

COMPAGNIA

d i S a n P a o l o

LA TERAPIA OCCUPAZIONALE IN ITALIA

**INDAGINE SULLA PRESENZA, SULLA DIFFUSIONE E
SULL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI
DI TERAPIA OCCUPAZIONALE IN ITALIA**

Una ricerca realizzata dal Centro A.M. Maderna
con la direzione e il coordinamento di Domenico Dosa

I Quaderni della Compagnia

La collana "I Quaderni della Compagnia" è dedicata alla pubblicazione di documenti di lavoro particolarmente significativi, legati ai progetti più rilevanti promossi dalla Compagnia di San Paolo.

Come contributo alla conoscenza e allo sviluppo di metodologie innovative anche nel campo sociale, questo terzo volume presenta i risultati di una ricerca finanziata dalla Compagnia sulla diffusione in Italia della terapia occupazionale quale strumento socio-riabilitativo volto a migliorare la qualità della vita di persone in difficoltà.

La ricerca è stata svolta dal Centro A.M. Maderna di Verbania Pallanza, sotto la direzione e il coordinamento di Domenico Dosa e con la collaborazione di Anna Bergadano, Renza Chaddock, Julie Cunningham, Elena Fabbruzzi, Flavia Filippi, Claudia Meinecke, Paola Ielasi, Loredana Ilari, Mario Impallomeni, Anna Maria Melloni, Maria Minervini, Corrado Morozzo della Rocca, Miranda Morozzo della Rocca, Paolo Parra Saiani, Bianca Petrucci, Walter Rubboli e Vittoria Sessa.

Il Centro A.M. Maderna - centro di documentazione, ricerca e formazione sulla condizione anziana - ha lo scopo di promuovere un approccio alle problematiche della terza età che consideri l'anziano come persona e risorsa della società e non solo quale soggetto bisognoso di cura ed assistenza.

Compagnia di San Paolo
Corso Vittorio Emanuele II, 75 – 10128 Torino
Tel. 01155969.11
e-mail: info@compagnia.torino.it
www.compagnia.torino.it

E' vietata la riproduzione, anche parziale e con qualsiasi mezzo effettuata, non autorizzata.

COMPAGNIA

d i S a n P a o l o

LA TERAPIA OCCUPAZIONALE IN ITALIA
Indagine sulla presenza, sulla diffusione e
sull'organizzazione dei servizi
di terapia occupazionale in Italia

Una ricerca realizzata dal Centro A.M. Maderna
con la direzione e il coordinamento di Domenico Dosa

I Quaderni della Compagnia

Presentazione	Pag.
Prefazione	Pag.
Introduzione	

PRIMA PARTE: LA TERAPIA OCCUPAZIONALE IN ITALIA

Premessa	19
1. I nodi da sciogliere	21
2. Le caratteristiche strutturali del servizio	37
3. Articolazione e modalità di erogazione del servizio	43
4. Presa in carico del paziente	45
5. L'offerta terapeutica	52
6. Strutture e risorse disponibili	63
7. I terapisti occupazionali	71
8. Formazione e aggiornamento dei terapisti	80
9. Attività di ricerca e innovazione	85
10. Comunicazione e informazione	89
11. Integrazione con l'ambiente e con i servizi territoriali	94
12. Gli ausili nella terapia occupazionale	97
13. Un caso di studio sugli esiti clinici di un intervento di terapia occupazionale in pazienti neurologici colpiti da ictus cerebrale (di Bianca Petrucci)	101
14. Note metodologiche	115

SECONDA PARTE: I CASI DI STUDIO

La terapia occupazionale nel Pio Albergo Trivulzio, <i>di Maria Minervini</i>	123
La terapia occupazionale nell'Ospedale di Cuasso al Monte, <i>di Flavia Filippi</i>	142
La terapia occupazionale nel Centro di Recupero e Rieducazione Funzionale "G. Verdi" di Villanova,	

<i>di Walter Rubboli</i>	162
La terapia occupazionale nel Charing Cross Hospital, <i>di Paola Ielasi</i>	180
Allegati. La terapia occupazionale: quattro casi per un approfondimento qualitativo	
1. La terapia occupazionale nel Centro di Riabilitazione “Franca Martini” di Trento	201
2. La terapia occupazionale nell’Ospedale di Passirana	210
3. La terapia occupazionale nella Casa di Cura “La residenza” di Rodello	221
4. La terapia occupazionale nella Casa “San Giuseppe” dell’Opera Don Guanella	233
Appendice	
Il questionario rivolto ai servizi di terapia occupazionale	247
La griglia di domande utilizzata nei casi di studio	259
Riferimenti bibliografici	267

Presentazione

Con la pubblicazione della ricerca su “La terapia occupazionale in Italia” la Compagnia di San Paolo intende contribuire alla riflessione su una tipologia di intervento socio-riabilitativo che in Italia, a differenza di molti altri Paesi europei, non ha ancora trovato adeguata applicazione.

L’auspicio è che i risultati di questa indagine rappresentino uno stimolo per avviare la sperimentazione su vasta scala di un approccio metodologico ritenuto innovativo e incisivo in quanto capace di migliorare la qualità della vita delle persone con deficit funzionali e neurologici, aiutandole a raggiungere nella quotidianità il massimo livello di indipendenza.

Tale obiettivo è in linea con le finalità di un’Istituzione come la Compagnia di San Paolo impegnata a favorire e sostenere iniziative che siano in grado di incidere concretamente sulle diverse problematiche che attraversano la società contemporanea privilegiando quelle a maggior valenza progettuale.

Nel caso della terapia occupazionale l’intento è anche quello di sensibilizzare l’opinione pubblica, in particolare gli Enti pubblici e le altre Istituzioni interessate, sui ritorni sociali e sui vantaggi economici che possono derivare da una ampia diffusione della stessa.

Sotto questo profilo la ricerca, partendo dall’analisi sulle caratteristiche strutturali e organizzative del servizio e approfondendo a livello quantitativo e qualitativo la situazione della terapia occupazionale in Italia, si propone da una parte di evidenziare le carenze esistenti e, dall’altra, di indicare le possibilità di sviluppo futuro sia per quanto riguarda la valorizzazione della figura del terapeuta occupazionale sia per quanto attiene alle modalità operative caratterizzate dalla flessibilità e dalla qualità degli interventi.

Si ringrazia il Centro Maderna per il rilevante apporto assicurato nella realizzazione dell’indagine, certi che la ricerca potrà costituire un utile strumento per sviluppare sempre più le potenzialità insite nella terapia occupazionale.

Compagnia di San Paolo

Prefazione

Se è vero che la terapia occupazionale è la pratica che tende al recupero del maggior grado di autonomia possibile in soggetti compromessi, in qualche misura, nella propria autosufficienza, è anche vero che la nostra società – che va verso una situazione demografica mai conosciuta prima d’ora – ha bisogno di terapisti occupazionali.

La salvaguardia dell’autosufficienza dei suoi anziani sarà allora uno degli obiettivi primari di una politica socio sanitaria che intenda prevenire l’accesso improprio o anticipato di cittadini ai servizi di assistenza. In questo sforzo il terapeuta occupazionale svolgerà una funzione strategica, a condizione che la sua professionalità raccolga – dopo quello formale del Ministro – anche il riconoscimento delle istituzioni che – a qualsiasi livello – sono preposte alla tutela della salute nella persona che invecchia.

Constatata la situazione pressoché pionieristica nella quale si muovono oggi i pochi operatori veramente qualificati e la disinformazione generalizzata che circonda il loro lavoro, il Centro A.M. Maderna ha voluto tenacemente questa indagine. Conoscere le potenzialità di un percorso terapeutico e la diffusione che lo stesso ha in altri Paesi, oltre che risarcire gli operatori di “casa nostra” di una sorta di anonimato sociale, potrà servire a smuovere pigrizie e lentezze nella macchina che dovrà promuovere l’innovazione.

Innovazione che, in questo caso, potrà coniugare l’impegno professionale di giovani operatori con migliore qualità di vita per tante persone anziane e per i loro familiari. In questo senso il sostegno della Compagnia di San Paolo all’iniziativa va collocato tra le scelte “aristocratiche”, vista la scarsa popolarità che l’argomento finora raccoglie, e merita il massimo di gratitudine.

Centro A.M. Maderna

Introduzione

di Aldo E. Tàmmaro*

La terapia occupazionale (T.O.), intervento che contribuisce in modo sostanziale al successo del trattamento riabilitativo, è stata definita da Grant, nel 1952, come *un metodo attivo di trattamento con una profonda giustificazione psicologica*. A una siffatta definizione può certamente rimproverare di essere eccessivamente generalizzante; ciononostante non le si può negare di essere vera, considerato che viene applicata ad un'attività che ha tante facce e poche linee di demarcazione.

Qualche anno più tardi (1961), Fiske e Maddy hanno definito l'obiettivo e la responsabilità del terapeuta occupazionale: aiutare il paziente, attraverso un accurato accertamento delle sue problematiche e l'impiego di appropriate attività e situazioni, a recuperare o sviluppare le abilità necessarie a livello degli aspetti fisici, psicologici, sociali ed economici della sua vita. In altre parole, conferirgli la capacità di comunicare, di attivare processi adattativi e relazionali, di sapersi adeguare od essere efficiente nelle attività lavorative e di ricreazione e di occupare, in modo appropriato, un posto appropriato nella sua vita.

L'impiego di attività occupazionali per contribuire al superamento di situazioni critiche e al recupero di abilità e ruoli nel campo fisico, psichico e sociale non è però iniziato in questo secolo, e neanche in questo secondo millennio: nella storia vi è notizia di prescrizioni in questo senso da parte di Esculapio, Pitagora, Talete, Ippocrate, Teti ed Euronimo. Nei primordi dell'era moderna, Cornelio Celso descriveva diversi tipi di disturbi e raccomandava come trattamento l'esecuzione di attività occupazionali.

* Primario di Geriatria e Direttore Scientifico (fr.), Istituto Gerontologico *Pio Albergo Trivulzio*, Milano.

L'oscurantismo del Medioevo determinò un marcato rallentamento dei progressi in questo campo, anche se non va dimenticato Celio Aureliano, un – per così dire – neurologo del V secolo, che ci ha lasciato testimonianze sull'impiego dell'esercizio fisico e delle attività occupazionali nel trattamento delle *paralisi* di qualsiasi natura, con modalità di attuazione che hanno precorso i moderni concetti di associazione dei trattamenti e di attiva partecipazione del paziente.

Il periodo compreso fra il XIII e il XVII secolo fu segnato da grandi progressi sia negli studi di anatomia e fisiologia (Leonardo da Vinci, Galileo, Cartesio, Francis Bacon, Harvey, ecc.) sia nell'applicazione dei trattamenti occupazionali e ricreativi (Sydenham, Andry); dal canto suo, Ramazzini, professore di *medicina pratica* all'Università di Padova, aveva attirato l'attenzione sull'importanza della prevenzione rispetto alla terapia e sul ruolo che vi potevano giocare le attività occupazionali.

I due secoli successivi, per definizione secoli delle rivoluzioni, videro fiorire gli studi di medicina e portarono anche alla distinzione, pur con certi margini di sovrapposizione, fra le tecniche chinesiterapiche, occupazionali e di ginnastica correttiva. Questo ebbe come conseguenza la comparsa di separazioni anche nel campo operativo con l'emergenza di indirizzi professionali specialistici le cui tecniche e metodi avevano sempre meno in comune.

Mentre questo processo di – si direbbe oggi, sia pur riferendosi ad altri settori – separazione delle carriere seguiva il suo lento e graduale cammino, vide la luce il volume *Medicina Gymnastica, or Every Man His Own Physician* di Francis Fuller (1740) nel quale si sottolineava il valore dell'esercizio fisico e si davano precise raccomandazioni per il trattamento di specifiche malattie.

Il valore delle attività occupazionali per la difesa della salute è stato poi sottolineato da Buchan nel suo *Domestic Medicine* (1774), mentre John Shaw (1792-1827), direttore di una scuola londinese di medicina, prescriveva ai pazienti con scoliosi l'esecuzione di *esercizi gradual*.

Nel 1780 C.J. Tissot classificava l'attività occupazionale come attiva, passiva e mista e nel 1806 Sir John Sinclair, dimostrando una notevole lungimiranza, ribadiva in due pubblicazioni dal titolo emblematico (*A Collection of Papers on the Subject of Athletic Exercise* e *The Code of Health and Longevity*) il crescente ruolo salutistico e terapeutico delle attività occupazionali in una società

in cui sarebbero progressivamente diminuiti gli addetti a lavori fisicamente impegnativi. L'attività occupazionale era stata da lui definita come «quel tipo di lavoro volontario generalmente accompagnato da un certo grado di soddisfazione e di fatica, conosciuto con il nome di *esercizio*».

L'interesse per i benefici effetti delle attività occupazionali si è poi esteso anche alle malattie della psiche; fra i primi ad acquisire esperienze in questo settore furono Pinel, Chiarugi e William Tuke; il nipote di quest'ultimo, Samuel, parlando della *mania* in un suo volume pubblicato nel 1813 segnalava gli «effetti favorevoli svolti dall'esercizio fisico... e il vantaggio di una regolare attività lavorativa per certi pazienti». A titolo di esempio si elencava la lettura, il disegno, il gioco della palla, gli scacchi e la dama.

Nel *Manual of Psychological Medicine* pubblicato nel 1879 da J.C. Bucknill e D.H. Tuke, si afferma che «indubbiamente il lavoro esercita anche un'influenza *morale* e in questo ordine di considerazioni possiamo chiamarlo *occupazione* e considerarlo alla stregua della *ricreazione*», ma si attira anche l'attenzione sul fatto che «a nessun paziente *lunatico* dovrebbe essere consentito di impegnarsi in attività lavorative se non dietro indicazione medica».

A due anni dalla fine del XIX secolo, Henri Monnier segnala gli effetti negativi dell'inattività e l'importanza di impegnare in attività occupazionali i pazienti con forme psichiatriche. In effetti, in questo periodo storico la T.O. ha presentato la maggiore tendenza alla diffusione proprio nell'ambito di queste patologie e vi sono documentazioni della sua applicazione in Gran Bretagna, Stati Uniti, Francia, Germania, Svizzera, Austria, Norvegia, Portogallo e Belgio.

Lo sviluppo della T.O. nella prima metà del XX secolo è stata puntualmente ed esaurientemente descritta da S. Licht nel suo *Occupational Therapy Source Book*, pubblicato a Baltimora nel 1948. Tale sviluppo ha coinciso con l'accettazione – quindi l'ingresso – della donna nel campo delle professioni sanitarie; con un riferimento, schematico ma aderente alla realtà, ai principali eventi bellici del periodo si fa coincidere il riconoscimento del *nursing* con la guerra di Crimea, quello della fisioterapia con la Grande Guerra e quello della T.O. con il secondo conflitto mondiale.

In effetti, anche durante la Grande Guerra in alcuni centri si ricorse alle attività occupazionali per integrare i trattamenti tradizio-

nali di chi aveva riportato lesioni disabilitanti. Questo avvenne soprattutto in Canada, negli Stati Uniti e in Gran Bretagna. In quest'ultimo Paese, Sir Robert Jones avviò l'intervento occupazionale presso un ospedale militare ortopedico; i pazienti venivano impegnati o in attività a loro familiari oppure in occupazioni di contenuto curativo adatte alla loro disabilità ed i risultati osservati portarono Jones a concludere: «chi è dotato di immaginazione non può non constatare la differenza di atmosfera e di *morale* che esiste fra l'ospedale dove i pazienti non hanno niente da fare... e quello dove per una parte della giornata svolgono un'attività regolare e utile».

Negli anni '10, e particolarmente negli Stati Uniti, si cominciò a discutere su quale fosse il nome da dare a questo tipo di servizio e quali fossero le figure che potevano gestirlo al meglio. Nel 1914, Eva Charlotte Reid suggeriva di chiamarlo *ergotherapy*, mentre per altri l'ideale era rappresentato da *moral treatment*, *manual work* oppure *invalid occupations*. Le dispute cessarono quando George Barton, di Clifton Springs, conìò la denominazione che fu ampiamente accettata: *Occupational Therapy*.

Per quanto riguarda gli operatori, fu ben presto chiaro che né gli infermieri né i medici erano adatti per l'applicazione delle tecniche di T.O.: i primi per la diversità del processo formativo e del patrimonio tecnico specifico, i secondi perché troppo impegnati nei loro compiti tradizionali e sprovvisti di un sufficiente livello di conoscenze sulla varietà delle attività occupazionali e sulle loro implicazioni somatiche e psicologiche.

Risultò quindi chiaro che nell'operatore ideale dovevano compendiarsi alcune delle qualità dell'infermiere e dell'istruttore, associate a capacità organizzativa e ad una sufficiente conoscenza delle malattie somatiche e psichiche e delle loro possibilità terapeutiche. Era così nata la figura del *terapista occupazionale* quale noi la intendiamo oggi.

Il messaggio di Sir Robert Jones, riferito più sopra, non ebbe però un seguito di iniziative innovatrici e per tutti gli anni '20 la T.O. continuò ad essere applicata perlopiù in ospedali psichiatrici; la prima scuola inglese per terapisti occupazionali fu aperta presso un centro per il trattamento delle neurosi e delle psicosi precoci a Bristol nel 1930 e nel 1938 fu pubblicato a Londra il primo libro in inglese dal titolo *The Occupational Treatment of Mental Illness* (J. Iveson Russel, Londra). Nello stesso anno, allo scopo di dimostrare

il valore della T.O. nel trattamento delle disabilità di origine somatica, presso il centro di Bristol fu aperto un *laboratorio terapeutico* per pazienti ambulatoriali che necessitavano di fisioterapia.

Gli anni '30 hanno effettivamente rappresentato un momento cruciale per l'evoluzione della T.O.: nel 1934 si è tenuta la prima conferenza inglese sulla T.O., nel 1936 è stata fondata in Inghilterra la Association of Occupational Therapists che ha tenuto nel 1938 la prima sessione di esami pubblici di abilitazione.

Dopo la parentesi del secondo conflitto mondiale, il cammino della T.O. è ripreso con rinnovata lena: con la istituzione del National Health Service (1948) vennero definiti anche i profili delle professioni mediche con riconoscimento alla T.O. di una sua autonomia operativa; sul piano associativo va segnalata la fondazione della Federazione mondiale dei terapisti occupazionali (1951) che tenne il suo primo congresso internazionale a Edimburgo (1954), seguito da quelli di Copenaghen (1958), Filadelfia (1962) e Londra (1966). Nel 1960 è stata pubblicata a Londra, per le edizioni Baillière, Tindall and Cassell la prima edizione di *Occupational Therapy in Rehabilitation*, a cura di E.M. MacDonald, una pietra miliare nel campo editoriale sull'argomento.

Per quanto riguarda gli aspetti operativi, nel mondo anglosassone, e in particolare nel Regno Unito, l'interesse istituzionale per la T.O. è iniziato circa 40 anni fa; nel 1962 veniva istituito il Comitato per l'Abilitazione (Registration Board) all'esercizio della T.O. e l'anno successivo venivano bandite le sessioni per la prima *registration*. Nel 1970, in Gran Bretagna, i terapisti occupazionali ufficialmente riconosciuti erano 3234 e vi era tutta una serie di vivaci ed attive associazioni professionali con più di 3000 iscritti.

Negli Stati Uniti sono stati riconosciuti diversi gradi di qualificazione:

- OTR (terapista occupazionale abilitato) con 4 anni di *college*, 6 mesi di internato sotto supervisione e superamento dell'esame di abilitazione presso l'AOTCB (American Occupational Therapy Certification Board);

- COTA (assistente abilitato del terapista occupazionale) con 2 anni di studi, 12 settimane di internato con supervisione e superamento dell'esame di abilitazione presso l'AOTCB;

- OTA (ausiliario di terapia occupazionale) istruito nell'istituzione in cui presta servizio.

Da allora, la storia della T.O. a livello internazionale è stata tutta – come suol dirsi – in discesa; la sua applicazione ha conosciuto una notevole espansione, sono fiorite attività formative e di perfezionamento, si è formato un rispettabile corpo di dottrina che trova la sua espressione in pubblicazioni, libri, attività formative, convegni a livello locale e congressi nazionali e internazionali.

Ben diversa è la situazione in Italia, dove la figura professionale del terapeuta occupazionale è stata ufficialmente riconosciuta solo nel gennaio 1997, con un ritardo che neppure le poche, troppo poche, se pur efficienti e motivate realtà operative frutto di singole e locali iniziative riescono a non rendere abissale.

E nel nostro Paese si verifica oggi il fenomeno rilevato in Gran Bretagna all'inizio degli anni '60: sono pochissime le persone, anche fra quelle professionalmente vicine al campo della T.O., che non commettano l'errore di confonderla con qualsiasi occupazione in cui possa essere impegnato un individuo disabile. In effetti, un'attività occupazionale acquisisce il carattere di terapia solo se prescritta dal medico ed attuata da un operatore esperto con il preciso scopo di affrontare la specifica problematica socio-sanitaria del paziente.

La T.O. ha assunto il ruolo di diretto e indispensabile partner della chinesiologia, alla quale gradualmente subentra man mano che il trattamento riabilitativo procede: essa deve mettere il paziente in condizione di tradurre i guadagni di mobilità e motilità acquisiti con la chinesiologia in abilità funzionali a livello di attività della vita quotidiana e soprattutto di indipendenza. Si può ritenere che mediamente il 70-80% dei pazienti sottoposti a trattamento riabilitativo necessitano di T.O. Per questo motivo, è necessario che i terapisti occupazionali siano massicciamente presenti negli organici dei servizi di riabilitazione: in alcuni centri britannici essi giungono a rappresentare circa la metà degli effettivi.

Come avviene per qualsiasi altro approccio riabilitativo, anche la T.O. deve essere strettamente individualizzata, in base alle specifiche necessità del paziente e alle caratteristiche del suo ambiente di vita. Gli strumenti della T.O. sono gli stessi con il cui impiego l'individuo deve stabilire un *diverso* rapporto, data l'attuale *diversità* della sua situazione funzionale: effetti personali, stoviglie, mobili, strumenti vari, ausili, eventuali protesi od ortesi, fino a scale, ascensori, mezzi di trasporto, e via dicendo. Il terapeuta occupazionale può e deve inoltre partecipare allo studio e alla realizzazione di

eventuali modifiche strutturali dell'ambiente di vita del paziente per renderlo il più possibile adeguato alle sue capacità funzionali.

La *profonda giustificazione psicologica* di cui si è parlato all'inizio si traduce nella necessità che si crei una strettissima interazione fra il paziente e il terapeuta, nonché un'ampia partecipazione al trattamento da parte delle componenti dell'ambiente cui il paziente stesso dovrà essere restituito.

È quindi tempo che nel nostro Paese si esca finalmente dalla situazione di *anno zero* (o quasi) in cui si trova la terapia occupazionale e che ci si avvii a colmare rapidamente il divario che ci divide in questo campo dai sistemi sanitari più evoluti. L'inchiesta promossa con lodevoli intenti e realizzata con corrette ed adeguate metodologie dal Centro Maderna può a giusta ragione rappresentare un punto cruciale intorno al quale far convergere gli interessi dottrinali e operativi per un'attività riabilitativa più efficace e completa che mai potrà essere tale se non sarà affiancata dal suo naturale e non rinunciabile *partner*, la terapia occupazionale.

Prefazione

di Fausto Melloni

Se è vero che la terapia occupazionale è la pratica che tende al recupero del maggior grado di autonomia possibile in soggetti compromessi, in qualche misura, nella propria autosufficienza, è anche vero che la nostra società – che va verso una situazione demografica mai conosciuta prima d’ora – ha bisogno di terapisti occupazionali.

La salvaguardia dell’autosufficienza dei suoi anziani sarà allora uno degli obiettivi primari di una politica socio sanitaria che intenda prevenire l’accesso improprio o anticipato di cittadini ai servizi di assistenza. In questo sforzo il terapeuta occupazionale svolgerà una funzione strategica, a condizione che la sua professionalità raccolga – dopo quello formale del Ministro – anche il riconoscimento delle istituzioni che – a qualsiasi livello – sono preposte alla tutela della salute nella persona che invecchia.

Constatata la situazione pressoché pionieristica nella quale si muovono oggi i pochi operatori veramente qualificati e la disinformazione generalizzata che circonda il loro lavoro, il Centro A.M. Maderna ha voluto tenacemente questa indagine. Conoscere le potenzialità di un percorso terapeutico e la diffusione che lo stesso ha in altri Paesi, oltre che risarcire gli operatori di “casa nostra” di una sorta di anonimato sociale, potrà servire a smuovere pigri e lentezze nella macchina che dovrà promuovere l’innovazione.

Innovazione che, in questo caso, potrà coniugare l’impegno professionale di giovani operatori con migliore qualità di vita per tante persone anziane e per i loro familiari. In questo senso il sostegno della Compagnia di San Paolo all’iniziativa va collocato tra le scelte “aristocratiche”, vista la scarsa popolarità che l’argomento finora raccoglie, e merita il massimo di gratitudine.

PRIMA PARTE

LA TERAPIA OCCUPAZIONALE IN ITALIA

Premessa

Secondo la definizione della Federazione Mondiale dei Terapisti Occupazionali, per terapia occupazionale (T.O.) si deve intendere «il trattamento delle condizioni fisiche e psichiatriche attraverso attività specifiche allo scopo di aiutare le persone a raggiungere il loro massimo livello di funzione e di indipendenza in tutti gli aspetti della vita quotidiana».

Il trattamento agisce sui processi motori, sensoriali e cognitivi del paziente attraverso un articolato programma di attività strutturate – attività di vita quotidiana, attività artigianali, attività espressive, attività artistiche, sport-terapia, gioco adattato, ecc. – che ha come obiettivo il raggiungimento per il paziente disabile della migliore autonomia funzionale possibile e della sua migliore integrazione sociale.

Nonostante il grosso contributo dato alla sfera riabilitativa, la T.O. in Italia è ancora poco conosciuta. Mentre negli Stati Uniti e nei paesi europei più avanzati la T.O. è ormai notevolmente diffusa e gode della necessaria attenzione nell'ambito terapeutico, in Italia essa sconta notevoli ritardi e stenta a svilupparsi adeguatamente nel sistema dei servizi riabilitativi.

La T.O. ancora oggi è un tipo di intervento sconosciuto non solo al grosso pubblico ma anche a molti operatori sanitari. Non si conosce la specificità del suo approccio terapeutico, non si conoscono le tecniche riabilitative, non si conoscono i centri e le strutture che erogano il servizio.

Da qui la necessità di fare un po' più di chiarezza sulla presenza e sulla consistenza di simili interventi. La ricerca del Centro A.M. Maderna rappresenta il primo tentativo fatto in Italia di fornire un quadro d'insieme sulla diffusione e sulla presenza della T.O. nel sistema sanitario nazionale. L'indagine non entra specificatamente nelle questioni cliniche allo scopo di verificarne l'efficacia terapeutica – vi è già una ricca letteratura a tal proposito – ma si sofferma sugli aspetti organizzativi e strutturali del servizio.

La ricerca ci consente non solo di verificare il ritardo del nostro Paese in questo campo – rilevabile dal confronto con gli altri paesi avanzati – ma di cogliere in modo articolato luci ed ombre della T.O. così come viene praticata in Italia. Infatti, se l'indagine ha un merito, esso è proprio quello di aver evidenziato non soltanto le ca-

renze del servizio in termini di strutture utilizzate, di risorse disponibili e di personale impiegato, ma anche di aver messo in luce le potenzialità straordinarie di sviluppo in termini di professionalità maturate, di dedizione e di motivazioni dei terapisti, di flessibilità e di qualità degli interventi.

La mancanza di qualsiasi dato aggregato sui servizi di T.O. ha reso più difficile ottenere un quadro complessivo sulla T.O., ma ciò è stato possibile diversificando gli strumenti di indagine su tre livelli: al primo livello si colloca la rilevazione di tipo quantitativo, centrata sugli aspetti organizzativi, effettuata presso 19 centri italiani che erogano un servizio organizzato di T.O. Al secondo livello si colloca una rilevazione di tipo qualitativo, limitato ad alcune realtà particolarmente attive nel campo della T.O., che ci ha consentito di individuare con maggiore precisione gli aspetti di forza e quelli di debolezza dell'offerta terapeutica; al terzo livello si colloca l'approfondimento qualitativo attraverso l'analisi di quattro casi di studio, tre italiani ed uno straniero, che ci ha permesso di cogliere le specificità dei diversi modelli organizzativi.

Tra le esperienze italiane abbiamo individuato – come oggetto di particolare approfondimento attraverso i casi studio – quelle del Pio Albergo Trivulzio di Milano, dell'Ospedale di Cuasso al Monte in provincia di Varese e del Centro di Riabilitazione e Rieducazione di Villanova sull'Arda in provincia di Piacenza.

Il caso di studio straniero è rappresentato dal servizio di T.O. del Charing Cross Hospital di Londra, in Gran Bretagna. Il caso di Londra è stato condotto sulla base di alcune interviste effettuate presso l'Occupational Therapy Department del Charing Cross Hospital. Allo scopo di contestualizzare meglio il caso studio nel più ampio sistema sanitario inglese, le informazioni ottenute dalle interviste sono state integrate con quelle ricavate dalla letteratura raccolta sull'argomento.

Approfondimenti minori sono stati effettuati, infine, anche con altri quattro centri italiani di particolare interesse per la ricerca, quali il Centro di Riabilitazione "Franca Martini" di Trento, l'Ospedale di Passirana di Rho alle porte di Milano, la Casa di Cura "La Residenza" di Rodello d'Alba in Provincia di Cuneo e il Centro di Riabilitazione Opera Don Guanella di Roma.

L'analisi che seguirà nei prossimi capitoli si svilupperà sulla base di tutti e tre i livelli di rilevazione attivati nella ricerca. I dati elaborati in forma quantitativa si integreranno con le informazioni

di tipo qualitativo tratte dagli approfondimenti e dagli studi di caso. Spesso si farà esplicito riferimento alle singole esperienze esaminate, allo scopo di offrire esempi concreti sulle modalità organizzative del servizio.

La ricerca comprende anche un approfondimento clinico, a cura di Bianca Petrucci, volto a verificare l'incidenza di un intervento di T.O. su pazienti inseriti in programmi riabilitativi. In particolare, l'indagine riguarda un piccolo campione di 70 soggetti affetti da patologia neurologica causata da ictus cerebrale. Scopo di questa analisi non è quello di validare i trattamenti effettuati, quanto più semplicemente di fornire un esempio, circoscritto a pochi casi, di come si possano ottenere dal trattamento di T.O. risultati più che soddisfacenti, tali da incoraggiare gli operatori a potenziarne l'utilizzo. Di questa indagine forniremo una dettagliata illustrazione dei risultati nel capitolo tredici.

La ricerca rappresenta certamente il primo passo verso il superamento della frammentazione delle esperienze professionali maturate in questi anni e condotte spesso in modo isolato e pionieristico. Oggi, occorre fare di più, recuperando il ritardo che ci separa dai paesi più avanzati.

Per raggiungere tale obiettivo occorre puntare decisamente verso un sistema di relazioni più integrato che faciliti lo scambio di informazioni, la circolazione delle conoscenze e delle esperienze professionali, la ricerca e la sperimentazione sulla base di progetti comuni. Occorre rilanciare la T.O. puntando sul potenziamento di questa professionalità che ha trovato nel DM del 17 gennaio 1997, n. 136, un momento di discontinuità positiva rispetto all'inerzia del passato, riconoscendo finalmente la figura del terapeuta occupazionale e definendone il profilo professionale.

È sulla formazione e lo sviluppo di questa professione che bisognerà puntare nei prossimi anni perché quel divario che ancora ci separa dai paesi più avanzati venga finalmente colmato. La ricerca del Centro A.M. Maderna fornisce un prezioso contributo proprio nella direzione di una maggiore conoscenza e valorizzazione della T.O. in Italia.

1. I nodi da sciogliere

In Italia la T.O. sconta un'esperienza relativamente recente se paragonata a quelle più avanzate riscontrate negli altri paesi euro-

pei e negli Stati Uniti, dove questa terapia vanta ormai una tradizione consolidata. Negli USA già nel 1915 fu istituita l'Associazione Americana dei Terapisti Occupazionali e nel 1935 la American Medical Association riconobbe ufficialmente gli orientamenti riabilitativi della T.O. In Europa, in paesi come la Gran Bretagna, la Danimarca, la Svezia, la Francia e la Germania, la T.O. incomincia a svilupparsi e a diffondersi significativamente a partire dagli anni '50. Nel 1952 viene istituita la Federazione Mondiale dei Terapisti Occupazionali – la WFOT (World Federation of Occupational Therapists) – che raccoglie le associazioni nazionali di diversi paesi.

In Italia l'Associazione Italiana di Terapia Occupazionale¹ (AITO) viene costituita nel 1977 e soltanto nel gennaio del 1997, con l'approvazione del DM del 17/1/1997 n. 136², viene riconosciuta dal Ministero della Sanità la figura del terapeuta occupazionale definendone il profilo professionale. Le prime esperienze terapeutiche organizzate all'interno di un servizio di riabilitazione risalgono agli anni '70, ma si tratta di episodi pionieristici ed isolati: tra i casi considerati nel nostro campione soltanto 3 sono stati attivati negli anni '70.

