aggiustare, staccare, accatastare, strappare, capovolgere, finché non avesse ridotto la casa a uno scempi. [...] Mio padre era anche un meraviglioso giardiniere, sicché sono rimasta atterrita il giorno in cui ha cominciato a scavare buche nel suo bel prato. Inizialmente ho

provato ad attirarlo verso la casa, la macchina, qualsiasi posto pur di impedirgli di rovinare il prato. Poi a un tratto mi sono accorta di ciò che stava succedendo: stava lavorando!" (Gentlecare, un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer, pag. 19).

5 - Strumenti di valutazione

È sempre più presente all'interno dei luoghi di cura un'equipe multidisciplinare che consente di avere una visione globale dello stato del paziente. Bortolomiol (2015) afferma che "l'assistenza agli anziani è il settore sanitario nel quale più profondamente si compenetrano

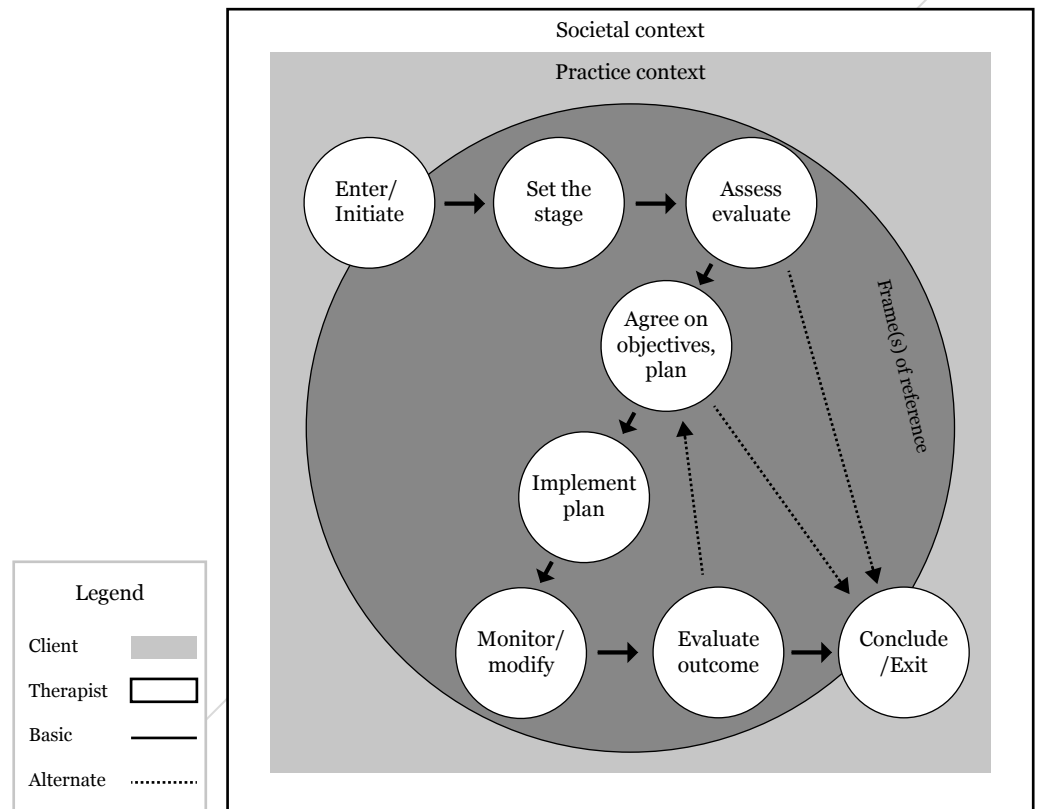


Figura 1

e diventano inscindibili il bisogno sociale e quello sanitario, in una gradazione che comprende aspetti diversi e tra loro complementari come il bisogno di evitare l'emarginazione sociale, il supporto delle funzioni complesse della vita, l'aiuto quotidiano psicologico e materiale per le funzioni semplici, fino all'assistenza costante e, in alcuni casi, ad alta valenza sanitaria delle fasi di non autosufficienza".

Il terapeuta occupazionale per cultura e formazione dà risposta a queste necessità emergenti perché possiede conoscenze in entrambi gli ambiti ed utilizza strumenti di valutazione e operatività per supportare il lavoro di tutta l'equipe.

Il modello Gentlecare prevede che la fase di valutazione sia un processo suddiviso in 5 livelli qualitativi di accuratezza della valutazione:

1. Conoscenza generale
2. Registrazione di osservazioni e aneddotica
3. Valutazione di base della capacità della persona di svolgere attività di vita quotidiana
4. Strumenti di valutazione da gestire o interpretare da parte di professionisti competenti
5. Scale specializzate di classificazione della demenza per individuare i settori di deficit funzionali, gestite da professionisti competenti

Questi livelli seguono un andamento che prevede una specializzazione

crescente all'aumentare dei livelli, infatti si parte dal livello 1 che contempla una valutazione che raccolga conoscenze generali, fino ad arrivare al livello 5 che prevede l'utilizzo di strumenti di valutazione specialistici per la demenza utilizzati da professionisti esperti. Seguendo il criterio di accuratezza del processo di valutazione, il contributo che può dare il terapeuta occupazionale utilizzando gli strumenti di valutazione propri, all'interno dell'equipe è quello di poter applicare un livello 4 e 5 di accuratezza e attuare quindi un processo di valutazione di altissima qualità, specificità e scientificità che permette di pianificare, costruire e realizzare una protesi unica, adeguata e che dia soddisfazione alla persona stessa.

Affinché la protesi abbia queste caratteristiche è necessario attraverso la valutazione ottenere un bilancio dei limiti e delle risorse del sistema persona-ambiente-occupazione, in cui il cardine è individuare e agire su quelli che Moyra Jones chiama "powerpoint" ovvero le capacità residue, i talenti che la persona conserva.

Di nuovo possiamo vedere che il processo di valutazione Gentlecare che si compone di 4 fasi operative rispecchia le fasi iniziali del processo clinico che abitualmente il Terapeuta Occupazionale esegue e si possono ripercorrere con le prime tre fasi del Canadian Practice Process Framework (CPPF - Polatajko & altri,

2007) che è il modello di processo del modello canadese di TO il CMOP-E sulla quale Moyra Jones ha edificato la sua formazione professionale (come illustrato Figura 1).

Il Canadian Practice Process Framework (CPPF), guida il processo di coinvolgimento (enablement) attraverso l'occupazione della persona. Il CPPF è costituito di quattro elementi principali. Tre di questi sono elementi contestuali che influenzano il processo: il contesto sociale (Societal context), il contesto pratico (Practice context) e le strutture teoriche di riferimento (Frames of reference). Questi tre elementi influenzano continuamente il quarto, rappresentato dalle otto azioni del processo di coinvolgimento (enablement). Queste otto azioni ne descrivono essenzialmente le fasi del processo centrato sulla persona. L'idea è che il processo di terapia occupazionale cominci con la prima azione e che segua le altre secondo le esigenze. Non si tratta di un processo rigido, ma ci sono molteplici percorsi possibili a seconda del tipo di pratica o del bisogno in particolare. (Ianes e Polatajko 2010).

Il terapeuta occupazionale per cultura e formazione utilizza sia l'osservazione delle attività quotidiane che delle valutazioni specifiche per misurare le capacità della persona con deterioramento cognitivo e determinare i punti di debolezza nell'aspetto organico (come la malattia ha danneggiato la capacità della persona di compiere una funzione o un compito?) e ruolo

Area	Strumenti di Terapia Occupazionale	Note
1. Raccolta dati anagrafici ed elementi della biografia	1. Misura Canadese della Performance Occupazionale (COPM) 2. Occupational Performance History Interview (OPHI-II) 3. MOHO Interest Checklist 4. Questionario della volizione (VQ)	Tutti strumenti di valutazione a pagamento (i primi due in italiano). La modalità di somministrazione di questi strumenti è l'intervista semi-strutturata rivolta al paziente e alla famiglia. Solitamente si utilizzano nelle prime fasi d'intervento e sono utili per la conoscenza della routine del paziente, l'individuazione delle risorse ancora presenti, la valutazione delle abitudini e della volizione.
2. Valutazione delle prestazioni (PERFORMANCE) nelle attività della vita quotidiana	Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) Goal Attainment Scale (GAS) in Rehabilitation	L'AMPS è una valutazione della qualità della performance delle ADL basata sull'osservazione di compiti ADL personali o strumentali che la persona ha scelto perché a lei rilevanti e significativi. Le abilità di performance utilizzate per la valutazione sono state definite secondo i termini di attività e partecipazione, non si tratta quindi di una valutazione dei sottostanti fattori personali, ambientali e delle funzioni corporee. (Fisher, 2006, 2009; World Health Organization, 2001)
3. Valutazione di disturbi dell'umore e del comportamento	Evaluation of Social Interaction (ESI)	L'ESI è una valutazione occupation-centred della qualità di interazione sociale osservata durante scambi sociali "natural" con partner sociali usuali. Va oltre la valutazione dell'umore. Abbinata all'AMPS, ad esempio, consente una valutazione della performance a 360°, considerando la persona nella sua complessità, non solo le abilità motorie e cognitive, ma anche quelle relazionali.
4. Valutazione dei deficit neurocomportamentali sottostanti che limitano la performance occupazionale	A-ONE	Strumento di valutazione che combina le teorie neurocomportamentali con i principi della TO. L'A-ONE collega direttamente la performance occupazionale (attività di base della vita quotidiana e della mobilità) con i deficit neurocomportamentali, compresi i disturbi cognitivo-percettivi e motori.

Tabella 1 - Strumenti di Terapia Occupazionale

Nella tabella sottostante sono presentati alcuni degli strumenti di raccolta dati e valutazione utilizzati all'interno dei Nuclei Alzheimer dell'ASP Golgi Redaelli di Abbiategrasso.

Area d'indagine	Strumento valutativo	Note
1. Monitoraggio dello stress dei familiari	Caregiver Stress Check Family Caregiver Distress Assessment Tool Alzheimer's Caregiver Stress Modified Caregiver Strain Index	Strumenti disponibili ma non tradotti
2. Monitoraggio dello stress degli operatori	Neuropsychiatric Inventory Nursing Home	Strumento che valuta anche lo stress dell'operatore (Solo versione inglese)
3. Valutazione complessiva della gravità della demenza - stadi azione	Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI- Q)	Strumento di valutazione riconosciuto a livello internazionale
4. Capacità funzionali, Equilibrio e cammino, Livello di dipendenza, Analisi attività strumentali, Abilità cognitive	ADL-IADL Tinetti Indice di Barthel Index e BANSS Indice di Lawton MMSE Folstein e/o Severe MMSE Batteria di test neuropsicologici	Strumenti riconosciuti a livello internazionale. Sono validati e utilizzabili anche per effettuare ricerche
5. Stato di salute somatica	CIRS	Il medico definisce la severità clinica e funzionale di 14 apparati (es. respiratorio, renale, muscolo-scheletrico,...); sulla base della storia clinica, dell'esame obiettivo e della sintomatologia presentata definisce il livello di complessità e comorbidità per ognuna del paziente.
6. Stato nutrizionale	MNA	Lo staff usa questo strumento per individuare e monitorare lo stato nutrizionale dell'anziano, poiché spesso al deterioramento cognitivo si associa la malnutrizione e la disidratazione.
7. Tono dell'umore	GDS	Il medico con questa scala indica la stadiazione di malattia (determinando come si presenta la persona, quali atteggiamenti assume, quali difficoltà incontra,...).

Tabella 2 - Strumenti di valutazione

Strumenti aggiuntivi alle scale di valutazione	Note
Rilevazione delle contenzioni e delle personalizzazioni presenti	Sono dei diari in cui sono descritti gli adattamenti ambientali utilizzati per ogni soggetto e la risposta fornita
Scheda e valutazione delle cadute	È una scheda utilizzata da tutto il personale
PRI- Progetto riabilitativo individuale	Il progetto è indicato dal medico geriatra del reparto ed è finalizzato a riportare l'individuo a un livello di autonomia massimale e migliorarne la qualità di vita anche sotto il profilo psico-sociale attraverso interventi terapeutici, sanitari ed assistenziali definiti all'interno del Progetto Riabilitativo Individuale.
PAI- Piano Assistenziale Individualizzato	Il piano assistenziale è compilato dal medico di reparto e raccoglie/describe in ottica multidisciplinare la valutazione di ciascun ospite, lo scopo è di dare l'avvio a un progetto di assistenza e cura che abbia come obiettivo la salute dell'ospite. Questo strumento è il risultato del coordinamento di tutte le figure che si occupano dell'anziano (es. il Sig. Rossi deve alimentarsi con il piatto colorato e la posata modificata; la Sig.ra Bianchi deve essere lavata nella doccia con l'assistenza di un solo operatore; verificare se il Sig. Neri deve utilizzare il bagno tutte le volte che piange;...)

Tabella 3 - Strumenti di valutazione aggiuntivi

(come la malattia impedisce alla persona di svolgere attività sociali o assumere responsabilità di lavoro?), (Jones M. 1999, pag 108). La valutazione multidimensionale del terapeuta occupazionale restituisce all'equipe una visione globale della situazione della persona, allo scopo di individuare dei progetti terapeutici appropriati utilizzando le risorse presenti sul territorio e la creazione di protesi individualizzate.

L'ASP Golgi Redaelli di Abbiategrasso (MI) che per anni ha lavorato in collaborazione con Moyra Jones alla creazione e alla nascita di

spazi adatti alla permanenza (temporanea e non) di persone con demenza, ha scelto di inserire all'interno del gruppo di lavoro la figura del Terapista Occupazionale, per rispondere con progetti sempre più personalizzati alle esigenze dei pazienti, delle famiglie e dei gruppi di provenienza. Alle valutazioni standardizzate già in uso si sono dunque aggiunti strumenti specifici del terapeuta occupazionale che nascono dal MOHO, secondo cui la storia di vita della persona, i valori e le occupazioni modellano e creano la traiettoria in cui si colloca la persona stessa. Jones M. (2007,

pag. 143), sottolinea all'interno del suo manuale che quando si valutano le capacità di svolgere delle attività della vita quotidiana, non ci si debba limitare solo a questo aspetto, bensì risulti necessario osservare quanto la persona ne senta il bisogno e la propensione a svolgerle effettivamente e affettivamente. Infatti, eseguire un'attività comprende più abilità, come il riconoscimento degli oggetti (gnosie), l'organizzazione di sequenze logiche, l'utilizzo di movimenti automatici, ecc. Perciò tanto più complesso sarà il compito, tanto meno la persona sarà invogliata a svolgerlo. Per tale motivo

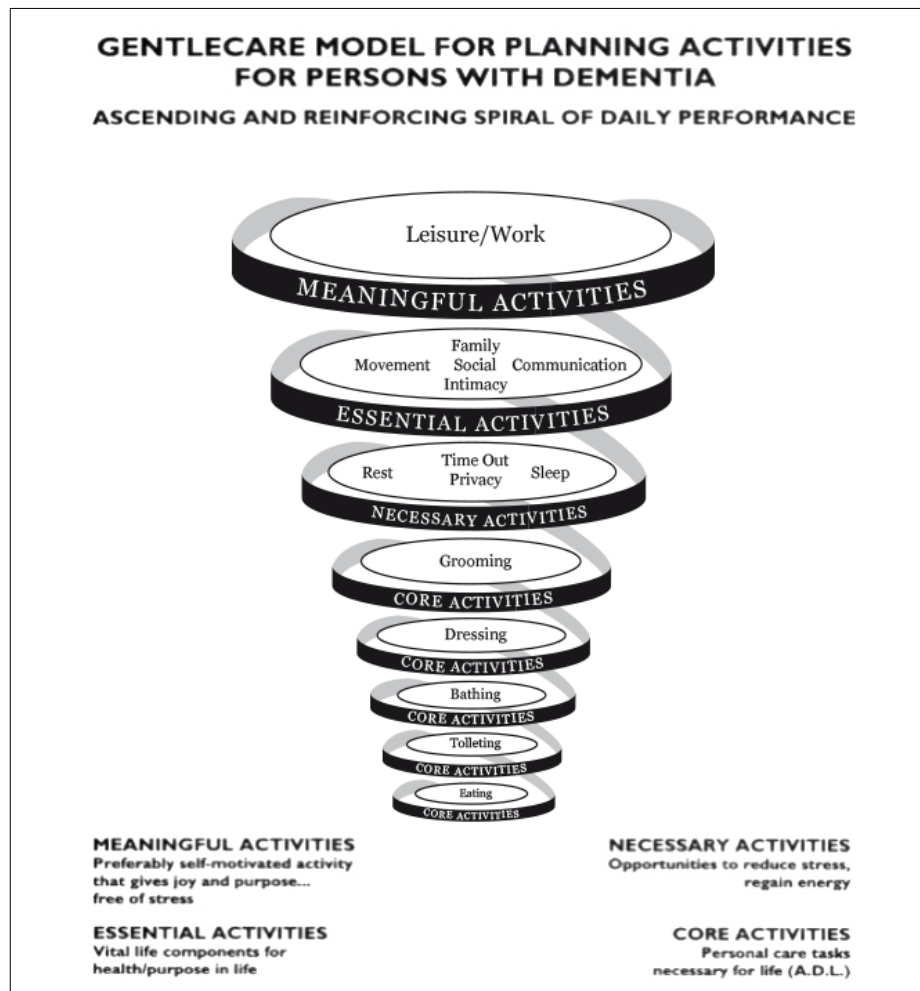


Figura A - Modello Gentlecare di pianificazione delle attività per le persone affette da demenza (Jones M., Gentlecare, ed. Carocci Faber, pag. 177)

la valutazione iniziale del Terapista Occupazionale si concentrerà sulle occupazioni quotidiane per rilevare:

- Storia del paziente (abitudini, stile di vita, interessi, ruoli, esperienze...)
- Storia della famiglia e del contesto di appartenenza

- Capacità cognitive (memoria, orientamento s-t, gnosis, prassie...)
- Abilità comportamentali (ansia, aggressività, irrequietezza, apatia, labilità emotiva...)
- Stato fisico (capacità motorie globali e fini, coordinazione...)

Quali sono gli obiettivi di terapia occupazionale?

- Mantenere il più a lungo possibile l'autonomia nelle attività quotidiane
- Stimolare interessi e motivazioni attraverso attività reali

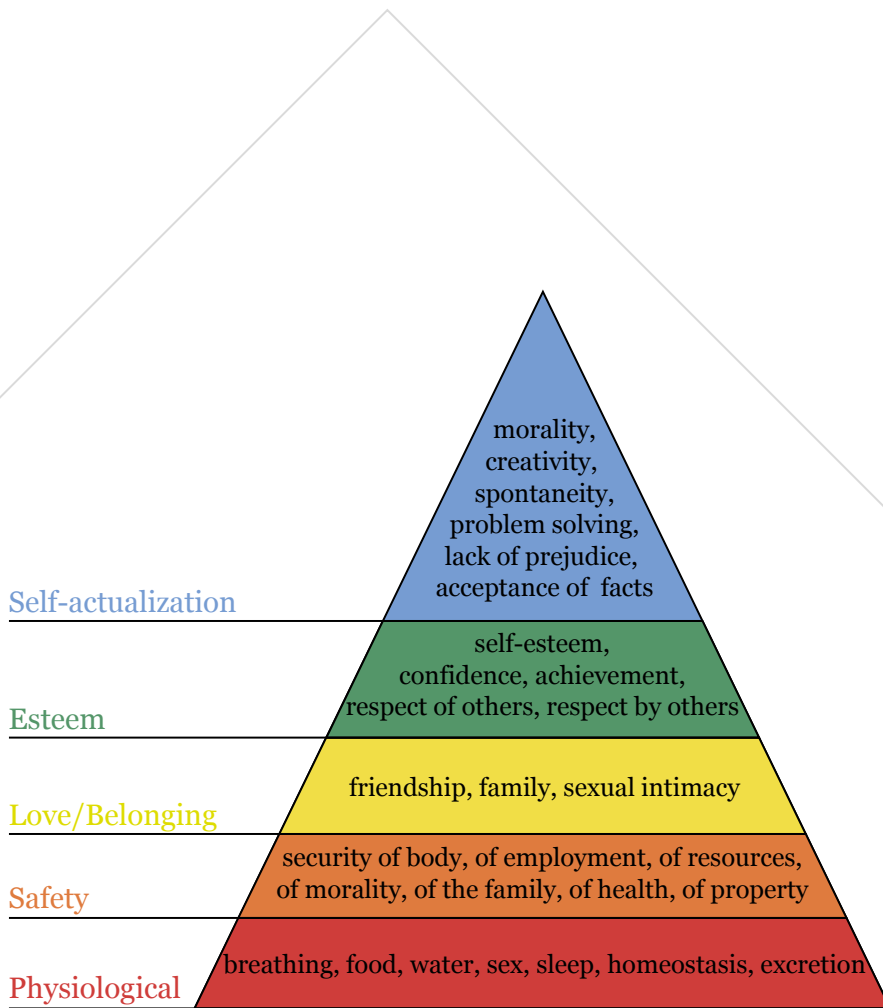


Figura B - La piramide dei bisogni di Maslow

- Alleggerire i comportamenti anomali, che siano ansietà, agitazione ma anche apatia o depressione.
- Promuovere una routine quotidiana significativa.
- Promuovere il riconoscimento di sé e degli altri per favorire le relazioni interpersonali
- Stimolare la memoria procedurale
- Studiare adattamenti ambientali
- Adattare continuamente l'approccio terapeutico in relazione al livello funzionale e mentale della persona (B.M. Petrucci, cap "Demenza senile" in Metodologie riabilitative, pag 329)

7 - La pratica e specificità del terapeuta occupazionale attraverso un caso clinico.

Il terapeuta occupazionale va oltre al raccogliere semplici dati e si focalizza sulla storia occupazionale della persona, analizza che cosa significa quell'attività, il rapporto che la persona ha con essa. In TO lo strumento più utilizzato per la conoscenza della storia occupazionale è l'OPHI-II (Intervista sulla Storia della Performance Occupazionale) di Kielhofner intervista centrata sulla valutazione delle risorse, le abitudini, la routine e la volizione,

approfondendo aspetti rivolti alle scelte passate e al significato attribuito agli eventi della storia occupazionale. Questo strumento consente di definire il percorso di Terapia Occupazionale e di monitorarlo (Silvia Lobba Travi, 2005). Ad esempio non basta aver fatto l'uncinetto per voler riprendere l'uncinetto. Questo poteva essere per la persona un passatempo rilassante oppure un lavoro che portava dei guadagni. Nel primo caso l'occupazione sarà intrapresa indipendentemente dal contesto e dal risultato; nella seconda eventualità avverrà in maniera più costante e la perseveranza sarà legata anche al guadagno.