Una certa crescita, seppure molto limitata, incomincia a manifestarsi negli anni '80 con la nascita delle prime scuole private e l'avvio dei primi corsi di terapia occupazionale³, e prosegue molto lentamente anche negli anni '90. La leggera crescita di questi anni è il prodotto di un differenziale positivo tra nuovi ingressi ed uscite dal settore: molti servizi di T.O. hanno cessato la loro attività perché il terapeuta che animava il servizio si è trasferito o ha cambiato mansione all'interno della struttura e non vi è stata sostituzione. Si pensi a quei terapisti stranieri che avevano introdotto la terapia ed attivato il servizio e che poi hanno fatto ritorno ai propri paesi di appartenenza. Purtroppo su questo genere di mortalità dei servizi non è stato possibile ottenere informazioni attendibili.

Con il riconoscimento del profilo professionale ottenuto con il DM n.136 del 1997, si apre per la T.O., dopo anni di crescita congelata, una stagione di grandi responsabilità, ma anche di sviluppo

¹ L'AITO è membro associato del WFOT.

² Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 24/5/1997.

³ Non ancora riconosciute dal WFOT né dagli ordinamenti didattici della Pubblica Istruzione.

di potenzialità rimaste finora nascoste, di scoperta di nuovi spazi di azione, di progettazione e di elaborazione creativa dei contenuti formativi e professionali⁴.

Tale riconoscimento è giunto dopo anni di impegno e di lavoro per assicurare la sopravvivenza e la crescita della professione, nonostante il mancato sostegno e le incomprensioni dell'ambiente medico e sanitario. Se è stato possibile tenere in vita e sviluppare, seppur in modo limitato, la T.O., ciò è dovuto al fatto che c'è una domanda latente che rimane tuttora inevasa e che solo la T.O. è in grado di soddisfare: si tratta della capacità di intervenire sulle motivazioni del paziente e non soltanto sui deficit funzionali.

Molti terapeuti della riabilitazione sono arrivati alla T.O. proprio perché alla ricerca di metodi e di trattamenti alternativi in grado di agire efficacemente in questa particolare sfera del trattamento riabilitativo. Adesso occorre recuperare il ritardo e superare la prolungata immaturità. Ma perché la T.O. sconta tutto questo ritardo? Possiamo addebitare le ragioni a diversi fattori, quali la mancanza di scuole di formazione, la scarsità di risorse destinate al servizio, la lentezza dei processi legislativi, ma almeno due appaiono più determinanti delle altre e spesso sono all'origine delle stesse carenze sopra indicate.

Una di queste è il ritardo culturale accumulato nell'ambiente medico e sanitario italiano che non ha colto la specificità olistica dell'approccio terapeutico. La T.O. ha tra le sue peculiarità quella di considerare il paziente nella sua globalità, in tutti i suoi aspetti funzionali, cognitivi, sensoriali e relazionali, mentre le altre figure della riabilitazione tendono a mirare il loro intervento su una specifica funzione da riabilitare.

La cultura riabilitativa è stata per molti anni centrata sull'esigenza di intervenire in modo mirato sulla disabilità fisica o psichica da recuperare. Quando non c'era più nulla da recuperare il paziente veniva istituzionalizzato e solo in quel caso il terapeuta occupazionale era chiamato ad intervenire intrattenendo il paziente con attività motorie e di animazione più vicine allo scopo di soddisfare esigenze legate alla gestione del tempo libero che a perseguire obiettivi riabilitativi veri e propri. Per molti anni questo equivoco sulle

⁴ La terapia occupazionale si trova attualmente in Italia nella condizione paragonabile a quella di un giovane adolescente nel difficile passaggio alla maggiore età, con la quale acquista la piena capacità giuridica di agire.

funzioni della T.O. ha contribuito a relegarne il ruolo terapeutico ai margini della riabilitazione.

La seconda ragione del ritardo e dello sviluppo congelato della T.O. è data dalla presenza di altre figure professionali della riabilitazione, quali l'educatore, l'animatore, lo psicoterapeuta, non sempre presenti negli altri paesi europei e comunque con ruoli meglio definiti, che insistono sulla stessa area di intervento della T.O. ma che svolgono una funzione diversa. Inoltre, il grande peso della figura del terapeuta della riabilitazione che va oltre la definizione di fisioterapista, così come è intesa negli altri paesi, ha prodotto notevoli confusioni di ruolo con la figura del terapeuta occupazionale.

È evidente che una simile confusione e intreccio di figure professionali ha prodotto anche conflittualità e difese degli interessi corporativi che hanno frenato lo sviluppo e l'affermazione della T.O. in Italia.

A differenza di quanto è avvenuto in Italia, nei paesi dove si è affermata, la T.O. è considerata una professione, prima ancora che una specializzazione. Nel sistema sanitario britannico, ed in particolare nel Charing Cross Hospital di Londra⁵, il terapeuta occupazionale è una figura professionale inserita a pieno titolo nell'organico del personale ospedaliero, e collabora con pari dignità con le altre figure riabilitative coinvolte nella cura del paziente.

Proviamo adesso a tracciare un quadro articolato di quanto è emerso dalla ricerca, focalizzando l'attenzione in questo capitolo sui nodi ancora da sciogliere per rilanciare il ruolo e la presenza della T.O., all'indomani del DM n.136 del 17 gennaio 1997, che sancisce definitivamente la dignità giuridica del terapeuta occupazionale, riconoscendone profili e competenze professionali specifiche.

Dovendo semplificare per motivi di sintesi interpretativa, dall'indagine emergono dal punto di vista organizzativo ed operativo sostanzialmente 12 aree critiche:

1. mancanza di massa critica capace di generare spinte autopropulsive per lo sviluppo del settore;
2. scarsità di risorse destinate ai servizi di T.O.;
3. poca autonomia nella gestione organizzativa del servizio;
4. scarsa articolazione del servizio in cui prevale ancora il regime di ricovero;

⁵ Considerato tra i nostri casi di studio.

5. eccessiva concentrazione degli interventi sulla fascia anziana e neurologica;
6. sottodimensionamento del trattamento di gruppo;
7. eccessiva differenziazione dei sistemi di valutazione che non consentono la comparazione dei risultati;
8. estrema genericità dei profili professionali assunti dagli operatori in questi anni che ha generato confusione di ruoli e di competenze;
9. debolezza dell'offerta formativa sia in ingresso che continua;
10. assenza quasi totale di iniziative di ricerca e di sperimentazione e scarsa propensione all'innovazione;
11. scarsa integrazione con l'ambiente e con i servizi territoriali.
12. scarsa conoscenza della terapia sia da parte del grosso pubblico che degli operatori sanitari dovuta alla scarsa visibilità del servizio.

Dopo aver elencato i nodi che restano da sciogliere per consentire finalmente anche in Italia un deciso impulso verso un rapido sviluppo e potenziamento della T.O., qui di seguito argenteremo le ragioni di queste criticità così come le abbiamo desunte dai risultati dell'indagine.

Manca di massa critica

La prima criticità emersa dalla nostra ricerca è l'esiguità del numero di servizi di T.O. presenti sul territorio nazionale. Se consideriamo soltanto i servizi strutturati, quelli cioè che possono vantare un minimo di organizzazione e di autonomia nella gestione del trattamento terapeutico, abbiamo rilevato più di una trentina di servizi organizzati, quasi tutti nel centro-nord, se si esclude una concentrazione significativa di centri operativi dislocati a Roma⁶. Al nord la Lombardia e Milano in particolare mostrano la più alta concentrazione di servizi; nel Sud registriamo un'assenza quasi totale di realtà significative, se si escludono alcune esperienze più sul versante formativo che operativo registrate a Bari, a Napoli ed a Catania.

Se alla scarsa diffusione della T.O. aggiungiamo la forte dispersione di esperienze e di servizi riabilitativi per la mancanza di collegamenti e di coordinamento, otteniamo un quadro di forte debolezza; debolezza attribuibile alla mancanza di una massa critica sufficientemente compatta in grado di spingere unitariamente verso

⁶ Nella nostra rilevazione abbiamo escluso i singoli terapisti occupazionali che svolgono le loro prestazioni avulsi da un servizio di T.O. organizzato e strutturato.

processi di sviluppo dell'attività. Tale funzione è per ora supplita dall'AITO, attraverso la sua attività sindacale di rappresentanza degli interessi della categoria, ma non rientra tra i suoi compiti quello di mettere in rete i servizi e di orientare le azioni di sviluppo su scala nazionale e locale.

In Gran Bretagna, ad esempio, a livello locale per ciascun distretto sanitario sono individuati precisi livelli gerarchici per i terapisti occupazionali. Al vertice il terapeuta occupazionale è responsabile dei terapisti del distretto sanitario, di un bacino di utenza di oltre 325.000 persone⁷ e di un organico di almeno 70 operatori; dirige e pianifica i servizi di T.O. erogati nell'ambito del distretto, entro le linee operative fissate a livello di Unit General Manager⁸.

I terapisti occupazionali responsabili di ciascun servizio (servizio ospedaliero o servizio territoriale) hanno il compito di programmare e garantire il buon funzionamento del proprio servizio e di coordinarsi e di interagire con gli altri servizi erogati nell'ambito del distretto.

Scarsità di risorse

Il problema del reperimento delle risorse per la T.O. non è soltanto un problema quantitativo di scarsità di risorse destinate al servizio, comune anche ad altri comparti del Servizio Sanitario Nazionale, ma più significativamente di tipo qualitativo. In un contesto di generale contenimento della spesa pubblica, scattano in modo più accentuato meccanismi di selezione degli interventi in base alle loro priorità, e la T.O. non è stata finora considerata una priorità, semmai ha avuto un ruolo residuale nel sistema dei servizi riabilitativi.

Le risorse finanziarie destinate alla T.O. sono esigue non perché manchi la fonte di finanziamento, direttamente o indirettamente pubblica, ma perché chi ha responsabilità gestionali e di spesa nelle strutture sanitarie esclude o rende residuale gli interventi in questo ambito. Ciò è legato evidentemente anche alle difficoltà di investire risorse in un segmento professionale ancora poco conosciuto e fino a poco tempo fa non regolato normativamente.

⁷ Riflette la dimensione media di un distretto sanitario.

⁸ Un distretto sanitario si articola in unità distrettuali la cui gestione è diretta dallo Unit General Manager (UGM). L'UGM ha responsabilità nella gestione dei servizi di terapia occupazionale.

Se in generale, quindi, è evidente la scarsità di risorse complessive destinate alla T.O., su un piano più specificatamente locale vi sono differenze sostanziali da gestione a gestione, da centro a centro. La possibilità di una allocazione delle risorse disponibili favorevole allo sviluppo della T.O. dipende dalla sensibilità di chi controlla i processi decisionali e spesso dalla capacità di contrattazione degli operatori interessati.

In una situazione di scarsità di risorse due appaiono gli ambiti particolarmente trascurati: gli investimenti in nuove tecnologie e le risorse destinate alla formazione.

Dall'indagine emerge che anche dove la T.O. è presente, ed è quindi destinataria di risorse in termini finanziari, di personale impiegato e di strutture disponibili, molto limitato se non del tutto assente risulta l'impegno rivolto a potenziare l'innovazione e la formazione, due ambiti fortemente strategici per lo sviluppo del settore.

Soltanto metà dei servizi esaminati nella ricerca dispone di un *computer* utilizzato a fini riabilitativi, che rimane tuttavia la strumentazione tecnologica più avanzata tra quelle disponibili. Anche sul versante formativo l'offerta risulta fortemente sottodimensionata: non esiste ancora oggi una scuola superiore pubblica per Terapisti Occupazionali mentre per l'aggiornamento professionale molti operatori devono accollarsi parte delle spese necessarie.

Un altro limite strutturale nell'accesso alle risorse è dato dalla scarsa autonomia nelle decisioni di spesa. I terapisti occupazionali non hanno capacità di spesa, ma ogni richiesta di acquisto deve essere autorizzata dall'amministrazione centrale della struttura di ricovero ed è accompagnata da procedure lunghe e dagli esiti incerti, con inevitabili appesantimenti gestionali.

In una struttura ospedaliera come il Charing Cross Hospital, invece, il servizio di T.O. dispone di autonomia finanziaria, con un proprio *budget*, con cui gestisce gli acquisti di attrezzature e gli stipendi del personale. La quantità di risorse da destinare al servizio è negoziata annualmente dal responsabile distrettuale dei terapisti occupazionali con il Unit General manager, attraverso la definizione di un contratto per la fornitura di servizi di terapia occupazionale. I terapisti occupazionali responsabili a livello dei singoli reparti gestiscono invece le risorse a loro assegnate per l'ordinaria amministrazione. Il *budget* del servizio deve indicare gli obiettivi generali per l'anno di esercizio, le priorità stabilite ed i vantaggi attesi per

le scelte effettuate, oltre alla stima dei costi necessari al funzionamento delle attività e le entrate previste.

Debole autonomia organizzativa

Non soltanto si rileva una insufficiente autonomia finanziaria, ma dall'indagine emerge che in molti casi non c'è neanche una vera e propria autonomia organizzativa. Un indicatore significativo dell'autonomia organizzativa del servizio è dato dalla presenza o meno di un reparto di T.O. Pur avendo considerato nell'analisi le realtà che vantano un servizio di T.O. organizzato, poco meno della metà dei servizi esaminati (8 su 19) non è strutturato come reparto autonomo. È evidente che la presenza di un reparto comporta tutta una serie di vantaggi che contribuiscono a rafforzarne l'autonomia operativa e la qualità delle prestazioni: tra questi vantaggi vi sono la disponibilità di spazi ed attrezzature proprie, la presenza quasi sempre di un terapeuta o di un medico coordinatore del servizio, la possibilità di programmare e di pianificare gli interventi con un maggiore controllo sulle risorse disponibili.

Scarsa articolazione del servizio

Il servizio di T.O. è ancora troppo poco articolato se si considera che la maggior parte ancora degli utenti sono presi in cura in regime di ricovero: per il 70% dei servizi esaminati la terapia è rivolta a lungo degenti o a pazienti ricoverati in *day hospital*; soltanto il 40% eroga anche prestazioni ambulatoriali. Quando un istituto di ricovero eroga anche prestazioni ambulatoriali, queste coinvolgono non più del 20% dei pazienti trattati; si registra inoltre la quasi assenza di attività domiciliari nell'ambito della terapia occupazionale⁹.

Anche in Gran Bretagna la T.O. è nata principalmente come servizio ospedaliero, per spostarsi gradualmente sul territorio grazie al peso via via maggiore assunto dalle prestazioni domiciliari. In una struttura come quella del Charing Cross Hospital il servizio viene erogato su tre livelli: un servizio si rivolge ai pazienti ricoverati nella struttura ospedaliera, un servizio di *day hospital*, un servizio domiciliare che con un *team* di terapisti occupazionali e in collaborazione con il medico di base segue i pazienti dimessi per proseguire il percorso riabilitativo anche a casa.

⁹ Quando viene indicata una qualche forma di attività domiciliare in realtà si tratta di sopralluoghi nell'abitazione del paziente per effettuare controlli e valutazioni ambientali in vista della dimissione e del reinserimento domestico del paziente stesso.

Parallelamente, il servizio di T.O. può essere erogato dai servizi territoriali, e in particolare dal dipartimento dei servizi sociali del Comune¹⁰. I terapeuti occupazionali dei Comuni sono inseriti sia nei servizi ambulatoriali e domiciliari sia nelle strutture residenziali; negli ultimi anni si è assistito tuttavia ad uno sviluppo consistente dei servizi domiciliari a scapito di quelli residenziali.

Lo spostamento dei servizi di T.O. verso il territorio rappresenta sicuramente uno dei processi più significativi degli ultimi anni. Ciò ha comportato un aumento dei programmi di intervento domiciliare che ha prodotto un forte incremento dei carichi di lavoro sui terapeuti occupazionali impegnati sul territorio e il formarsi di lunghe liste di attesa per poter accedere a tali prestazioni. Non a caso oggi in Gran Bretagna si segnala da più parti la necessità di ricalibrare le risorse umane a favore dei *team* domiciliari.

Eccessiva concentrazione sulla fascia anziana e neurologica

Dai dati forniti dai centri contattati per la ricerca risulta che l'utenza della T.O. si concentra nelle fasce anziane della popolazione (il 72% circa dei pazienti ha compiuto 55 anni o più) e riguarda principalmente i pazienti neurologici (più del 62% dei pazienti trattati).

Non si può dire che negli altri paesi il peso assunto da queste due categorie di utenti sia minore rispetto ad altre, ma certamente in Italia la composizione dell'utenza appare troppo sbilanciata su queste due. Lo sbilanciamento dell'utenza riflette l'immatunità del settore che con un maggiore sviluppo dovrebbe gradualmente riequilibrarsi verso altre patologie finora trascurate, quali la psichiatria, la cardiologia, l'oncologia, e quelle malattie che colpiscono più frequentemente i soggetti in età evolutiva e gli adulti non anziani.

Per avere un termine di paragone, basti pensare che il Charing Cross Hospital di Londra tratta con la T.O. un ampio ventaglio di patologie i cui principali ambiti sono rappresentati dalla neurologia, dalla reumatologia, dalla psichiatria e dalla cardiologia. Sono previste tre *équipe* di terapeuti occupazionali che operano in tre aree diverse: adulti ed anziani, malattie mentali, pediatria.

Nel profilo professionale individuato dal Decreto Ministeriale n.136 del 27 gennaio 1997, il terapeuta occupazionale è quell'operatore che «opera nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazio-

¹⁰ I Comuni infatti, hanno la delega da parte del Governo Centrale per erogare questo genere di servizi socio-sanitari.

ne dei soggetti affetti da malattie e disordini fisici, psichici sia con disabilità temporanee che permanenti». Abbiamo quindi tutto il ventaglio della medicina tradizionale: psichiatria, pediatria, geriatria, chirurgia, ortopedia, neurologia, cardiologia, oncologia e perfino la medicina del lavoro, nel caso si tratti di reinserire un paziente affetto da disabilità invalidante nel proprio ambiente di lavoro.

Sottodimensionamento del trattamento di gruppo

In generale i servizi considerati non si limitano ad un ristretto numero di attività occupazionali ma presentano una gamma molto articolata di interventi: si va dalle attività di vita quotidiana, alle attività artigianali, alle attività espressive, allo sport-terapia, al gioco adattato, alla manipolazione, alla musicoterapia, all'uso del *computer*, ecc.

La pluralità di attività occupazionali sembra ancora sbilanciata sugli interventi individuali, mentre il trattamento di gruppo, seppur presente in quasi tutti i servizi, risulta relativamente sottodimensionato sia in termini di gruppi differenziati attivati, sia in termini di personale impiegato, sia in termini di tempo dedicato. Spesso, anche quando si parla di trattamenti di gruppo, simili interventi sembrano assomigliare più ad una somma di trattamenti individuali coordinati dallo stesso terapeuta occupazionale che ad un'azione concertata volta a fare interagire insieme i pazienti per sollecitarne le capacità cognitive, di memoria, di concentrazione, di orientamento, di relazione, ecc. Eppure, il ricorso ai trattamenti di gruppo e la qualità con cui vengono condotti, rappresentano un altro indicatore di maturità del servizio che troviamo con maggiore frequenza negli altri paesi.

Eccessiva differenziazione dei sistemi di valutazione

I sistemi di valutazione adottati dalla terapia occupazionale sono gli stessi che vengono utilizzati dalla fisioterapia, con qualche adattamento in più. In qualche caso la T.O. ha elaborato proprie scale di valutazione dell'autonomia adottate poi dalle altre specializzazioni della riabilitazione: si pensi all'indice di Barthel, messo a punto nel 1965. La prima versione di questo indice, che si rivelò troppo grossolana per misurare con efficacia i progressi riabilitativi dei pazienti, fu corretta e raffinata da un gruppo di terapeuti occupazionali americani.

Ciò che sorprende in questo ambito è l'utilizzo di un numero così grande di sistemi di valutazione: nella nostra indagine ne ab-

biamo rilevati complessivamente 21 su un totale di 19 centri contattati. Vi sono servizi di terapia occupazionale che hanno dichiarato di utilizzare anche 5 scale di valutazione nello stesso reparto. Se da un lato questa ricca disponibilità di strumenti di misurazione dell'autonomia può agevolare la ricerca dello strumento più adatto per ogni tipo di paziente trattato, è anche vero che un'eccessiva polverizzazione rende pressoché impossibile comparare i risultati ottenuti.

Genericità dei profili professionali

Se in questi anni la T.O. è sopravvissuta ai ritardi del legislatore, alla trascuratezza dell'ambiente medico, all'opposizione degli interessi corporativi, e si è rafforzata nella presenza e nella qualità dei servizi, ciò è dovuto principalmente alla tenacia e alla passione dimostrata per questa professione dai terapisti occupazionali.

Dalle interviste effettuate, tra i punti di forza dei terapisti occupazionali registriamo: *i)* un forte investimento motivazionale e professionale degli operatori; *ii)* flessibilità degli interventi e disponibilità ad adattarsi a carichi di lavoro pesanti; *iii)* elevata capacità di lavorare in *équipe*; *iv)* basso *turn over* degli operatori.

Tutto ciò a fronte di una scarsa valorizzazione della professione, di cui il basso riconoscimento economico e il limitato sviluppo dei percorsi di carriera rappresentano soltanto due degli aspetti più emblematici. Ma se il ruolo giocato dal terapeuta occupazionale si è rilevato molto importante per lo sviluppo del settore, non possiamo dire la stessa cosa per quanto riguarda l'identificazione di profili professionali ben definiti.

Sicuramente per la mancanza di percorsi formativi ben delineati risulta poco mirata la preparazione e la competenza del terapeuta occupazionale: si è corso spesso il rischio di una certa genericità nell'approccio terapeutico che ha creato non pochi problemi di confusione rispetto ai ruoli e alle competenze. Molti operatori si sono inseriti nella T.O. provenendo da altri percorsi formativi e professionali. Dalla nostra rilevazione risulta che soltanto il 30% degli operatori impiegati nella T.O. figura con la qualifica di terapeuta occupazionale¹¹, mentre più del 50% figura come terapeuta della

¹¹ La qualifica di terapeuta occupazionale è stata conseguita attraverso un diploma o un attestato di specializzazione presso una scuola qualificata di T.O.: diplomi stranieri riconosciuti dal WFOT o corsi triennali di terapia occupazionale svolti presso scuole private italiane riconosciute dall'AITO.

riabilitazione. A questo dato va aggiunto anche la mancanza di ulteriori specializzazioni del terapeuta occupazionale in ambiti più specifici della medicina. In Gran Bretagna, invece, esiste la figura del terapeuta occupazionale senior, che vanta una preparazione professionale superiore al livello di base: si tratta di professionisti specializzati in un settore di intervento specifico della T.O., quali la neurologia, la pediatria, l'ortopedia, la geriatria, la chirurgia, ecc. La specializzazione si ottiene dopo 3 anni di servizio.

In Italia un ruolo di garanzia sulla qualità dei contenuti professionali degli operatori l'ha avuto sicuramente l'Associazione Italiana di Terapia Occupazionale (AITO), sempre attenta per i suoi associati al rispetto dei parametri di riferimento adottati dalla Federazione Mondiale dei Terapisti Occupazionali (WFOT). L'AITO, in mancanza di un titolo di studio in Italia che qualifichi la preparazione del terapeuta occupazionale, ha posto alcuni criteri identificativi della professione per l'accesso all'associazione. Il socio ordinario deve aver conseguito un titolo di studio all'estero o la specializzazione in T.O. presso alcune scuole italiane riconosciute dall'AITO, quali quelle di Milano, di Bolzano e di Napoli. Inoltre viene richiesto al socio la relazione di un anno di attività.

L'AITO ha costituito in questi anni non solo una garanzia per la qualità della professione ma si è impegnata direttamente nella formazione dei terapisti, promuovendo convegni e giornate di studio. Ha rappresentato inoltre gli interessi dei suoi soci impegnando gran parte del suo peso associativo all'approvazione di una normativa che riconoscesse il profilo professionale dei terapisti occupazionali. Naturalmente, pur rimanendo l'unico referente in Italia per questa professione, la sua forza contrattuale nei confronti degli altri interessi organizzati ha risentito del numero abbastanza contenuto di associati, attualmente circa un centinaio. Si pensi che in Gran Bretagna una delle più importanti associazioni di categoria – la British Association of Occupational Therapists –, conta circa 10 mila iscritti in tutto il Paese.

Debolezza dell'offerta formativa

La formazione costituisce per la T.O. un nodo strategico per il suo sviluppo: purtroppo in Italia rappresenta ancora un anello debole che ritarda questo processo. Percorsi formativi differenziati gestiti finora in modo disordinato e poche risorse disponibili hanno generato deficit di formazione sia all'ingresso della professione sia durante.

Come abbiamo visto la maggior parte dei terapisti occupazionali si è formata in altre aree della riabilitazione e non ha seguito percorsi formativi di specializzazione in T.O. Finora chi voleva specializzarsi doveva conseguire un attestato di T.O. nell'ambito del corso per terapisti della riabilitazione presso scuole regionali ed universitarie. Ciò era legato all'inquadramento lavorativo che avveniva comunque sempre come terapeuta della riabilitazione, in quanto previsto dalla normativa concorsuale.

Per percorsi formativi più specializzati sulla T.O. hanno provveduto un ristretto nucleo di scuole private molto qualificate: una di queste è la scuola "il Vivaio" di Milano, da cui provengono molti dei terapisti contattati nell'indagine. Nata come associazione nel 1976, la scuola "il Vivaio" ha attivato il primo corso triennale nel 1984: è una scuola di T.O. con indirizzo psicoanalitico che prevede la partecipazione degli studenti una volta alla settimana per 4 ore. Lo studente svolge il suo tirocinio, con la supervisione della scuola, presso una struttura sanitaria, dove spesso il tirocinante già lavora. Ma nonostante questo tipo di scuole fossero adeguate agli *standard* richiesti dall'AITO e dalla WFOT, esse non erano abilitate a rilasciare titoli di studio riconosciuti.

Con l'approvazione del Decreto Ministeriale n. 136 del 17 gennaio 1997 si apre una nuova fase in cui ridefinire e rilanciare l'offerta formativa. Stanno per essere approvati gli ordinamenti didattici e già da quest'anno partirà, probabilmente presso l'Università di Roma, la prima scuola triennale, dove sarà possibile conseguire il diploma universitario di T.O.

In Gran Bretagna il diploma di T.O. si ottiene dopo quattro anni di formazione: la formazione prevede l'integrazione tra scuola e lavoro attraverso la frequenza ai corsi e la partecipazione a forme di tirocinio *part time*. L'ulteriore specializzazione dei terapisti occupazionali in aree specifiche della medicina e della riabilitazione si ottiene dopo altri tre anni di servizio. Tra gli attori più attivi nel promuovere la formazione degli operatori, le Università hanno un grande peso: molti atenei britannici stanziavano fondi per la istituzione di borse di studio nell'ambito della T.O.

Per quanto riguarda la formazione continua in Italia, abbiamo rilevato nell'indagine un'offerta insufficiente e dispersiva, spesso di difficile accesso per i terapisti occupazionali, visto i costi e le poche risorse disponibili. L'AITO organizza un convegno sui temi legati alla T.O. ogni due anni, qualche Istituto ospedaliero e di ri-

covero particolarmente attento si fa carico di promuovere corsi di aggiornamento professionale per i terapisti occupazionali, ma molto poche risultano le iniziative attivate in questo ambito.

Al contrario, in Inghilterra esiste una intensa attività convegnistica sui temi inerenti la T.O. e molte opportunità di aggiornamento sono proposte agli operatori del settore. Per esempio, nel Charing Cross Hospital di Londra sono previsti durante l'anno fino a cinque corsi di aggiornamento professionale ai quali i terapisti occupazionali partecipano durante l'orario lavorativo. Inoltre, oltre alla formazione di base, ai terapisti occupazionali viene offerta la possibilità di intraprendere diversi percorsi di specializzazione che qualificano ulteriormente la professionalità degli operatori.

Scarsa propensione all'innovazione

La ricerca è forse in assoluto l'ambito più trascurato della T.O. Non si fa ricerca, sono molto scarse le iniziative di sperimentazione di nuove metodiche e di nuovi strumenti per la terapia e non si introduce innovazione attraverso l'acquisizione e l'utilizzo delle nuove tecnologie disponibili. Inoltre la scarsa circolazione di informazioni e di esperienze tra i diversi centri erogatori del servizio non consente di trasferire e diffondere le conoscenze acquisite. Nei primi anni il trasferimento in Italia di terapisti occupazionali stranieri diede un forte impulso alla conoscenza del trattamento e alla diffusione delle tecniche: oggi anche questo impulso sembra essersi arrestato.

Nella situazione italiana altre priorità hanno segnato l'impegno dei terapisti occupazionali, una di queste è stata sicuramente la preoccupazione di dare identità professionale alla categoria. Eppure oggi, per rilanciare questo settore della riabilitazione occorre che anche la ricerca e l'innovazione diventino fattori di spinta e di sviluppo.

Negli altri paesi per la sperimentazione e l'innovazione vengono investite molte più risorse. In un centro come quello del Charing Cross Hospital, alla T.O. sono orientate parecchie risorse destinate alla ricerca. Un ambito di attività è quello del miglioramento dei sistemi di valutazione dei pazienti, un altro è costituito dalle attività di validazione scientifica degli interventi effettuati per la definizione di linee guida generali valide per diversi programmi terapeutici; vengono finanziati inoltre progetti di ricerca in ambiti più specifici.

Scarsa integrazione con i servizi territoriali

Nonostante gli sforzi fatti negli ultimi anni per favorire l'integrazione tra i diversi servizi del sistema sanitario, agevolando attraverso il decentramento dei servizi e il potenziamento di quelli domiciliari un avvicinamento delle strutture di ricovero ai servizi territoriali, sul fronte della T.O. le distanze appaiono ancora molto marcate.

Quasi tutti i servizi sanitari del territorio – dai servizi ambulatoriali e specialistici della ASL, all'Assistenza Domiciliare Integrata, alle Unità di Valutazione Geriatrica, agli stessi medici di base – sono estranei ai processi di segnalazione, presa in carico, cura, dimissione e reinserimento ambientale del paziente.

In particolare, rispetto alle esperienze più avanzate, gli anelli più deboli appaiono i servizi domiciliari e la figura del medico di base. La T.O. in Italia è ancora fortemente istituzionalizzata ed i servizi domiciliari non sono stati ancora attivati in questo ambito. Il medico di base è un attore passivo: spesso non conosce la T.O. ed un eventuale coinvolgimento si limita a semplici comunicazioni formali sulle condizioni del paziente inviate dall'istituto di ricovero al momento delle dimissioni. Anche qui molto resta da fare perché la mancanza di un raccordo più funzionale con i servizi territoriali rischia di marginalizzare ancora di più la T.O.

In Gran Bretagna il paziente, dopo le dimissioni, viene accompagnato nell'inserimento domestico dalla struttura ospedaliera e segnalato ai servizi territoriali. Lo *staff* ospedaliero, se necessario, può attivarsi anche per visite domiciliari di controllo. Sul territorio operano *team* di terapisti occupazionali che fanno riferimento o al medico di base o ai servizi sociali del comune: sono questi gli operatori che si occupano del trattamento dei pazienti a livello domiciliare. In questo sistema di rapporti la figura chiave è proprio il medico di base: quando infatti i pazienti vengono dimessi la responsabilità della loro salute passa a quest'ultimo. È il medico di base che riceve le informazioni sulle condizioni del paziente al momento delle dimissioni ed è lui che valuta la necessità di ulteriori prestazioni domiciliari di T.O. A quel punto il *team* dei terapisti occupazionali domiciliari si terrà in contatto con il medico di base per aggiornarlo sugli eventuali miglioramenti del paziente.

I terapisti occupazionali domiciliari si trovano inoltre a gestire una fitta rete di rapporti con gli attori coinvolti nella cura del paziente: dal medico di base, ai servizi sociali, agli enti *non profit*.

Scarsa visibilità e conoscenza del servizio

Potrebbe apparire quella della visibilità del servizio come l'ultimo dei problemi di cui preoccuparsi visto i ritardi accumulati su altri aspetti ben più strategici. Eppure dall'indagine si scopre che la conoscenza della T.O. è ancora limitata a fasce marginali dell'utenza potenziale e che nella maggioranza dei casi gli stessi operatori ignorano il tipo di intervento. A fronte di una "non conoscenza" diffusa che ne compromette inevitabilmente le potenzialità di sviluppo, la T.O. non è aiutata, attraverso strumenti di comunicazione e di informazione idonei, ad acquisire una adeguata visibilità. Se si escludono poche eccezioni non abbiamo registrato iniziative significative volte a colmare tale carenza.

In Gran Bretagna dove la T.O. è conosciuta in modo diffuso non solo tra gli addetti ai lavori, ma anche dal grosso pubblico, abbiamo rilevato invece una significativa attenzione in termini di strumenti e di iniziative attivate. Se ci limitiamo al nostro caso di studio, il Charing Cross Hospital oltre ad una ricca pubblicazione di opuscoli informativi, promuove periodicamente *open days* con visite guidate ai reparti di T.O. In passato sono state promosse campagne informative capillari attraverso i medici di base per illustrare il tipo di interventi, le patologie trattate, i vantaggi che la T.O. può offrire rispetto alla più tradizionale fisioterapia. Grazie a queste iniziative oggi la conoscenza della terapia Occupazionale in Inghilterra è molto alta.