L'attività è la stessa, ma a suo tempo gli obiettivi erano diversi, perciò se inserita all'interno del programma di terapia occupazionale il terapeuta dovrà tenerne conto (e rispettare) le caratteristiche dell'occupazione, dell'ambiente in cui si svolge e delle relazioni che potranno nascere intorno ai gesti, alle parole, alle emozioni, all'oggetto prodotto, etc.) L'attività è la stessa, ma a suo tempo gli obiettivi erano diversi, perciò se inserita all'interno del programma di terapia occupazionale il terapeuta dovrà tenere conto (e rispettare) delle caratteristiche dell'occupazione, dell'ambiente in cui si svolge e delle relazioni che potranno nascere intorno ai gesti, alle parole, alle emozioni, all'oggetto prodotto, etc.) L'esperienza del terapeuta è personale, così come l'esperienza di vita del paziente. Ogni persona ha un mondo interiore che andrebbe riconosciuto tutte le volte che si decide di prendere in cura una persona.

Diventa essenziale per il terapeuta occupazionale saper riconoscere la pluralità della comunicazione all'interno della relazione, che è il fondamento del lavoro clinico. Ciò consiste nello stabilire una relazione significativa, stando attenti al detto, al non-detto, al fatto oppure al percepito e tutto ciò sia dalla parte del terapeuta sia della persona in carico (Bertholom, 2016). Questo pone il terapeuta occupazionale di fronte al problema rispetto alla costruzione della relazione di fiducia, del rapporto empatico che vada oltre al riconoscimento di un ruolo (es. "Ti riconosco come il terapeuta che mi può aiutare"). Per la persona con decadimento cognitivo e funzionale gli esseri umani all'interno dell'ambiente possono essere semplici elementi che rispondono al bisogno di sicurezza come inteso da Sandler, perciò esserci significa essere lì con loro, per il raggiungimento di un maggiore stato di benessere. Le problematiche cognitive e comportamentali, infatti, non sempre permettono al soggetto di interpretare il contesto in cui si trova né le richieste espresse dalle persone intorno, perciò le risposte fornite molto spesso sfociano in interpretazioni errate e stati di agitazione.

Caso clinico: Signor A.

Signor A. (69 anni) in passato era una persona estremamente cortese e affabile, grande lavoratore (operaio in una fabbrica di materiale elettrico), sportivo e buon padre di famiglia, aveva

assunto sempre ruoli importanti nel contesto socio-familiare. Un giorno inizia ad allontanarsi da casa senza meta, per tornare poi la sera. Gli amici si accorgono che non vengono riconosciuti, la moglie nota che i movimenti, le modalità di svolgimento delle azioni perdono di coerenza organizzativa e di pianificazione, il linguaggio diventa sempre più povero di concetti ed espressività. La famiglia a questo punto decide di organizzare una visita nell'UVA (unità valutativa Alzheimer) dell'Istituto Golgi di Abbiategrasso e il geriatra gli diagnostica malattia di Alzheimer. Inizialmente la moglie C. accetta con difficoltà il parere medico, però cerca comunque di attenersi alle indicazioni e richiede l'inserimento del signor A. nel servizio del CDC (ciclo diurno continuo, ovvero un servizio che offre un servizio riabilitativo a regime semi-residenziale), che egli accetta inizialmente con qualche difficoltà. La propensione alla socialità permette al gruppo di effettuare in tempi brevi l'inserimento e la valutazione per la creazione di programmi, che avevano l'obiettivo di sfruttare le risorse ancora presenti attraverso i setting occupazionali che potevano favorire la performance e fornire una stimolazione di facile accesso e lettura da parte del soggetto. Come scrive Kielhorner G. nel 2005 (L'intervista sulla storia della performance occupazionale, Francoangeli, pag. 40) *gli ambienti nei quali viene messa in atto un'occupazione sono combinazioni di una componente fisica e una sociale. Questi setting di comportamento*

occupazionale sono composti da spazi, oggetti, forme occupazionali e/o gruppi sociali che sono coesi e costituiscono un contesto significativo per la performance.

La relazione di empatia è nata proprio attraverso gli elementi dell'ambiente, che hanno permesso di attivare il comportamento occupazionale di A. durante la frequenza del servizio. Durante l'intervista iniziale sulla routine al domicilio la moglie descriveva con grande trasporto i problemi esecutivi e di pianificazione delle attività, comparsi ioni con il resto della famiglia e delle amicizie, quindi è stato importante capire le abitudini e i ruoli ancora interiorizzati dalla persona all'interno della storia di vita (indagata anche attraverso la compilazione della *Scheda Biografica*, strumento costruito e modificato nel tempo all'interno del NA1 dell'Istituto Golgi di Abbiategrasso). Il lavoro del terapeuta occupazionale all'interno del team è stato di individuare le abilità presenti e la motivazione personale, con cui costruire una nuova routine giornaliera da indicare al team di lavoro e poi alla famiglia per favorire:

- la partecipazione nelle attività significative,
- la soddisfazione rispetto al raggiungimento di obiettivi semplici
- l'aumento di percezione del benessere.

All'interno del gruppo il Signor A. aveva dei compiti dedicati e significativi che erano parte della propria storia di vita come: preparare

la tavola, trasportare/spostare scatoloni, aiutare nel riordino di magazzini, servire il caffè agli ospiti, annaffiare le piante del giardino, giocare a carte e poi c'era il momento sempre atteso della preparazione del caffè per il gruppo in cui era stato inserito. In questa occupazione c'era grande investimento, forte senso di riconoscimento durante tutte le fasi di svolgimento, come se richiassero *un forte senso di sè nella ricetta, prima e a di là della preparazione* (Gibertoni De Sena C., *Cibo per pensare*, ed. Borla 2006, pag. 33). Nel contesto queste attività avevano permesso di favorire il senso di competenza, che si riferiva al riconoscimento delle capacità presenti e soddisfacevano la persona andando incontro anche alle richieste dell'ambiente. (OPHI II, pag. 92)

La maggior parte del comportamento occupazionale appartiene a un ciclo familiare di vita quotidiana e una performance adattiva significa essere capaci di sostenere un pattern che sia soddisfacente per l'individuo e che incontri le aspettative adeguate nel proprio ambiente. (Kielhofner G., *L'intervista...*, pag. 39)

La frequenza al CDC aveva permesso alla moglie di ritrovare dei momenti di decompressione e di valorizzare le abitudini del signor A. per permettere che il comportamento diventasse automatico e non richiedesse nuovi apprendimenti, da cui potevano risultare situazioni di stress. Con questo esempio si è voluto valorizzare il connubio tra l'indagine del terapeuta occupazionale sulla storia e la routine del paziente e la

creazione di programmi per favorire lo svolgimento di occupazioni significative come risposta ai bisogni di appartenenza e stima.

Questo esempio espone quanto la spinta volitiva, la routine e l'autostima siano gli elementi che impreziosiscono il fare di ogni persona. Il fare non è solo fine, ma è anche mezzo per ottenere il ben-essere della persona e del suo ambiente umano.

8 - Conclusione

Quando si applica il metodo Gentlecare, le occupazioni delle persone sono svolte all'interno di contesti studiati e appropriati che contengono oggetti identificabili; sono inserite in programmi stabiliti con coloro che vivono a diretto contatto con i malati e cercano di favorire una routine il più possibile stimolante, riducendo situazioni e occasioni di stress. L'unità e la coesione dei gruppi di cura favorisce il benessere globale attraverso rapporti empatici e di stima, in cui le relazioni di ascolto possono portare le persone ad esprimersi e a stabilire una fiducia implicita.

In conclusione il TO per la sua formazione e le sue competenze è la figura più affine, nel team alle necessità della persona con demenza in un'ottica di Gentlecare. Possiamo allora porci la domanda se possa essere considerato senza la presenza del terapeuta occupazionale ancora Gentlecare?. Ciò che possiamo affermare è che, se si vuole applicare il Modello ad un livello 5, il più alto livello possibile, e quindi creare una protesi che sia

specificata ed individualizzata, diventa fondamentale, nel team, la presenza del terapeuta occupazionale con i suoi strumenti di valutazioni.

Per le persone con demenza, in questo approccio, l'apporto del terapeuta occupazionale, in stretta collaborazione con l'equipe professionale che gestisce la persona con decadimento cognitivo e la sua famiglia, è fondamentale.

Il terapeuta occupazionale offre un elemento aggiuntivo, in termini di qualità ed efficacia degli interventi, nell'assistenza delle persone con demenza. (M. Graff, COTID - Community Occupational Therapy in Dementia), focalizzando l'attenzione su cosa la persona è ancora in grado di fare, massimizzando il suo coinvolgimento nelle attività e promuovendo la sicurezza per migliorare la qualità della vita.

Artusi, M, Bertholom, Y, e Luise, S.

Un ringraziamento speciale alla nostra collega Anna Petris per i suoi preziosi suggerimenti

Bibliografia

AAVV (1999) *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano:ed. Masson.

AAVV (2015) *Gentlecare: cronache di assistenza*, Trento: ed. Erickson.

AAVV (2005) *Neurologia*, Milano: ed. Masson.

Bertholom Y., Caiata-Olgati

G. & Ardia M. (2016) Terapia Occupazionale con le persone affette da demenze: una pratica basata sui modelli concettuali, *Psicogeriatría*, n°1 gennaio-aprile 2016, pp. 60-65.

Bertholom Y. (2016) La place des émotions dans la relation: application du Modèle Vivaio (MOVI) en ergothérapie avec les enfants en Italie. *ErgOThérapie*, n° 62, pp. 67-73.

Cavazzutti F. (1992) *Gerontologia e geriatria*, Milano: ed. Ambrosiana

Cummings J.L. (1998) Intervento di Guaita A. a Brescia nel Convegno: "La gestione clinica dei disturbi comportamentali in RSA", 2015.

Cunningham J. (2006) *Essere nel fare*, Milano: Ed. FrancoAngeli.

Fisher A. (2014) Implementare le valutazioni in terapia occupazionale: siamo pronti a raccogliere la sfida di essere centrati sull'occupazione?, *GITO*, n°12, pp. 6-11.

Gibertoni C. (2005) "Il Modello Vivaio", Intervento presentato al XVI Congresso AITO, 15-17 aprile, Napoli.

Graff M. et al. (2016) *Curare la demenza a domicilio: indicazioni di Terapia Occupazionale per anziani e caregivers*, Edizione italiana a cura di Fabbo A, Milano: FrancoAngeli.

Ianes P. & Polatajko H. (2010) *L'enablement dell'occupazione: una prospettiva centrata sul cliente, basata sull'occupazione e orientata al miglioramento della vita*, *GITO*, n°5, pp. 49-64.

Jones M. (1999) *Gentlecare. Changing the Experience of Alzheimer's Disease in a Positive Way*, Moyra Jones Resources Ltd

Jones M. (2005) *Gentlecare: un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*, Roma: Carocci Faber.

Kielhofner G. (2000) *Health Through Occupation: Theory and practice in Occupational Therapy*, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Kielhofner G. (2005) *L'intervista sulla storia della performance occupazionale*, edizione italiana a cura di S. Lobbi Travi e D. Lossasso, Milano: FrancoAngeli.

Kielhofner G. (2008) *A Model of Human Occupation: theory and application*, 4°ed., Baltimore: Williams & Wilkins.

Kitwood T. (1997) *Dementia Considered: The Person Comes First*. London: Buckingham Open University Press.

Law M., Baptist S., Mills J. (1995) Client centred practice: what does it mean and does it make a difference, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 62, pp. 250-257.

Law M. (1998) Client-centered occupational therapy, Thorofare USA: Slack. Organizzazione Mondiale della salute (2013) "ICF", Trento: ed. Erickson.

Redaelli T. & Valsecchi L. (1996) *La Terapia Occupazionale: metodologie riabilitative*, Milano: ed. Soleil Press.

Rogers C. (1961) *On Becoming a Person*, Boston: Houghton Mifflin.

Sandler J. (1981) *La ricerca in psicoanalisi*. Vol.1, Torino: ed. Bollati Boringhieri.

Tafari A. (2010) Il modello di occupazione umana, *GITO*, vol. 5, pp. 34-47.

Vitali S.F. (2004), La metodologia Gentlecare, *Giornale di Gerontologia* n° 52, pp. 412-417.

White R. (1971) Motivation reconsidered: the concept of competence, *Psychological Review*, n°66, pp. 297-333, trad. It. "Un riesame della motivazione: il concetto di competenza", in Boscolo P. (a cura di), *Psicologia dell'educazione*, Milano: Giunti

Sitografia:

Associazione Italiana dei Terapisti Occupazionali (AITO): www.aito.it

Società Tecnico/Scientifica Italiana di Terapia Occupazionale (SITO): www.aito.it/sito

World Federation of Occupational Therapists (WFOT): www.wfot.org

Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC): www.cotec-europe.org

European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE): www.enothe.hva.nl



***L'approccio
Gentlecare in un
nucleo residenziale:
intervento
del Terapista
Occupazionale (T.O.)***

L'approccio Gentlecare in un nucleo residenziale: intervento del Terapista Occupazionale (T.O.)

Autore/

Valentina Caproni
Terapista occupazionale RSA "Pierotti" (LU),
ATSM "Franca Martini" (TN)
valecaproni@hotmail.it

Parole Chiave/

Gentlecare,
attività,
partecipazione,
ambiente,
misura,
persona

Abstract

Introduzione

Il nostro studio è stato realizzato in un nucleo specifico adattato alle esigenze di persone con demenza. All'interno della struttura la sua *équipe* di lavoro (composta da varie figure professionali ma senza la figura del Terapista Occupazionale) ha avviato un percorso di autoformazione approfondita sulle demenze e sugli approcci possibili alla malattia e ai suoi problemi. Scegliendo di certificarsi per il modello *Gentlecare* dal 2015.

Obiettivo

Il disegno della ricerca è uno studio osservazionale visto dalla parte del Terapista Occupazionale per valutare la stabilità dei parametri esaminati. Inoltre con la nostra ricerca vogliamo cercare di dare risposta a questi quesiti: come possiamo misurare l'influenza che ha l'ambiente, la percezione delle persone e la partecipazione alle attività? Tutti parametri e competenze che sono il focus del T.O.

Materiali e metodi

Per la raccolta dei dati è stato progettato un protocollo ben preciso suddiviso in più parti. Per la parte più specifica del terapeuta occupazionale si è:

somministrata la COPM all'OSS Tutor riguardo alle problematiche del cliente, svolta un'osservazione dei sentimenti tramite la scala AARS, svolta una valutazione tramite la scala VQ per quantificare la motivazione all'attività stessa. Potevano essere usati anche altri strumenti specifici del Terapista occupazionale come ESI e AMPS.

Risultati

Questa esperienza ha mostrato ottimi spunti di riflessione sull'importanza della figura professionale del Terapista Occupazionale all'interno del lavoro in team, figura competente per misurare le variazioni nell'attività, nell'ambiente, nella persona e nella performance occupazionale.

Introduzione

La ricerca è stata condotta presso un nucleo specifico per le demenze certificato *Gentlecare* dal 2015. Le figure professionali presenti nel nucleo sono: undici OSS (2 in turno di mattina, 3 di pomeriggio e 1 di notte), un infermiere di riferimento (12 ore alla settimana), gli infermieri (24 ore su 24), il coordinatore educatore professionale (presente tutti i giorni), il fisioterapista (12 ore alla settimana), il medico di riferimento, la supervisione di una neuropsicologa e infine vi sono gli

operatori a sostegno delle attività occupazionali presenti la mattina. Gli OSS sono gli operatori con i quali i clienti svolgono la maggior parte delle attività del quotidiano, dalla cura personale alle attività del tempo libero. Per la cura personale viene adottata la tecnica del risveglio naturale e in generale vengono utilizzate strategie personalizzate per riuscire nella vestizione, nell'igiene personale, ecc. Per le attività del tempo libero non vi è una programmazione rigida da rispettare ma uno schema da poter seguire durante le mattine o i pomeriggi. Le attività proposte s'inseriscono in macro-aree dentro le quali l'operatore sceglie sul momento cosa svolgere. L'ambiente stesso è stato modificato con i principi suggeriti dal modello *Gentlecare* (porte d'accesso al nucleo con uscita a codice e mascheramento tramite pellicola fotografica, finestre dotate di pulsante e serratura, illuminazione omogenea e dimerizzata per intensità, pavimentazione di colore uniforme senza zone d'ombra, perimetri sicuri lungo il corridoio, la cucina terapeutica, uso del colore per evidenziare o mascherare locali e oggetti, sensori per la segnalazione delle alzate notturne, giardino protetto ad uso esclusivo con percorso circolare sempre a disposizione del cliente e dotato di illuminazione notturna, l'arredo "homelike" negli spazi comuni...). Infine, ma non meno importante, la struttura cerca di mantenere un coinvolgimento attivo dei familiari

sulle scelte assistenziali del proprio caro. Quindi, per riassumere, il nucleo demenza si conforma a tutti gli elementi del modello *Gentlecare* che costituiscono la protesi. Il primo elemento: le persone adeguatamente formate (operatori, familiari) sono gli agenti terapeutici. Il secondo elemento: i programmi quotidiani con le attività per la cura personale e del tempo libero. Il terzo elemento: lo spazio fisico domestico e terapeutico e al tempo stesso facilitante le attività del quotidiano.

Obiettivo

Il disegno della ricerca è uno studio osservazionale - descrittivo - longitudinale per valutare la stabilità dei parametri esaminati. Siamo andati ad osservare senza interferire descrivendo un fenomeno con *follow-up* a tempi ben definiti (To a giugno, T1 a settembre). Inoltre l'obiettivo della nostra ricerca è quello di rispondere a tre quesiti:

- come possiamo misurare l'influenza che ha l'**ambiente**?
- come possiamo misurare la percezione delle **persone**?
- come possiamo misurare la partecipazione alle **attività**?

Materiali e metodi

1. Presentazione dei clienti scelti

Il campione è stato scelto in modo da essere rappresentativo

ed omogeneo. I clienti sono stati selezionati secondo i seguenti criteri:

- Di inclusione
Clienti affetti da demenza residenti all'interno di un nucleo dove viene applicato il metodo *Gentlecare*.
Clienti con mobilità conservata.
Acquisizione del consenso informato da parte del *caregiver*.
- Di esclusione
Presenza di un ausilio per la deambulazione

Le caratteristiche dei clienti scelti vengono riportate nelle tabelle, poste alla pagina successiva (Tabella 1, Tabella 2, Tabella 3, Tabella 4)

2. Protocollo di studio

Per la raccolta dei dati è stato progettato un protocollo ben preciso delineato in tre parti. Per la realizzazione dello studio è stata chiesta la collaborazione della psicologa della struttura. Infatti lo studio prevedeva una parte di raccolta dati in comune sul cliente, sull'operatore e sul familiare; una parte solo per lo psicologo e una parte solo per il terapeuta occupazionale. I dati sono stati raccolti a un tempo T₀ e le stesse valutazioni riproposte ad un tempo T₁.

3. Strumenti di valutazione

Raccolta dati in comune (cliente, operatore e familiare)

Il protocollo prevedeva la raccolta di una parte di dati sul cliente:

- anamnesi (dati cliente, biografia,

patologie, scolarità). Per quello che riguarda la bibliografia ho cercato di raccogliere le informazioni reperite dalla struttura, integrando la proposta di Maud Graff di domande orientative dell'OPHI-II [1] e integrando con la mia esperienza personale. Ho realizzato la raccolta in questo modo:

1. professione (Ruolo produttivo),
2. famiglia (Ruoli);
3. persone di riferimento;
4. carattere;
5. *routine* al domicilio delle ADL;
6. *routine* al domicilio tempo libero;
7. interessi: ho usato la scheda proposta da Matsutsuyu J [2] (Vedi Figura 1 - Questionario del tempo libero). Questa scheda comprendeva molti più items ed io ne ho proposta una modificata con meno items sulla base della mia esperienza all'interno delle strutture per anziani.
8. avvenimenti decisivi;
9. evento critico;
10. altre informazioni.

- farmaci e contenzioni;
- ADL (tratte dalla Valgraf);
- rilevazione delle cadute;
- aspetti psicologici e comportamentali (tratti dalla Valgraf);
- aspetti cognitivi (tratti dalla Valgraf);
- socializzazione (con una scheda appositamente realizzata);
- ambiente (con una scheda appositamente realizzata).

Il protocollo prevedeva la raccolta

di una parte di dati sull'operatore tramite la Maslach Burnout Inventory.

Il protocollo prevedeva la raccolta di una parte di dati sul familiare tramite la Relative Stress Scale (RSS).

Valutazioni dello Psicologo

Per gli strumenti specifici dello psicologo il protocollo prevedeva la raccolta attraverso:

- *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR);
- *Cornell Depression Scale* (CDS);
- *Mini Mental State Examination* (MMSE);
- *Neuropsychiatric Inventory* (NPI);
- Test dell'orologio.

Valutazioni del Terapeuta Occupazionale

Per gli strumenti specifici del terapeuta occupazionale non vi era un protocollo rigoroso. Ho deciso di procedere cercando un modo per valutare gli elementi del modello *Gentlecare*.

- somministrare la COPM (*Canadian Occupation Performance Measure*) [3] all'OSS Tutor riguardo alle problematiche del cliente (**PERSONE**). La COPM è una misura di *outcome* centrata sul cliente e focalizzata sull'occupazione, è necessaria l'abilitazione per poterla somministrare in modo completo. Essa utilizza un formato d'intervista semi-strutturata e un metodo strutturato di attribuzione dei punteggi.

QUESTIONARIO DEL TEMPO LIBERO										
Nome:.....		Cognome:.....				Data:				
ATTIVITA'	Qual è il tuo livello di interesse ?						Attualmente pratica questa attività		Le piacerebbe praticarla nel futuro ?	
	Negli ultimi 10 anni			Nell'ultimo anno						
	Forte	Medio	Nulla	Forte	Medio	Nulla	SI	NO	SI	NO
Guardare la TV										
Ascoltare la radio, musica										
Fare conversazione										
Lettura giornale										
Scrittura										
Cinema										
Cantare										
Gardnaggio										
Attività (ricamo, uncinetto, maglia)										
Arte-Disegno-Pittura-Ceramica										
Andare al museo										
Cucinare										
Camminare, passeggiare										
Gioco da tavolo - Carte										
Cura degli animali										
Andare al bar										
Andare al teatro										
Fotografia										
Frequentare circoli/assoc.										
Attività religiosa										
Politica										
Storia										
gioco dama										
Giocare a Tombola										
Gioco degli scacchi										

Photography J. (1989) The Internet Checklist R07123,343-345.