L'analisi contenuta in questo capitolo non aveva lo scopo di evidenziare soltanto le aree deboli della T.O., piuttosto quello di individuare quei nodi strutturali che occorre prima o poi sciogliere, in vista della nuova fase che si è aperta, per rilanciare con forza e in modo più diffuso che in passato la presenza delle attività occupazionali in Italia. I continui riferimenti all'esempio britannico avevano lo scopo di indicare strade possibili in sistemi sanitari che per efficienza e tecnologie rappresentano esperienze avanzate, ma che non sono così distanti dalle nostre potenzialità.

Nei prossimi capitoli cercheremo di approfondire ulteriormente l'analisi partendo dalle esperienze riscontrate nei servizi di T.O. esaminati nell'indagine.

2. Le caratteristiche strutturali del servizio

Prima di addentrarci negli aspetti più specificatamente organizzativi, prendiamo in esame alcune caratteristiche strutturali del servizio in modo tale da individuare le coordinate entro cui si colloca la T.O. nel più vasto sistema delle prestazioni sanitarie.

A tal fine prendiamo in considerazione in questo capitolo il tipo di gestione e la struttura che eroga il servizio, il periodo d'inizio dell'attività terapeutica, le dimensioni del servizio in termini di pazienti trattati e la configurazione del servizio in *reparto*. Particolarmente significativo risulta quest'ultimo indicatore che esprime in termini organizzativi il livello di strutturazione¹² della T.O. all'interno dei centri ospedalieri ed extraospedalieri in cui viene praticata. Il poter disporre di un reparto, di propri spazi attrezzati per gli interventi terapeutici, di un personale funzionalmente integrato, di una certa autonomia gestionale, costituisce un evidente segnale di forza.

Esaminando il tipo di ente che gestisce il servizio, dalla rilevazione effettuata presso i centri esaminati non emergono vistose differenze rispetto al tipo di ente che eroga il servizio. Su 19 strutture esaminate che gestiscono il servizio di T.O., circa la metà (9) sono rappresentate da presidi sanitari privati accreditati, mentre l'altra metà è costituita da presidi pubblici (10) (tab. 2.1).

Tab. 2.1 – Ente che gestisce il servizio di terapia occupazionale

Ente gestore del servizio	Numero servizi di T.O.
Pubblico	10
Privato convenzionato con SSN	9
Totale	19

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Nonostante non si riscontrino nel complesso forti disomogeneità, è rilevabile una maggiore permeabilità all'inserimento della T.O. nelle strutture private extraospedaliere. Una delle ragioni che spiegano questa maggiore permeabilità del privato in ambito extraospedaliero vi è senza dubbio la maggiore facilità con cui avviene

¹² Per livello di strutturazione intendiamo il grado di complessità e di autonomia organizzativa che il servizio può raggiungere.

l'ingresso e l'inserimento del terapeuta occupazionale nella struttura sanitaria.

Un altro dato particolarmente significativo relativo al tipo di struttura che eroga il servizio è rappresentato dal fatto che sono soprattutto gli istituti di cura, sia essi pubblici che privati, ad offrire questo tipo di prestazioni, seguono gli Istituti Geriatrici con gestione prevalentemente pubblica e i Centri di Riabilitazione con gestione prevalentemente privata.

Un elemento che rivela un percorso ancora relativamente recente della T.O. in Italia è dato dal periodo di attivazione del servizio: circa il 40% dei centri contattati ha attivato il servizio di T.O. negli anni '90, un altro 40% negli anni '80 e solo il 20% negli anni '70. Tra i servizi considerati vantano la maggiore anzianità il servizio di T.O. dell'Ospedale San Giovanni di Roma, la cui attività risale al 1971, e quello del Centro di Riabilitazione di Villanova, la cui attivazione risale al 1974.

Se confrontiamo i servizi erogati da strutture pubbliche con quelli erogati da strutture private possiamo osservare come non vi siano state velocità di sviluppo differenziate, ma entrambi i settori hanno visto crescere la T.O. con gli stessi tempi e con la stessa velocità: nel pubblico quattro centri hanno attivato il servizio di T.O. dal 1990 in poi e la stessa cosa è avvenuta nel privato (tab. 2.2).

Tab. 2.2 – Attivazione del servizio di T.O., per ente gestore

	Tipo di ente gestore	
	Pubblico	Privato
Prima del 1990	6	5
Dal 1990 ad oggi	4	4
Totale	10	9

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Per avere un'idea delle dimensioni del servizio si è preferito prendere come indicatore il numero di pazienti trattati in un anno, sia per ragioni di semplicità nell'ottenere il dato sia perché più adeguato ad esprimere l'effettiva consistenza dell'attività svolta, non essendo altrettanto efficace come indicatore dimensionale il numero di operatori impiegati: spesso, non tutti i terapisti sono impiegati a tempo pieno nella T.O., ma impiegano in questo ambito solo una parte del loro tempo lavorativo.

In base al numero di pazienti trattati in un anno i servizi si dividono in due gruppi: da un lato vi sono i servizi di T.O. di dimensioni contenute nei quali rientrano quei centri – circa il 30% di quelli esaminati – che curano con simili interventi fino a 50 pazienti in un anno; dall'altro vi sono i servizi maggiormente dimensionati – superano i 50 pazienti trattati in un anno –, e che rappresentano il 70% del campione.

Nel settore pubblico prevalgono i servizi di dimensioni maggiori (8 centri su 10 dichiarano più di 50 pazienti all'anno), mentre nel privato è più rappresentata la piccola dimensione (4 centri su 9 hanno in cura meno di 50 pazienti all'anno) (tab. 2.3)

Tab. 2.3 – Dimensione del servizio di T.O. per ente gestore

Dimensione del servizio (n° pazienti trattati in un anno)	Tipo di ente gestore	
	Pubblico	Privato
Fino a 50 pazienti	2	4
Più di 50 pazienti	8	5
Totale	10	9

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Non vi è comunque una relazione diretta tra dimensioni della struttura che eroga il servizio e le dimensioni del servizio stesso. Una struttura come il Pio Albergo Trivulzio, in grado di accogliere 1.100 pazienti in 8 reparti di degenza, ha trattato nel 1997 attraverso il suo reparto di T.O. 137 pazienti, mentre una struttura molto più piccola (244 posti letto), ma più specializzata, come quella dell'Ospedale di Cuasso al Monte, ha preso in cura con la stessa terapia nel 1995 ben 228 pazienti.

Se si considerano i centri che erogano soltanto prestazioni ambulatoriali o in *day hospital*, il numero di pazienti trattati in un anno è generalmente elevato nonostante le dimensioni più contenute della struttura che offre il servizio: il Centro Ambulatoriale della ASL 10 del Mugello tratta in un anno con la T.O. circa 240 pazienti, mentre il Centro di Riabilitazione "Franca Martini" di Trento ne ha seguiti nel 1997 circa 200.

È chiaro che il numero di pazienti trattati può essere soltanto uno degli indicatori presi in considerazione, ma nel misurare le dimensioni di un servizio occorre tener conto anche di altri fattori

quali il tipo di intervento sul paziente (ricovero, ambulatoriale, *day hospital*, ecc.), il numero di operatori impiegati, gli spazi e la strumentazione disponibili. Di questi fattori ci occuperemo nei prossimi capitoli.

Passiamo ora ad esaminare la presenza del reparto di T.O. nei centri che hanno risposto al nostro questionario. In più della metà delle strutture considerate (11 centri su 19) è stata rilevata la presenza di un reparto di T.O. (tab. 2.4). Nel resto del campione, invece, il reparto è surrogato da un servizio di T.O. che nella maggioranza dei casi è strutturato ed organizzato autonomamente (6 centri) mentre in qualche caso (2 centri) viene erogato come prestazione specialistica insieme ad altre forme di intervento terapeutico.

Tab. 2.4 – Presenza di un reparto di T.O.

È presente un reparto di T.O.	Numero servizi di T.O.
Si	11
No	8
Totale	19

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Ad un'analisi più approfondita condotta attraverso le interviste dirette e gli studi di caso è stato possibile far emergere diverse accezioni attribuite al concetto di reparto. Vi sono situazioni organizzative in cui il servizio di T.O. si configura esattamente come un reparto autonomo che svolge la sua attività parallelamente ad altri reparti, come nel caso della Casa di Cura di Rodello d'Alba, dove operano con il reparto di T.O. altri due reparti, quello di fisioterapia e quello di logopedia.

C'è chi parla di reparto in presenza di un servizio strutturato di T.O. che agisce all'interno di un servizio riabilitativo più ampio: è il caso del Pio Albergo Trivulzio dove la T.O. è organizzata all'interno del secondo servizio di fisiokinesiterapia e riabilitazione. Lo stesso avviene per l'Ospedale di Passirana dove la T.O. è svolta all'interno del settore della rieducazione funzionale.

C'è chi indica la presenza di un reparto di T.O. anche quando nel reparto tale terapia rappresenta una delle componenti della cura riabilitativa, insieme alla quale sono praticate anche la fisioterapia,

la logopedia e altri interventi terapeutici: ciò avviene, per esempio, nel Centro di Riabilitazione di Trento.

Tra i centri che non indicano la presenza di un reparto di T.O. vi sono alcune situazioni in cui il servizio si configura in modo molto strutturato: è il caso dell'Ospedale di Cuasso al Monte dove il Servizio di T.O. è organizzato con una propria autonomia operativa all'interno del reparto di Recupero e Riabilitazione Funzionale dei Neuromotulesi.

Da questi dati sembra emergere più una continuità che una discontinuità tra reparti e servizi organizzati. Agli estremi delle due polarità vi sono da un lato i servizi configurati come veri e propri reparti e dall'altro i servizi poco strutturati. Come già detto, la presenza del reparto può essere considerata un indicatore significativo del livello di strutturazione dell'organizzazione del servizio e quindi del grado di autonomia operativa rispetto agli altri servizi.

Da questo punto di vista, dalle risposte ottenute possiamo evidenziare come nelle strutture private è stata rilevata più frequentemente la presenza di un vero e proprio reparto di T.O.: 7 centri convenzionati su 9 hanno dichiarato l'esistenza del reparto (tab. 2.5).

Nelle strutture pubbliche registriamo un diverso assetto organizzativo dove più frequentemente la T.O. si configura come servizio organizzato che gode di una certa autonomia, ma che non si struttura come reparto (6 centri su 10).

Tab. 2.5 – Presenza di un reparto di T.O., per ente gestore

	Tipo di ente gestore	
	Pubblico	Privato
Si	4	7
No	6	2
Totale	10	9

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

La presenza di un reparto di T.O. sembra essere in qualche modo influenzata dalla maturità del servizio: più remoto è il periodo di attivazione del servizio, maggiori sono le probabilità che esso si configuri come un reparto autonomo. Su 11 servizi attivati prima del 1990, ben 7 prevedono un reparto di T.O., mentre tra gli 8 servizi attivati negli anni '90 soltanto la metà indica la presenza di un

reparto (tab. 2.6). Ciò significa che all'inizio, quando viene avviato il servizio di T.O., l'attività terapeutica è quasi sempre poco strutturata, mentre man mano che si consolida nel tempo essa assume gradualmente una forma sempre più strutturata fino a configurarsi come un vero e proprio reparto.

Anche la dimensione del servizio appare influente sul tipo di organizzazione del servizio. Tra i servizi maggiormente dimensionati che trattano più di 50 pazienti in un anno, prevalgono quelli che indicano la presenza di un reparto di T.O. (8 centri su 13) (tab. 2.7). Tuttavia, in qualche caso, la presenza di un reparto si registra anche per i servizi di piccole dimensioni.

Tab. 2.6 – Presenza di un reparto di T.O. per periodo di attivazione del servizio

	Periodo di attivazione del servizio	
	prima del 1990	dal 1990 ad oggi
Si	7	4
No	4	4
Totale	11	8

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 2.7 – Presenza di un reparto di T.O. per dimensione del servizio

È presente un reparto di T.O.	Dimensione del servizio (n° pazienti trattati in un anno)	
	fino a 50 pazienti	più di 50 pazienti
Si	3	8
No	3	5
Totale	6	13

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

3. Articolazione e modalità di erogazione del servizio

In questo capitolo cercheremo di evidenziare attraverso quali modalità vengono erogate le prestazioni di T.O. e come si articola l'offerta terapeutica rispetto a tali modalità di intervento.

A differenza di quanto accade nei paesi dove la T.O. è già una realtà affermata, in Italia il servizio si articola sostanzialmente tra attività di ricovero ed attività ambulatoriali, mentre l'attività domiciliare per questo genere di interventi è pressoché inesistente o comunque marginale. Con riferimento al nostro campione osserviamo come nella maggioranza delle strutture considerate – circa il 70% – le prestazioni di T.O. vengono erogate in regime di ricovero e di *day hospital* (tab. 3.1).

Una quota più ridotta (circa il 40%), ma significativa, viene erogata sotto forma di prestazioni ambulatoriali. Occorre dire che il ricovero in *day hospital* si colloca a metà strada tra ricovero “pieno” ed attività ambulatoriale: come nel caso dell'Ospedale di Passirana, il più delle volte il paziente entra la mattina, viene inserito nei programmi riabilitativi insieme agli altri pazienti ricoverati e torna a casa nel pomeriggio.

Solo in 3 casi su 19 esaminati si rileva la presenza di attività domiciliari, ma sarebbe improprio farle rientrare nel trattamento di T.O. poiché si limitano a semplici visite domiciliari attraverso cui si verifica l'idoneità dell'ambiente domestico ad accogliere il paziente che sarà dimesso e si forniscono gli opportuni suggerimenti per renderlo il più adeguato possibile.

Tab. 3.1 – Modalità con cui vengono erogate le prestazioni di T.O.

	Tipo di ente gestore(*)		Totale servizi T.O.
	Pubblico	Privato	
Ricovero	9	4	13
<i>Day hospital</i>	7	6	13
Prestazioni ambulatoriali	5	3	8
Prestazioni domiciliari	2	1	3
<i>Totale</i>	<i>10</i>	<i>9</i>	<i>19</i>

(*) La somma per colonna non coincide con i totali poiché erano possibili più risposte.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Il Pio Albergo Trivulzio di Milano, che al momento non eroga prestazioni a domicilio nell'ambito della T.O., si sta attivando per un piano di interventi volti a fornire tale servizio limitatamente all'utenza della propria ASL. L'Istituto da tempo eroga prestazioni a domicilio che rientrano in altre tipologie di intervento: ora si tratta di allargare questa prassi anche alla T.O. Con riferimento al bacino di utenza si tratterebbe per il reparto di T.O. dell'Istituto di far fronte ad un impegno di cura per 4-5 pazienti al mese per circa 20-25 trattamenti ciascuno.

Più della metà dei servizi considerati si rivolge esclusivamente ai pazienti ricoverati nella struttura sanitaria e non prevede attività ambulatoriale (11 centri su 19), di questi una piccola quota (3 centri privati) prevede soltanto il *day hospital* come forma di ricovero. Tra i centri studiati che prevedono il trattamento di T.O. solo per i pazienti ricoverati abbiamo il Centro di Recupero e Rieducazione Funzionale di Villanova e la Casa di Cura di Rodello.

Nel centro di Villanova non è previsto il servizio di *day hospital* né un'attività ambulatoriale vera e propria. Sono previste però visite specialistiche su prenotazione per l'utenza esterna, ma esclusivamente per la valutazione di idoneità degli ausili, mentre una valutazione funzionale del paziente per sottoporlo a trattamenti terapeutici non può essere effettuata dai medici senza che esso sia stato ricoverato nella struttura.

Vi sono casi in cui il ricovero è solo giornaliero: ad esempio, per questo genere di interventi, il Centro Psico Medico Pedagogico dell'ANFASS di Roma si limita soltanto al servizio di *day hospital*.

Un terzo del campione (6 centri) prevede sia il ricovero che l'attività ambulatoriale ed è rappresentato prevalentemente da strutture sanitarie pubbliche. Per questi servizi prevale tuttavia l'utenza interna su quella esterna, come nel Pio Albergo Trivulzio dove i pazienti in cura presso il reparto di T.O. sono rappresentati per l'80% dai degenti ricoverati e dal 20% da coloro che vi accedono tramite ambulatorio.

Infine una quota residuale (2 centri) svolge esclusivamente attività ambulatoriale. È il caso del Centro Ambulatoriale di Borgo San Lorenzo nel Mugello o del reparto di Neuropsichiatria Infantile della Fondazione Pro Iuventute (Don Gnocchi) di Milano.

Considerando il tipo di gestione, osserviamo come generalmente le strutture pubbliche vantano una maggiore articolazione del servizio (tab. 3.1): il servizio è quasi sempre rivolto ai pazienti ri-

coverati (9 centri su 10) e prevede anche il *day hospital* (7 centri). Inoltre, nella metà delle strutture pubbliche considerate il trattamento viene effettuato attraverso l'attività ambulatoriale.

Nelle strutture private si registra una minore articolazione dell'offerta: 6 centri su 9 si limitano ad una sola modalità di erogazione del servizio. Nel settore privato si rileva anche un maggior peso del *day hospital* (6 centri su 9) sulle altre forme di erogazione delle prestazioni terapeutiche.

Anche se prevedibile, è interessante osservare come all'aumentare delle dimensioni del servizio cresce anche la sua articolazione. I servizi di piccole dimensioni, fino a 50 pazienti trattati in un anno, rivolgono le loro prestazioni quasi esclusivamente ai pazienti ricoverati nei reparti di degenza o in *day hospital*. I servizi con più di 50 pazienti trattati in un anno, invece, integrano i trattamenti interni con l'attività ambulatoriale rivolta all'utenza esterna. In qualche caso integrano la loro attività anche con le visite domiciliari, che come abbiamo già anticipato si limitano ad una valutazione tecnica dell'ambiente domestico.

4. Presa in carico del paziente

Tra gli aspetti che definiscono il tipo di offerta del servizio di T.O. assume un'importanza rilevante il processo che caratterizza la presa in carico del paziente. La maggiore o la minore fluidità di questo processo non soltanto influenza il livello di accesso e quindi il livello della domanda, ma consente di filtrare in modo più efficiente l'inserimento dei pazienti nel trattamento terapeutico rendendo altresì più efficace il tipo di intervento proposto.

Dall'indagine effettuata non si riscontrano forti disomogeneità tra i percorsi di accesso al servizio. Rispetto ad una molteplicità di canali attraverso i quali avviene la segnalazione, si rilevano procedure di accettazione, di valutazione e di prescrizione del trattamento abbastanza omogenee. Le differenze, semmai, si riscontrano sul numero di passaggi valutativi, sui tempi di attesa e sulle procedure di urgenza, quando sono previste. Ma ciò dipende nella maggioranza dei casi dalle dimensioni e dalla complessità organizzativa del servizio e della struttura erogatrice.

I passaggi che analizzeremo sulla base dei dati raccolti nella rilevazione sono sostanzialmente tre: *i)* segnalazione del paziente al

servizio; *ii*) accettazione e prescrizione della T.O.; *iii*) inizio del trattamento e sua durata.

Tab. 4.1 – Pazienti trattati, per area di provenienza

Area di provenienza	Valore medio della percentuale indicata(*)
Dalla stessa ASL	56,1
Da diversa ASL - stessa provincia	20,6
Da diversa provincia - stessa regione	16,6
Da altre regioni	6,7
Totale	100,0

(*) Hanno risposto alla domanda 12 centri.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Prima di analizzare le procedure di accesso è opportuno inquadrare il tipo di provenienza degli utenti. Da dove arrivano i pazienti? La maggior parte dei pazienti trattati con la T.O. proviene dallo stesso bacino di utenti della ASL alla quale appartiene il servizio: in media il 56% circa dei pazienti di un servizio proviene dalla stessa ASL. Il rimanente 44% proviene da fuori (tab. 4.1). Una quota significativa di pazienti – circa il 23% – non è residente nella stessa provincia in cui è collocato il servizio.

Molto dipende dal tipo di struttura che eroga il servizio: nelle strutture ospedaliere di grandi dimensioni, per la natura stessa dell'offerta, prevalgono gli utenti extraterritoriali, mentre nei centri riabilitativi di dimensioni più contenute prevalgono gli utenti locali. Ad esempio, nel servizio di T.O. dell'Ospedale di Niguarda – grosso centro ospedaliero di Milano – solo il 20% dei pazienti appartiene alla stessa ASL, mentre l'80% proviene da fuori. Al contrario, nel piccolo Centro di Riabilitazione “Franca Martini” di Trento il 90% dei pazienti trattati sono locali e lo stesso si può dire per il 70% dei pazienti trattati nell'Ospedale di Cuasso al Monte.

È evidente che oltre alla dimensione della struttura conta il livello di radicamento e di integrazione del servizio di T.O. con il sistema dei servizi sanitari territoriali. Ciò che emerge da una prima lettura di questi dati è la mancanza di una diffusione capillare del servizio che fa fatica a raggiungere gli utenti territorialmente marginali rispetto ai punti di offerta. Se una parte delle prestazioni fos-

se erogata attraverso l'attività domiciliare si abbasserebbe notevolmente la domanda extraterritoriale a favore di un forte potenziamento di quella locale.

Consideriamo adesso il primo passaggio nel processo di inserimento del paziente nel trattamento terapeutico: la segnalazione del paziente al servizio. Nell'analisi sono stati esaminati i diversi canali attraverso i quali proviene abitualmente la richiesta di inserimento nel trattamento di T.O. Il canale di accesso più frequente è rappresentato dalla richiesta da parte dei reparti interni alla struttura di ricovero: 12 casi su 19 indicano questo tipo di richiesta (tab. 4.2).

Tab. 4.2 – Canali abituali per accedere al servizio di T.O.

Canali(*)	Numero servizi di T.O.
Richiesta di altri reparti interni	12
Richiesta di altre strutture sanitarie	9
Segnalazione del medico di base	7
Richiesta diretta dell'interessato	9
Segnalazione dei familiari	5
Segnalazione dei servizi sociali	6
Segnalazione del volontariato	3
Altro	7

(*) Erano possibili più risposte.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Rimangono fuori da questa modalità di segnalazione quei centri che offrono soltanto prestazioni ambulatoriali o di *day hospital*, oppure che non prevedono altri reparti nella struttura. Nell'Ospedale di Passirana la richiesta giunge dal medico di reparto o dall'unità spinale dell'ospedale. Nel Pio Albergo Trivulzio la richiesta del trattamento di terapia occupazionale viene inoltrata dal medico di sezione, dove il paziente è ricoverato, al medico fisiatra, il quale provvederà ad un'attenta valutazione del caso.

Un altro canale di accesso molto frequente è la segnalazione da parte di altre strutture sanitarie: 9 servizi di T.O. indicano nella segnalazione di altri centri una forma abituale di ingresso dei loro pa-

zienti. Dalla rilevazione effettuata risulta che sono molto di più le strutture pubbliche che quelle private ad utilizzare questo canale, e ciò è giustificato dalla maggiore integrazione operativa tra i centri di origine pubblica, anche per ragioni di ordine istituzionale. Inoltre è una modalità di accesso molto più diffusa tra i centri di grandi dimensioni o tra quelli che vantano nell'area una forte specializzazione nel campo riabilitativo, come, ad esempio, il Centro di Riabilitazione "Franca Martini" di Trento o il Centro di Riabilitazione di Villanova.

Le richieste di inserimento nel servizio che provengono dagli altri centri ospedalieri dell'area circostante sono inoltrate generalmente da quei reparti con cui si è consolidato un rapporto collaborativo e nei quali sono in cura pazienti affetti da patologie curabili attraverso la T.O. Nel Centro di Riabilitazione di Villanova – dove vengono trattate prevalentemente paraplegie, tetraplegie, paraparesi e tetraparesi –, un gran numero di pazienti è stato segnalato dai reparti di neurochirurgia degli ospedali circostanti dove sono stati affrontati in prima battuta traumi vertebro-midollari.

Occorre dire che spesso la richiesta, almeno formalmente, non arriva direttamente al servizio di T.O. ma passa attraverso altri reparti interni. Nel Pio Albergo Trivulzio, ad esempio, non sono previste segnalazioni dirette da parte di altre strutture di ricovero; un paziente ricoverato in una struttura esterna al Pio Albergo Trivulzio può essere eventualmente dimesso da tale struttura e segnalato alla propria ASL per il trattamento. È la ASL competente a stabilire i tempi del ricovero in base alla patologia e ad inoltrare la richiesta al Pio Albergo Trivulzio. Il paziente una volta ricoverato in uno dei reparti dell'Istituto viene segnalato al fisiatra dal medico di sezione secondo la procedura *standard* prevista per il trattamento riabilitativo.

Un terzo canale attraverso il quale arriva la segnalazione è rappresentato dal medico di base, indicato nella nostra rilevazione da 7 centri. Ciò si verifica prevalentemente per la richiesta di prestazioni ambulatoriali. Anche in questo caso è la ASL competente che filtra la richiesta ed attraverso il fisiatra valuta l'opportunità del trattamento; dopodiché inoltra la richiesta all'istituto che eroga il servizio¹³. In qualche caso la segnalazione può arrivare dai servizi socia-

¹³ Le segnalazioni giunte dai medici di base riguardano molto di più le strutture pubbliche che quelle private.

li degli enti locali o dallo stesso volontariato impegnato nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria; una volta arrivata la segnalazione si rimanda ai soggetti preposti per la valutazione di congruità e la formale richiesta (medico di base e ASL competente), e solo dopo si valuta l'idoneità del paziente al trattamento.

Lo stesso accade quando la segnalazione arriva direttamente dall'interessato o dai suoi familiari. Circostanza molto frequente, soprattutto quando il paziente è già passato da un trattamento riabilitativo e conosce direttamente il servizio di T.O.

Passiamo ora a considerare il passaggio che va dall'accettazione alla prescrizione del trattamento di T.O. Qui, nonostante qualche leggera differenza nelle procedure e nei tempi, si registra una sostanziale omogeneità nella prassi: una volta pervenuta la richiesta viene fissata la visita con il medico fisiatra, il quale prescrive il trattamento al paziente. Secondo quanto emerso dalla rilevazione è quasi sempre il fisiatra la figura chiave che filtra le richieste e prescrive la T.O.

Sono state rilevate delle varianti rispetto a questa prassi, ma si tratta di situazioni circostanziate. Ad esempio, nell'Istituto Opera Don Guanella di Roma per le richieste ambulatoriali – che riguardano soltanto i bambini – la visita specialistica e la prescrizione del trattamento viene fatta dal neuropsichiatra infantile mentre per i pazienti ricoverati – soltanto adulti – la prescrizione viene fatta dal neurologo.

Nel Centro di Riabilitazione di Villanova la visita interna del fisiatra può essere evitata quando la richiesta di trattamento con la T.O. giunge dagli ospedali della zona corredata da un'adeguata documentazione e da una precisa indicazione d'urgenza. Quanto tempo passa dall'accettazione della richiesta alla visita specialistica?

Tab. 4.3 – Presenza di lista di attesa per accedere al servizio

	Tipo di ente gestore		Totale servizi di T.O.
	Pubblico	Privato	
Si	7	7	14
No	3	2	5
Totale	10	9	19

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 4.4 – Tempi medi registrati per la lista di attesa

	Tempo medio in giorni di attesa
Per gli utenti ambulatoriali (*)	17
Per i pazienti degenti (**)	9

(*) Sono considerate nel calcolo del tempo medio le risposte di 7 centri.

(**) Sono considerate nel calcolo del tempo medio le risposte di 9 centri.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Dalle risposte ottenute abbiamo registrato la presenza di tempi di attesa in quasi tutti i centri esaminati: 14 servizi su 19 hanno indicato l'esistenza di una lista di attesa (tab. 4.3). Non risultano differenze sostanziali tra strutture pubbliche e strutture private mentre è molto più marcata la differenza tra prestazioni ambulatoriali e prestazioni in regime di ricovero: per le prime il tempo medio di attesa per la prima visita è quasi doppio (17 giorni) rispetto alle seconde (9 giorni) (tab. 4.4).

L'esistenza di tempi di attesa e la loro durata non si riducono necessariamente con le dimensioni del servizio. Vi sono servizi altamente specializzati anche se dimensionati su piccoli numeri dove i tempi di attesa sono relativamente lunghi: per esempio, il Reparto di Neuropsichiatria Infantile presso il Don Gnocchi di Milano, che tratta in un anno con la T.O. una quindicina di pazienti, indica tempi medi di attesa di un mese per accedere ai servizi ambulatoriali; per accedere al Servizio Riabilitativo dell'Istituto Geriatrico Casa di Dio di Brescia, che ha in cura non più di 50 degenti all'anno, occorre aspettare anche qualche mese.

Nel caso invece di grandi strutture, abbiamo situazioni diversificate: andiamo dai 10-15 giorni di attesa per l'accesso al servizio di T.O. del Pio Albergo Trivulzio ad un paio di mesi nell'Ospedale di Passirana; tuttavia, per accorciare i tempi in particolari situazioni di bisogno sono previste in quasi tutti i centri esaminati – con modalità diverse – delle procedure d'urgenza.

Per ultimo abbiamo voluto verificare i tempi previsti per l'inizio della cura e la durata media del trattamento di T.O. Come rilevato dalle interviste, non sempre il trattamento ha inizio immediatamente dopo la visita specialistica e la prescrizione della terapia da parte del fisiatra. Possono passare anche alcuni giorni se non vi sono le condizioni per un intervento d'urgenza: al Pio Albergo Trivulzio l'inizio del trattamento ha inizio al massimo dopo una setti-

mana dalla visita effettuata dal fisiatra. È lo stesso fisiatra, inoltre, che segnala eventuali procedure d'urgenza. Nell'Ospedale di Cuasso al Monte per i pazienti ricoverati nei reparti o in *day hospital* il trattamento inizia generalmente il giorno dopo la visita del fisiatra. Per le prestazioni ambulatoriali i pazienti possono aspettare anche una settimana, a seconda dei carichi di lavoro che devono affrontare i terapeuti in quel momento.

Con la visita il fisiatra oltre a valutare le condizioni del paziente ed a prescrivere il trattamento, fissa gli obiettivi del recupero e predispone un programma riabilitativo coerente. È poi la terapeuta coordinatrice del reparto di T.O. che, una volta ricevuta la segnalazione dal fisiatra, valuta i carichi di lavoro dei terapeuti impiegati ed assegna ad uno di essi il paziente in trattamento.

In molti casi abbiamo registrato situazioni in cui è affidato all'*équipe* multidisciplinare il compito di definire – subito dopo la presa in carico del paziente, convalidata dal medico fisiatra – il piano degli interventi e l'iter terapeutico calibrato sulle specificità del paziente.

Per quanto riguarda i tempi previsti per il trattamento, essi variano da paziente a paziente a seconda della patologia, della gravità del danno, dell'età, ecc. I tempi sono generalmente più lunghi per i pazienti mielolesi che per quelli cerebrolesi, per i pazienti più anziani che per quelli più giovani. Con riferimento alle interviste qualitative che sono state effettuate presso alcuni centri del campione, risulta che i tempi della T.O. oscillano mediamente per un paziente in cura tra i due ed i tre mesi. Per esempio, nell'Ospedale di Cuasso al Monte, per un paziente emiplegico occorrono mediamente 30 sedute di T.O. Nel caso di trattamento ambulatoriale si effettuano due-tre sedute alla settimana. Nel caso di pazienti ricoverati nella struttura si potrebbe effettuare una seduta al giorno, ma ciò è spesso impossibile a causa del gran numero di pazienti ricoverati rispetto ai terapeuti impiegati. Anche nel Centro di Riabilitazione "Franca Martini" di Trento vengono effettuate per interventi di tipo ambulatoriale due-tre sedute alla settimana per la durata di circa un'ora. Anche in questo centro si registrano tempi medi per la T.O. che variano da due a tre mesi.

5. L'offerta terapeutica

Una volta descritti i processi che riguardano la presa in carico del paziente, passiamo ad analizzare in questo capitolo l'offerta vera e propria di servizi di T.O., così come vengono erogati nelle strutture sanitarie prese in esame nella ricerca. Nella nostra analisi considereremo l'offerta di T.O. da due punti di vista: da un lato evidenzieremo l'offerta dal punto di vista dei soggetti destinatari del servizio e dall'altro focalizzeremo l'attenzione sul tipo di attività occupazionali e strumentali prodotte dal servizio.

Considerando il primo punto di vista, quello degli utenti, si può osservare come in generale il numero di pazienti trattati con la T.O. sia relativamente limitato anche in quelle strutture che si collocano ai livelli avanzati di offerta del servizio. Due terzi circa dei centri esaminati tratta in media meno di 25 pazienti al giorno, di cui 4 hanno in cura meno di 10 pazienti al giorno (tab.5.1). Soltanto un terzo dei centri che hanno risposto dichiara di trattare con la T.O. almeno 25 pazienti al giorno, di questi solo due superano i 50 pazienti.

Il Pio Albergo Trivulzio di Milano, uno dei centri più avanzati nell'ambito degli interventi riabilitativi, ed in particolare della T.O., tratta una media di 56 pazienti al giorno. La struttura in esame può accogliere 1.100 ricoverati, e per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari può contare su un bacino di utenza molto vasto se si considerano le dimensioni metropolitane dell'area di riferimento.

Tab. 5.1 – Pazienti trattati in media in un giorno

Numero di pazienti trattati	Numero servizi di T.O. (*)
Meno di 10	4
Tra 10 e 24	6
25 e più	5
Totale	15

(*) Hanno risposto alla domanda 15 centri.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

L'Ospedale di Cuasso al Monte, classificato come presidio ospedaliero ad indirizzo riabilitativo, tratta in media 22 pazienti al giorno su un totale di 244 posti letti abilitati. Vi sono, tuttavia, an-

che situazioni di maggiore offerta rispetto alle dimensioni della struttura: per esempio, nella casa di cura La Residenza di Rodello, a fronte di 100 posti letto convenzionati, sono trattati in media con la T.O. ben 42 pazienti al giorno.

Per quanto riguarda il tipo di utenza a cui si rivolge la T.O., dall'indagine emergono due forti concentrazioni tipologiche: una riguarda la fascia di età, l'altra l'ambito patologico in cui si collocano i pazienti. Nella prima registriamo una forte presenza di anziani ultrasessantacinquenni, nella seconda una forte presenza di pazienti neurologici.

Se consideriamo i centri che hanno fornito dati sull'età dei loro pazienti, risulta che il 55% dei soggetti in cura con la T.O. ha compiuto 65 anni ed oltre (tab. 5.2). Se aggiungiamo anche quegli adulti in prossimità della pensione o da pochi anni in pensione (55-64 anni), risulta che più del 72% dei pazienti si colloca nelle fasce più anziane della popolazione, mentre soltanto il 12,5% ha meno di 30 anni.

Tab. 5.2 – Pazienti trattati per classi di età

	Pazienti (v.a.)	Pazienti (%)
0 – 14 anni	37	2,5
15 – 29 anni	149	10,0
30 – 54 anni	227	15,2
55 – 64 anni	259	17,3
65 – 74 anni	485	32,4
75 – 84 anni	261	17,5
85 anni e più	76	5,1
Totale	1.494	100,0

(*) Hanno risposto alla domanda 15 centri.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tra le fasce anziane è interessante notare come più del 22% del campione è costituito da anziani che hanno compiuto 75 anni e più, a dimostrazione di quanto la T.O. sia praticata soprattutto in campo geriatrico, una delle aree di intervento maggiormente interessate al recupero ed alla riabilitazione funzionale. In alcuni centri la percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni è addirittura maggiore: al

Pio Albergo Trivulzio i pazienti trattati con la T.O. rappresentano il 40% dei soggetti in cura, mentre nell'Istituto Geriatrico Riabilitativo Redaelli di Milano la percentuale sale al 50%.

Con riferimento all'ambito patologico in cui si colloca più frequentemente il paziente, risulta dominante quello neurologico: 13 servizi su 19 trattano questo genere di pazienti (tab. 5.3), e più del 62% dei soggetti in cura è affetto da questa patologia (tab.5.4).

Tab. 5.3 – Patologie trattate con la T.O.

Ambiti patologici curati con la T.O.	Numero servizi di T.O.
Neurologia	13
Psichiatria	5
Neuropsichiatria infantile	4
Geriatrics	6
Psicogeriatrics	7
Cardiologia	3
Oncologia	4
AIDS	2
Ortopedia	10
Altro	7

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 5.4 Pazienti trattati in un anno per patologia

Ambiti patologici curati con la T.O.	Numero pazienti (*)
Neurologia	1.055
Psichiatria	30
Neuropsichiatria infantile	17
Geriatrics	46
Psicogeriatrics	82
Cardiologia	8
Oncologia	6
AIDS	2
Ortopedia	252
Reumatologia	77
Altro	118
Totale	1.693

(*) Hanno risposto alla domanda 15 centri.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Il secondo ambito patologico in ordine di importanza è rappresentato dall'ortopedia, trattata da più della metà dei servizi considerati; in termini di soggetti curati essa rappresenta circa il 15% dei pazienti trattati con la T.O. Di minore consistenza tutte le altre aree patologiche: se si aggregano insieme l'area della psichiatria, quella della neuropsichiatria infantile e quella della psicogeriatría non superiamo l'8% dei pazienti trattati. Tra le altre aree patologie interessate dalla T.O. abbiamo la geriatria, la cardiologia, l'oncologia. Nella rilevazione abbiamo rilevato in due centri alcuni casi di AIDS che vengono trattati anche attraverso la T.O.

Vi sono alcuni servizi, tra quelli considerati, che praticano la T.O. in settori più specializzati che riguardano particolari categorie di pazienti: è il caso del Reparto di Neuropsichiatria Infantile del Don Gnocchi di Milano che ha in cura solo bambini da 0 a 14 anni, o del servizio erogato dall'ACLI-COOP di Mirano presso la Struttura Comunale di Noale che ha in cura soltanto ragazzi (giovani ed adolescenti) con problemi psichiatrici.

Passiamo adesso ad analizzare l'offerta terapeutica dal punto di vista dei trattamenti e delle attività svolte. Dalle interviste fatte in profondità abbiamo riscontrato una certa attenzione data al momento della programmazione e della verifica delle attività svolte in reparto. Con diverse modulazioni, quasi tutti i servizi considerati prevedono momenti collegiali in cui impostare le attività e discutere sui percorsi terapeutici che vengono proposti. Non si tratta di valutare i singoli pazienti, ma di organizzare al meglio il servizio, di verificare tecniche e metodologie adottate, di studiare percorsi nuovi e alternativi, di impostare le attività di gruppo. Il più delle volte è la stessa *équipe* multidisciplinare, formatasi per la valutazione dei pazienti, che si fa carico della programmazione degli interventi nel reparto.

Come anticipato nel capitolo precedente i trattamenti di T.O. durano mediamente due-tre mesi, anche se per ogni paziente la durata del trattamento dipende dal tipo di patologia e dalle necessità di cura che richiede la gravità della malattia. La durata del trattamento dipende spesso anche dalla tipologia del ricovero: per i pazienti ricoverati nei reparti di lungo degenza riabilitativa, per i quali la ASL riconosce un periodo massimo di tre mesi, solitamente si tende a concentrare il trattamento nei limiti del ricovero; se il paziente è ricoverato in una RSA, il trattamento può essere diluito lungo più mesi in assenza di limiti di durata della degenza.

Mediamente le sedute relative al trattamento individuale non sono più di tre alla settimana e la loro durata è compresa tra i 45 ed i 60 minuti. Per alcuni pazienti gravemente compromessi dalla malattia non è possibile andare oltre i 20 minuti, al di sopra dei quali il trattamento risulterebbe particolarmente estenuante per il paziente¹⁴.

I trattamenti terapeutici si svolgono essenzialmente su due fronti: da un lato vi sono le attività di vita quotidiana (AVQ) che puntano al recupero dell'autonomia nel movimento e nella cura di sé, dall'altra vi sono tutte le altre attività motorie e cognitive che presentano finalità terapeutiche più specifiche con riferimento alla malattia del paziente.

Le AVQ sono volte a far raggiungere al paziente la massima autonomia possibile nel lavarsi, nel vestirsi, nel provvedere all'igiene personale, nel trasferirsi eventualmente dal letto alla carrozzina e viceversa, nel fare da mangiare, ecc. Per i pazienti trattati in regime di ricovero questo genere di interventi sono concentrati in alcuni momenti della giornata: ad esempio, nell'Ospedale di Cuasso al Monte, tutte le mattine ogni terapeuta segue nei reparti, per almeno mezz'ora, un paio di pazienti nelle operazioni di igiene personale e di vestizione. In alcuni casi il terapeuta occupazionale segue il paziente durante i pasti per recuperarne il più possibile l'autonomia motoria anche nell'alimentazione.

L'altra area di interventi punta a recuperare i deficit funzionali attraverso le attività artigianali (la lavorazione del legno, della creta, la tessitura, ecc.) le attività espressive (disegno, pittura, rappresentazione, canto, ecc.), il gioco, la manipolazione, la musicoterapia, l'uso del *computer*, ecc.

Dall'indagine risulta una notevole articolazione di queste proposte. I servizi di T.O. non si limitano infatti a poche attività occupazionali ma offrono una molteplicità di interventi. Le attività di vita quotidiana sono proposte in quasi tutte le strutture esaminate (17 centri su 19) (tab. 5.5). Anche le attività artigianali e quelle espressive costituiscono un nucleo forte tra gli interventi riabilitativi dell'azione terapeutica (solo in 3 centri non sono presenti). Inoltre,

¹⁴ Gli orari in cui si svolgono le prestazioni terapeutiche vanno generalmente dalle 8,00 alle 16,00; in qualche caso si riservano delle fasce orarie per le prestazioni ambulatoriali: nel Pio Albergo Trivulzio, per esempio, dalle 8,00 alle 9,30 e dalle 12,00 alle 13,30 le prestazioni si rivolgono ai pazienti non ricoverati.

nella maggioranza dei casi sono previste attività di manipolazione (16 centri) ed attività di gioco adattato (15 centri).

Tab. 5.5 – Attività svolte nella T.O.

	Numero di servizi di T.O.(*)
Attività di vita quotidiana	17
Attività artigianali	14
Attività espressive	13
Attività di gioco adattato	15
Attività di manipolazione	16
Attività di inserimento scolastico e/o lavorativo	10
Attività cognitiva con il <i>computer</i>	7
Musicoterapia	2
Attività per l'inserimento nell'ambiente domestico	13
Altro	5
Totale	19

(*) Erano possibili più risposte.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Una forte attenzione viene data a tutte quelle attività orientate al reinserimento del paziente nell'ambiente domestico (13 centri) e in più della metà dei servizi esaminati (10 centri) è prevista un'azione riabilitativa volta all'inserimento del paziente nell'ambiente scolastico o di lavoro. Meno frequente è la presenza di attività cognitive sul *computer*, previste soltanto in 7 servizi su 19; infine, la musicoterapia è inserita nei programmi di attività della T.O. solo in due casi tra quelli esaminati.

A questo elenco di attività se ne possono aggiungere tante altre più specifiche ed originali. Per avere un'idea della molteplicità di iniziative proposte ne citiamo qualcuna a titolo di esempio. Nel Centro di Riabilitazione di Villanova, nei programmi di T.O. sono previste tra le tante attività svolte la pallacanestro, praticata per due pomeriggi alla settimana dai giovani in carrozzina, e la scuola guida, volta a far ottenere la patente speciale per la guida di automezzi adattati. Nel reparto di T.O. dell'Ospedale di Passirana viene proposto un percorso di addestramento per l'utilizzo della carrozzina e poi nell'ambito delle attività sportive il tiro con l'arco, il *ping-*

pong, la pallacanestro e l'*hockey*. Sono svolte, inoltre, attività domestiche in modo strutturato, come quelle di stirare e di cucinare. Nell'ambito delle attività artigianali, nella Casa di Cura "La Residenza" di Rodello è prevista la possibilità di lavorare in un laboratorio di falegnameria o di lavorare sui telai per la tessitura. Tra le attività espressive vi sono la pittura ad olio e a tempera e la lavorazione della creta. Infine, nel Centro di Riabilitazione dell'Opera Don Guanella di Roma è stata attivata recentemente un'esperienza di teatro delle ombre cinesi che ha consentito di lavorare sul paziente sia sul linguaggio e sulla gestione del corpo che sulla dimensione relazionale e di gruppo.

Nella T.O. il trattamento individuale rappresenta la struttura portante su cui poggia l'azione riabilitativa. Per ogni paziente viene individuato un piano di interventi che tenga conto di tutte le sue problematiche motorie, cognitive e relazionali. In molti centri, ad integrazione dei trattamenti individuali, sono previsti anche trattamenti di gruppo, solitamente rivolti alla riabilitazione di tipo cognitivo e relazionale, ma anche a quella di tipo motorio. I gruppi sono composti da un minimo di 2 pazienti ad un massimo di 6-7 persone a seconda del tipo e della gravità del deficit considerato. Nella composizione dei gruppi, l'età è un criterio importante ma non determinante, molto più spesso si tiene conto del tipo di deficit e soprattutto del grado di autonomia raggiunto dal paziente.

Quando il problema è soprattutto relazionale, di accettazione e di comunicazione con l'ambiente (apatia, depressione, isolamento, ecc.), vengono proposti in qualche caso anche gruppi di discussione veri e propri, dove compito del terapeuta occupazionale è quello di sollecitare la comunicazione e l'ascolto facendo emergere disagi e problemi che altrimenti non verrebbero esternati dal paziente¹⁵.

L'impressione che si può ricavare dalle interviste svolte in profondità è che il trattamento di gruppo, pur essendo attivato in molti centri, non sia ancora ben centrato sugli obiettivi prioritari di riabilitazione cognitiva e relazionale, ma che rappresenti piuttosto una somma di trattamenti individuali, soprattutto in quelle situazioni in cui prevalgono le esigenze organizzative e di carenza del personale. A volte sono considerati trattamenti di gruppo attività che aggregano semplicemente diversi pazienti intorno ad una attività coordinata

¹⁵ I trattamenti di gruppo durano in media un'ora, le sedute dei gruppi di discussione, in quei centri dove sono stati rilevati, durano più di un'ora.

dal terapeuta occupazionale: per esempio, le attività al tavolo che vengono svolte nel Centro di Riabilitazione di Villanova hanno lo scopo di aggregare diversi pazienti tetraplegici ed emiplegici per farli scrivere, spostare oggetti, praticare attività manuali e svolgere giochi funzionali. Qui l'attività riabilitativa non necessariamente implica dinamiche di gruppo.

Oltre alle attività occupazionali vere e proprie, i terapeuti svolgono un'attività di valutazione che ha tempi e modalità ben strutturate. Una volta che il medico fisiatra competente ha prescritto il trattamento di T.O. ed è avvenuta la presa in carico del paziente attraverso il ricovero o attraverso l'attività ambulatoriale, si pone il problema di valutare l'impatto del trattamento terapeutico sul paziente e di verificarne le condizioni durante il percorso riabilitativo allo scopo di orientare e calibrare meglio gli interventi.

Questa funzione generalmente è svolta dall'*équipe* multidisciplinare: il terapeuta occupazionale, insieme ai medici e agli altri terapeuti, contribuisce ad una lettura globale delle condizioni del paziente e ad individuare i tempi e gli interventi più idonei per conseguire gli obiettivi della riabilitazione.

La frequenza con cui si riunisce l'*équipe* multidisciplinare varia da centro a centro a seconda del numero di pazienti trattati e del numero di soggetti valutati durante una sessione. Per esempio, nel Centro di Riabilitazione dell'Opera Don Guanella di Roma, l'*équipe* multidisciplinare che segue i pazienti in T.O. si riunisce mediamente una volta al mese, così anche nell'Ospedale di Passirana, mentre nel Pio Albergo Trivulzio si riunisce una volta alla settimana per circa due ore e prende in considerazione solo due pazienti per volta. Anche nel Centro di Riabilitazione "Franca Martini" di Trento gli operatori si riuniscono in *team* una volta alla settimana per valutare i pazienti in trattamento. È evidente che la valutazione sul paziente non può che essere fatta collegialmente essendo il paziente coinvolto in un processo riabilitativo che può prevedere spesso più trattamenti e coinvolgere più operatori.

Quando l'*équipe* si riunisce, si procede alla presentazione dei casi presi in esame ed ogni specialista riferisce per ciò che gli compete. Poi segue la discussione che coinvolge tutti gli operatori. Anche quando il terapeuta occupazionale ritiene opportuno modificare il trattamento riabilitativo di un paziente, la scelta viene discussa ed eventualmente decisa in sede di *équipe*.

I sistemi di valutazione più utilizzati sono rappresentati dalle scale di autonomia, misurate sulle attività di vita quotidiana (AVQ). Queste scale misurano la capacità del soggetto di vestirsi, di lavarsi, di mangiare, ecc. Anche se si riferiscono soltanto ad una parte degli ambiti di intervento della terapia questi aspetti dell'autonomia sono quelli più facilmente misurabili con una scala di valutazione.

Tab. 5.6 – Uso di scale di valutazione per la T.O.

	Numero servizi di T.O.
Si	16
No	3
Totale	19

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Le scale di valutazione sono utilizzate in quasi tutti i servizi esaminati (16 centri su 19) e in molti casi le scale adottate nel reparto di T.O. sono più di una (tab. 5.6). Abbiamo rilevato in media più di due scale di valutazione per ogni servizio. In alcuni casi le scale adottate sono addirittura quattro come nel Pio Albergo Trivulzio o nell'Ospedale di Passirana o cinque come nell'Istituto Golgi di Abbiategrasso. Vi sono tuttavia anche servizi che non utilizzano scale di valutazione, ma si affidano all'esperienza professionale del terapeuta o del medico competente per la valutazione delle condizioni del paziente, così come avviene, ad esempio, al Centro di Riabilitazione Don Guanella di Roma.

Solitamente il terapeuta occupazionale integra la propria valutazione sullo stato del paziente con le indicazioni ricavabili dalle scale di autonomia. Dall'indagine emerge un quadro molto variegato in cui prevale la discrezione dei terapisti e dei medici nella scelta delle scale di autonomia da adottare. Tra le scale maggiormente utilizzate emergono la FIM adottata da ben 8 centri su 19, la scala di Barthel e la Mini Mental State Examination adottate ciascuna in almeno tre centri (tab. 5.7).

Tab. 5.7 – Tipo di scale di valutazione utilizzate

	N.ro servizi di T.O.(*)
FIM	8
Barthel	3
Mini Mental State Examination	3
DRS	2
Valutazione area cognitivo-percettiva	2
VFM	2
Batteria Neuro Psicologica (M. Negri)	1
Chricton modificata	1
Indice di Katz	1
Lowton	1
Phisical Performance Test	1
Protocollo di valutazione del servizio	1
Questionario del tempo libero e di ruolo	1
S.I.C. (Scala di Impairment comunicativo)	1
Scala per lo <i>stress</i>	1
Scheda di valutazione di T.O.	1
Scheda valutazione della postura in carrozzina	1
Test neuropsicologico di Luna	1
Tinetti (Balange Gate)	1
Valutazione attività espressive (pittura, carta, gioco, ecc.)	1
Totale	19

(*) Erano possibili più risposte.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Segue poi un lungo elenco di scale di valutazione tra loro diverse: complessivamente 21: è proprio questa eccessiva polverizzazione delle scale adottate a rendere difficile qualsiasi comparazione dei risultati. La comparazione è riconducibile semplicemente agli esiti clinici dei trattamenti sui pazienti, ma gli indicatori appaiono molto grossolani e non entrano nel merito delle patologie, dei tempi impiegati e del grado di autonomia raggiunto.

Tab. 5.8 – Pazienti trattati in un anno per esiti clinici

	Pazienti (v.a.)	Pazienti (%)
Miglioramento	719	69,5
Decorso stazionario	279	27,0
Peggioramento	36	3,5
Totale	1.034	100,0

(*) Hanno risposto alla domanda 11 centri.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Per avere un dato aggregato che dia soltanto il senso dei risultati ottenuti con la T.O., abbiamo chiesto ai servizi esaminati quale fosse stato il decorso riabilitativo dei loro pazienti fino al termine della terapia. Ebbene, se consideriamo soltanto i servizi che hanno risposto alla domanda e che complessivamente rappresentano un campione di 1034 pazienti, osserviamo che quasi il 70% dei soggetti trattati ottiene un miglioramento al termine della terapia, il 27% registra un decorso stazionario e soltanto il 3,5% subisce un peggioramento (tab. 5.8).

Nell'offerta di servizi della T.O. consideriamo per ultimo anche le attività non direttamente rivolte al trattamento terapeutico, ma strumentali al raggiungimento dell'autonomia: si tratta delle attività svolte dai terapisti occupazionali volte a produrre strumenti o a fornire informazioni utili ai pazienti per ottenere la migliore autonomia e la migliore integrazione ambientale possibili. Tra questo tipo di attività troviamo il modellaggio di ortesi e di apparecchi volti a correggere funzioni e movimenti di parti anatomiche del corpo, svolto in 11 dei 19 centri considerati (tab. 5.9), e la progettazione e la realizzazione di ausili semplici, spesso costruiti per le esigenze specifiche del singolo paziente (11 centri).

L'altra categoria di attività molto diffusa è quella della valutazione ambientale: anche qui, in 11 centri è previsto che il terapeuta occupazionale si rechi presso l'abitazione del paziente e predisponga uno studio dell'ambiente domestico in modo da verificare eventuali barriere che ne riducano l'autonomia ed individuare e poi proporre soluzioni in grado di superarle. Alcuni servizi (7 centri) si attivano anche per una valutazione dell'ambiente di lavoro o di quello scolastico, qualora il paziente lavori o vada ancora a scuola.

Tab. 5.9 – Attività strumentali alla T.O.

	N.ro servizi di T.O.(*)
Modellaggio ortesi	11
Studio dell'ambiente domestico dell'utente	11
Studio ergonomico dell'ambiente scuola/lavoro	7
Progettazione di ausili	11
Altro	4
Nessuna attività strumentale	4
Totale	19

(*) Erano possibili più risposte.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

6. Strutture e risorse disponibili

Può apparire come il solito “*cahier de doléance*” l’elenco delle risorse che risultano scarse e limitate nella T.O. Come valutare dunque tale scarsità di risorse senza confonderla nella più generale limitata disponibilità di risorse che il contenimento della spesa pubblica e, in particolare, della spesa sanitaria hanno ancora di più evidenziato in questi ultimi anni?

Dall’indagine emergono parecchi segnali di una debolezza strutturale della T.O. di cui gli indicatori più vistosi sono: *i*) la scarsa diffusione di servizi organizzati nel sistema sanitario in grado di erogare prestazioni terapeutiche adeguate; *ii*) la scarsità di personale impiegato che si accompagna a carichi di lavoro spesso molto pesanti; *iii*) la scarsa dotazione di strutture che per il tipo di terapia devono poter contare su spazi attrezzati ed adeguatamente dimensionati; *iv*) la limitata disponibilità di strumenti e di apparecchiature per la terapia, e in particolare l’assenza delle nuove tecnologie applicate alla riabilitazione. Questa debolezza vale sia per i servizi gestiti da strutture pubbliche, sia per i servizi gestiti dalle strutture private accreditate, condizionate anch’esse dalla disponibilità di risorse pubbliche.

L’impressione che si ha dall’analisi delle opinioni espresse dagli operatori intervistati è che in un processo ormai strutturale di

contenimento della spesa, che riguarda sempre più settori del servizio pubblico, dopo aver recuperato quanto più possibile dall'aumento dell'efficienza del servizio, non resta che tagliare su quelle prestazioni considerate marginali rispetto ad una scala di priorità prestabilite.

Purtroppo, come riferito dagli stessi terapisti, la T.O. ha avuto ed ha tuttora un ruolo marginale nel campo degli interventi riabilitativi. Laddove la T.O. mostra attenzione ed una propria vitalità, ciò è dovuto all'adattabilità, alla dedizione e alla forti motivazioni professionali dei terapisti, prima ancora che ad una minore scarsità di risorse disponibili.

In questo capitolo cercheremo di evidenziare le aree di maggior debolezza quantificando, laddove è possibile, il livello di risorse disponibili. In realtà risulta estremamente difficile ricavare misure significative del livello di risorse impiegate per il semplice motivo che per quasi tutti i servizi esaminati, anche quando è presente un reparto di T.O., non è possibile distinguere i costi di competenza del servizio da quelli generali relativi alla struttura o all'ente che lo eroga.

Non esiste, infatti, una gestione autonoma né un bilancio per competenze da cui ricavare le voci di spesa attribuibili alla T.O. Può succedere, come abbiamo rilevato al Pio Albergo Trivulzio o al Centro di Riabilitazione Opera Don Guanella, che le voci di spesa si riferiscano all'intero servizio riabilitativo, ma anche in questo caso risulta impossibile scorporare i costi della T.O. Per questo motivo non sarà possibile fare riferimento al livello di risorse impiegate in termini di spesa o di costi sostenuti, ma ci limiteremo a quantificare la dotazione di risorse strumentali, quali gli spazi attrezzati, le apparecchiature e il materiale di consumo utilizzato. Per quanto riguarda il costo del personale, la spesa corrente più significativa nell'erogazione del servizio, ci limiteremo a fare qualche esempio a partire da alcune stime facilmente ricavabili.

Per quanto concerne la dotazione di strutture di cui dispone la T.O., si può quantificare, in base ai dati forniti dalle interviste, il numero di stanze utilizzate esclusivamente dal servizio di T.O., il numero e la tipologia di spazi attrezzati disponibili e gli strumenti utilizzati per la riabilitazione. Circa la metà dei servizi esaminati non dispone (4 centri) o dispone al massimo di una stanza (5 centri)

per le proprie attività terapeutiche. Il resto dei servizi considerati (10 centri) può contare invece su almeno due stanze (tab. 6.1).

Tab. 6.1 – Stanze ad uso esclusivo della T.O., per dimensione del servizio

Numero di stanze utilizzate per T.O.	Dimensione del servizio (n° pazienti trattati in un anno)		Totale
	meno di 50 pazienti	50 pazienti e più	
Nessuna	1	3	4
Una sola	3	2	5
Più di una	2	8	10
Totale	6	13	19

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

I servizi che vantano dimensioni maggiori, per numero di pazienti trattati, mediamente dispongono di più stanze, ma non mancano situazioni contraddittorie in cui a fronte di un gran numero di pazienti trattati non si dispone di spazi propri. Un caso emblematico è quello della Casa di Cura “La Residenza” di Rodello dove a fronte di più di 300 pazienti trattati in un anno, la T.O. non dispone di stanze proprie. In realtà, le attività terapeutiche vengono svolte negli spazi comuni utilizzati anche per altri interventi di tipo riabilitativo.

Al contrario vi sono situazioni particolarmente favorevoli in cui le stanze disponibili nel reparto di T.O. sono numerose; nel Centro di Riabilitazione di Villanova sono previste 5 stanze, di cui una cucina adattata, un laboratorio per le attività espressive, una stanza per le attività da tavolo, una stanza attrezzata con letto e servizi igienici utilizzata per le esercitazioni nei trasferimenti dalla carrozzina, una stanza con funzioni di ambulatorio e di studio. Il bagno adattato è in comune con gli altri reparti, mentre per le attività sportive è utilizzabile, attraverso una convenzione, la palestra del Comune.

In generale, gli spazi attrezzati utilizzati a fini terapeutici si possono suddividere in tre grosse categorie: *i*) gli spazi per le attività di vita quotidiana; *ii*) gli spazi per la riabilitazione motoria; *iii*) gli spazi per la riabilitazione cognitiva e relazionale.

Tab. 6.2 – Presenza di spazi attrezzati per la T.O.

	Numero servizi di T.O.
Cucina adattata	8
Bagno adattato	11
Camera da letto adattata	6
Palestra attrezzata	9
Laboratori per attività artigianali	15
Stanze attrezzate con ausili	9
Ambulatorio	7
Altro	7

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 6.3 – Spazi attrezzati per la T.O.

Spazi attrezzati presenti	Numero spazi attrezzati		Totale
	interni al reparto	in comune con altri reparti	
Cucine adattate	6	3	9
Bagni adattati	13	16	29
Camere da letto adattate	4	3	7
Palestre attrezzate	4	6	10
Laboratori per attività artigianali	30	7	37
Stanze attrezzate con ausili	7	3	10
Ambulatori	7	-	7

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Nella prima categoria rientrano il bagno adattato, la camera da letto adattata e la cucina adattata. Il bagno adattato è presente in 11 servizi su 18¹⁶, per un totale di 29 unità rilevate – una media di circa tre bagni per servizio (tabb. 6.2, 6.3) –. Prevalgono i bagni adattati utilizzati in comune con gli altri reparti su quelli di esclusiva

¹⁶ Una delle 19 strutture esaminate non ha risposto alla domanda.

pertinenza del servizio; la cucina adattata è prevista in 8 centri e la camera da letto adattata in 6 centri. Da questi numeri si può osservare come meno della metà dei servizi esaminati dispone di spazi adeguati per le attività di vita quotidiana, considerate molto importanti nei programmi di recupero dell'autonomia.

Nella seconda categoria, quella degli spazi orientati principalmente all'attività motoria, rientrano le palestre e le stanze attrezzate con ausili. I servizi che dispongono di una palestra attrezzata sono 9 su 18: di questi, 5 non dispongono di uno spazio proprio ma condividono la palestra con altri reparti riabilitativi presenti nella struttura sanitaria; una stanza attrezzata con ausili è disponibile solo in 9 servizi, in sette dei quali è già utilizzabile una palestra. Se si considerano le situazioni in cui sono assenti entrambi gli spazi, osserviamo che poco meno della metà dei servizi esaminati (8 centri su 18) non ha spazi attrezzati per far svolgere adeguatamente l'attività motoria ai propri pazienti.

Per ultimo, consideriamo gli spazi per la riabilitazione cognitiva e relazionale di cui sono espressione i laboratori per le attività espressive ed artigianali: nella nostra rilevazione ne abbiamo contati 37, utilizzati da ben 15 servizi – in media più di due laboratori per servizio –, nella maggioranza dei casi interno al servizio e non condiviso con gli altri reparti. Quest'ultimo dato evidenzia l'importanza attribuita a tale attività, che nella T.O. rappresenta senza dubbio l'intervento più caratterizzante l'approccio globale con cui vengono affrontati il deficit e la riabilitazione.

Oltre alla disponibilità di spazi attrezzati destinati alle attività occupazionali, un indicatore significativo del livello di strutturazione del servizio è dato dalla presenza di una stanza adibita ad ambulatorio. Soltanto 7 servizi su 18 dispongono al proprio interno di una stanza di ambulatorio dove poter effettuare visite o ricevere parenti.

Se consideriamo la dotazione di strumenti per la T.O. ritroviamo la stessa povertà di risorse; è emblematica la scarsa presenza del *computer* legato all'uso riabilitativo nella sfera cognitiva: complessivamente abbiamo contato 15 *computer* presenti soltanto in 10 servizi, circa la metà dei centri considerati (tabb. 6.4, 6.5). Leggermente più diffusi gli strumenti utilizzati per le attività artigianali, quali la tessitura o la falegnameria: sono stati rilevati 20 telai per la tessitura presenti in 9 centri e 23 strumenti per la lavorazione del legno in 13 centri.

Tab. 6.4 – Presenza di strumenti utilizzati per la T.O.

Strumenti presenti	Numero servizi di T.O.
<i>Computer</i>	10
Forno per cottura creta	5
Telaio per tessitura	9
Strumenti per la lavorazione legno	13
Strumenti per la lavorazione carta	8
Strumenti musicali	7
Giochi funzionali	12
Sollevatore idraulico	8
Vasca termostata per ortesi	7
Altro	8

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 6.5 – Strumenti utilizzati per la T.O.

Strumenti utilizzati	Numero strumenti utilizzati		
	interni al reparto	in comune con altri reparti	Totale
<i>Computer</i>	12	3	15
Forno per cottura creta	5	1	6
Telaio per tessitura	20	-	20
Strumenti per la lavorazione legno	23	1	24
Strumenti per la lavorazione carta	9	2	11
Strumenti musicali	10	5	15
Giochi funzionali	20	27	47
Sollevatore idraulico	3	18	21
Vasca termostata per ortesi	4	4	8

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Più modesta invece la dotazione di strumenti per le attività espressive: soltanto un terzo circa dei servizi esaminati dispone di un forno per la cottura della creta o di strumenti per la lavorazione della carta o di strumenti musicali; maggiore diffusione vantano i giochi funzionali presenti in 12 servizi.

Infine, per quanto riguarda gli strumenti non direttamente utilizzati nelle attività occupazionali ma funzionali ad esse, possiamo osservare una sostanziale carenza di risorse: sono state rilevate soltanto 8 vasche termostate per il modellaggio delle ortesi e 21 sollevatori idraulici, di cui solo 3 presenti all'interno del servizio.

Se passiamo dalle risorse in dotazione alle risorse impiegate per la gestione del servizio vi è stata una difficoltà oggettiva nel quantificare con altrettanta precisione la consistenza delle risorse disponibili. Come anticipato, non esiste una contabilità interna al servizio che ci consenta di individuare le spese di competenza né la loro distribuzione per capitoli di spesa. Quello che si può fare a partire dalle informazioni ricevute è fornire delle indicazioni di massima su come vengono impiegate le risorse finanziarie destinate alla gestione del servizio.

Escludendo le spese comuni con gli altri reparti (pulizie, riscaldamento, consumo elettrico, telefono, ecc.), difficilmente scorporabili dai costi generali della struttura sanitaria, le spese relative alla T.O. riguardano principalmente i costi del personale, il materiale utilizzato per gli ausili ed il materiale di consumo necessario allo svolgimento delle attività occupazionali.

La voce più consistente è quella relativa al personale, che a seconda delle dimensioni del servizio può rappresentare anche l'80% delle risorse impiegate nel servizio. A titolo di esempio, è utile considerare il caso del Centro di Riabilitazione "Franca Martini" di Trento dove vengono erogate soltanto prestazioni ambulatoriali (90%) e di *day hospital* (10%) e dove è stato possibile ottenere informazioni più dettagliate in merito alla destinazione delle risorse. Su un totale di 115 milioni previsti per la T.O. nel bilancio preventivo del 1998, ben 81 milioni sono destinati allo *staff* (due terapisti occupazionali, di cui uno *part-time*, più prestazioni mediche) pari a circa il 70% delle risorse impiegate. Per il tecnico esterno addetto al montaggio e alla manutenzione degli ausili sono previsti 21 milioni, per il materiale di consumo destinato alle attività manuali sono previsti 5 milioni e per la formazione dei terapisti (corsi, convegni, ecc.) 3 milioni e mezzo, pari al 3% delle risorse impiegate, cui

vanno aggiunti altri 4 milioni e mezzo di consulenze esterne sul fronte degli ausili. Considerando che in un anno i pazienti trattati con la T.O. sono circa 200, possiamo stimare un costo procapite di circa 600 mila lire.