Figura 1 - Questionario del tempo libero

Numero clienti	10
Età media	84,9
Maschi	3 (perc. 30%)
Femmine	7 (perc. 70%)
Tempo medio di residenza	In mesi 30,67
Numero ingressi negli ultimi 6 mesi	2 (perc. 20%)

Tabella 1 - Partecipanti

1. Demonstrates interest/curiosity in environment	1. Dimostra interesse/curiosità per l'ambiente
2. Shows initiative	2. Mostra iniziativa
3. Tries new things	3. Prova nuove cose
4. Indicates pride verbally or nonverbally	4. Verbalmente o non verbalmente suggerisce di essere orgoglioso
5. Shows satisfaction when complimented	5. Mostra soddisfazione quando gli vengono fatti i complimenti
6. Tries to fix own mistakes	6. Tenta di correggere gli errori
7. Tries to solve problems	7. Tenta di risolvere i problemi
8. Attempts to influence others positively	8. Tenta di influenzare positivamente gli altri
9. States / demonstrates preferences for activity	9. Esprime / dimostra preferenze per le attività
10. Shows enjoyment	10. Mostra piacere
11. Stays with an activity	11. Rimane su un'attività
12. Is lively/energetic in particular activities	12. È esuberante/energetico in particolari attività
13. Indicates/pursues simple goals	13. Punta/persegue obiettivi semplici
14. Shows an activity is special or significant	14. Mostra un'attività speciale o significativa

Figura 2 - Volition Questionnaire

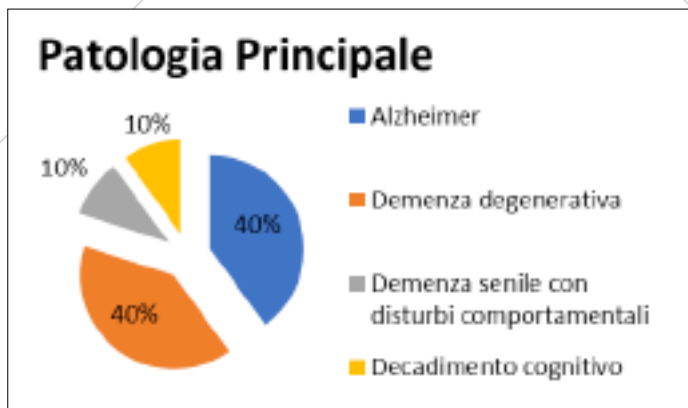


Tabella 2 - Patologia principale

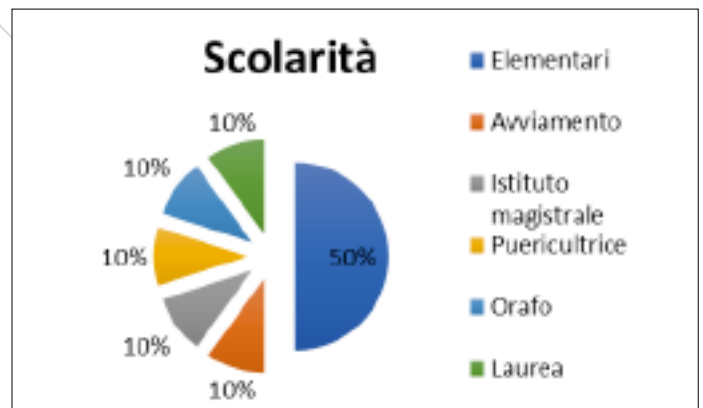


Tabella 3 - Scolarità

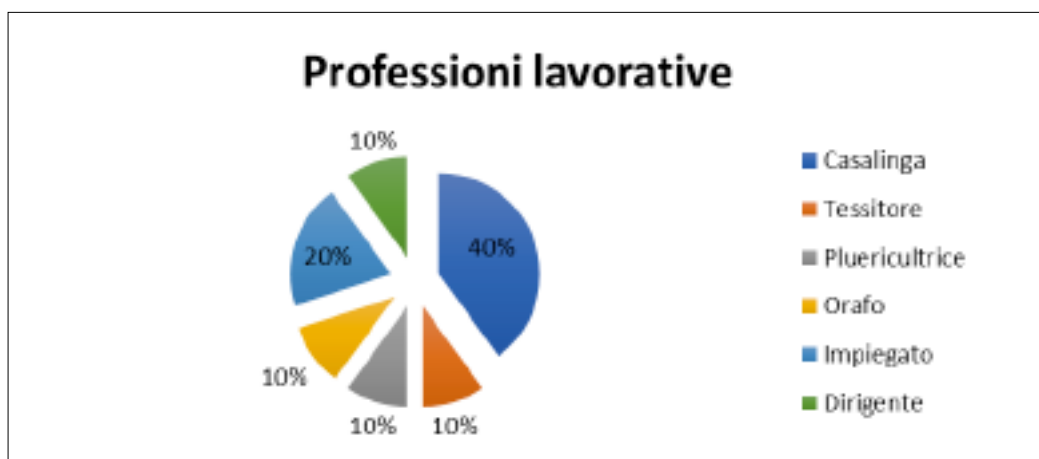


Tabella 4 - Professioni lavorative

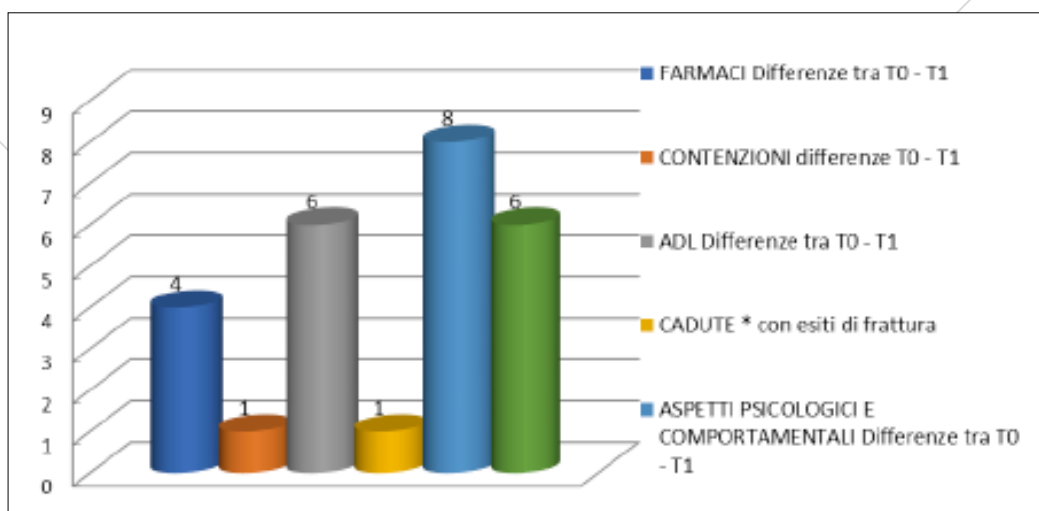


Tabella 5 - Sintesi valutazioni strumenti in comune

Misura i cambiamenti di Performance e Soddisfazione percepiti dal cliente. La COPM è adatta ad essere utilizzata con il *Model of Human Occupation* (MOHO). La COPM ha la possibilità di applicazioni cliniche speciali, come nel nostro caso, dove abbiamo utilizzato la COPM con un rispondente diverso dal cliente (persona con demenza). Nella nostra situazione specifica il cliente diventa OSS *tutor* perché è colui che darà la sua percezione della Performance e della Soddisfazione.

- svolgere un'osservazione dei sentimenti tramite la scala AARS (*Apparent Affect Rating Scale*) [4] durante il momento iniziale del pasto principale (**ATTIVITÀ**). Nella scala AARS viene richiesto al valutatore di osservare durante un periodo di 5 minuti le emozioni dei residenti. Viene assegnato il punteggio in questo modo: 0 Non applicabile; 1 Mai; 2 Meno di 16 secondi; 3 Tra 16-59 secondi; 4 Tra 1-2 minuti; 5 Più di 2 minuti.

- svolgere una valutazione per quantificare la motivazione dell'attività osservando lo svolgimento dell'attività stessa all'interno dell'ambiente da parte del cliente tramite la scala VQ (*Volitional Questionnaire*) [5] [6] (**MOTIVAZIONE AMBIENTE e ATTIVITÀ**). Il VQ è uno strumento di valutazione sviluppato secondo

i principi del *Model of Human Occupation* (MOHO), un modello teorico di riferimento per i terapeuti occupazionali. Il VQ è composto da due parti: una costituita da 14 item che indagano i comportamenti indicativi del livello di motivazione e una rappresentata dalla scala di valutazione ambientale. Quest'ultima permette di considerare l'influenza che l'ambiente, sia fisico che sociale, ha sulla motivazione della persona nello svolgere l'attività. Lo strumento completo in lingua inglese è a pagamento. La parte della VQ utilizzata nello studio è costituita da 14 item che indagano i comportamenti indicativi del livello di motivazione il punteggio viene calcolato nel seguente modo: 1 passivo; 2 esitante; 3 coinvolto; 4 spontaneo. Viene riportata nella Figura 2 la scheda tradotta utilizzata per lo studio.

Potevano essere usati anche altri strumenti specifici del Terapista occupazionale come ESI e AMPS (sono strumenti del modello di processo OTIPM della terapeuta occupazionale A. Fisher) per i quali è richiesta una formazione specifica.

Risultati

1. Presentazione dei dati

Vengono presentati solo i dati più rilevanti ai fini degli scopi dichiarati. Da notare che da 10

partecipanti il campione è sceso a 9 (1 decesso, 10%).

Dati in comune

Si evidenziano delle differenze tra T0 e T1 a livello delle valutazioni con gli strumenti in comune cui sono stati sottoposti i clienti (Persone con Demenza). I risultati vengono riportati in Tabella 5. Sull'asse delle ordinate vengono riportati i 9 clienti e sull'asse delle ascisse le valutazioni in comune svolte.

Andiamo a descrivere nel dettaglio i cambiamenti nelle ADL: aumenta l'aiuto da parte dell'operatore in 6 clienti su 9. La Tabella 6 mostra il numero dei clienti e le ADL nelle quali aumenta la dipendenza (Maggiori informazioni sui dati possono essere richieste all'autrice).

Per la scheda di raccolta della **SOCIALIZZAZIONE** non viene riportato nessuno dato. Per la scheda dell'**AMBIENTE** utilizzata negli strumenti comuni è importante riportare che solo in 4 persone sono stati evidenziati elementi dell'arredo che hanno la funzione di calmare:

- In 2 casi la musica calma **QUASI SEMPRE**;
- In 1 caso lavare i piatti calma **QUALCHE VOLTA**;
- In 1 caso l'ambiente giardino e l'ambiente cucina calma

QUALCHE VOLTA.

Strumenti del Terapista Occupazionale

Per la valutazione del terapeuta occupazionale si riportano le seguenti informazioni.

Il *Volition Questionnaire* (VQ) per la motivazione del cliente (AMBIENTE E ATTIVITÀ) vedi Tabella 7.

La *Scala AARS* per valutare i sentimenti positivi e negativi nel momento iniziale del pasto principale (ATTIVITÀ) vedi Tabella 8.

Le valutazioni *COPM* svolte agli OSS Tutor (PERSONE). Si sottolinea che nella scala *COPM* viene ritenuto un cambiamento clinicamente significativo una modificazione di 2 punti, vedi Tabella 9.

2. Riflessioni sugli strumenti utilizzati

Per quanto riguarda gli strumenti specifici del terapeuta occupazionale nella scala *COPM* è stato difficile gestire il giudizio dell'OSS Tutor su Performance e Soddisfazione riferito alla Persona con Demenza. Per quanto riguarda la scala VQ è stato possibile utilizzarla solo in parte. Una formazione per l'uso completo di questa specifica scala potrebbe essere auspicabile in quanto fornirebbe informazioni rilevanti circa la motivazione dei clienti nelle attività e nell'ambiente.

3. Discussione e conclusioni

Questa esperienza ha messo in risalto che tra i parametri

considerati a T0 e poi nuovamente a T1 ci sono variazioni. Dobbiamo quindi rifiutare l'ipotesi di una stabilità dei parametri esaminati? Sicuramente c'è da considerare che il campione esaminato ha un'età media di 84,9. Resta comunque da chiedersi se questa differenza osservata è da considerarsi significativa. Per rispondere a questa domanda è necessario fare studi più specifici. Si può però affermare che nella valutazione *COPM* (strumento specifico del terapeuta occupazionale) si nota un cambiamento clinicamente significativo.

Questa valutazione potrebbe essere considerata uno strumento utile per la percezione dei *caregiver* professionali (OSS Tutor) che circondano la Persona con Demenza.

Il caso specifico (0005) porta alla luce che nella valutazione *COPM* erano emerse solo in questo cliente 3 problematiche rilevate dall'OSS Tutor nelle attività del quotidiano come si vede dalla Tabella 9_ Valutazione *COPM*. Nel dettaglio, le performance occupazionali problematiche erano: uso del WC (Incontinenza fecale con manipolazione delle feci); fare il bagno; tenta di uscire dalla porta principale (sicurezza). Sempre dai dati raccolti durante il periodo tra T0 e T1 è avvenuta una caduta per questo cliente con esiti di frattura di femore che hanno portato alla necessità della contenzione per motivi di sicurezza. Quindi alla rivalutazione a T1, secondo l'OSS

Tutor, le problematiche si erano risolte ma solo in conseguenza all'evento. Quello che si è notato nel cliente è il cambio d'umore, cioè il prevalere dei sentimenti negativi 15/15 come mostrato nella Tabella 8_ Scala AARS. Si potrebbe porre la domanda se lo strumento di valutazione *COPM* somministrato all'OSS Tutor possa essere considerato importante per monitorare meglio le situazioni problematiche. Peraltro, per identificare meglio gli aspetti problematici potrebbe essere interessante accettare il suggerimento di un'OSS, e cioè di intervistare tutti gli OSS sulla stessa persona con demenza per capire le reali problematiche. A questo riguardo, si potrebbe proporre di utilizzare schede pre-impostate lasciate in reparto dove tutti gli assistenti annotano eventuali problemi riscontrati con il cliente durante le attività del quotidiano (mangiare, vestirsi, alzarsi dal letto...) e utilizzare queste schede in aggiunta alle scale comunemente conosciute per valutare l'autonomia nelle ADL (es. Barthel Index, parte della valutazione Valgraf...). Nell'uso delle scale delle ADL ad esempio all'item "cura dell'aspetto" ci sono troppe attività considerate (lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, farsi la barba, truccarsi, soffiarsi il naso). Un Terapeuta Occupazionale valuterebbe le singole Performance Occupazionali problematiche del quotidiano proprio per rispondere meglio alle esigenze del singolo individuo.

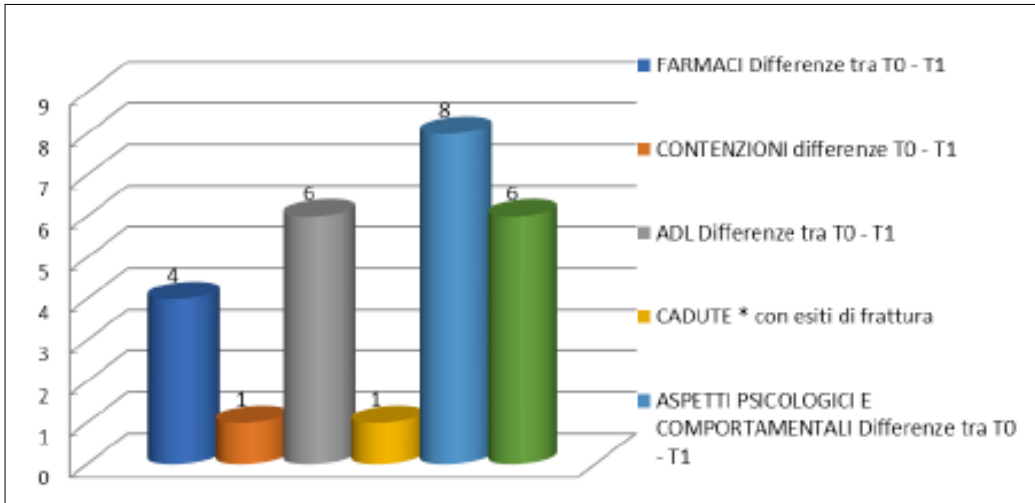


Tabella 6 - Dettaglio valutazioni ADL nelle quali aumenta la dipendenza tra To e T1

Cliente	VQ To	VQ T1
VL_GC_CV_TO_0001	4	12
VL_GC_CV_TO_0002	36	40
VL_GC_CV_TO_0003	16	25
VL_GC_CV_TO_0004	7	35
VL_GC_CV_TO_0005	36	N.A. *
VL_GC_CV_TO_0006	44	48
VL_GC_CV_TO_0007	8	15
VL_GC_CV_TO_0008	41	44
VL_GC_CV_TO_0009		
VL_GC_CV_TO_00010	17	24

Tabella 7 - Volition Questionnaire

Cliente	AARS To Sentimenti Positivi	AARS T1 Sentimenti Positivi	AARS To Sentimenti Negativi	AARS T1 Sentimenti Negativi
VL_GC_CV_TO_0001	8	N.A.	3	N.A.
VL_GC_CV_TO_0002	10	10	3	3
VL_GC_CV_TO_0003	3	7	3	3
VL_GC_CV_TO_0004	2	10	3	3
VL_GC_CV_TO_0005	8	2	4	15 *
VL_GC_CV_TO_0006	6	6	3	3
VL_GC_CV_TO_0007	2	2	0	3
VL_GC_CV_TO_0008	3	2	3	3
VL_GC_CV_TO_0009	2	Deceduto	3	Deceduto
VL_GC_CV_TO_00010	6	6	3	4
Media	5	5,625	2,8	4,625

Tabella 8 - Scala AARS (*Adesso contenuta dopo frattura di femore 26/06/2016)

Cliente	Nessun problema	1 problema	2 problemi	3 problemi	Più di 3 problemi	Modificazione performance	Modificazione soddisfazione
VL_GC_CV_TO_0001		1				-1	-2
VL_GC_CV_TO_0002		1				1	1
VL_GC_CV_TO_0003	1					Nul	Nul
VL_GC_CV_TO_0004			1			1,5	1
VL_GC_CV_TO_0005				1		4,7	3,7
VL_GC_CV_TO_0006		1				0	0
VL_GC_CV_TO_0007		1				-1	1
VL_GC_CV_TO_0008	1					Nul	Nul
VL_GC_CV_TO_0009							
VL_GC_CV_TO_00010		1				-1	-1
Totale	2	5	1	1	0		

Tabella 9 - Valutazione COPM (*Adesso contenuta dopo frattura di femore 26/06/2016)

La stessa Moyra Jones [7] parlando della cura di sé (cura della bocca, dei denti, degli occhi, delle orecchie, dei capelli, della pelle e del naso), afferma che “tali aspetti della cura della persona sono troppo spesso negletti, evitati o non presi in considerazione”.

Ma allora come descritto nell'articolo rivisto da Rogers [8] potrebbe essere una soluzione fornire una descrizione dei compiti (“task”) che una persona può svolgere indipendentemente, facilmente e in sicurezza; dei compiti svolti ma con difficoltà e dei compiti dove è richiesta

l'assistenza. Risulta fondamentale per non perdere le abilità dare il tipo di assistenza necessaria, se si tratti di suggerimenti verbali (es. ricordare la sequenza degli step necessari per vestirsi), visivi (es. mostrare lo spazzolino), oppure di un aiuto fisico (es. nel prendere il pettine).

Se vogliamo rispondere alla domanda di come possiamo misurare la partecipazione alle attività potrebbe essere fondamentale andare nella direzione di una descrizione qualitativa. Potrebbe essere importante andare a valutare l'aspetto emotivo per capire se siano presenti sentimenti positivi o negativi durante la performance occupazionale, viste le difficoltà di comunicazione verbale che accompagnano le persone con demenza. Sempre per valutare la partecipazione sarebbe interessante approfondire l'uso delle due parti della scala VQ: una costituita da 14 item che indagano i comportamenti indicativi del livello di motivazione e una rappresentata dalla scala di valutazione ambientale. Quest'ultima, come riferito dagli autori, permette di considerare l'influenza che l'ambiente, sia fisico che sociale, ha sulla motivazione della persona nello svolgere l'attività. La motivazione è la risultante del nostro senso di efficacia personale. Kielhofner autore del MOHO un modello teorico di Terapia Occupazionale, riferimento per Moyra Jones nel pensare il Gentlecare [9] afferma che la motivazione, i nostri valori e gli interessi costituiscono la volizione. Proprio per questo, sempre secondo Kielhofner, la volizione porta le persone

a selezionare molte delle attività significative che riempiono la propria giornata. La stessa Moyra Jones [7] parla di volizione affermando che "potrebbe essere l'aspetto più prezioso e meno supportato nei riguardi della funzione mentale degli anziani". Concludendo lo studio presentato mostra ottimi spunti di riflessione sull'importanza e sulle competenze della figura professionale del Terapista Occupazionale all'interno del lavoro di équipe perché professionista in grado di valutare gli elementi fondamentali del modello *Gentlecare* (persona, ambiente, attività) che costituiscono la performance occupazionale.

Bibliografia

1. Graff M. et.al., *Curare la demenza a domicilio. Indicazioni di terapia occupazionale per anziani e caregivers*, Franco Angeli, 2016.
2. Matsutsuyu J., «The Interest Checklist,» *American Journal Occupational Therapy*, n. 23, pp. 323-328, 1969.
3. Law M. et.al., *Misura Canadese della Performance occupazionale*, Ottawa, 2104.
4. Lawton M. P. et.al., «Observed

Affect and Quality of life in Dementia: Further Affirmations an Problem,» *Journal of Mental Health and Anging*, vol. 5, n. 1, pp. 69 - 81, 1999.

5. Chern J.-S. et.al., «The Volitional Questionnaire: Psychometric Development and Practical Use,» *The American Journal of Occupational Theray*, vol. Volume 50, n. Number 7, pp. 516 - 527, July/August 1996.

6. Tafari A., «*Misurare la motivazione in terapia: il volition questionnaire*» in 54° Congresso Nazionale SIGG, 2009.

7. Jones M., Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer, Roma: Carrocci Faber, 2005,.

8. Rogers J. C. (Riesaminato), «Statement: Occupation Therapy Services for person with Alzheimer's Disease and other Dementias,» *The American Journal of Occupational Therapy*, vol. 48, n. 11, p. 1029 1031, 1994.

9. Bortolomiel E. et.al., Gentlecare: cronache di assistenza. Soluzioni, modalità e idee di applicazione del metodo, Trento: Casa editrice Erickson, 2015.