Se consideriamo invece un tipo di intervento più “pesante” fatto in regime di ricovero, i costi della prestazione aumentano notevolmente. Con riferimento ai soli costi del personale relativi ai 4 terapisti occupazionali impiegati nel secondo servizio riabilitativo del Pio Albergo Trivulzio, otteniamo un costo annuo di circa 130 milioni¹⁷. Considerando che i pazienti trattati in un anno sono circa 140-150, possiamo stimare un costo procapite di circa 900 mila lire; se al costo dei terapisti occupazionali aggiungiamo le altre spese di reparto, il costo per paziente potrebbe aggirarsi intorno ad un milione e 300 mila lire.

Dai costi del personale è escluso quello del personale medico: le prestazioni del fisiatra o dello psicologo sono condivise con gli altri reparti di riabilitazione e quindi non scorporabili dalle spese generali della struttura. È evidente, altresì, che questa stima rappresenta soltanto il costo delle prestazioni di T.O. e non comprende i costi della degenza o altri costi generali che rientrano nella gestione complessiva della struttura che eroga il servizio.

Al termine di questa analisi sulle risorse disponibili è opportuno evidenziare un punto di debolezza strutturale per la gestione del servizio, rappresentato dalla scarsa autonomia degli operatori nelle decisioni di spesa. In quasi tutte le interviste in profondità è emersa questa eccessiva farraginosità anche per le decisioni di spesa più minute: ogni acquisto di materiale di consumo, ogni necessità di acquisto o di riparazione di ausili sono accompagnati da un eccesso di formalizzazione della richiesta e da tempi di attesa molto lunghi, tali da appesantire enormemente il processo di acquisizione¹⁸.

Le opinioni degli operatori raccolte durante le interviste evidenziano un atteggiamento di estraniamento rispetto alla gestione amministrativa che riflette la sensazione di esclusione dai processi

¹⁷ Una terapeuta occupazionale assunta con il 7° livello (circa 40 milioni all'anno) e 3 terapisti occupazionali impiegate con un rapporto libero professionale che prevede un massimo di 24 ore alla settimana con una remunerazione oraria pari a 25 mila lire lorde.

¹⁸ Per l'acquisto di una carrozzina possono passare anche 7 mesi, ma abbiamo rilevato situazioni ancora peggiori; le procedure di appalto rivolto a ditte specializzate richiedono tempi lunghissimi e la risposta arriva spesso quando il bisogno espresso è cambiato o è superato.

decisionali di spesa. Una maggiore autonomia ed una maggiore responsabilizzazione sulle decisioni di spesa riferite al reparto può favorire non soltanto il livello motivazionale degli operatori ma può essere di spinta ulteriore al recupero dell'efficienza ed al miglioramento della qualità del servizio.

7. I terapisti occupazionali

La figura del terapeuta occupazionale ha rappresentato e rappresenta tuttora la vera risorsa strategica su cui si è basata l'introduzione e la diffusione della T.O. in Italia. Ignorata nel nostro Paese per tanto tempo, è stata introdotta con notevoli anni di ritardo anche grazie al contributo di molti terapisti occupazionali stranieri che hanno trasferito conoscenze, esperienze e metodologie già consolidate nei loro paesi di provenienza.

Il ruolo avuto dal terapeuta occupazionale per impiantare e far sopravvivere questo tipo di terapia è ancora più apprezzabile se si considerano le notevoli difficoltà che hanno caratterizzato la sua azione. Si è dovuto far fronte ad un contesto sanitario nazionale poco ricettivo, che nei confronti della Terapia occupazionale ha mostrato spesso atteggiamenti di tiepidezza e in qualche caso di "distanza". Poche strutture riabilitative hanno accolto con favore e con coraggio le innovazioni della T.O. ed è mancato per troppo tempo un riconoscimento giuridico che desse dignità professionale alla figura del terapeuta occupazionale e definisse con precisione profili professionali, percorsi formativi e spazi di intervento nell'ambito delle attività riabilitative.

Solo recentemente, con il DM del 27 gennaio 1997 n°136, si è colmata una lacuna che aveva posto tale figura in posizione marginale rispetto ad altre figure della riabilitazione. Oggi, il numero di terapisti occupazionali impiegati nella riabilitazione rappresentano ancora un numero esiguo, scontando anni di forte ritardo in cui non è stato possibile offrire alcuna garanzia di continuità al terapeuta occupazionale e poche risorse sono state destinate alla formazione e al potenziamento di nuovo personale.

Come già osservato sono ancora poco diffuse le realtà sanitarie che prevedono tra i loro interventi riabilitativi anche la T.O., e quando essa viene praticata, il numero di terapisti occupazionali risulta relativamente ristretto rispetto alle altre figure della riabilitazione. Dalle interviste effettuate risulta che la percentuale di terapi-

sti occupazionali sul totale dei terapisti impiegati in un servizio di riabilitazione oscilla tra il 10 e il 20%. A titolo di esempio basti considerare la composizione dell'organico di alcuni dei centri esaminati: nel Pio Albergo Trivulzio su 80 terapisti della riabilitazione, 7 operano come terapisti occupazionali; nell'Ospedale di Cuasso al Monte su un totale di 25 terapisti solo 3 svolgono T.O., mentre nell'Ospedale di Passirana i terapisti occupazionali sono in tutto 8 su 40.

Se consideriamo complessivamente i centri che hanno fornito informazioni sul personale¹⁹, registriamo in totale 81 terapisti che svolgono T.O.: di questi quelli che figurano con una qualifica di terapeuta occupazionale²⁰ sono soltanto 24 – circa il 30% degli operatori impiegati in tale terapia (tab. 7.1) –. La maggior parte dei terapisti che svolge T.O. figura invece come terapeuta della riabilitazione – più del 50% –. Vi è poi una quota più contenuta di operatori – poco più del 10% – che risulta impiegata in questo ambito terapeutico come educatore.

Tab. 7.1 – Qualifica dei terapisti impiegati in T.O. per ente gestore

	Terapisti per tipo di ente gestore(*)		Totale terapisti impiegati
	Pubblico	Privato	
Terapeuta occupazionale	14	10	24
Terapeuta della riabilitazione	22	21	43
Educatore	6	4	10
Altro	1	3	4
Totale	43	38	81

(*) Hanno risposto alla domanda 18 centri.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

¹⁹ Non tutti i centri hanno fornito risposte complete sulle caratteristiche del personale: 18 centri su 19 hanno fornito informazioni sulle qualifiche dei terapisti impiegati e 16 sul tipo di rapporto di lavoro.

²⁰ La qualifica di terapeuta occupazionale è stata indicata tutte le volte che il terapeuta era in possesso di un diploma o di una specializzazione conseguita presso una scuola qualificata.

Tab. 7.2 – Qualifica dei terapisti impiegati nella T.O., per periodo di attivazione del servizio

	Terapisti per periodo di attivazione del servizio(*)		Totale terapisti impiegati
	prima del 1990	dal 1990 ad oggi	
Terapista occupazionale	12	12	24
Terapista della riabilitazione	41	2	43
Educatore	6	4	10
Altro	2	2	4
Totale	61	20	81

(*) Hanno risposto alla domanda 18 centri.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Non si registrano differenze sostanziali tra strutture pubbliche e strutture private: entrambi i settori mostrano la stessa composizione delle qualifiche professionali che caratterizzano gli operatori impegnati nella T.O. Più marcate invece le differenze tra servizi attivati prima del 1990 e servizi attivati dal 1990 in poi (tab.7.2); nei servizi più “remoti” prevale la figura del terapista della riabilitazione mentre nei servizi attivati più recentemente prevale la figura del terapista occupazionale, anche grazie ai corsi ed ai relativi attestati di specializzazione rilasciati da varie scuole qualificate a partire dalla metà degli anni '80.

Nonostante i terapisti impiegati nella T.O. rappresentino soltanto una minima parte del personale specializzato impegnato nella riabilitazione, dalla rilevazione emerge anche che una percentuale consistente di terapisti non opera in questo servizio a “tempo pieno”: più del 30%, infatti, risulta impiegato nel servizio “a tempo parziale” (tab.7.3).

Tab. 7.3 – Tempi di lavoro dedicati alla T.O.

Modalità di impiego del terapeuta	Numero terapisti (*)	
	(v.a.)	(%)
A tempo pieno	45	68,2
A tempo parziale	21	31,8
Totale	66	100,0

(*) Hanno risposto alla domanda 16 centri.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 7.4 – Rapporto di lavoro dei terapisti occupazionali

	Numero terapisti (*)	
	(v.a.)	(%)
In qualità di dipendente	49	74,3
Attività libero professionale	10	15,1
Come socio di cooperativa sociale	7	10,6
Totale	66	100,0

(*) Hanno risposto alla domanda 16 centri.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Nella maggioranza dei casi i terapisti occupazionali risultano dipendenti della struttura che eroga il servizio – quasi il 75% – ma non mancano coloro che praticano attività libero professionale o che si organizzano in cooperative (tab. 7.4). Va detto, inoltre, che pur svolgendo le attività a tempo pieno e magari come dipendenti, non sempre i terapisti impegnati nella T.O. figurano nella pianta organica come terapisti occupazionali: soltanto in 8 centri su 19 è prevista la presenza in pianta organica della figura del terapeuta occupazionale, negli altri casi esso figura come terapeuta della riabilitazione o con un'altra qualifica (tab. 7.5).

Può accadere perfino che chi vanta una specializzazione in T.O. non figuri poi come terapeuta occupazionale: è il caso dell'Ospedale di Cuasso al Monte dove non è prevista nella pianta or-

ganica la figura del terapeuta occupazionale²¹, ma quella del fisioterapeuta con mansione di T.O.

La presenza o meno nella pianta organica della figura del terapeuta occupazionale non va tuttavia sopravvalutata, essendo piuttosto un riconoscimento di tipo formale che non aggiunge nulla alle condizioni contrattuali né alla professionalità del terapeuta. È interessante notare come nella sanità privata accreditata, a differenza di quanto avviene in quella pubblica, risulti invece quasi sempre presente nella pianta organica la figura del terapeuta occupazionale.

Tab. 7.5 – Previsione in pianta organica di terapisti occupazionali

	Tipo di ente gestore		Totale servizi T.O.
	Pubblico	Privato	
È previsto	1	7	8
Non è previsto	9	2	11
Totale	10	9	19

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Ciò farebbe pensare ad una maggiore facilità delle strutture private ad inserire ed a riconoscere la figura del terapeuta occupazionale, mentre nelle strutture pubbliche, nonostante la figura del terapeuta occupazionale sia presente ugualmente, risulta più difficile riconoscerne la specificità del profilo professionale. È probabile che, dopo quanto avvenuto recentemente in campo legislativo²², questa differenza si attenui.

Passiamo ora ad analizzare quali sono le condizioni che caratterizzano il lavoro del terapeuta occupazionale focalizzando l'attenzione su alcuni aspetti critici: *i*) carichi di lavoro; *ii*) livelli contrattuali; *iii*) motivazioni; *iv*) responsabilità e collegialità del servizio.

Sul primo aspetto, abbiamo rilevato un forte appesantimento dei carichi di lavoro. A fronte di una scarsa disponibilità di risorse umane da impiegare nella T.O. si registrano situazioni diffuse di sovraccarico di soggetti trattati per unità operativa. Abbiamo individuato situazioni estreme in cui in media un terapeuta occupazio-

²¹ Nonostante la coordinatrice del servizio vanti un diploma di specializzazione in T.O., conseguito alla scuola "il Vivaio" di Milano.

²² DM 17 gennaio 1997, n.136.

nale segue anche più di 10 pazienti al giorno; nel reparto di T.O. del Pio Albergo Trivulzio sono trattati in media 56 pazienti al giorno che gravano su 4 terapisti occupazionali: in media ogni terapeuta è impegnato quotidianamente nel trattamento di 14 pazienti²³.

Nell'Ospedale di Cuasso al Monte, la situazione è leggermente migliore, ma i carichi di lavoro rimangono elevati: più di 200 pazienti trattati in un anno a fronte di tre terapisti occupazionali attivi; in media ogni terapeuta svolge 6-7 trattamenti individuali al giorno e ogni paziente può ricevere anche 3 trattamenti alla settimana.

Per quanto riguarda il rapporto di lavoro esso si caratterizza per bassi livelli retributivi e per ridotti margini di carriera a dimostrazione di una scarsa valorizzazione della figura professionale, la cui specializzazione non è accompagnata da un adeguato riconoscimento nel trattamento economico²⁴. L'inserimento nel servizio può avvenire per assunzione, con regolare bando di concorso, oppure più frequentemente per trasferimento di personale interno da un reparto all'altro.

I terapisti sono inseriti nella loro mansione di T.O. al sesto livello e dopo 8 anni di servizio passano solitamente al settimo livello. Nella maggioranza dei casi abbiamo verificato che laddove esiste la figura di un terapeuta con funzioni di coordinamento del servizio, vede riconosciuto il settimo livello. Un terapeuta con il sesto livello percepisce mensilmente una retribuzione netta di circa 2 milioni di lire, mentre con il settimo livello si ottiene una retribuzione di poco più elevata di 2 milioni e 200mila lire. Per chi non risulta dipendente ma esercita un'attività libero professionale è previsto un compenso lordo di 25 mila lire ogni ora di servizio, per un massimo di 24 ore settimanali²⁵.

È evidente da quanto detto, che anche il trattamento economico può essere considerato un altro punto di forte debolezza della T.O.: bassi livelli retributivi possono costituire non soltanto una barriera all'ingresso per operatori preparati e motivati, ma può perfino mostrarsi un debole collante per evitarne il distacco o l'uscita nel lungo periodo.

²³ È tale la consapevolezza della carenza di personale che si prevede di aumentare la presenza di terapisti occupazionali nell'Istituto di almeno 7 unità.

²⁴ Questo vale naturalmente anche per le altre figure professionali presenti in ambito riabilitativo.

²⁵ Così come fissato nel CCN.

Nonostante la presenza di tali elementi di debolezza, dalle interviste effettuate i terapisti occupazionali mostrano elevati livelli motivazionali nello svolgere il loro lavoro. Tra gli indicatori che esprimono queste spinte motivazionali ritroviamo: *i)* un'elevata flessibilità nel rispondere celermente ai carichi di lavoro quando si presenta una forte domanda di trattamenti terapeutici; *ii)* un basso *turn over* all'interno del servizio riabilitativo; *iii)* un forte coinvolgimento umano e professionale per un approccio terapeutico che, a differenza di altri trattamenti, prende in considerazione il paziente globalmente, nelle sue componenti fisiche, psicologiche e relazionali.

Il basso *turn over* degli operatori può essere spiegato dal forte investimento iniziale necessario all'attivazione del servizio che scoraggia il trasferimento ad altre mansioni o ruoli, pena la cessazione stessa dell'attività. È probabile quindi che le forti motivazioni professionali mostrate dai terapisti occupazionali possano rappresentare il vero fattore di forza della T.O., la cui azione è stata spesso vincolata dalla scarsità di risorse e di strutture adeguate.

Per ultimo, passiamo ad analizzare l'assetto collegiale con cui si svolge l'attività e viene fatta la valutazione del paziente. Se da un lato il terapeuta occupazionale svolge un ruolo centrale nel trattamento riabilitativo e nella relazione con il paziente, è altrettanto vero che l'efficacia degli interventi è legata alla valutazione del deficit e della sua gravità ed alla individuazione degli interventi più idonei. Ciò è possibile soltanto se alla valutazione contribuiscono tutte le competenze coinvolte e se gli interventi sul paziente sono coordinati tra loro.

La figura che coordina il servizio di T.O. e che ha la responsabilità medica del paziente è nella maggioranza dei casi il Fisiatra: 10 servizi su 19 ha indicato tale figura medica come responsabile del servizio (tab. 7.6). Negli altri casi troviamo il Neurologo (3 centri), il medico Geriatra (3 centri) o il Neuropsichiatra (2 centri), a seconda delle patologie prevalentemente trattate dal servizio. Il fatto però che sia un medico a coordinare il servizio non esclude il ruolo attivo del terapeuta occupazionale nell'organizzare e nel gestire operativamente il servizio.

Tab. 7.6 – Figura medica che coordina il servizio di T.O.

	Numero medici (*)
Fisiatra	10
Neurologo	3
Geriatra	3
Neuropsichiatra	2
Neuropsichiatra infantile	1
Psicologo	1
Nessun medico	1

(*) In qualche caso sono state fornite più risposte.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Nelle realtà più strutturate, nelle quali è presente un reparto di T.O., quasi sempre è presente anche la figura di un terapeuta occupazionale con compiti e funzioni di coordinamento degli interventi. Nei tre casi studiati ai fini della ricerca questa figura è presente ed assume un ruolo centrale nel funzionamento del servizio.

Se sul piano operativo il terapeuta occupazionale mostra in generale un maggiore spazio di autonomia, sul piano della valutazione del paziente e dell'individuazione degli interventi, le decisioni sono quasi sempre condivise e prese insieme agli altri operatori coinvolti nel trattamento riabilitativo. Lo strumento privilegiato attraverso il quale si forma il processo valutativo e vengono definiti gli obiettivi riabilitativi è rappresentato dall'*équipe* multidisciplinare. L'*équipe* multidisciplinare, quale luogo di valutazione e di coordinamento degli interventi, è utilizzata da 13 dei 19 servizi esaminati (tab.7.7).

Con riferimento alle risposte più frequenti fornite dai centri in cui è stata fatta la rilevazione²⁶, la configurazione *standard* di un'*équipe* multidisciplinare è composta da un medico fisiatra, da uno psicologo, da un capo sala di reparto, da un terapeuta occupazionale, da un fisioterapista, da un logopedista e da un assistente sociale (tab. 7.8).

²⁶ Hanno fornito informazioni sulla composizione dell'*équipe* multidisciplinare 13 centri su 19.

Tab. 7.7 – Presenza di un' *équipe* multidisciplinare

	Numero servizi di T.O.
Si	13
No	6
Totale	19

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 7.8 – Figure professionali previste nell' *équipe*

	Numero servizi di T.O.(*)
Terapista occupazionale	13
Fisioterapista	13
Logopedista	12
Fisiatra	11
Psicologo	11
Capo sala di reparto	10
Assistente sociale	9
Psicomotricista	7
Medico di reparto/sezione	7
Neurologo	5
Geriatra	5
Neuropsichiatra infantile	4
Psichiatra	2
Psico-geriatra	1
Altro	7

(*) Hanno risposto alla domanda 13 centri.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

In alcuni casi, oltre a quelle elencate si aggiungono o sono sostituite da altre figure professionali, quali il neurologo, il geriatra ed lo psicomotricista. Nelle realtà più grandi e strutturate spesso è il medico di reparto o di sezione che coordina l' *équipe* multidiscipli-

nare²⁷. Naturalmente il numero degli operatori coinvolti e la composizione dell'*équipe* multidisciplinare possono variare non solo rispetto al personale disponibile, ma anche rispetto al tipo di soggetto che si intende valutare; si può quindi parlare di una composizione mobile che si adatta al tipo di patologia trattata²⁸.

In qualche caso o per alcune patologie particolari, nell'*équipe* multidisciplinare viene coinvolto anche personale esterno. Sulla base dei dati forniti dai servizi contattati, risulta che una quota limitata ma significativa di operatori – quasi il 7% – proviene “da fuori” (tab.7.9).

Tab. 7.9 – Presenza nell'*équipe* di personale esterno

	Numero operatori(*)	
	(v.a.)	(%)
Personale interno	221	93,3
Personale esterno	16	6,7
Totale	237	100,0

(*) Hanno risposto alla domanda 13 centri.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

8. Formazione e aggiornamento dei terapisti

La formazione per la T.O. rappresenta un altro anello debole a cui si è supplito spesso con l'esperienza diretta, maturata sul campo, arricchita dalle conoscenze e dalle esperienze professionali trasferite in Italia da qualche operatore straniero e da quelle scarse occasioni di scambio e di approfondimento rappresentate dai convegni e dai congressi.

Come abbiamo visto nel capitolo precedente, soltanto una quota minima di operatori che oggi svolge la T.O. – circa il 30% – risulta aver conseguito un diploma o una qualifica di terapeuta occupazionale. La maggior parte dei terapisti occupazionali, quindi, non è passata attraverso un percorso formativo specifico di ingresso per

²⁷ Così come avviene, ad esempio, nel secondo servizio riabilitativo del Pio Albergo Trivulzio, all'interno del quale opera il reparto di T.O.

²⁸ Nell'Ospedale di Passirana sono previste più *équipe*: ogni paziente è seguito da una particolare *équipe*, mentre un medico o un terapeuta possono far parte di più *équipe*.

poter esercitare la propria professione, ma si è formata in altre aree della riabilitazione, dirottando la propria specializzazione sulla T.O. attraverso forme di tirocinio e di autoapprendimento presso quelle strutture avanzate che la praticavano. Ma al di là della qualifica e del riconoscimento del profilo professionale, che è avvenuto solo recentemente con il DM n. 36/1997, il terapeuta occupazionale si è dovuto ancora una volta misurare con la scarsità di risorse destinate alla formazione ed ha dovuto spesso provvedervi contando sulle proprie risorse.

Per quanto concerne i canali formativi attraverso i quali si è ottenuta la specializzazione di T.O., non abbiamo dati altamente rappresentativi, essendo il nostro campione basato più sui servizi di T.O. che sul numero di terapisti impiegati. Complessivamente, possiamo contare su un campione ristretto di 81 terapisti; di questi soltanto 24 hanno conseguito un diploma di specializzazione in T.O. A partire da questo ristretto gruppo di terapisti possiamo osservare che i canali formativi sono stati sostanzialmente tre: *i*) specializzazione conseguita presso istituzioni universitarie; *ii*) specializzazioni conseguite presso scuole qualificate private; *iii*) specializzazioni conseguite all'estero.

Per quanto riguarda il primo canale, ben 9 terapisti occupazionali provengono dalla Scuola di T.O. dell'Università degli Studi di Milano: hanno conseguito la specializzazione come indirizzo specifico del più generico corso per terapisti della riabilitazione. Tra le scuole private sono state indicate "il Vivaio" di Milano, diretta da Julie Cunningham (4 terapisti) e "La nostra famiglia" di Conegliano Veneto (2 terapisti); ben 4 terapisti occupazionali hanno conseguito il diploma di specializzazione all'estero (tab. 8.1).

Tab. 8.1 – Scuola che ha rilasciato il diploma di specializzazione

	Terapisti occupazionali(*)
Scuola di T.O. dell'Univ. degli Studi di Milano	9
"Il Vivaio" di Milano	4
"La nostra famiglia" di Conegliano Veneto (TV)	2
Diploma conseguito in un paese straniero	4
Non specificato	5
Totale	24

(*) Hanno risposto alla domanda 10 centri.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 8.2 – Anno di conseguimento del diploma di specializzazione

	Terapisti occupazionali(*)
Prima del 1980	1
1980 – 1984	5
1985 – 1990	3
Dopo il 1990	8
Non specificato	5
Totale	24

(*) Hanno risposto alla domanda 10 centri.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

La maggioranza dei terapisti ha conseguito il diploma di specializzazione in anni relativamente recenti: su 24 terapisti specializzati in T.O. 8 si sono diplomati negli anni '80 e 8 negli anni '90, a dimostrazione del forte ritardo con cui si è iniziato ad investire in questa risorsa professionale. Ciò rileva anche un'età media relativamente giovane dei terapisti impegnati nella T.O.

Ancora non esistono nell'ambito della T.O. specializzazioni rispetto al tipo di patologia trattata, ma una maggiore professionalizzazione del servizio porterà probabilmente in questa direzione. In molti dei centri contattati sono previste forme di tirocinio rivolte ai giovani che intraprendono percorsi formativi orientati alla riabilitazione: il Pio Albergo Trivulzio ha stipulato una convenzione con l'Università degli Studi di Milano per accogliere tirocinanti iscritti al corso triennale per Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Si verifica raramente che il tirocinante, una volta conseguito il diploma universitario, continui ad operare presso l'Istituto, più frequentemente il tirocinante viene indirizzato verso altre strutture sanitarie.

Anche nel Centro di Riabilitazione di Villanova è prevista l'accoglienza di tirocinanti per un periodo massimo di due mesi, mentre nell'Ospedale di Passirana il tirocinio dura almeno quattro mesi. Inoltre, sia i terapisti occupazionali di Villanova che di Passirana incontrano abitualmente studenti delle scuole di riabilitazione per informare sulle tecniche e sul tipo di approccio utilizzato nella T.O.

Sul versante della formazione continua si registra, a fronte di una forte domanda di aggiornamento da parte degli operatori, una

risposta inadeguata da parte delle strutture e degli enti che erogano il servizio. A tali carenze si cerca di sopperire orientando i terapisti verso occasioni e momenti formativi esterni alla struttura. Tra i casi studiati soltanto il Pio Albergo Trivulzio e l'Ospedale di Passirana prevedono dei corsi di aggiornamento interni a cui partecipano sia terapisti interni che esterni.

Nella maggioranza dei casi invece, è quasi sempre il terapeuta occupazionale che si attiva per cercare le opportunità formative più idonee, e spesso deve provvedere a proprie spese al suo aggiornamento. I canali più frequenti attraverso cui si accede all'offerta formativa sono rappresentati dai corsi di aggiornamento professionale, dai convegni e dai seminari organizzati sui temi della riabilitazione, dalle pubblicazioni e dalle tesi di laurea, dalla lettura delle riviste specializzate. Le riviste specializzate che trattano temi medico-sanitari di interesse riabilitativo sono molto utilizzate per l'aggiornamento professionale: 14 operatori su 19 dichiara di leggere abitualmente riviste specializzate per la propria formazione ed il proprio aggiornamento (tab. 8.3).

Tab. 8.3 – Lettura di riviste specializzate per l'aggiornamento

	Intervistati
Si	14
No	2
Non risponde	3
Totale	19

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Sulla possibilità di ricorrere per la formazione alle risorse rese disponibili dalla struttura o dall'ente da cui dipende il terapeuta, vi sono risposte differenziate. Si va dal rimborso completo delle spese per un numero limitato di iniziative, alla semplice concessione di congedi straordinari per la partecipazione ai corsi di aggiornamento o ai convegni. Nell'Ospedale di Cuasso al Monte, per esempio, la richiesta di rimborso per la partecipazione ad iniziative formative viene inoltrata all'Azienda Ospedaliera, la quale procede per il rimborso soltanto se l'iniziativa rientra tra gli obiettivi di aggiornamento previsti nella programmazione. Se l'oggetto del corso non

vi rientra, pur risultando di grande interesse professionale, il terapeuta dovrà far fronte interamente alle spese necessarie.

Nel Centro di Riabilitazione “Franca Martini” sono previsti tre livelli di priorità per la formazione e l’aggiornamento sulla T.O.: nel primo livello sono comprese quelle iniziative formative che il centro ritiene necessarie e che sono completamente rimborsate; nel secondo livello vi sono quelle opportunità che rispondono ad interessi più specifici e che la struttura rimborsa parzialmente; infine, nel terzo livello sono comprese quelle iniziative formative di interesse più generale che non vengono rimborsate, ma per le quali vengono concessi giorni di permesso o di ferie per rendere possibile la partecipazione al terapeuta occupazionale. Nel caso del Pio Albergo Trivulzio la formazione e l’aggiornamento è reso possibile rilasciando ai terapeuti congedi straordinari per la partecipazione ai corsi, per un massimo di 5 permessi all’anno.

In tutti questi esempi, appare chiaro come di fatto non ci sia una sottovalutazione dell’importanza dell’aggiornamento e della formazione da parte degli enti competenti, ma che a fronte di risorse scarse destinate alla formazione si cerchi in primo luogo di garantire un’offerta minima e in secondo luogo di trasferire una parte degli oneri sugli operatori interessati al fine di responsabilizzarne la richiesta e di ridurre la spesa. Che vi sia un problema di formazione nell’ambito della T.O. viene evidenziato anche dagli operatori che sono stati intervistati: 10 operatori su 12 valutano la formazione professionale ricevuta carente (tab. 8.4). È interessante notare come le carenze formative non si concentrano su un unico aspetto ma sono riconosciute in diversi settori della terapia, quali la conoscenza degli ausili, la conoscenza delle patologie, la conoscenza delle tecniche di trattamento (tab. 8.5).

Tab. 8.4 – Valutazione della formazione professionale ricevuta

	Terapisti intervistati
Ottima	1
Adeguate	1
Carente	10
Non risponde	7
Totale	19

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 8.5 – Ambiti in cui maggiori sono le carenze formative

Carenze formative(*)	Terapisti intervistati(**)
Conoscenza degli ausili	7
Patologie di base	6
Tecniche di trattamento	5
Sostegno psicologico al paziente	2
Totale	13

(*) Erano possibili più risposte.

(**) Hanno risposto alla domanda 13 terapisti.

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

9. Attività di ricerca e innovazione

Un indicatore di sviluppo e di dinamismo per un settore di attività è rappresentato dal livello di innovazione che quel settore è in grado di produrre e di mettere in circolazione. In questo capitolo vogliamo verificare quanto la T.O. in Italia sia esposta ai processi di innovazione, intendendo per innovazione tutto ciò che è volto a cercare ed a sperimentare nuove soluzioni per migliorare l'efficacia degli interventi riabilitativi e le condizioni di autonomia del paziente.

Nell'analisi abbiamo considerato due dimensioni dell'innovazione: da un lato l'attività di ricerca vera e propria e dall'altra il trasferimento di tecnologie e di conoscenze nella T.O. Il quadro che emerge è di assenza quasi totale nel primo caso e di notevole ritardo nel secondo: in Italia non si può parlare di attività di ricerca riferita alla terapia occupazionale²⁹.

Al fondo di questa scarsa attenzione all'attività di ricerca vi sono ragioni anche di ritardo culturale negli stessi ambienti medici, se si pensa che fino a non molti anni fa la T.O. veniva etichettata come *non scientifica*³⁰. Il "marchio" di "non scientificità" ha compromesso molte possibilità di fare ricerca e sperimentazione

²⁹ L'unico ambito dove si sono tentate ipotesi di indagine nell'ultimo decennio si riferiscono alle applicazioni psicoanalitiche della terapia.

³⁰ Le attività occupazionali (AVQ, il gioco, le attività espressive, ecc.) per loro natura si prestano difficilmente ad una rigorosa misurazione degli effetti terapeutici sul paziente.

nell'ambito della T.O. In Italia non soltanto non vi sono centri che su tale ambito terapeutico si sono avventurati con iniziative di ricerca proprie, vi è anche la difficoltà di ottenere informazioni dettagliate sui trattamenti e sui risultati ottenuti dalla terapia stessa; esistono grosse difficoltà di scambio e di semplice circolazione delle informazioni da un centro riabilitativo ad un altro.

Vi sono protocolli di valutazione dell'impatto terapeutico molto diversi tra loro, difficilmente confrontabili e soltanto in pochi centri si è proceduto ad una raccolta ed a una sistematizzazione dei dati disponibili, ma si tratta comunque di iniziative isolate. La dispersione di informazioni, sia quantitativa che qualitativa, non aiuta la formazione di una massa critica da cui partire per formulare ipotesi di indagine e di sperimentazione. Se da un piano generale proviamo ad analizzare le situazioni che caratterizzano le singole realtà terapeutiche, possiamo osservare quanto sia lontana questa dimensione dalle priorità avvertite. In genere non viene svolta attività di ricerca né di sperimentazione, non esistono momenti né percorsi strutturati entro cui promuovere queste iniziative; se progetti in questo campo vengono attivati, partono per iniziativa del terapeuta o del medico fisiatra e si limitano alla verifica e alla sperimentazione di tecniche riabilitative adottate per la prima volta in Italia.

Dalle interviste effettuate risulta che difficilmente l'ente o la struttura che eroga il servizio incentiva o sostiene la sperimentazione; sono i terapisti occupazionali che sulla base dei propri interessi si attivano personalmente³¹. Qualche tentativo di fare sperimentazione, tuttavia, lo abbiamo registrato, a dimostrazione di una potenzialità appena abbozzata che se opportunamente incentivata e sostenuta potrebbe rafforzarsi e svilupparsi anche in tempi relativamente rapidi: nel Pio Albergo Trivulzio si vogliono sperimentare alcune tecniche terapeutiche già utilizzate all'estero. In particolare, si vuole verificare la tecnica dell'integrazione sensoriale che all'estero viene utilizzata su soggetti in età evolutiva con deficit cognitivi molto particolari che non consentono di relazionarsi adeguatamente con l'ambiente. La tecnica ha come obiettivo quello di aumentare nel soggetto la capacità di interagire con l'ambiente cir-

³¹ Eppure la disponibilità e le competenze per fare ricerca o proporre sperimentazioni ci sarebbero: tra le ipotesi avanzate ci sarebbe quella di consentire ai terapisti e ai medici più interessati di dedicare una parte del loro lavoro, esonerandoli dalle attività tipiche di reparto, all'attività di sperimentazione. Agli stessi proponenti una simile ipotesi, tuttavia, in una situazione immutata di scarsità di risorse destinate alla ricerca, appare ancora prematura.

costante attraverso un potenziamento delle percezioni sensoriali. Lo *staff* dell'Istituto vuole verificare se tale tecnica è trasferibile ed ha la stessa efficacia in ambito geriatrico.