***Studio osservazionale
descrittivo
sull'approccio
Gentlecare.***

***L'esperienza
dell'Istituto Golgi:
dalla valutazione alla
creazione della protesi
personalizzata***

Studio osservazionale descrittivo sull'approccio Gentlecare. L'esperienza dell'Istituto Golgi: dalla valutazione alla creazione della protesi personalizzata

Autori/

Artusi M.

Terapista occupazionale c/o Azienda di servizi alla persona "Golgi-Redaelli" di Abbiategrasso
m.artusi@golgiredaelli.it

Rossi G.

Terapista occupazionale c/o Azienda di servizi alla persona "Golgi-Redaelli" di Abbiategrasso
giorgia.arossi@golgiredaelli.it

Parole Chiave/

Gentlecare,
demenza,
protesi di cura,
profilo occupazionale,
terapia occupazionale,
strumenti di valutazione.

Abstract

All'interno dei Nuclei Alzheimer dell'Istituto Golgi di Abbiategrasso viene utilizzato da anni il metodo Gentlecare. Il Gentlecare prevede la presa in carico della persona con demenza ponendola al centro della cura e valorizzandone le abilità residue attraverso la costruzione di una protesi individualizzata. La protesi è composta dai tre assi di persone ambiente attività. L'obiettivo della partecipazione al Premio Gentlecare Sicurhouse è stato quello di comprendere quali strumenti specifici della professione del TO e come si collocano all'interno della costruzione della protesi. Sono stati valutati 12 pazienti ricoverati presso i Nuclei. Gli strumenti scelti sono: Occupational Performance History Interview (OPHI II), Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), Volitional Questionnaire (VQ). I tre strumenti si inseriscono all'interno della formula Gentlecare nelle fasi di conoscenza della persona nella sua storia biografica, nella valutazione delle abilità residue e dei deficit e nella valutazione della spinta volitiva che sottende alle attività e all'interazione del paziente con l'ambiente protesico. Dunque i tre strumenti di Terapia

Occupazionale (TO) danno un valore aggiunto alla conoscenza valutazione è presa in carico della persona con demenza, valorizzandone capacità residue nei ruoli e nella routine quotidiana significativa. Introduzione

Il metodo di cura per la persona con demenza (PCD), Gentlecare, ideato e promosso dalla terapeuta occupazionale Moyra Jones è un modello di cura centrato sulla persona che mira alla valorizzazione delle abilità residue e costruisce una “protesi di cura” specifica per la PCD con l'obiettivo di compensare la perdita di funzione dovuta alla malattia. Essa è formata da tre elementi: l'ambiente dove la persona si trova, le persone che la circondano, le attività che svolge durante la giornata. Nel Gentlecare il comportamento della PCD è il risultato dell'interazione della persona (con le sue risorse cognitive e funzionali, i suoi deficit, la sua storia personale) con l'ambiente fisico e sociale che lo circonda. Obiettivo del metodo Gentlecare è il benessere della persona, definito come il miglior livello di autonomia funzionale possibile in assenza di segni di stress. L'Istituto Golgi di Abbiategrosso da anni utilizza il metodo Gentlecare. Moyra Jones stessa e Marc Jones nei primi anni hanno collaborato all'introduzione del metodo all'interno dei Nuclei Alzheimer dell'Istituto

Obiettivo

Abbiamo partecipato al progetto proposto da Ottima Senior¹ con l'obiettivo di dimostrare il valore aggiunto degli strumenti da noi inseriti nel protocollo (OPHI II, AMPS e VQ) che appartengono al nostro patrimonio professionale e che ci permettono di partire dalla valutazione per arrivare alla creazione della protesi unica e personalizzata per ogni cliente.

Materiali e metodi

Il campione preso in considerazione era formato da 12 clienti dei Nuclei Alzheimer di cui: 6 in regime cure intermedie, 2 del nucleo alzheimer 1 rsa e 4 del nucleo alzheimer 2 rsa. Ogni cliente è stato valutato a distanza di 60gg nei tempi To e T1 con i seguenti strumenti:

- Strumenti proposti da Ottima Senior per raccolta dati anamnestici, Activity of Daily Life (ADL), disturbi comportamentali attraverso Neuropsychiatric Inventory (NPI), farmaci e contenzioni, interazione con l'ambiente, rilevazione cadute, socializzazione, stato cognitivo attraverso Mini Mental State Examination (MMSE), Clinical Dementia Rating Scale (CDR).
- Strumenti innovativi: OPHI II, AMPS, VQ

Elaborazione dei dati e risultati

Trattandosi di uno studio osservazionale descrittivo di serie di casi, lo scopo del progetto è stato quello di raccogliere dati riguardanti i tre assi della protesi attraverso gli strumenti suggeriti da Ottima Senior e quelli da noi proposti. Avendo ottenuto risultati qualitativi, e non essendo stata effettuata un'analisi statistica, la nostra elaborazione dei dati è una prima descrizione della realtà dell'Istituto Golgi rispetto al campione utilizzato. Di seguito abbiamo descritto per ogni strumento l'obiettivo con cui è stato adoperato e come abbiamo utilizzato i risultati ottenuti nella costruzione della protesi.

- **OPHI II & PROFILO OCCUPAZIONALE**
Dall'intervista secondo l'OPHI II ricaviamo il profilo occupazionale che ci permette di conoscere in maniera approfondita la PCD nelle sue abitudini, nei suoi ruoli passati e nei suoi interessi. Ciò ci consente di ricostruire una routine quotidiana significativa personalizzata all'interno della quale le attività vengono suddivise nel modello 5+10 secondo il metodo del Gentlecare. La giornata è costruita al fine di rispondere ai bisogni che la persona aspira a veder soddisfatti. Il riferimento teorico è la piramide di Maslow, in cui le attività di valorizzazione dei ruoli e degli interessi rispondono

1. Ottima Senior è un gruppo di specialisti nell'approccio Gentlecare che si occupa dell'organizzazione di eventi formativi, di progettazione e ristrutturazione di residenze per anziani, nuclei alzheimer e centri diurni.

a bisogni di autorealizzazione e autostima (i livelli più alti della piramide). Le attività di base, essenziali e necessarie invece rispondono ai bisogni di integrità biologica, sicurezza e al bisogno di appartenenza a un gruppo. La conoscenza della persona e del suo contesto ci permette anche di modificare e personalizzare gli ambienti di vita del reparto più frequentati dalla PCD di modo che la persona possa rivivere la “casa”, sintesi di elementi connessi con la soggettività.

- **AMPS**
I verbi dell'AMPS permettono al terapeuta di capire quali sono le reali competenze/ punti di forza e i deficit dovuti dalla malattia.

L'obiettivo che ci siamo poste con l'utilizzo dell'AMPS è stato quello di individuare le reali abilità motorie e procedurali della persona per supportarla nello svolgimento delle attività e non quello di cimentarla in attività che vanno oltre le sue capacità. I verbi in cui la persona è deficitaria vengono colmati dalla protesì. Una volta individuate le capacità residue devono essere valorizzate e mantenute senza sostituire la PCD nelle fasi che è ancora capace di svolgere. Ad esempio, la totalità del campione è risultata deficitaria nell'organizzazione spazio-temporale (con un punteggio di 1 o 2 nei verbi). Dunque, poiché le attività valutate sono

tutt'ora significative per i clienti considerati, è necessario trovare delle strategie per permetterne ancora lo svolgimento. Ad esempio una strategia efficace è predisporre gli oggetti necessari prima di iniziare l'attività, organizzando quindi già lo spazio. Per quanto riguarda le sequenze è possibile anticipare verbalmente la fase successiva che deve essere svolta. Le strategie che vengono individuate per permettere lo svolgimento delle attività vengono condivise con l'équipe e con i caregiver che potranno poi trasferirle alla realtà del domicilio. Infine, il software AMPS permette di generare un progress report in cui sono presenti le valutazioni

Chi è la persona	Costruzione protesì	Qual'è il problema (deficit e comportamento)
OPHI II - profilo occupazionale VQ - attività significative e spinta volitiva Scheda Ottima Senior Anamnesi	- PERSONE quali agenti terapeutici e quali modalità relazionali adottare RSS- Muslach - AMBIENTE quali gli spazi più frequentati, quali oggetti Scheda Ottima Senior per ambiente - ATTIVITÀ routine significativa, quali strategie efficaci Scheda Ottima Senior socializzazione	AMPS - punteggi grezzi verbi e progress report VQ - mancanza di motivazione? VAL GRAFF per ADL NPI/VAL GRAFF/CDR/MMSE

riferite a To e T1 in cui, attraverso l'analisi statistica, si evidenzia cambiamento significativo nella performance occupazionale.

• QUESTIONARIO DELLA VOLIZIONE

Dai risultati del VQ è emerso che l'intero campione ha mostrato maggiore motivazione nello svolgimento delle attività appartenenti all'area degli interessi avendo maggiori punteggi negli item di C ed S. Al contrario nello svolgimento delle attività di base, pur essendo attività significative, gli item si posizionano maggiormente su P, E e C ottenendo punteggi più bassi. Confrontando i risultati ottenuti dall' AMPS e dal VQ si può osservare che alcuni item nel VQ valutati come E, S vengono invece valutati come componenti deficitarie nei verbi AMPS. Ciò non significa che una valutazione esclude l'altra, bensì i risultati ottenuti sono complementari perchè aiutano il Terapista a capire le reali competenze della persona sia come risorse di abilità, ma anche come risorse motivazionali. Nella formula Gentlecare sottostante abbiamo inserito dove sono stati utilizzati gli strumenti innovativi nella pratica clinica e nel ragionamento clinico per la creazione della protesi. È stata creata una formula Gentlecare per ogni cliente facente parte del campione dello studio.

• STRUMENTI OTTIMA SENIOR

In linea con gli obiettivi dei due diversi regimi presi in considerazione nello studio, si è osservato che:

- la maggioranza dei clienti ricoverati in Nucleo Alzheimer Cure Intermedie mostra fra To e T1 un lieve miglioramento negli aspetti funzionali delle ADL e negli aspetti motori. In alcuni casi si osserva una deflessione dei punteggi dovuta a eventi clinici avversi (infezioni vie urinarie/ vie respiratorie, episodi di riacutizzazione in psicosi).
- nei clienti ricoverati in Nucleo Alzheimer RSA si evidenzia una stabilità del quadro complessivo dovuto alla permanenza in nucleo non superiore ad 1 anno e mezzo e non inferiore a 5 mesi (ad eccezione di una cliente). Infatti la conoscenza del cliente e la costruzione della protesi viene effettuata nel primo periodo dopo l'inserimento in reparto.
- nella totalità del campione la CDR è rimasta invariata.
- per quanto riguarda i clienti del Nucleo Alzheimer Cure Intermedie si può osservare un cambiamento tra To e T1 dell'NPI. In alcuni casi si assiste ad un miglioramento dovuto alla gestione dei disturbi comportamentali che si riducono in frequenza e gravità. In altri casi si assiste alla comparsa di disturbi comportamentali che all'ingresso non erano stati rilevati. Ciò si spiega poiché l'NPI nel reparto

viene effettuato dall'équipe dopo una finestra di osservazione di una settimana circa. Per quanto riguarda il Nucleo Alzheimer RSA invece, i punteggi dell'NPI risultano più stabili data la conoscenza lungodante del cliente.

Conclusioni e riflessioni

Gli strumenti utilizzati ci hanno aiutato a conoscere la persona come essere occupazionale e a proporre attività stimolanti le capacità residue. I dati qualitativi hanno permesso la valutazione della motivazione che è risorsa indispensabile nel vivere quotidiano.

Conducendo lo studio abbiamo assunto maggior consapevolezza riguardo le nostre scelte terapeutiche mirate all'implementazione della protesi.

Gli strumenti scelti, inoltre, sono stati di aiuto nel monitorare la tenuta della protesi nel tempo, valutando l'adeguatezza o la necessità di cambiamento in base alle fasi di malattia o all'insorgenza di eventi clinici avversi.

Riconosciamo tuttavia i limiti dello studio: la non rappresentatività del campione a causa del ridotto numero di clienti e la breve tempistica che intercorre tra To e T1.

Bibliografia

Vitali S.F., *La metodologia Gentlecare*, Giornale di gerontologia, 2004, vol 52:412-417

Guaita A., Jones M., A “prosthetic” approach for individuals with dementia?. JAMA, 2011

Katz TF. A. D. L. *Activities of Daily Living*. JAMA 1963;185:914)

Cummings JL, Meg M, Gray K, Rosemberg-Thompson S, Carusi DA. Gornbei J:Neurology 1994;44:2308-2314

Folstein MF, Folstein S, McHugh P.R. Journal Psychiatric Res 1975 12:189-198 [6] Maslach C., Jackson S.E., (1981) MBI: Maslach Burnout Inventory. Consulting Psychologists Press

Morris, J. C. (1997). *Clinical Dementia Rating: a reliable and valid diagnostic and staging measure for dementia of the Alzheimer type*. International Psychogeriatrics, 9: 173176

Kielhofner G., Henry AD., *Development and Investigation of the Occupational Performance History Interview*, The American Journal of Occupational Therapy, 1987

Fisher, A.G., Bray Jones, K. (2010). *Assessment of Motor and Process Skills*. Vol. 1: *Development, standardization, and administration manual* (7th ed.) Fort Collins, CO: Three Star Press

Fisher, A. G., Bray Jones, K. (2010). *Assessment of Motor and Process Skills*. Vol. 2: User manual (7th ed.) Fort Collins, CO: Three Star Press

Chern JS, Kielhofner G, de las Heras CG, Magalhaes LC, *The Volitional Questionnaire: Psychometric Development and Practical Use*, The American Journal of Occupational Therapy, 1996

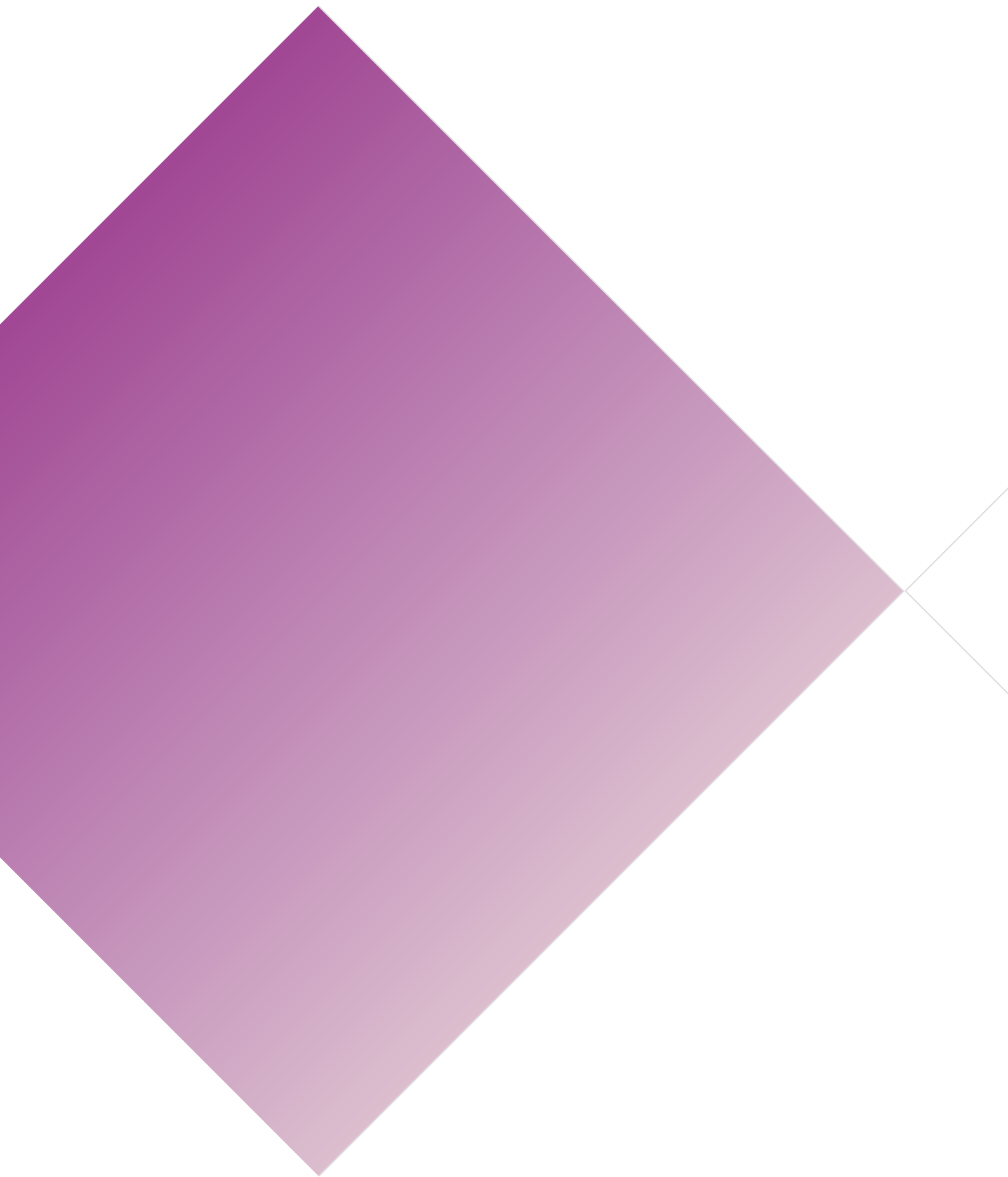
Smith NR, Kielhofner G, Watts JH., *The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly*, The American Journal Of Occupational Therapy, 1986

Kielhofner G., Burke JP., *A Model of Human Occupation*, Part 1: Conceptual Framework and Content, The American Journal of Occupational Therapy, 1980

Merritt, B. K. (2011). *Validity of using the Assessment of Motor and Process Skills to determine the need for assistance*. American Journal of Occupational Therapy, 65, 643 - 650. doi: 10.5014/ajot.2011.000547

Anne G. Fisher, Karen Adler & Andrew Potts (2007) *Effectiveness of occupational therapy with frail community living older adults*, Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 14:4, 240-249

Bortolomiel, Lionetti, Angiolini (2015) *Gentlecare: cronache di assistenza. Soluzioni, modalità e idee di applicazione del metodo*. Erickson editore



Ottima Senior: Premio Sicurhouse per Modello Gentlecare

Il gruppo Ottima Senior, in collaborazione con Sicurhouse, nel 2016 ha promosso un Premio nazionale post laurea, intitolato al ricordo di Moyra Jones (1936-2015) riservato a giovani laureati, con Laurea magistrale (II livello) in **Psicologia** e Laurea triennale (I livello) in **Terapia Occupazionale**, per la realizzazione di studi sull'applicazione del metodo Gentlecare in ambito residenziale semiresidenziale e domiciliare geriatrico. La partecipazione al Premio ha consentito ai giovani iscritti di svolgere un'esperienza sul campo, attraverso l'ingresso in strutture specialistiche che sul territorio nazionale applicano il modello Gentlecare. Hanno aderito **10 realtà in 6 Regioni**: Friuli Venezia Giulia, trentino, Lombardia, Piemonte, Marche, Lazio e Puglia. Gli studi presentati al termine del percorso sono stati dodici, di cui **sette di Terapisti Occupazionale** e cinque di laureati in Psicologia. Grazie alla disponibilità dei responsabili delle sedi, dei ricercatori e di importanti professionisti in area gerontologica, si è infine tenuto a Sacile il 7 novembre 2016 il convegno nazionale **"Il futuro prossimo dei servizi per anziani"**, in cui sono stati presentati in anteprima assoluta i lavori dei giovani ricercatori. Successivamente la commissione ha valutato gli elaborati, riscontrando l'elevato grado di motivazione e di impegno che ha contraddistinto il lavoro di tutti i partecipanti. Questo percorso è stato un ulteriore passo di confronto e di verifica della validità e diffusione del metodo Gentlecare, verso la promozione della qualità di vita delle persone con demenza, dei loro familiari e degli operatori. Il loro lavoro è stato momento di crescita per tutti e di questo non possiamo che ringraziare i ricercatori per la professionalità che hanno già saputo dimostrare e per il grande aiuto dato da tutti i professionisti che hanno svolto il ruolo di tutor.

La Commissione da regolamento è stata composta da 8 membri:

Lorenzo Pascazio - Medico Geriatra, Università di Trieste.

Monica Guerra - Psicologa, Master universitario di secondo livello in "Neuroscienze Affettive e Neuropsicologia", specializzanda in Neuropsicologia Università di Trieste.

Anna La Diega - Psicologa - Psicoterapeuta, Resp. Area Residenziale Anziani Coop. Soc. Itaca.

Andrea Fabbo - Medico Geriatra, Università di Modena e Reggio Emilia.

Yann Bertholom - Terapista Occupazionale, Presidente della Società Scientifica Italiana di Terapia Occupazionale.

Elena Bortolomiol - Referente europea Metodo Gentlecare, Ottima Senior.

Laura Lionetti - Coordinatrice del Premio Gentlecare Sicurhouse e Referente Formazione Gentlecare, Ottima Senior.

Enzo Angiolini - Architetto, Referente Area Ambiente Gentlecare Ottima Senior.

Elena Bortolomiol per Ottima Senior

Edizione I
3-4 Marzo 2018
Torino

Edizione II
16-17 Giugno 2018
Padova

Edizione III
1-2 Settembre 2018
Roma

Edizione IV
29-30 Settembre 2018
Napoli

Edizione V
15-16 Dicembre 2018
Bari



METODOLOGIA DELLA RICERCA O RICERCA DELLA METODOLOGIA?

Evidenza e pratica in Terapia Occupazionale

Razionale

Al fine di garantire la best-practice in ambito riabilitativo (e nello specifico durante il trattamento di Terapia Occupazionale) è importante saper cercare, valutare e soppesare la letteratura scientifica pubblicata sulle riviste di maggior spicco internazionale. La quotidianità clinica richiede un continuo confronto: l'obiettivo di questo corso è proprio quello di fornire i giusti strumenti per un ragionamento clinico equilibrato che ponga sempre in dubbio, in maniera positiva, la pratica riabilitativa. Nell'arco delle due giornate di lavoro i discenti si confronteranno sulle caratteristiche degli articoli scientifici, sulla capacità di leggere rapidamente la letteratura per avere risposte immediate ai quesiti clinici, sulla corretta interrogazione dei data base. Molta attenzione sarà rivolta alla valutazione dell'articolo scientifico nella sua completezza.

Il lavoro sarà pratico, a piccoli gruppi e guidato dal docente. Ad ogni discente è richiesta una buona capacità nella lettura dell'inglese e la possibilità di portarsi da casa uno strumento informatico per le interrogazioni dei data base.

Direttore scientifico

Bertholom Yann

Docenza e Segreteria Organizzativa

Artusi Martina, Battain Pier Carlo, Calabrese

Marco, Cobetto Ghiggia Simone, Hammond Heather, Sala

Anna, Stò Marta

Gi
TO