Nel campo degli ausili, i terapisti del reparto di T.O. riproducono in alcuni casi ausili già utilizzati all'estero ma difficilmente reperibili in Italia, ricorrendo a materiali diversi pur ottenendo le stesse caratteristiche funzionali. Nell'Istituto Geriatrico Riabilitativo Redaelli di Milano si è messo a punto un sistema per la raccolta e l'archiviazione di dati e di documentazione relativa ai casi trattati, che consente ai terapisti di poter fare analisi ed inferenze statistiche sui risultati della terapia. Sulla base delle informazioni ottenute è stato prodotto uno studio sulla rieducazione neuropsicologica recentemente pubblicato.

Nell'Ospedale di Passirana oltre alle già note scale di valutazione dell'autonomia (FIM, Barthel, DRS) viene utilizzata anche una scala di valutazione che è stata predisposta dai terapisti del centro: si tratta della scala VFM (Valutazione Funzionale Medullolesi), utilizzata dai terapisti sui soggetti medullolesi. La VFM, utilizzata già da alcuni anni, è stata riconosciuta ufficialmente solo recentemente dalla comunità scientifica. Nella casa di cura "La Residenza" di Rodello, infine, è stato attivato un percorso riabilitativo originale denominato *programma di economia articolare*: i presupposti del programma sono che diminuendo lo *stress* sulle articolazioni del paziente (sugli elementi muscolo-tendinei o sui legamenti colpiti dalla patologia disabilitante) è possibile facilitare i movimenti minimizzando il dolore, in modo tale da prevenire le deformazioni e le involuzioni degenerative. Nel 1998, inoltre, è stato avviato un progetto sperimentale che vede coinvolti i terapisti occupazionali della Casa di Cura di Rodello in collaborazione con l'Ospedale di Cuneo per la cura di pazienti emiplegici tramite tossina botulinica.

Sul piano del trasferimento delle conoscenze e delle nuove tecnologie osserviamo un forte ritardo, anche rispetto ad altri settori della riabilitazione. Se qualche anno fa l'inserimento di terapisti occupazionali provenienti dall'estero ha contribuito a trasferire conoscenze ed esperienze professionali preziose, oggi i canali privilegiati rimangono la lettura di pubblicazioni e di riviste specializzate

e la partecipazione ai corsi ed convegni sui temi della riabilitazione³².

In qualche caso si punta a trasferire tecniche già adottate all'estero, ma non ancora in Italia, attraverso un processo di traduzione e di sperimentazione che tenga conto delle specificità del contesto in cui vengono inserite. Nell'Ospedale di Cuasso al Monte il servizio di T.O. si sta attivando per acquisire il metodo Bobath, una tecnica riabilitativa rivolta ai pazienti emiplegici, predisposta da un gruppo di terapisti occupazionali inglesi; l'intento è quello di sperimentarlo su un piccolo gruppo di pazienti che mostrino patologie uniformi e poi allargarlo ad altri pazienti con caratteristiche simili.

Dall'indagine emerge che anche l'impiego delle nuove tecnologie nel campo della T.O. è fortemente sottodimensionato rispetto alle nuove opportunità offerte dalla tecnologia. Negli ultimi anni le nuove tecnologie hanno dato un forte contributo alla medicina e alla riabilitazione in particolare; le applicazioni più avanzate permettono oggi di recuperare livelli di autonomia, in presenza di gravi forme di disabilità, fino a qualche anno fa impensabili. Eppure, nonostante questi progressi, la presenza delle nuove tecnologie nella T.O. si limita alla disponibilità di qualche *computer* e di un po' di *software* in grado di sviluppare programmi di tipo cognitivo a scopi riabilitativi; in molti casi ancora non è prevista la dotazione di un *computer* per simili finalità.

Non mancano punte di eccellenza, ma si tratta di casi isolati; nell'Ospedale di Passirana il reparto si è dotato di una strumentazione che permette di effettuare al *computer* un'analisi ergonomica della postura dei pazienti seduti in carrozzina. Attraverso questa apparecchiatura munita di "cellule-sensori" capaci di rilevare la pressione del corpo nei vari punti di appoggio è possibile rappresentare graficamente sul *computer* l'immagine di come il paziente è seduto sulla carrozzina ed evidenziare eventuali distorsioni della posizione assunta.

In conclusione possiamo dire che il ritardo accumulato nella T.O. trova un suo naturale riflesso anche nella forte debolezza riscontrata nel fare innovazione. Occorrerà quindi rivalutare, anche

³² Anche le associazioni giocano un ruolo fondamentale nella circolazione di conoscenze e di informazioni nell'ambito della terapia, quali l'Associazione Mondiale della Terapia Occupazionale (WFOT) e l'Associazione Italiana dei terapisti occupazionali (AITO).

in termini di risorse impiegate, le priorità da perseguire, consapevoli del fatto che la mancanza di sollecitazioni nel campo della ricerca e dell'innovazione mantengono il settore su tassi di sviluppo molto bassi che alla lunga non sono sostenibili.

10. Comunicazione e informazione

Una delle funzioni critiche per il buon funzionamento di una organizzazione o di un servizio è rappresentata dalla comunicazione. È opportuno quindi analizzare anche tale aspetto del servizio di T.O., evidenziando punti di forza e punti di debolezza. Distingueremo l'analisi tra *comunicazione interna*, riferita alla produzione e al controllo di informazioni funzionali all'organizzazione del servizio, e *comunicazione esterna*, riferita allo scambio di informazioni con l'ambiente.

Iniziamo con il considerare la comunicazione interna focalizzando l'attenzione su tre aspetti: *i)* il coordinamento tra gli operatori; *ii)* la raccolta e la gestione delle informazioni sul paziente; *iii)* i rapporti con i familiari del paziente. Come abbiamo visto in precedenza, la figura che ha la responsabilità e la funzione di coordinamento del servizio di T.O. è generalmente il medico fisiatra. Dalle interviste effettuate abbiamo anche osservato che laddove il servizio di T.O. si struttura in reparto e conta un certo numero di operatori spesso è presente la figura di un coordinatore operativo del servizio, il cui ruolo è ricoperto quasi sempre da un terapeuta occupazionale. Il terapeuta occupazionale, tuttavia, non entra nel piano riabilitativo di un paziente in modo isolato, la natura stessa degli interventi terapeutici presuppone un approccio globale sul paziente che implica il coinvolgimento di diverse figure mediche e professionali: la funzione di coordinamento si allarga quindi a quel nucleo di operatori che segue il percorso riabilitativo del paziente. Da questo punto di vista l'*équipe* multidisciplinare oltre a svolgere una funzione di valutazione nei confronti del paziente assume un ruolo chiave nel coordinamento degli interventi riabilitativi.

Gli esempi che confermano questo tipo di funzione sono numerosi tra quelli registrati nell'indagine. Nel Centro di Riabilitazione di Villanova l'*équipe* multidisciplinare si riunisce una volta alla settimana per un momento di "sintesi", in cui fare il punto sulla situazione dei pazienti, valutarne insieme i progressi e coordinare gli interventi sulla base delle nuove informazioni acquisite. Nelle strut-

ture ospedaliere più complesse come quella dell'Ospedale di Passirana, vi sono problemi di coordinamento tra i diversi settori, oltre che tra i diversi operatori: vi è, ad esempio, un responsabile di tutti i terapeuti presenti nella struttura (circa 40 terapeuti) con funzione di coordinamento tra i diversi settori riabilitativi, in più è previsto un "minigruppo" di coordinamento composto dai responsabili delle aree motoria, logopedistica, respiratoria ed occupazionale.

Abbiamo rilevato anche qualche esperienza innovativa nel campo della comunicazione interna: ad esempio, nel Centro di Riabilitazione "Franca Martini" di Trento, una realtà riabilitativa specializzata e relativamente complessa, è stata introdotta la figura del coordinatore delle attività culturali e della comunicazione: tale figura ha il compito di individuare le procedure di comunicazione interna più adeguate, di verificarle e di portarle a regime. Sono stati coinvolti in questo processo anche servizi collaterali a quello riabilitativo, quali quelli della segreteria, dell'accettazione e del trasporto, nella consapevolezza che l'ottimizzazione della funzione comunicativa aumenti non solo al qualità delle prestazioni, ma più complessivamente l'efficienza organizzativa e la qualità del servizio.

Per quanto riguarda in particolare i rapporti tra i terapeuti occupazionali ed il personale medico e terapeutico, non si registrano generalmente motivi di conflitto o di difficoltà di comunicazione, anzi, dalle interviste effettuate si registrano mediamente situazioni caratterizzate da rapporti di collaborazione tra gli operatori molto buoni.

Si ha l'impressione che la formula più diffusa sia quella della massima autonomia nella collaborazione. Il terapeuta occupazionale ha di fatto una forte autonomia operativa nella gestione del trattamento terapeutico, sia esso individuale che di gruppo. Questa autonomia si accompagna però alla necessaria integrazione tra le diverse responsabilità mediche coinvolte nella cura del paziente. Perché il meccanismo funzioni occorre che vi sia una reale collaborazione tra medico, terapeuta occupazionale e gli altri operatori della riabilitazione.

Passiamo ora ad analizzare come avviene la raccolta e la gestione delle informazioni sul paziente nell'ambito della T.O. Dall'indagine emerge un quadro relativamente articolato in cui abbiamo riscontrato la presenza di diversi strumenti di rilevazione dei dati relativi al paziente. Se da un lato, infatti, la cartella clinica rimane lo strumento principale per seguire il paziente durante il de-

corso riabilitativo, dall'altro, in quasi tutti i servizi esaminati, abbiamo individuato la presenza di strumenti di rilevazione più specifici, in grado di evidenziare meglio il percorso riabilitativo attivato attraverso la T.O.

Solitamente alla cartella clinica vera e propria si affianca una cartella più specifica denominata in alcuni casi cartella fisiatrica, altra volte cartella riabilitativa, altre volte ancora cartella di terapia occupazionale. Al Pio Albergo Trivulzio, insieme alla cartella clinica viene prodotta una cartella fisiatrica, divisa in due parti: nella prima parte sono riportati i dati anagrafici, la patologia e la valutazione del paziente all'ingresso, mentre nella seconda si definisce la situazione neuromotoria del paziente, i tipi di intervento e la valutazione al momento della dimissione. Alla scheda fisiatrica si aggiungono il piano riabilitativo ed una specifica cartella di valutazione predisposta dai terapisti occupazionali; quest'ultima cartella viene predisposta dal terapeuta occupazionale che ha in cura il paziente e riporta il piano del trattamento terapeutico, i test somministrati³³ e gli interventi attivati. Sia la cartella fisiatrica che quella del terapeuta occupazionale accompagnano il paziente per tutto il tempo del ricovero e del trattamento.

Anche nell'Ospedale di Cuasso al Monte è prevista, oltre alla cartella clinica, anche la cartella fisiatrico-riabilitativa. Il servizio di T.O. inoltre dispone di una propria cartella di valutazione che viene compilata dal terapeuta occupazionale. In quest'ultima cartella oltre ai dati anagrafici sono riportati la valutazione sulle condizioni motorie, sensoriali e cognitive del paziente, i dati sui test funzionali (FIM), comportamenti ed interessi mostrati dal paziente, reazioni alle attività occupazionali e livello di coinvolgimento, descrizioni sulla capacità manuali, espressive, organizzative, di concentrazione e di orientamento. In sintesi viene anche riportato il piano riabilitativo e al momento della dimissione del paziente il terapeuta occupazionale svolge una breve relazione sugli esiti del trattamento.

Nel Centro di Riabilitazione di Villanova è in fase di sperimentazione una cartella di terapia occupazionale complementare alla scheda di valutazione FIM, mentre nel centro "Franca Martini" di Trento dove sono previste soltanto prestazioni ambulatoriali e in *day hospital* è stato istituito un libretto personale, fornito di fotografia, in cui sono descritti i trattamenti giornalieri. Al termine del

³³ Indice di Katz, scala FIM, MMSE.

trattamento il libretto viene allegato alla cartella clinica. Anche qui esiste una cartella più specifica che viene compilata dal terapeuta occupazionale. Salvo eccezioni, nella maggior parte dei casi non abbiamo riscontrato procedure informatizzate di raccolta ed archiviazione dei dati contenuti nelle cartelle fisiatrico-riabilitative né in quelle di terapia occupazionale; in realtà, neanche le cartelle cliniche risultano informatizzate.

Sempre per quanto riguarda la comunicazione interna abbiamo preso in considerazione il rapporto e lo scambio di informazioni tra operatori e familiari dei pazienti. In questo processo comunicativo sono individuabili tre fasi: *i)* il momento dell'inserimento in terapia dove il paziente ed i familiari sono informati sul piano riabilitativo adottato; *ii)* la fase del trattamento in cui le informazioni vertono sull'impatto degli interventi sulle condizioni del paziente; *iii)* il momento della dimissione dove i familiari sono istruiti sulle misure da adottare per il ritorno nell'ambiente domestico.

In tutte queste fasi, abbiamo registrato una sostanziale attenzione da parte dei servizi esaminati. In alcuni centri sono previste procedure e modalità di comunicazione più istituzionalizzate, in altre prevale un sistema di comunicazione più informale, ma non per questo meno efficace. Nell'Ospedale di Cuasso al Monte gli incontri con i familiari sono stati istituzionalizzati con cadenza settimanale o quindicinale a seconda delle necessità: i familiari vengono convocati su appuntamento, viene loro spiegato in cosa consiste la terapia e in qualche caso il familiare viene invitato ad assistere ad una seduta di terapia occupazionale. Prima della dimissione del paziente, ai familiari viene proposto un vero e proprio addestramento perché possano comprendere le modalità con cui raggiungere la maggiore autonomia possibile e sappiano riproporle una volta fatto ritorno a casa. Dall'Istituto viene anche pubblicato un piccolo manuale della riabilitazione che viene distribuito ai pazienti ed ai loro familiari per introdurli alla conoscenza del trattamento terapeutico e dei servizi offerti dalla struttura.

Nella Casa di Cura "La residenza" di Rodello sono stati istituiti due momenti di comunicazione con i familiari: uno all'inizio, in cui si comunica il programma riabilitativo e si chiede al familiare di collaborare attivamente, l'altro nell'ultima settimana del trattamento, in cui il terapeuta occupazionale istruisce il familiare sull'inserimento domestico e sulla sua ottimizzazione.

Per ultimo affrontiamo i problemi della comunicazione con l'esterno. Dall'indagine emerge non solo un grosso problema di visibilità verso l'esterno – scarsa conoscenza della T.O. e dei luoghi in cui viene praticata – ma anche una forte debolezza dei canali istituzionali che dovrebbero orientare l'utenza potenziale verso il servizio. Scarsa, infatti, è la conoscenza della T.O. anche da parte degli operatori sanitari, in primo luogo dei medici di base, ma anche di quelli dei servizi territoriali e dei medici specialisti che potrebbero orientare il paziente verso questo tipo di trattamento.

A fronte di una diffusa non conoscenza del servizio, appare del tutto inadeguata l'offerta di strumenti informativi. Nella maggior parte dei casi non risulta attivata alcuna iniziativa di informazione verso l'esterno, e quando vengono promosse iniziative in tale direzione, appaiono troppo generiche e dispersive così da risultare inefficaci.

Le informazioni circolano adeguatamente solo quando vi sono procedure di comunicazione e relazioni consolidate nel tempo. Ciò si verifica generalmente quando le strutture di “primo ricovero” mandano i loro pazienti – terminata la fase acuta della malattia – nei centri di riabilitazione che erogano il servizio di T.O., oppure, nel caso il servizio fosse presente all'interno della struttura, nel reparto di T.O.

Nella generale scarsità di mezzi e di risorse destinate alla comunicazione verso l'esterno segnaliamo a titolo di esempio alcune iniziative che, seppur semplici, dimostrano una certa attenzione per il problema. Nel centro “Franca Martini” di Trento è stata stampata e fatta distribuire una *brochure* informativa sulle patologie trattate e sulle terapie riabilitative praticate, sono state attivate esperienze di scambio tra artisti e terapisti interni per integrare le attività occupazionali ed è stata promossa, in collaborazione con un liceo di Trento, un'attività seminariale multidisciplinare volta ad approfondire l'analisi sull'atteggiamento dei giovani nei confronti della malattia e della disabilità. Inoltre, è stata invitata la RAI per produrre un servizio sulle attività del centro e si sollecitano continuamente contatti con le Università per promuovere tesi e progetti di ricerca sui temi della riabilitazione.

La Casa di Cura “La residenza” di Rodello ha predisposto un sito *Internet* dove vengono illustrate le attività del centro. Il servizio di posta elettronica ha agevolato lo scambio di informazioni e la trasmissione di documenti con l'Ospedale di Cuneo. In prospettiva,

si vorrebbero creare collegamenti telematici diretti con le strutture della ASL, con i medici di base e con gli altri operatori sanitari. Molto più diffusa e capillare appare l'informazione sugli ausili. Il SIVA (Servizio Informazioni Valutazioni Ausili), che fa capo alla Fondazione Pro Juventute Don Gnocchi di Milano, offre un servizio di banca dati sugli ausili che rappresenta un punto di riferimento per molti dei centri considerati nell'indagine.

11. Integrazione con l'ambiente e con i servizi territoriali

L'indagine effettuata non lascia dubbi sulla scarsa integrazione tra le azioni e gli interventi prodotti dalla T.O. e gli altri servizi socio-sanitari presenti sul territorio. Ma questa mancata integrazione non è addebitabile all'inadeguatezza dei servizi di T.O., in quanto il problema riguarda il sistema dei servizi territoriali nel loro complesso.

Nel suo percorso riabilitativo il paziente incontra ed attraversa diversi servizi che non comunicano né si coordinano tra loro: il medico di base ignora la T.O., il centro di "primo ricovero" – finita la fase acuta della malattia – invia il paziente al centro riabilitativo per la cura terapeutica, il paziente al termine del trattamento fa ritorno a casa senza che vi siano contatti tra il centro ed i servizi territoriali che dovrebbero accompagnare l'inserimento.

Tra gli anelli deboli del sistema vi è senza dubbio la figura del medico di base: se si escludono i casi in cui il medico di base conosce già la T.O. ed il centro in cui viene praticata, in generale egli non ha contatti diretti con il servizio. Il medico di base prescrive la visita specialistica, poi sarà il medico fisiatra a destinarlo alla terapia occupazionale³⁴: ciò che manca in questa fase è una funzione di orientamento e di accompagnamento che potrebbe invece svolgere il medico di base.

Anche alle dimissioni del paziente manca completamente un raccordo tra il servizio ed il medico che ha in cura il paziente. Quando si ricerca un contatto diretto esso si limita ad una comunicazione formale ed unidirezionale: dal servizio al medico di base. Nel Pio Albergo Trivulzio, alla dimissione del paziente il servizio di T.O. predispone una relazione sul trattamento terapeutico effettuato, che si accompagna alla cartella clinica compilata dal medico

³⁴ Il più delle volte i pazienti vengono segnalati al servizio da altri centri ospedalieri.

di sezione. La relazione viene presentata dal paziente al proprio medico di base nella prima visita dopo la dimissione e tale documento rappresenta l'unico canale di comunicazione con il medico di base. Nell'Ospedale di Cuasso al Monte è previsto, ma soltanto in casi particolarmente problematici per il reinserimento del paziente nel proprio ambiente, che al momento delle dimissioni il medico fisiatra contatti il medico di base per programmare gli interventi e concordare insieme alcuni controlli periodici. In questi casi può essere concordata anche una riunione dell'*équipe* multidisciplinare a cui partecipa il medico di base.

Si tratta di esempi di scarsa rilevanza e che in realtà non sono molto diffusi. Eppure dalle interviste effettuate emerge con evidenza la domanda da parte dei terapisti di rendere più organici al percorso riabilitativo e più frequenti i rapporti con il medico di base.

Per quanto riguarda gli altri servizi territoriali si registra una tale frammentazione degli interventi che risulta difficile non solo predisporre azioni coordinate ma anche semplicemente scambiarsi informazioni sulle prestazioni e sugli interventi attivati. Molto scarsi risultano i rapporti con i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), salvo i pochi casi registrati in cui grazie all'iniziativa ed alle buone relazioni personali degli operatori si è riusciti a creare condizioni di collaborazione. Molto limitati risultano anche i rapporti con le Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) del territorio e con le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Meno sporadici, ma comunque sempre limitati, appaiono i rapporti con i servizi sociali degli enti locali, che spesso si trovano a gestire problemi di inserimento e di integrazione sociale del disabile.

Da quanto emerso dalle opinioni espresse dagli operatori intervistati, risulta che in generale la presenza nell'*équipe* multidisciplinare di un assistente sociale particolarmente attivo agevola i rapporti con i servizi territoriali. È probabile che l'assistente sociale sia la figura più adatta per fungere da "interfaccia" tra il servizio di T.O. ed i servizi del territorio.

Più frequenti risultano, invece, i rapporti con le strutture sanitarie di ricovero. Il più delle volte si limitano ad uno scambio di informazioni sui pazienti che vengono trasferiti da un centro ad un altro, qualche volta si tratta di collaborazioni più stabili; raramente sono previste azioni coordinate e strutturate di collegamento, nella maggioranza dei casi i contatti sono gestiti in modo informale da operatori che si conoscono personalmente.

Il livello di integrazione del servizio di T.O. con l'ambiente non può essere ridotto, tuttavia, ad una questione esclusivamente di rapporti con i servizi territoriali. Vi è in generale un problema di apertura verso l'esterno delle strutture che erogano il servizio; prevale ancora un approccio sbilanciato verso l'istituzionalizzazione dell'intervento terapeutico, mentre negli altri paesi europei, come la Germania e l'Inghilterra, prevale il ruolo delle prestazioni domiciliari. L'assenza di servizi domiciliari in questo ambito riduce in Italia il grado di apertura del servizio verso l'esterno.

Abbiamo registrato, tuttavia, qualche iniziativa che va nella direzione di una maggiore apertura del servizio e della struttura di ricovero verso l'ambiente. Nel Centro di Riabilitazione di Villanova si organizzano degli incontri di scambio e di confronto di esperienze tra ricoverati ed ex ricoverati, e tra i familiari dei primi e i familiari dei secondi. Nell'Ospedale di Passirana invece è stato istituzionalizzato il *week end* del paziente che consente al paziente di tornare a casa per il fine settimana senza essere dimesso. Il rientro temporaneo nel proprio domicilio riduce la distanza con il proprio mondo di appartenenza ed anticipa in forma più diluita problemi che altrimenti si presenterebbero tutti insieme nel momento delle dimissioni.

Un altro canale di comunicazione e di integrazione con l'ambiente è rappresentato dal *volontariato*. Quasi tutti i centri considerati hanno contatti con singoli volontari o con le organizzazioni di volontariato. Spesso il rapporto si stabilisce e viene formalizzato tra l'organizzazione di volontario e la struttura di ricovero, altre volte il rapporto si stabilisce direttamente tra il volontario ed il paziente, anche fuori dalla struttura e senza che tale rapporto sia formalizzato attraverso un accordo o una convenzione.

In generale prevalgono due atteggiamenti: da un lato ci sono centri "permeabili" all'ingresso del volontariato che consentono l'accesso e la presenza dei volontari sulla base di una regolamentazione minima dei rapporti; dall'altro vi sono quei centri che ricercano con il volontariato un coinvolgimento ed una collaborazione più attiva. Questi ultimi considerano la presenza del volontariato un'opportunità preziosa non soltanto per aprire l'organizzazione sanitaria all'esterno, ma anche per stimolare il paziente alla relazione con quelle modalità di compagnia e di animazione che solo il volontariato è in grado di riprodurre con efficacia dentro una realtà di ricovero. È evidente l'importanza per la T.O. di poter contare

anche su uno strumento simile, considerato che fa della dimensione relazionale uno dei centri di interesse principali del suo approccio terapeutico.

12. Gli ausili nella terapia occupazionale

Per gli obiettivi di indipendenza psicofisica e di integrazione sociale che la T.O. si pone nei confronti dei pazienti trattati, assume una particolare importanza, prima nel processo terapeutico e poi nella vita quotidiana, la funzione degli ausili³⁵. Gli ausili in dotazione nei servizi di T.O. si possono classificare in cinque categorie: 1) ausili per la cura della persona³⁶; 2) ausili per la vita quotidiana³⁷; 3) ausili per la mobilità³⁸; 4) ausili per la terapia³⁹; 5) arredi ed attrezzature⁴⁰.

Gli ausili in dotazione presso il servizio di T.O. sono utilizzabili finché il paziente è ricoverato o è sotto trattamento ambulatoriale, ma quando il paziente viene dimesso o si trova già inserito nel proprio ambiente domestico gli ausili devono essere acquistati direttamente dal paziente ad uso personale.

Gli ausili in dotazione nel servizio vengono acquistati attraverso procedure interne alla struttura, gli ausili a carico del paziente vengono prescritti dal medico specialista ed acquistati dal paziente stesso. Nel caso degli ausili interni, la richiesta per l'acquisto viene

³⁵ Per ausilio si intende uno strumento che aiuta la persona disabile a fare ciò che non potrebbe, o a fare tutto ciò che gli è consentito con maggiore sicurezza, con maggiore rapidità, in modo psicologicamente più accettabile o infine a prevenire l'instaurarsi o l'aggravarsi di una disabilità.

³⁶ Sedile per vasca da bagno, asse per vasca da bagno, tavoletta lima unghie, spazzola per unghie, sostegno carta igienica, pettine con prolunga, spazzola per capelli, spazzola lunga per bagno, forbice per unghie, infilcalze, allacciabottoni, calzascarpe, ecc.

³⁷ Sbucciatore, tavolo di fissaggio, aprioperchio a vite, calice per bere, posate speciali, reggiposate in pelle, bicchiere con due manici, impugnatura prefabbricata, tagliere, morsetto per stampelle, rotoli antiscivolo, pinza attiva, forbici speciali, sostegno per telefono, porta libro, scolapasta per pentole, bicchiere per posizione sdraiata, portachiavi, lacci elastici, lente con righello, voltapagine, aiuto per lavorare a maglia, supporto per calze, ecc.

³⁸ Carrozze manuali ed elettriche, "mangiascale" cingolato, sollevatori manuali ed elettrici, bastoni, tripodi, tetrapodi, deambulatori, passeggini, ecc.

³⁹ Pasta modellabile, palle, giochi adattati, attrezzi terapeutici, *computer* per la riabilitazione cognitiva, materiale per attività manuali, ecc.

⁴⁰ Tavolo speciale, telaio per tessitura, asse da stiro regolabile, fermapentole completo, arredi per cucina, bancone per lavorazione del legno, ecc.

generalmente inoltrata dal medico fisiatra o da altro medico responsabile del servizio all'Amministrazione del centro. Le richieste formalmente presentate dal medico fisiatra sono quasi sempre segnalate dal terapeuta occupazionale che vanta una maggiore conoscenza sugli ausili ed un maggior aggiornamento sulle ultime novità. Per acquisti superiori ad una certa spesa la procedura di acquisizione è più complessa e può risultare anche molto lunga. Nel Pio Albergo Trivulzio, acquisti sopra le trecentomila lire devono essere approvati dal Consiglio di Amministrazione sulla base di una relazione dettagliata predisposta dal coordinatore del reparto di T.O., firmata dal primario del servizio riabilitativo e dalla direzione sanitaria dell'Istituto, dopodiché si procede per l'ordine di acquisto o per l'assegnazione dell'appalto ad una ditta del settore.

Per l'approvvigionamento degli ausili ad uso personale, la prescrizione viene fatta dal medico specialista della ASL di appartenenza (ortopedico, fisiatra, neuropsichiatra, ecc.), dopodiché la richiesta passa all'Ufficio Invalidi della ASL che sulla base di un preventivo di spesa convalida la fornitura dell'ausilio. Generalmente è il familiare del paziente che si rivolge alla ditta fornitrice per farsi fare un preventivo che poi presenta alla ASL; tuttavia, anche in questo caso la segnalazione al medico prescrittore e l'orientamento del paziente e dei suoi familiari sul tipo di ausilio da acquisire vengono spesso garantiti dal terapeuta occupazionale.

In alcuni centri, come quello di Cuasso al Monte, il servizio di T.O. dispone di un parco-ausili per consentire un collaudo preventivo da parte degli utenti che prima di procedere all'acquisto possono verificare il tipo di ausilio consigliato e valutarne la rispondenza rispetto alle proprie esigenze di autonomia e di mobilità.

Il Servizio Sanitario Nazionale indica nel tariffario nazionale una serie di ausili rimborsabili di cui è specificata la tipologia ed il costo. Il paziente può anche decidere di ricorrere ad un diverso tipo di ausilio non elencato nel nomenclatore tariffario ed accollarsi il costo economico rappresentato dalla differenza di prezzo⁴¹.

Esiste un principio di riconducibilità per funzione – che deve essere comunque dichiarato dallo stesso medico prescrittore – applicabile agli ausili non previsti nel nomenclatore nazionale. Il pa-

⁴¹ Il problema più frequente è però che molti degli ausili richiesti non rientrano nel tariffario nazionale, soprattutto quelli che mostrano caratteristiche molto specifiche e che rispondono ad esigenze personalizzate.

ziente può cioè acquistare e farsi rimborsare un ausilio non previsto nel nomenclatore ma riconducibile per funzione ad uno esistente e accollarsi eventualmente la differenza di prezzo.

Ogni ausilio ha inoltre un tempo di scadenza che può andare dai 18 mesi per un paio di scarpe ai cinque anni per una carrozzina. Un ausilio non può essere prescritto di nuovo prima della sua scadenza. Laddove vi fosse la necessità di sostituirlo, il medico prescrittore dovrebbe redigere una relazione in cui dichiara che l'ausilio non è più riparabile o che non è più idoneo per il paziente a causa delle modificate condizioni del suo stato fisico o psichico⁴².

Costo e termine di scadenza sono quindi i problemi più urgenti che vengono riscontrati dagli utenti quando devono ricorrere agli ausili, ma non sono gli unici problemi riscontrati: l'informazione e l'orientamento nel mercato degli ausili è un altro problema di cui si avverte l'incombenza⁴³. Manca un soggetto terzo che posso offrire un servizio di consulenza ed orientamento sugli ausili volto a ricercare la soluzione più idonea e conveniente per il paziente. Questa funzione, come abbiamo già detto, è surrogata dal terapeuta occupazionale che si presta spesso a raccordare la domanda e l'offerta di ausili; ma tale funzione non rientra propriamente nei suoi ruoli istituzionali, anche quando si fa promotore di iniziative (dimostrazioni, collaudi di ausili, ecc.) che mettono direttamente in contatto le ditte fornitrici con i loro pazienti.

Alcuni centri, tra i più avanzati, si sono dotati di strutture e di servizi di informazione sugli ausili in grado di orientare nel migliore dei modi i loro pazienti. L'Ospedale di Cuasso al Monte ha istituito al suo interno il Centro Informazione Ausili (CIA), collegato alla banca dati degli ausili del SIVA⁴⁴ di Milano. Il CIA fornisce informazioni e consulenze sugli ausili e sui loro fornitori, senza che gli utenti debbano sostenere alcun costo.

⁴² Solo nell'età evolutiva non è previsto un tempo di scadenza dell'ausilio poiché naturalmente le condizioni del paziente variano continuamente.

⁴³ Spesso il medico prescrive l'ausilio e il paziente o i familiari devono orientarsi autonomamente nella ricerca e nella scelta del prodotto; altrettanto spesso le ditte fornitrici si fanno conoscere promuovendo direttamente i loro prodotti al paziente, ma naturalmente veicolano l'informazione sui loro prodotti e sui loro interessi commerciali, e non sono in grado di garantire un'assistenza continuativa né di apportare modifiche personalizzate all'ausilio.

⁴⁴ Servizio Informazione Valutazione Ausili della Fondazione Pro Iuventute - Don Gnocchi di Milano.

Il SIVA dispone di una banca dati che raccoglie informazioni su più di 6000 ausili, più di 5.000 immagini e circa 3.000 indirizzi aggiornati di aziende produttrici e distributrici di ausili, oltre a gestire anche una mostra/laboratorio permanente sugli ausili. Il SIVA può essere considerato a livello italiano il più importante servizio di informazione sugli ausili, tanto che, come emerge dall'indagine, vi si rivolgono molti centri per ottenere dati ed informazioni sugli ausili.

Per quanto riguarda il mercato degli ausili occorre distinguere tra gli *ausili finalizzati alla mobilità*, soprattutto carrozzine, che non presentano grosse difficoltà di reperimento e di scelta in Italia, e gli *ausili di vita quotidiana* impiegati specificatamente nella T.O., di più difficile reperibilità essendo per la maggior parte prodotti importati. A questo genere di difficoltà si sopperisce in qualche caso con la costruzione degli ausili da parte dei terapisti occupazionali; all'estero, più frequentemente che in Italia, è lo stesso terapeuta occupazionale che si occupa della progettazione degli ausili.

Le ditte produttrici di ausili in Italia sono molto qualificate, ma non tutti i prodotti sono coperti; sono poche, ad esempio le ditte che producono gli ausili di comunicazione di tipo simbolico. Nel nomenclatore nazionale è previsto un solo tipo di comunicatore simbolico, ma per il principio della riconducibilità è possibile prescrivere un *computer* adattato che svolga tale funzione.

Un settore che necessita sicuramente di essere ampliato nei prossimi anni è quello degli ausili funzionali alle attività di vita quotidiana. In Italia, inoltre, esiste una forte territorializzazione delle ditte fornitrici che vede il territorio nazionale suddiviso in zone di competenza, e questo fenomeno è ancora più accentuato nell'Italia meridionale. A ciò si aggiunge che per i servizi di T.O. e più in generale per i servizi riabilitativi è possibile approvvigionarsi di ausili solo presso le ditte iscritte agli albi regionali e che risultano "fornitrici" della ASL competente.

13. Un caso di studio sugli esiti clinici di un intervento di terapia occupazionale in pazienti neurologici colpiti da ictus cerebrale (di Bianca Petrucci)

Il campione

Il caso di studio qui proposto vuole verificare in quale misura un intervento di T.O. incide nel piano riabilitativo complessivo di un paziente. Tale indagine viene effettuata su soggetti affetti da pa-

tologia neurologica causata da ictus cerebrale; il campione preso in esame si basa su 70 degenti in fascia post-acuta ospiti nella lungodegenza riabilitativa, dei quali 29 ricoverati presso l'Ospedale di Cuasso al Monte (VA) e 41 ricoverati presso il Pio Albergo Trivulzio di Milano (tab.13.1).

Della totalità dei pazienti 35 sono donne e 35 sono uomini (tab. 13.2); presso l'Ospedale di Cuasso al Monte il 69% dei casi considerati sono maschi ed il 31% sono femmine, mentre presso il Pio Albergo Trivulzio le proporzioni sono capovolte: il 63,4% sono donne ed il 36,6% sono uomini. Le fasce di età prese in considerazione sono quattro (tab. 13.3): il 65,7 % dei pazienti trattati appartiene alle ultime due fasce di età, costituite dalla classe 70-79 anni e dagli anziani ultraottantenni; i pazienti non anziani con meno di 60 anni rappresentano soltanto il 14,3% del campione. Tale distribuzione per età risulta omogenea per entrambe le strutture considerate. Nel campione il numero di pazienti affetti da emisoma sinistro equivale all'incirca a quello dei pazienti con emisoma destro (tab. 13.4).

Tab. 13.1 – Pazienti esaminati per centro di riabilitazione

	(v.a.)	(%)
Ospedale di Cuasso al Monte	29	41,4
Pio Albergo Trivulzio di Milano	41	58,6
Totale	70	100,0

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 13.2 – Pazienti esaminati per sesso

	(v.a.)	(%)
Femmine	35	50,0
Maschi	35	50,0
Totale	70	100,0

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 13.3 – Pazienti esaminati per classi di età

	(v.a.)	(%)
Meno di 60	10	14,3
60 – 69	14	20,0
70 – 79	25	35,7
80 e più	21	30,0
Totale	70	100,0

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 13.4 – Pazienti esaminati per tipo di menomazione

	(v.a.)	(%)
Emisoma sinistro	37	52,9
Emisoma destro	33	47,1
Totale	70	100,0

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 13.5 – Pazienti esaminati per giornate di ricovero

	(v.a.)	(%)
Fino a 30	14	20,0
31 – 60	29	41,4
61 – 90	14	20,0
Più di 90	13	18,6
Totale	70	100,0

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Non si registrano inoltre disomogeneità rispetto al tipo emiplegie trattate nei due servizi presi in esame. Rispetto alle giornate di ricovero, la maggior parte dei pazienti trattati si colloca al di sotto dei 60 giorni (61,4%); di questi il 20% non supera il mese di degenza (tab. 13.5). Qualche differenza tra le due strutture sanitarie si registra nella fascia dei pazienti ricoverati oltre i 90 giorni, dove

sono relativamente più numerosi nel centro di Cuasso al Monte (31%) che nell'istituto milanese (meno del 10%).

La scala di valutazione

Il campione dei degenti presi in esame affetti da emiplegia dell'emisoma destro o sinistro, è stato testato con la FIM (Functional Independence Measure), strumento che misura la disabilità del paziente: la scala esplora gli ambiti funzionali della cura della persona, del controllo sfinterico, della mobilità, della locomozione e della capacità cognitiva.

Vengono valutate un numero minimo di abilità funzionali come indicatori della disabilità e più correttamente come indici delle capacità reali e presenti del paziente; inoltre, la FIM identifica il carico assistenziale, cioè il contributo in tempo o in lavoro da destinare al paziente disabile per la soddisfazione dei suoi bisogni al fine di raggiungere e/o mantenere una soddisfacente qualità della vita. Questo strumento di valutazione è stato progettato per applicare sette livelli di punteggio equiparabili ai vari livelli di incapacità; poiché la valutazione deve limitarsi a rilevare ed a misurare la disabilità ed il risultato riabilitativo, attraverso valutazioni periodiche è possibile quantificare le variazioni delle capacità funzionali del paziente e programmare i trattamenti alla luce dei risultati ottenuti.

La scheda di valutazione rileva inoltre i dati socio-demografici del paziente, la diagnosi di menomazione, i costi assistenziali in relazione ai tempi di degenza ed il carico assistenziale. I degenti emiplegici che hanno seguito il trattamento di T.O. sono stati valutati al tempo t0 al momento del ricovero e al tempo t1 alla dimissione, secondo i parametri della scala FIM.

Nello schema di valutazione viene assegnato un punteggio a ciascuna delle 18 voci che costituiscono la scala attribuendo a ciascuna funzione un valore massimo di 7 ed uno minimo di 1. I sette livelli permettono⁴⁵, con sufficiente sensibilità, di rilevare una qualsiasi modificazione funzionale nel paziente. Essi vengono descritti in relazione all'autosufficienza –non è richiesta la presenza di un'altra persona per svolgere l'attività –, e alla non autosufficienza –è richiesta la presenza di un'altra persona che dia supervisione o vero e proprio supporto fisico –. Quest'ultimo livello è suddiviso nella non autosufficienza parziale, nella quale il soggetto compie

⁴⁵ Il punteggio complessivo, quindi, può variare tra un massimo di 126 e un minimo di 18.

almeno il 50% dello sforzo necessario, e la non autosufficienza completa, che richiede un'intensa o completa assistenza poiché il paziente è in grado di compiere meno del 50% dello sforzo richiesto nell'attività da svolgere.

Nella scala di valutazione FIM sono tre le aree prese in considerazione: l'*area motoria* è comprensiva della «Cura della persona» (nutrirsi, rassettersi, lavarsi, vestirsi dalla vita in su, vestirsi dalla vita in giù, igiene perineale), della «Mobilità» (trasferimenti: letto-sedia-carrozzina, WC, vasca o doccia) e della «Locomozione» (cammino, carrozzina, scale). L'*area sfinterica* (controllo sfinterico: vescica, alvo); l'*area cognitiva*, comprensiva della «Comunicazione» (comprensione, espressione) e delle «Capacità relazionali/cognitive» (rapporto con gli altri, soluzione dei problemi, memoria).

La valutazione dettagliata di queste aree permette di individuare in modo specifico le difficoltà del paziente, come intervenire e in quali settori ha ottenuto i miglioramenti. L'obiettivo principale della FIM è l'identificazione di ciò che il paziente è in grado di effettuare realmente nella vita quotidiana e in che misura il trattamento di T.O. consente di renderlo capace di eseguire le attività funzionali per la sua autonomia in condizioni abituali. I pazienti emiplegici presi in esame e ricoverati presso le due strutture hanno seguito contemporaneamente un programma terapeutico integrato di T.O., di rieducazione neuromotoria e del linguaggio.

Il programma di terapia occupazionale

Un piano di trattamento di T.O. tiene conto di tutta la serie di sintomi che si presentano in relazione alla localizzazione della lesione e che determinano non solo disfunzioni riguardanti la postura e il movimento, ma anche la capacità di percepire l'ambiente e organizzarsi in modo sequenziale al fine di eseguire un atto motorio finalizzato ed intenzionale. Lo scopo è di potenziare, migliorare, stimolare la capacità di autonomia dei pazienti, intesa come abilità cognitiva, motoria e psichica mirante al soddisfacimento dei bisogni e degli interessi del soggetto inserito nel proprio contesto sociale. L'intelligenza e l'abilità cognitiva dipendono dall'abilità integrativa del cervello: i processi integrativi possono essere disturbati da una lesione del sistema nervoso centrale (SNC), determinando una caduta delle capacità mnemoniche, di orientamento, di formulazione di un ragionamento astratto e questi elementi interferiscono sulla capacità di apprendimento. Quindi se un soggetto è incapace

di integrare le funzioni cognitive nell'azione, la sua capacità di apprendimento risulterà pertanto fortemente indebolita, con riflessi anche sulle potenzialità riabilitative.

Dal punto di vista psicologico il paziente affetto da tali patologie è confuso, sbalordito, spaventato e disorientato, condizioni che determinano comportamenti depressivi, demotivati, apatici o regressivi. Tali fattori comportano una limitata capacità ad eseguire dei compiti e una difficoltà a trasferire le abilità apprese da una situazione all'altra.

La motivazione del paziente a partecipare al programma riabilitativo è determinante, ma il recupero dipende anche dalla personalità premorboza e dalla situazione passata e presente. L'adattamento del paziente è strettamente legato alla sua famiglia e gli atteggiamenti che questa ha verso di lui e verso la sua minorazione. La famiglia, pertanto, svolge un ruolo importante per il reinserimento del soggetto e a tal fine deve essere preparata a capire le difficoltà in modo da stabilire obiettivi realistici che utilizzino appieno le abilità residue e rendere l'individuo autonomo nelle attività della vita. Attraverso un'attenta valutazione delle capacità e delle incapacità si deve elaborare un piano di trattamento adeguato ai bisogni individuali. L'osservazione del paziente nella sua organizzazione del tempo permette al terapeuta occupazionale di formulare un programma di addestramento abituale inteso come "abitudine di vita", basato sul principio che il normale uso del tempo in una significativa *routine* giornaliera dovrebbe esercitare una forza organizzante.

Alla luce di quanto esposto, gli obiettivi della T.O. possono essere identificati nel: *i*) ripristinare la funzione fisica per quanto possibile aiutando il paziente ad adattarsi e/o compensare la perdita di funzionalità stimolando l'autonomia; *ii*) contribuire a preparare il paziente ad una vita il più normale possibile presso il proprio domicilio; *iii*) riacquistare la capacità di usare in modo appropriato e funzionale oggetti e strumenti necessari alle Attività di Vita Quotidiana.

Per raggiungere tali obiettivi il programma riabilitativo tiene conto di metodiche trattamentali in relazione alle disfunzioni motorie, sensoriali, percettive e cognitive. Il piano di interventi prevede le seguenti attività terapeutiche:

- attività neuromotorie con la tecnica Bobath, Brunnstrom ecc., eseguite grazie a movimenti unilaterali, bimanuali e bilaterali in relazione alla fase di trattamento e all'obiettivo da raggiungere;

- attività manipolatoria per stimolare e/o migliorare l'abilità motoria fine e la coordinazione oppure per rendere più funzionale l'abilità motoria dell'arto sano non dominante;
- attività che mirano ad allenare ed addestrare il paziente nella vita quotidiana con la scelta e la selezione degli ausili;
- attività che mirano a compensare, a risolvere o a limitare i deficit relativi alle disfunzioni percettivo-motorie, problematiche che interagiscono in modo determinante nell'autonomia del soggetto paretico;
- attività per stimolare la memoria, l'orientamento, il riconoscimento degli oggetti, il *problem solving*, ecc.;
- attività di sostegno al fine di potenziare la motivazione, la stima di sé e la capacità di affrontare un compito assegnato;
- attività di sostegno in funzione delle reazioni psicologiche all'uso degli ausili, degli aiuti tecnici e delle ortesi;
- attività di addestramento ed allenamento alle attività domestiche in vista del rientro nella propria abitazione;
- attività di valutazione del domicilio in funzione delle barriere architettoniche, della ricerca degli ausili e degli aiuti tecnici da inserire negli ambienti domestici per permettere l'indipendenza nelle attività quotidiane e domestiche;
- attività di formazione ed informazione dei familiari su tutto ciò che indispensabile per l'autosufficienza del proprio congiunto.

Risultati ottenuti dall'applicazione del programma di terapia occupazionale

In considerazione della valutazione iniziale e finale in base alla somministrazione della scala FIM, grazie ad un trattamento programmato ed individualizzato delle attività di T.O., sono stati registrati notevoli miglioramenti dei pazienti in esame. Per quanto riguarda l'Autonomia Motoria⁴⁶ al tempo t0, il 55,7% dei degenti risultava non autosufficiente totale, mentre al tempo t1 la percentuale scende all'11,4% (tabb. 13.6 e 13.7). I non autosufficienti parziali che al tempo t0 risultavano pari al 41,4%, al momento della dimissione t1 passano al 51,5%, con un incremento superiore al 10%. Infine, coloro che risultavano autosufficienti nelle attività motorie al

⁴⁶ Per l'Autonomia Motoria sono stati definiti in base al punteggio accumulato da ciascun paziente tre livelli di autonomia: non autosufficienza totale (11 - 27 punti); non autosufficienza parziale (28 - 60 punti); autosufficienza (61 - 77 punti).

tempo t1 erano il 37,1% contro il 2,9% dei pazienti autosufficienti registrati al momento dell'ingresso in terapia (t0).

Tab. 13.6 – Autonomia motoria all'ingresso

	(v.a.)	(%)
Non autosufficiente totale	39	55,7
Non autosufficiente parziale	29	41,4
Autosufficienza	2	2,9
Totale	70	100,0

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 13.7 – Autonomia motoria alla dimissione

	(v.a.)	(%)
Non autosufficiente totale	8	11,4
Non autosufficiente parziale	36	51,5
Autosufficienza	26	37,1
Totale	70	100,0

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Anche nella sfera dell'Autonomia Sfinterica⁴⁷ vi sono notevoli variazioni tra il tempo t0 e il tempo t1. In questo ambito, infatti, al tempo t0 il 25,7% dei soggetti aveva necessità di assistenza completa, mentre al tempo t1 i non autosufficienti totali risultavano pari al 15,7%, con un decremento pari a 10 punti percentuali (tabb. 13.8 e 13.9).

⁴⁷ Per l'Autonomia Sfinterica sono stati definiti in base al punteggio accumulato da ciascun paziente tre livelli di autonomia: non autosufficienza totale (2 punti); non autosufficienza parziale (3 – 10 punti); autosufficienza (11 - 14 punti).

Tab. 13.8 – Autonomia sfinterica all'ingresso

	(v.a.)	(%)
Non autosufficiente totale	18	25,7
Non autosufficiente parziale	35	50,0
Autosufficienza	17	24,3
Totale	70	100,0

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 13.9 – Autonomia sfinterica alla dimissione

	(v.a.)	(%)
Non autosufficiente totale	11	15,7
Non autosufficiente parziale	20	28,6
Autosufficienza	39	55,7
Totale	70	100,0

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

I soggetti non autosufficienti parziali sono il 50% all'ingresso (t0) e scendono al 28,6% nel momento delle dimissioni (t1). La maggiore tra le variazioni riguarda l'autosufficienza sfinterica: i soggetti autosufficienti passano dal 24,3% (t0) al 55,7% (t1).

Nell'ambito dell'Autonomia Cognitiva⁴⁸ si registrano considerevoli miglioramenti al termine del trattamento riabilitativo: l'area della non autosufficienza totale diminuisce dall'11,4% all'8,6% (tabb. 13.10 e 13.11). L'area della non autosufficienza parziale diminuisce notevolmente e passa dal 34,3% al tempo t0 al 21,4% al tempo t1. Aumenta invece considerevolmente l'area dell'autosufficienza che passa dal 54,3% (t0) al 70% (t1), con un incremento superiore al 15%.

⁴⁸ Per l'Autonomia Cognitiva sono stati definiti in base al punteggio accumulato da ciascun paziente tre livelli di autonomia: non autosufficienza totale (5 - 12 punti); non autosufficienza parziale (13 - 27 punti); autosufficienza (28 - 35 punti).

Tab. 13.10 – Autonomia cognitiva all'ingresso

	(v.a.)	(%)
Non autosufficiente totale	8	11,4
Non autosufficiente parziale	24	34,3
Autosufficienza	38	54,3
Totale	70	100,0

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 13.11 – Autonomia cognitiva alla dimissione

	(v.a.)	(%)
Non autosufficiente totale	6	8,6
Non autosufficiente parziale	15	21,4
Autosufficienza	49	70,0
Totale	70	100,0

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 13.12 – Autonomia totale all'ingresso

	(v.a.)	(%)
Non autosufficiente totale	16	22,9
Non autosufficiente parziale	49	70,0
Autosufficienza	5	7,1
Totale	70	100,0

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 13.13 – Autonomia totale alla dimissione

	(v.a.)	(%)
Non autosufficiente totale	6	8,6
Non autosufficiente parziale	34	48,5
Autosufficienza	30	42,9
Totale	70	100,0

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Complessivamente le tre aree di autonomia si ricompongono nell'indice di Autonomia Totale⁴⁹, dato dalla somma dei punteggi registrati nelle aree sopra indicate; in base a questo indicatore sintetico possiamo ottenere una misura del miglioramento clinico registrato dal campione di pazienti trattati con la T.O.

Le variazioni osservate mostrano miglioramenti complessivi indicati da aumenti significativi dell'autosufficienza. I soggetti non autosufficienti totali che all'inizio della terapia (t0) erano il 22,9%, sono diminuiti al termine della terapia (t1) di quasi tre volte (8,6%) (tabb. 13.12 e 13.13). Sono diminuiti notevolmente anche i soggetti non autosufficienti parziali passando dal 70% al 48,5%. Notevole balzo in avanti hanno registrato invece i soggetti autosufficienti che all'inizio della terapia rappresentavano soltanto il 7,1% dei pazienti⁵⁰ e che al termine della terapia sono diventati quasi il 43%.

Se consideriamo gli incrementi percentuali dei punteggi ottenuti nel livello di autonomia totale, otteniamo una misura sintetica del miglioramento medio registrato dai pazienti trattati; secondo questo indicatore quasi il 46% dei pazienti trattati ha ottenuto miglioramenti buoni o ottimi (tab. 13.14).

⁴⁹ Per l'Autonomia Totale sono stati definiti in base al punteggio accumulato da ciascun paziente tre livelli di autonomia: non autosufficienza totale (18 - 45 punti); non autosufficienza parziale (46 - 99 punti); autosufficienza (100 - 126 punti).

⁵⁰ Sono soggetti che presentano deficit non gravi e che pur necessitando di interventi riabilitativi in alcune aree funzionali hanno un livello di autonomia che complessivamente si può valutare autosufficiente.

Tab. 13.14 – Variazione del punteggio dell'autonomia totale(*)

	(v.a.)	(%)
Peggioramento (< o = 5%)	2	2,9
Condizione stazionaria (-5% / +5%)	6	8,6
Miglioramento leggero (+6% / +25%)	12	17,1
Miglioramento discreto (+26% / +46%)	18	25,7
Miglioramento buono (+47% / +100%)	25	35,7
Miglioramento ottimo (> +100%)	7	10,0
Totale	70	100,0

(*) Il parametro di riferimento per definire i livelli di miglioramento dell'autonomia è dato all'incremento percentuale medio, pari a +46%.
Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Considerando adesso i soggetti che mostravano all'inizio della terapia (t₀) una non autosufficienza motoria totale o parziale (68 soggetti), possiamo osservare dall'analisi che più del 35% dei pazienti trattati con la T.O. ha raggiunto l'autosufficienza.

Tab. 13.15 – Pazienti passati all'autosufficienza motoria per età

	(v.a.)	(%)
Meno di 75 anni	17	48,6
75 anni e più	7	21,2
Pazienti autosufficienti (t ₁)	24	35,3
Totale pazienti considerati	68	100,0

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Tab. 13.16 – Pazienti passati all'autosufficienza motoria per sesso

	(v.a.)	(%)
Maschi	14	41,2
Femmine	10	29,4
Pazienti autosufficienti (t ₁)	24	35,3
Totale pazienti considerati	68	100,0

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

L'età risulta influire in modo evidente sulla capacità di miglioramento nell'area motoria. Infatti se il 48,6% di coloro che hanno meno di 75 anni raggiunge l'autosufficienza dopo il trattamento di T.O., soltanto il 21,2% degli ultrasettantacinquenni raggiunge lo stesso risultato (tab. 13.15). Rispetto al sesso dei pazienti, gli uomini risultano più dinamici (il 41,2% è passato all'autosufficienza) delle donne (29,4%), ma questo dipende molto anche dalla maggiore età registrata in media tra le donne (tab. 13.16).

Tab. 13.17 – Pazienti passati all'autosufficienza motoria per tipo di menomazione

	(v.a.)	(%)
Emisoma sinistro	12	34,3
Emisoma destro	12	36,4
Pazienti autosufficienti (t ₁)	24	35,3
Totale pazienti considerati	68	100,0

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Per quanto riguarda il tipo di patologia, i degenti con paresi a sinistra registrano miglioramenti molto simili a quelli registrati da soggetti con paresi a destra: i primi raggiungono l'autosufficienza motoria completa nel 34,3% dei casi, i secondi nel 36,4% dei casi (tab. 13.17).

Dal punto di vista del miglioramento cognitivo non si rilevano correlazioni significative rispetto al sesso dei pazienti, né rispetto all'età, né rispetto al tipo di menomazioni considerate. In relazione al punteggio ottenuto sull'Autonomia Totale nella scala FIM, risultano confermate le stesse correlazioni rilevate a proposito dell'Au-

tonomia Motoria, essendo quest'ultima fortemente correlata alla prima. Con riferimento all'età, infatti, si può osservare che i soggetti più anziani (75 anni e più) raggiungono l'autosufficienza dopo il trattamento di T.O. nel 30,3% dei casi, mentre per i soggetti che hanno meno di 75 anni l'autosufficienza viene raggiunta da una percentuale più elevata (46,9%) (tab. 13.18). Un'altra variabile che influisce sulla possibilità di miglioramento è il sesso, ma questa è a sua volta correlata all'età dei pazienti trattati.

Tab. 13.18 – Pazienti passati all'autosufficienza totale per età

	(v.a.)	(%)
Meno di 75 anni	15	46,9
75 anni e più	10	30,3
Pazienti autosufficienti (t ₁)	25	38,5
Totale pazienti considerati	65	100,0

Fonte: Indagine Centro A.M. Maderna, 1998.

Dall'analisi dei dati è interessante notare una certa differenziazione rispetto ai risultati raggiunti con la T.O., se confrontiamo i pazienti trattati nei due istituti di ricovero considerati. Nel reparto di T.O. del Pio Albergo Trivulzio un maggior numero di pazienti non autosufficienti nell'area delle funzioni motorie raggiunge l'autonomia completa dopo il trattamento: il 50% contro il 34,3% dei pazienti ricoverati nell'Ospedale di Cuasso al Monte. Al contrario, nell'ambito delle funzioni cognitive, la percentuale più elevata di pazienti non autosufficienti che passano all'autosufficienza dopo il trattamento è riferita all'Ospedale di Cuasso al Monte: il 46,2% contro il 31,6% registrato nel Pio Albergo Trivulzio⁵¹.

In conclusione possiamo dire che la T.O., con un tipo di intervento globale che mette in gioco processi sensoriali, percettivo-motori e cognitivi grazie ad attività e strategie funzionali mirate sulle specifiche problematiche del paziente, consente di raggiungere ottimi risultati nel raggiungimento del miglior livello di autonomia. Il programma terapeutico integrato ha ottenuto un recupero

⁵¹ I dati, tuttavia, vanno presi con molta prudenza essendo il campione di pazienti esaminati di dimensioni così ridotte da non poter spingere l'analisi oltre un certo livello di dettaglio.

delle capacità funzionali nelle attività di vita quotidiana in tempi di ricovero relativamente brevi: per il 61% circa dei pazienti il tempo di trattamento è stato inferiore ai 60 giorni.

Inoltre, l'obiettivo prioritario dell'autonomia del paziente riferita ai bisogni primari per la cura della persona e per tutto ciò che concerne le attività quotidiane e domestiche è stato conseguito nella quasi totalità dei casi: 69 dei 70 pazienti esaminati sono rientrati nel proprio domicilio ed uno solo è stato inserito in una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) poiché le sue condizioni fisiche non consentivano una soluzione diversa. Infine, un altro dato significativo che ci porta a considerare positivamente l'intervento integrato di T.O. è rappresentato dal fatto che nonostante il 18,8% dei soggetti sia celibe/nubile o che il 20,3% si vedovo/a è stato possibile lo stesso il rientro nella propria casa in condizioni di totale autonomia o di assistenza parziale.

14. Note metodologiche

Considerando che l'obiettivo della ricerca era quello di ricostruire a livello nazionale un quadro complessivo sui servizi organizzati di T.O., è stato predisposto un piano di rilevazione delle informazioni molto articolato, prestando molta attenzione alle fonti disponibili. La prima difficoltà che si è presentata è stata quella di accedere ad un elenco dei centri che praticano la T.O. in Italia, in quanto non esistono elenchi né informazioni organizzate in questo campo: per raccogliere le prime informazioni aggiornate sulla situazione italiana, ci siamo rivolti ad alcuni osservatori privilegiati⁵² che operano da parecchi anni nel campo della T.O. A questi primi testimoni privilegiati abbiamo rivolto una serie di domande nell'ambito di interviste strutturate volte a delineare un quadro sintetico della presenza e della diffusione della T.O. in Italia.

Per ottenere ulteriori informazioni di quadro sulla T.O. una ricercatrice del Centro A.M. Maderna ha partecipato ai lavori del settimo Congresso dei Terapisti Occupazionali organizzato dall'AITO, che si è tenuto a Napoli il 10-11 ottobre 1997. Al Congresso di Na-

⁵² Elena Fabbruzzi, Presidente uscente dell'Associazione Italiana dei Terapisti Occupazionali (AITO); Claudia Meinecke, Responsabile del Servizio di terapia occupazionale all'Istituto Geriatrico Riabilitativo *Piero Redaelli* di Milano; Julie Cunningham, Rappresentante AITO alla Federazione Mondiale di Terapisti Occupazionali.

poli oltre a raccogliere informazioni utili ai fini della ricerca, si è avuta la possibilità di contattare direttamente alcuni operatori del settore che si sono dichiarati disponibili a collaborare con il Centro A.M. Maderna.

Dopo aver esaurito la fase preliminare dei contatti e della raccolta di informazioni di quadro siamo passati alla ricognizione sul piano nazionale dei centri in cui veniva svolta la T.O. Non essendoci dati o informazioni esaurienti sull'offerta di servizi, la mappatura dei centri è stata condotta ricorrendo alle informazioni fornite direttamente dagli operatori. A queste prime informazioni si sono aggiunte quelle fornite dall'AITO che raccoglie la maggior parte dei terapisti occupazionali operanti in Italia⁵³.

Una volta ottenuto un buon numero di riferimenti su tutto il territorio nazionale abbiamo inviato ai servizi di T.O. mappati un questionario articolato dove venivano richieste informazioni sulla loro organizzazione e sul loro funzionamento. Il questionario, di cui riportiamo la versione integrale in appendice, comprende sei sezioni.

Nella prima sezione vengono richiesti dati identificativi della struttura che ospita il servizio di T.O. Oltre all'indirizzo, anche l'anno di avvio del servizio e il tipo di gestione (pubblica, privata o convenzionata). Nella seconda sezione le domande sono volte a verificare le dimensioni del servizio in termini di strutture e di strumentazione disponibili. La terza sezione è dedicata alle caratteristiche del personale. In particolare, si chiede quanti terapisti occupazionali sono impiegati nel servizio, se opera un'*équipe* multidisciplinare e da chi è composta. Nella quarta sezione le domande sono volte ad ottenere informazioni sull'utenza: viene chiesto quanti pazienti vengono trattati per tipo di patologia, gli esiti clinici registrati e la provenienza degli utenti. La quinta sezione è dedicata alle attività e al tipo di prestazioni svolte all'interno del reparto di T.O.: innanzitutto, viene chiesto se il trattamento di T.O. viene effettuato in regime di degenza o se invece viene erogato attraverso *day hospital*, prestazioni ambulatoriali o domiciliari. In questa parte del questionario viene chiesto inoltre quali sono i canali di accesso al trattamento e che tipi di attività vengono svolte ai fini riabilitativi. Nell'ultima sezione vengono raccolte informazioni sulla formazio-

⁵³ Dall'AITO abbiamo ottenuto l'elenco dei soci terapisti ma non quello dei centri in cui viene svolta la T.O.

ne e sulla qualificazione professionale dei terapisti occupazionali: tipo di qualifica, percorso formativo e carenze riscontrate.

Per completare l'elenco dei centri già registrati, in coda al questionario veniva richiesto di indicare altri centri di cui si conosceva la presenza di un servizio organizzato di T.O. Procedendo in questo modo abbiamo inviato circa 30 questionari, quanti sono i centri che abbiamo rilevato. Di questi 30 questionari, 19 sono stati riconsegnati al Centro A.M. Maderna (Tav. 1).

Sulla base dei questionari tornati indietro abbiamo selezionato quattro casi⁵⁴, ritenuti particolarmente interessanti, per poter effettuare delle interviste qualitative condotte con un maggior grado di approfondimento. Le interviste qualitative in profondità sono state effettuate direttamente dai ricercatori e rivolte ai responsabili del servizio.

Nell'ultima fase della rilevazione abbiamo individuato altri tre centri tra quelli contattati all'inizio, e su questi abbiamo impostato tre casi di studio. Lo scopo era quello di organizzare la rilevazione delle informazioni in modo parallelo così da poter comparare tra loro esperienze e modelli organizzativi diversi. I tre casi selezionati riguardano i servizi di T.O. del Pio Albergo Trivulzio di Milano, dell'Ospedale di Cuasso al Monte (VA) e del Centro di Riabilitazione di Villanova sull'Arda (PC).

I tre casi di studio sono stati svolti autonomamente con indagini condotte all'interno delle strutture, ricorrendo ad una serie di interviste rivolte ai responsabili del servizio, agli operatori e agli utenti. In particolare, le interviste dovevano essere rivolte: al medico fisiatra o altro medico responsabile del servizio; al terapeuta occupazionale coordinatore del servizio; ad almeno 2 terapisti che svolgono T.O.; ad almeno 2 pazienti.

Le interviste sono state effettuate sulla base di una griglia di domande, di cui riportiamo il testo in appendice, impostate in forma aperta e non chiusa, come invece erano state strutturate le domande del questionario rivolto alla generalità dei servizi. La griglia di domande predisposta per orientare l'intervistatore ed ottenere informazioni comparabili si articola in cinque parti e prevede alcune varianti a seconda dei soggetti intervistati.

⁵⁴ Centro di Riabilitazione "Franca Martini" di Trento, Ospedale di Passirana di Rho (MI), Casa di Cura "La Residenza" di Rodello d'Alba (CN), Centro di Riabilitazione Opera Don Guanella di Roma.

La prima serie di domande riguarda gli aspetti organizzativi del servizio; oltre alle informazioni già ottenute dalla compilazione del questionario strutturato si è cercato con le interviste dirette di evidenziare come si articola il trattamento della T.O., come avviene la presa in carico del paziente (dalla segnalazione al ricovero), se e come viene fatta l'innovazione e la sperimentazione ed infine come il servizio si integra con tutti gli altri servizi socio-sanitari presenti sul territorio.

Nella seconda parte della griglia le domande spostano l'attenzione sugli aspetti economico-finanziari con l'intento di ottenere informazioni utili e confrontabili ai fini della ricerca. La terza serie di domande ritorna sulle caratteristiche del personale, ma questa volta con un taglio più qualitativo che non si limita a quantificare gli operatori e le loro qualifiche, ma che indaga sull'organizzazione del lavoro, sulle motivazioni degli operatori e sul loro fabbisogno formativo.

Nella quarta parte del questionario viene data importanza al sistema informativo sul quale si fonda gran parte del funzionamento del servizio. Le domande in questo caso vertono sulla comunicazione interna (tra operatori, tra operatori e pazienti, tra operatori e familiari) e sulla comunicazione esterna (con gli utenti potenziali, con gli altri centri sanitari e con gli altri servizi ed enti competenti).

L'ultima serie di domande è riservata agli ausili al fine di raccogliere informazioni utili sulle modalità di approvvigionamento, sui prezzi e le modalità di finanziamento, sui fornitori e distributori.

Ai tre casi italiani si integra un caso di studio straniero predisposto al fine di rendere possibile una comparazione più puntuale con un modello organizzativo che presenta caratteristiche organizzative decisamente più avanzate di quelle riscontrate mediamente in Italia. Il caso di studio scelto è quello relativo al servizio di T.O. del Charing Cross Hospital di Londra.

Per ultimo, abbiamo esaminato 70 pazienti trattati con la T.O. allo scopo di verificare statisticamente su un campione ristretto di utenti il grado di miglioramento riabilitativo ottenibile con simili interventi terapeutici. Il campione esaminato si riferisce a pazienti lungodegenti affetti da patologie neurologiche causate da ictus cerebrale; i 70 pazienti esaminati, di cui 29 dell'Ospedale di Cuasso al Monte e 41 del Pio Albergo Trivulzio, sono stati valutati al momento dell'ingresso in terapia e al momento delle dimissioni con la scala FIM (Functional Independence Measure).

Tav. 1 – Centri nei quali sono attivati i servizi di T.O.

	Gestione ed anno di avvio del servizio
Istituto Geriatrico G. Golgi di Abbiategrasso; piazza Golgi, 11 - 20081 Abbiategrasso (MI)	Pubblico; 1986
Istituto geriatrico riabilitativo Piero Redaelli di Milano; via Bartolomeo D'Alviano, 78 - 20146 Milano	Pubblico; 1995
Ospedale Niguarda di Milano; piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20160 Milano	Pubblico; 1996
Fondazione Pro Iuventute Don C. Gnocchi di Milano – Reparto di Neuropsichiatria Infantile; via Capecelatro, 66 - 20148 Milano	Privato (conv. SSN); 1993
Fondazione Pro Iuventute Don C. Gnocchi di Milano – Centro Medico Sociale di Riabilitazione; via Capecelatro, 66 - 20148 Milano	Privato (conv. SSN); 1996
Centro Ambulatoriale di Borgo San Lorenzo - A.S.L. 10 di Firenze Zona Mugello; via P. Giraldi, 26 - 50032 Borgo San Lorenzo (FI)	Pubblico; 1978
Ospedale “Casati” di Passirana; via Settembrini, 1 - 20017 Rho (MI)	Pubblico; 1984
Ospedale San Giovanni Battista di Roma; via E. Morselli - 00148 Roma	Privato (conv. SSN); 1971
Centro di Riabilitazione “Franca Martini” di Trento; via Taramelli, 18 - 38100 Trento	Privato (conv. SSN); 1989

Istituto Geriatrico “Casa di Dio” di Brescia; via Moretto, 6 - 25121 Brescia	Pubblico; 1990
ACLI-COOP di Mirano presso Struttura Comunale (poliambulatorio) di Noale; via De Gasperi, 13 - 30033 Noale (VE)	Privato (conv. SSN); 1993
Ospedale di Noale – Dipartimento di Geriatria; Largo San Giorgio, 3 - 30033 Noale (VE)	Pubblico; 1998
Fondazione Istituto Sacra Famiglia - Centro Multizonale Convenzionato di Cocquio; via Sacra Famiglia, 1 - 21034 Cocquio Trevisago (VA)	Privato (conv. SSN); 1998
Ospedale di Cuasso al Monte; via Umborgnana, 7 – 21050 Cuasso al Monte (VA)	Pubblico; 1978
ANFASS di Roma presso Centro Psico Medico Pedagogico; via Vitellia, 74 – 00165 Roma	Privato (conv. SSN); 1976
Casa di Cura “La Residenza” di Rodello; via Roma, 1 – 12050 Rodello (CN)	Privato (conv. SSN); 1982
Pio Albergo Trivulzio di Milano; via Trivulzio, 15 – 20146 Milano	Pubblico; 1989
Centro di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale “G. Verdi” di Villanova; via Dante, 17 – 29010 Villanova sull’Arda (PC)	Pubblico; 1974
Centro di Riabilitazione “Casa San Giuseppe” Opera Don Guanella di Roma; via Aurelia Antica, 446 – 00165 Roma	Privato (conv. SSN); 1978

SECONDA PARTE

I CASI DI STUDIO

LA TERAPIA OCCUPAZIONALE NEL PIO ALBERGO TRIVULZIO

CASO DI STUDIO A CURA DI MARIA MINERVINI

1. Un centro di servizi integrati per la popolazione anziana

L'Istituto Gerontologico Pio Albergo Trivulzio è un'istituzione consolidata e rinomata nella realtà milanese e lombarda come centro di servizi integrati per la popolazione anziana che in base ai più recenti *trend* demografici presenta tassi di crescita sempre maggiori, apprestandosi a costituire il 40% della popolazione milanese già nel prossimo decennio.

Il Pio Albergo Trivulzio costituisce un forte riferimento per quanto riguarda l'assistenza sanitaria agli anziani, strutturata in prestazioni diversificate quali degenze per anziani non autosufficienti, riabilitazione geriatrica specialistica, ospedale diurno riabilitativo, interventi a domicilio, casa di riposo, casa albergo, ambulatori specialistici.

La struttura milanese, considerata la tipologia dell'utenza, presta particolare attenzione alle patologie connesse alla demenza dell'età senile, ponendosi come una delle strutture sanitarie di riferimento per quanto riguarda le prestazioni legate al morbo di Alzheimer⁵⁵. La struttura è in grado di accogliere circa 1.100 pazienti ospitati in 8 reparti in base alle loro caratteristiche e patologie. Tali reparti afferiscono a più ampie aree di degenza quali l'area di degenza post-acuta ad indirizzo specialistico riabilitativo (300 posti), l'area di lungo degenza riabilitativa (130 posti) e l'area delle residenze sanitarie assistenziali (RSA) per pazienti non autosufficienti totali cronici (654 posti). Oltre ai reparti di degenza il PAT ospita pazienti parzialmente autosufficienti (150 circa) nella Casa di Riposo e nella Casa Albergo che sono strutture di accoglienza collocate all'esterno del Pio Albergo Trivulzio.

Il Pio Albergo Trivulzio di Milano ospita al proprio interno dal 1989 un servizio organizzato di terapia occupazionale; si tratta di una realtà organizzata e sperimentata nel tempo che può essere

⁵⁵ Sin dal 1989 il Pio Albergo Trivulzio conduce filoni di ricerca su tale malattia, in collaborazione con l'Istituto universitario Negri di Milano, analogamente a quanto effettuato da altre strutture di ricovero milanesi.

considerata una delle strutture più consolidate in Italia. La terapia occupazionale è organizzata all'interno dei servizi di fisiokinesiterapia e riabilitazione dell'Istituto. La struttura di ricovero è organizzata in servizi, ovvero attività di supporto ai reparti di degenza, che svolgono attività anche per pazienti esterni, ambulatoriali e *day hospital*.

L'area di riabilitazione è costituita da 5 servizi: *day hospital*, servizio di terapia e riabilitazione cardiologica respiratoria, centro di riabilitazione (ambulatorio e interventi a domicilio), primo e secondo servizio di fisiokinesiterapia; quest'ultimo ospita la terapia occupazionale. Ogni servizio è organizzato e gestito dal primario di riferimento.

Il servizio di terapia occupazionale gestisce 11 sezioni, per un totale di circa 600 pazienti. Delle 11 sezioni 7 sono RSA e 4 di lunga degenza riabilitativa; queste ultime ospitano pazienti nelle fasce post-acute della malattia soggetti a patologie diverse (neurologiche, ortopediche, ecc.). Il secondo servizio riabilitativo del PAT comprende 7 sezioni di degenti cronici, 4 di lungo degenze riabilitative, un servizio ambulatoriale e quello domiciliare. Esiste una convenzione con altre strutture ospedaliere che vi inviano i propri pazienti dopo la fase acuta della malattia per una permanenza media di 3-4 mesi, ospitati generalmente nei reparti di lungo-degenza riabilitativa. Ai pazienti ricoverati nelle suddette sezioni vanno poi aggiunti gli utenti seguiti ambulatorialmente e che costituiscono circa il 20% dei pazienti trattati con la terapia occupazionale

2. Strutturazione del servizio di terapia occupazionale

La tipologia di utenti del Pio Albergo Trivulzio caratterizza fortemente il tipo di intervento e le patologie che vengono trattate⁵⁶. Gli interventi di T.O. sono rivolti nella maggioranza dei casi alla cura di patologie tipiche della popolazione anziana, con problematiche soprattutto di tipo neurologico. Il 40% dei pazienti circa sono emiplegici, con danni al sistema neurologico, un altro 40% circa presenta problemi di demenza, in parte dovuti all'età avanza-

⁵⁶ Trattandosi di pazienti anziani, con uno stato di salute spesso compromesso, la classificazione rispetto alle patologie trattate viene effettuata sulla base della patologia prevalente registrata all'inizio del trattamento.

ta, in parte alla malattia vera e propria. Il resto si divide tra problemi osteomotori o psichiatrici.

Dei 137 pazienti trattati nel corso del 1997 il 66% è ultrasessantacinquenni, con una quota significativa di ultraottantacinquenni (l'11%). Non mancano anche pazienti più giovani (2 al di sotto dei 30 anni e 14 nella fascia adulta), ma la loro patologia di ricovero rientra tra quelle di specializzazione del centro, soprattutto di tipo neurologico afferenti a stati di demenza.

Il 56% dei pazienti sono stati trattati nell'ambito di patologie di tipo neurologico, mentre il 29% presentava sintomatologie afferenti alla psicogeriatría. Altre sindromi trattate con la terapia occupazionale sono riconducibili alle patologie di tipo ortopedico (12 pazienti su 137), cardiologiche (5 pazienti), psichiatriche (2 pazienti) e oncologiche (1 paziente). I pazienti trattati con terapia occupazionale sono principalmente pazienti ricoverati all'interno della struttura, o che vi accedono attraverso il *day hospital* o il servizio ambulatoriale. Il servizio riabilitativo riguarda per l'80% degenti ricoverati all'interno dell'istituto e per il 20% utenti che vi accedono tramite prestazioni ambulatoriali.

Il secondo servizio di fisiokinesiterapia, all'interno del quale è organizzato il servizio di terapia occupazionale che si sta analizzando, non presta trattamenti in *day hospital*, effettuati invece da un altro servizio riabilitativo che con un proprio primario segue circa 120 pazienti al giorno. Quest'ultimo è organizzato in modo autonomo e fornisce anche prestazioni riabilitative che rientrano nella terapia occupazionale. Il servizio di terapia occupazionale nell'ambito del *day hospital* è coordinato da un medico fisiatra che si avvale di un *team* di collaboratori (geriatri, fisiatri, infermieri, fisioterapisti, logopedisti e un terapeuta occupazionale). I pazienti giungono al *day hospital* sia per cure che per esami diagnostici su prescrizione del medico di base. La visita viene fatta dal geriatra o dal fisiatra, a seconda delle esigenze del paziente, dopo di che vengono prescritte le opportune terapie.

Il servizio di terapia occupazionale viene erogato tutti i giorni, dal lunedì al venerdì, dalle 8.00 alle 16.00. Il servizio ambulatoriale viene svolto in specifiche fasce orarie, dalle 8.00 alle 9.30 e dalle 12.00 alle 13.30, ovvero quando i degenti interni sono occupati in altre attività di reparto.

Il Pio Albergo Trivulzio eroga da poco tempo prestazioni a domicilio, soprattutto per i degenti della fascia post-acuta al fine di

ridurre i tempi di degenza e per continuare il trattamento riabilitativo nel proprio ambiente domestico. Dopo la dimissione il paziente viene visitato a casa prima della prescrizione dei successivi trattamenti riabilitativi.

Il secondo servizio riabilitativo del PAT può disporre in un anno di circa 2.500 trattamenti a domicilio pagati dalla ASL, di cui circa un migliaio riservati ai pazienti dimessi dalla struttura. Ciò comporta l'impegno di seguire una media di 4 o 5 pazienti dimessi dalla struttura al mese per circa 20-25 trattamenti per ciascuno.

Al momento non vengono erogate prestazioni a domicilio di terapia occupazionale, anche se i terapisti potrebbero operare presso il domicilio dei pazienti in quanto riconosciuti professionalmente come figure riabilitative. Solo recentemente è stata presa in considerazione la possibilità che tali figure operino anche a domicilio. Si prevede un'imminente implementazione di tale servizio, ovviamente per i soli utenti residenti nella zona di competenza dell'ASL a cui fa riferimento il Pio Albergo Trivulzio.

Sono in fase di predisposizione progetti specifici di interventi domiciliari di terapia occupazionale, supportati dall'iniziativa personale di alcuni fisiatristi. È ancora poco conosciuto all'interno della generica categoria dei medici l'impatto di tale terapia riabilitativa, per cui è difficile prevedere il loro coinvolgimento nel sostenere progetti di sviluppo a domicilio della terapia occupazionale.

Il reparto di terapia occupazionale dispone di spazi attrezzati destinati esclusivamente alle attività terapeutiche: vi è la cucina, il bagno e la camera da letto adattati per il *training* dell'autonomia, laboratori per attività artigianali ed espressive, stanze attrezzate con ausili per trattamenti più specifici. La terapia occupazionale viene svolta negli spazi attrezzati, a meno che il paziente non presenti gravi problemi di tipo cognitivo che richiedono l'intervento direttamente nel reparto di degenza. Laddove è possibile, tuttavia, si tende a prestare il trattamento negli spazi predisposti.

I trattamenti di terapia occupazionale sono diretti essenzialmente su due fronti: da un lato la cura di sé con le attività quotidiane di recupero dell'autonomia, con finalità terapeutiche rivolte innanzitutto al deficit motorio (*training* dell'autonomia), e dall'altro le cure più specifiche in relazione al deficit psico-motorio e alla malattia. Rispetto a quest'ultima area di interventi vengono effettuati trattamenti di *training* cognitivo, attività che mirano a limitare la depressione, attività volte a mantenere o a stimolare l'attività co-

gnitiva. A tale scopo si fa ricorso anche all'utilizzo del *computer*, sia per la comunicazione che per il recupero cognitivo. Vengono proposti gruppi di discussione, attività espressive, artigianali, sensoriali, con mezzi e metodiche diverse.

Il *training* dell'autonomia è generalmente effettuato a livello individuale, o al massimo in coppia, ad esempio, nelle attività svolte nella cucina attrezzata. Ogni paziente presenta delle problematiche specifiche, per cui risulta difficile costituire dei micro-gruppi omogenei con analoghi deficit di autonomia.

I trattamenti di gruppo sono invece rivolti esclusivamente alla riabilitazione di tipo cognitivo, con un numero di pazienti partecipanti variabile da 2 a 7, a seconda della gravità del deficit. Per deficit molto gravi i gruppi sono limitati a due sole persone, per evitare che la persona più deficitaria limiti la sua collaborazione in presenza di pazienti più attivi, o anche per evitare stati di disagio in occasione di sedute su problemi molto specifici.

Per recupero cognitivo si intende solitamente il *training* della memoria recente o remota. Per il recupero o mantenimento della memoria recente si utilizzano prevalentemente esercizi relativi all'orientamento spazio-temporale; per il ripristino della memoria remota invece si fa ricorso alla formulazione di connessioni e frasi logiche che recuperano episodi di vita passata ancora abbastanza integri nella memoria del paziente. La costituzione dei gruppi è basata su criteri di omogeneità culturale, di età, di zona di provenienza, in modo che possano fare riferimento a situazioni di vita simili.

Altra metodologia utilizzata per il recupero cognitivo è costituita dai gruppi di discussione rivolti a pazienti meno gravi che hanno problemi di accettazione dell'ambiente, o problemi di tipo comportamentale, di comunicazione, come nel caso di persone apatiche, depresse. Le persone con comportamenti di isolamento risultano stimolate dai gruppi di discussione, in quanto possono far emergere grossi disagi e problemi specifici che altrimenti resterebbero nascosti.

Per i *training* della memoria individuali o in micro-gruppi i trattamenti di terapia occupazionale durano circa un'ora, e sono effettuati tutti i giorni. I gruppi di discussione invece prevedono una durata di un'ora e mezzo per due o tre volte alla settimana.

La durata dei trattamenti è strettamente legata alla gravità della patologia, per cui con alcuni pazienti gravi la durata del trattamento

di recupero cognitivo non può essere superiore ai venti minuti, poiché risultano particolarmente estenuanti per il paziente.

La durata del trattamento di terapia occupazionale è determinata anche dalla tipologia del ricovero. Per i pazienti ricoverati che rientrano nelle lungo-degenze riabilitative, per i quali la ASL riconosce un periodo di degenza massima di tre mesi, si tende a concentrare in tale periodo l'intervento riabilitativo; per i pazienti delle RSA invece, per i quali non ci sono limiti di durata di ricovero, l'intervento di terapia occupazionale può essere diluito nel tempo su una media di tre o quattro mesi, ciò ovviamente escludendo le situazioni di urgenza o di particolare gravità.

3. Presa in carico del paziente

L'accesso al servizio di terapia occupazionale avviene principalmente attraverso due tipologie di segnalazione: su segnalazione del medico di base nel caso di pazienti esterni trattati ambulatoriamente, o tramite richiesta di altri reparti interni di degenza nel caso in cui il paziente sia ricoverato all'interno del PAT. In ogni caso l'assegnazione del paziente al trattamento di terapia occupazionale viene effettuata in ultima istanza dal medico fisiatra del secondo servizio riabilitativo di fisiokinesiterapia del Pio Albergo Trivulzio.

Il medico fisiatra è responsabile delle terapie effettuate all'interno dei reparti; tale figura medica è il filtro per tutte le prestazioni riabilitative⁵⁷. Il fisiatra, dopo un'attenta valutazione del paziente, predispose l'apposita scheda di valutazione del suo quadro clinico ed eventualmente assegna il paziente al servizio di terapia occupazionale.

Nel caso in cui invece la richiesta del trattamento di T.O. provenga dal medico di base (magari su sollecitazione dello stesso paziente) si rende necessario un ulteriore passaggio valutativo delle condizioni del soggetto, effettuato dal medico fisiatra della ASL di riferimento, che autorizza e prescrive il relativo trattamento. Il fisiatra del servizio riabilitativo del PAT procede ulteriormente ad

⁵⁷ Nel caso in cui invece il trattamento di terapia occupazionale riguardi un paziente ospitato nei reparti interni di degenza, la segnalazione della richiesta del trattamento è di competenza del medico di sezione (generalmente un geriatra) che avanza la richiesta al fisiatra di riferimento.

una specifica visita del paziente, prima dell'assegnazione al trattamento di terapia occupazionale.

Non è previsto l'accesso diretto al servizio di terapia occupazionale del PAT da parte di pazienti ospiti in altre strutture ospedaliere o di ricovero; non esiste cioè la possibilità di interazione diretta tra le diverse strutture ospedaliere per quanto riguarda la fruizione di trattamenti di T.O.

Un paziente di fascia acuta ricoverato in una struttura esterna al PAT può eventualmente essere dimesso da tale struttura ed essere segnalato al Pio Albergo Trivulzio per una degenza riabilitativa post-acuta. In tal caso i medici che l'hanno avuto in cura inviano tutta la documentazione di riferimento alla ASL competente che stabilisce il piano di trattamento, ovvero stabilisce il tempo della degenza riabilitativa in relazione alla patologia. Al momento del ricovero al Pio Albergo Trivulzio spetta comunque al medico di sezione l'onere di richiedere al fisiatra l'intervento di terapia occupazionale, secondo la procedura *standard* di presa in carico del paziente e compatibilmente con i tempi riabilitativi stabiliti dalla ASL. Le segnalazioni per la presa in carico di pazienti di fascia post-acuta dimessi da altre strutture di ricovero provengono esclusivamente dalla ASL.

La ASL, sulla base della documentazione fornita dai medici della struttura di dimissione, effettua una sommaria valutazione delle condizioni dei soggetti, stabilendo la relativa durata del trattamento di T.O. che può essere sovvenzionato dal Servizio Sanitario Nazionale. Tale durata costituisce il limite temporale entro il quale può essere effettuato il trattamento riabilitativo, indipendentemente dalle effettive esigenze dei soggetti risultanti dalla valutazione del medico di sezione.

Per patologie gravi la ASL stabilisce generalmente periodi di degenza di tre mesi; in casi meno gravi la durata della prestazione viene ridotta addirittura ad un solo mese. Ovviamente tale periodo di tempo risulta insufficiente per la valutazione degli effetti di qualsivoglia intervento di terapia occupazionale, i cui risultati generalmente sono visibili e stimabili su tempi molto più lunghi.

Per la maggior parte dei pazienti si renderebbe necessaria una proroga dei tempi di trattamento, che viene concessa molto di rado dalla ASL. Spetta comunque al medico di sezione l'onere di richiedere tale proroga nel caso in cui riscontri un peggioramento della malattia, o nel caso in cui risultino evidenti i benefici effetti del

trattamento di terapia occupazionale, che potrebbero portare, se protratti nel tempo, ad un netto miglioramento delle condizioni del paziente.

Nel caso in cui la ASL non conceda la proroga (eventualità che si verifica frequentemente, date le ristrettezze imposte dalle risorse disponibili), il paziente viene comunque dimesso, dopo di che può accedere ai trattamenti di terapia occupazionale solo tramite prestazioni ambulatoriali o di *day hospital*, nel caso in cui risieda nel bacino di utenza del Pio Albergo Trivulzio. Il servizio di *day hospital* fornisce in questo caso agli utenti la possibilità di usufruire di un apposito servizio di trasporto dal domicilio all'Istituto.

I suddetti limiti relativi alla durata dei trattamenti di terapia occupazionale non si pongono nel caso in cui il paziente provenga da altri reparti di degenza interni al Pio Albergo Trivulzio: in questo caso la ASL copre a tempo indeterminato tutti i costi delle prestazioni erogate all'interno della struttura.

L'inizio del trattamento di terapia occupazionale avviene al massimo dopo una settimana dalla presa in carico del paziente, ovvero dalla visita del fisiatra del servizio riabilitativo. Lo stesso fisiatra segnala eventuali procedure d'urgenza –fortunatamente abbastanza sporadiche –, decidendo al contempo quale operatore professionale debba seguire il paziente nel trattamento riabilitativo⁵⁸; l'operatività dei terapisti a questo proposito appare improntata da un'estrema flessibilità.

Esiste una lista di attesa per l'accesso ai trattamenti di terapia occupazionale: per gli utenti ambulatoriali il tempo di attesa medio è di 10 giorni, per i pazienti interni alla struttura il tempo di attesa tende a dilatarsi, facendo registrare una media di 15 giorni tra la richiesta di intervento e la visita fisiatrica.

4. Lo sviluppo delle tecniche riabilitative

Non si riscontra all'interno del servizio di terapia occupazionale del Pio Albergo Trivulzio l'istituzionalizzazione di momenti strutturati di sperimentazione rispetto alle tecniche e alle metodologie riabilitative. Le iniziative di sperimentazione, soprattutto per

⁵⁸ A volte capita che la richiesta e l'inizio del trattamento di terapia occupazionale sia inoltrata allo scadere della durata massima concessa dalla ASL, precludendo qualsiasi possibilità di efficacia dell'intervento stesso.

quel che riguarda le tecniche di riabilitazione, sono demandate al coordinatore dei terapisti e ai medici fisiatristi.

La sperimentazione, pur se limitata, riguarda soprattutto la trasferibilità ad una tipologia di utenza anziana di tecniche riabilitative già sperimentate in altri contesti o semplicemente teorizzate all'estero. I terapisti occupazionali fundamentalmente importano e sperimentano sul campo, nella pratica quotidiana, tecniche già utilizzate all'estero: il contesto italiano dal punto di vista della ricerca e sperimentazione risulta particolarmente limitato, non in grado di offrire particolari stimoli innovativi.

I terapisti occupazionali del Pio Albergo Trivulzio (soprattutto nella figura del coordinatore) ipotizzano di verificare in tempi brevi la tecnica dell'integrazione sensoriale, normalmente utilizzata efficacemente nel campo della disabilità infantile e dell'età evolutiva su soggetti con deficit cognitivi molto particolari, che presentano limitate capacità di relazione con l'ambiente esterno. Questa tecnica permette di sviluppare l'interazione con l'ambiente circostante mediante un potenziamento delle percezioni sensoriali. Quel che si intende sperimentare nella struttura milanese è la trasferibilità della tecnica per il miglioramento delle disabilità tipiche dell'ambito geriatrico.

Altrettanto interessanti e suscettibili di efficaci applicazioni sul campo risultano essere le teorie della canadese Moira Jons (anche in questo caso importate dall'estero) che sottolinea l'importanza delle tecniche ambientali di adattamento alla patologia del paziente. L'applicazione di tale teoria presuppone da parte del paziente il recupero dell'esperienza di vita precedente alla disabilità e al ricovero, in modo da focalizzare l'attenzione su una serie di input ambientali (domestici, familiari, ecc.) conosciuti che possano permettergli di muoversi, al momento del rientro a domicilio, con maggior tranquillità.

Tale tecnica presenta evidenti e concrete potenzialità di applicazione soprattutto rispetto agli eventuali interventi a domicilio, sia su pazienti destinati alla riabilitazione neuro-motoria, sia su pazienti affetti dal morbo di Alzheimer. La tecnica di adattamento ambientale risulterebbe innovativa soprattutto per la possibilità di sup-

portare efficacemente i familiari nelle attività di cura dei propri cari nel contesto domestico⁵⁹.

I terapisti occupazionali del Pio Albergo Trivulzio risultano particolarmente recettivi e sensibili alle nuove teorie e tecniche riabilitative sperimentate all'estero; non si rileva tuttavia un pari impegno da parte della struttura nel sostenere ed incentivare forme di sperimentazione nell'ambito della terapia occupazionale. Gli operatori professionali si attivano da soli per acquisire e approfondire la conoscenza delle nuove tecniche, partecipando a corsi e convegni, leggendo testi e riviste specializzate. Sono gli stessi terapisti decidere l'eventualità e il momento di sperimentare le nuove metodologie e ad accollarsi la responsabilità degli esiti di tali sperimentazioni.

Considerato che i terapisti occupazionali provvedono spesso a proprie spese all'aggiornamento professionale, se ne può dedurre che le eventuali sperimentazioni messe in atto dagli stessi costituiscono una fonte di innovazione a costo zero per la struttura. Sarebbe auspicabile, visto anche il particolare interesse per la materia mostrato da alcuni terapisti, che alcuni di essi fossero in parte esonerati dalle attività strettamente operative del reparto di terapia occupazionale, per poter dedicare maggior tempo ad attività di ricerca e sperimentazione sul campo.

L'esiguità delle risorse economiche e finanziarie destinate alla ricerca penalizza fortemente anche tutto il comparto delle sperimentazioni sugli ausili. I terapisti in genere si limitano a riprodurre degli ausili utilizzati all'estero ma difficilmente reperibili in Italia, creando oggetti con le stesse caratteristiche funzionali, ma utilizzando materiali diversi e in questo senso innovativi. Spesso gli ausili disponibili all'estero sono destinati ad una tipologia di utenza non anziana, o comunque per esercizi riabilitativi difficilmente trasferibili in un contesto sanitario prettamente geriatrico. Si rende necessaria un'ulteriore fase di sperimentazione degli ausili nello specifico contesto riabilitativo del Pio Albergo Trivulzio⁶⁰.

⁵⁹ Altrettanto innovativo e interessante risulta l'approccio cognitivo dell'americana Allen su pazienti neurologici e dementi.

⁶⁰ Anche se non strettamente inerente all'ambito della terapia occupazionale, rileviamo che alcuni operatori del Pio Albergo Trivulzio da circa due anni conducono una ricerca sulle patologie legate alla demenza, in collaborazione con l'Istituto Negri di Milano. Tale ricerca si sviluppa su più filoni di indagine, in particolare sulla valutazione della qualità delle prestazioni specialistiche e sulla messa a punto di una cartella clinica e degli stru-

5. L'integrazione con il contesto socio-sanitario di riferimento

Il Pio Albergo Trivulzio – e in particolare il servizio di terapia occupazionale – intrattiene rapporti molto limitati e poco formalizzati con le altre strutture e istituzioni sanitarie e socio-assistenziali operanti sul territorio milanese.

Con i medici di base non esiste alcun tipo di rapporto; al momento dell'indagine è però in fase di predisposizione un progetto che prevede un loro coinvolgimento finalizzato all'educazione e alla prevenzione delle gravi disabilità provocate dall'artrosi su pazienti anziani. L'idea di tale progetto deriva anche dalla sollecitazione delle associazioni che conoscono gli effetti positivi di tali campagne informative sperimentate all'estero, ma che in Italia risultano essere poco incisive nell'azione di coinvolgimento della medicina di base.

I rapporti sono quasi inesistenti anche con l'Assistenza Domiciliare Integrata e con le Unità di Valutazione Geriatrica sul territorio⁶¹. L'Istituto gerontologico milanese è inoltre un'istituzione privata, e non prevede possibilità di scambio con altre istituzioni pubbliche quali le UVG delle ASL.

Con le altre strutture sanitarie di ricovero i rapporti sono limitati allo scambio di informazioni sui singoli pazienti trasferiti da un istituto all'altro, o si limitano ad eventuali collaborazioni nell'uso di particolari ausili. Tali collaborazioni e contatti sono comunque gestiti a livello informale dagli operatori, grazie spesso alle conoscenze personali e dirette. Non si rilevano occasioni e iniziative strutturate di collegamento con le strutture ospedaliere.

Si registrano invece maggiori possibilità di interazione con le altre strutture socio-assistenziali, come ad esempio con il l'Istituto Geriatrico Redaelli di Milano. Questi rapporti sono favoriti dal fatto che gli operatori sanitari impiegati in tali strutture hanno la possibilità di incontrarsi e conoscersi in occasione delle attività comuni di formazione e aggiornamento: il Pio Albergo Trivulzio organizza ogni anno dei corsi di formazione per gli operatori esterni a cui partecipano anche i terapisti interni alla struttura. Si tratta di momenti formalizzati di incontro e scambio di informazioni tra gli operatori su argomenti specifici, che certamente non comportano una colla-

menti più efficaci per la rilevazione e l'identificazione dei problemi e dei bisogni dei pazienti.

⁶¹ Ovviamente il rapporto esiste con l'unità interna al Pio Albergo Trivulzio

borazione operativa diretta tra le rispettive strutture di appartenenza.

Le associazioni di volontariato vengono coinvolte soprattutto per l'assistenza dei pazienti ricoverati all'interno delle RSA del Pio Albergo Trivulzio. In qualche caso si ricorre ai volontari quando al termine dei trattamenti riabilitativi il paziente non risulta ancora autonomo ed è necessario l'intervento di un operatore volontario che lo supporti nelle piccole attività quotidiane. Il contributo dei volontari è consistente anche rispetto alle attività di animazione. Al termine della terapia riabilitativa si procede ad un'attenta valutazione per individuare chi tra i volontari disponibili è in grado di interagire in modo ottimale col paziente nelle attività di animazione.

6. Le risorse disponibili

I pazienti sottoposti a trattamenti di terapia occupazionale possono svolgere le loro attività riabilitative all'interno di alcuni locali appositamente predisposti e attrezzati, a meno che la gravità del caso non imponga l'intervento del terapeuta direttamente nel reparto di degenza.

Il servizio è erogato in tre diverse stanze comunicanti tra loro su una superficie totale di circa 70 mq. In queste stanze sono state predisposte specifiche attrezzature per i trattamenti riabilitativi: una cucina adattata, un bagno adattato cui è riservata un'intera stanza, una camera da letto adattata, uno spazio per attività artigianali e espressive, uno spazio attrezzato con ausili. Gli stessi locali sono utilizzati anche come ambulatorio per le prestazioni di terapia occupazionale.

In comune con i fisioterapisti del primo servizio di fisiokinesiterapia, il reparto di terapia occupazionale condivide una palestra attrezzata: vi è un angolo della palestra attrezzato per le attività di terapia occupazionale.

Particolarmente innovativa, tra le iniziative promosse dal Pio Albergo Trivulzio, risulta essere la sperimentazione di una casa-albergo che ospita un piccolo gruppo di soggetti (6 persone) parzialmente autosufficienti, affetti da disabilità dovute a patologie diverse, che tuttavia consentono loro di compensarsi reciprocamente nelle attività di vita quotidiana. Tali soggetti hanno la possibilità di vivere in un contesto di tipo domestico, in cui sono stati effettuati gli opportuni adattamenti ambientali, con la sorveglianza notturna

di un obiettore. Alcuni pazienti trattati con terapia occupazionale sono ospiti di questa struttura, che di fatto risulta essere uno spazio esterno all'Istituto.

All'interno delle stanze riservate al servizio di terapia occupazionale sono disponibili alcune attrezzature specifiche per i vari trattamenti riabilitativi : un *computer*, una vasca termostata per il modellaggio delle ortesi, un forno per la cottura della creta, una pianola come strumento per le attività musicali, e ancora, strumenti per la lavorazione del legno, attrezzature per la lavorazione della carta, giochi funzionali e attrezzature per le attività di cucito e maglieria. In comune con altri reparti il servizio dispone anche di un sollevatore idraulico e di altri giochi funzionali e attrezzature per la lavorazione della carta.

Non è possibile quantificare il costo totale imputabile alla gestione del servizio di terapia occupazionale in quanto non è previsto un apposito *budget* che attribuisca costi di competenza del servizio. Generalmente si fa riferimento ad un *budget* di spesa predisposto sulla base delle voci di costo afferenti all'intero servizio di riabilitazione, all'interno del quale è possibile individuare grossi capitoli di spesa imputabili al personale, ai macchinari, alle attrezzature, ecc.

È possibile stimare le voci di spesa che incidono maggiormente nella gestione del servizio di terapia occupazionale. I costi più rilevanti riguardano il personale, il materiale termoplastico per il modellaggio delle ortesi e il materiale di consumo, rispetto al quale viene tenuta un'apposita registrazione.

È possibile fare una valutazione del costo del personale, se si considera che il servizio di terapia occupazionale occupa quattro terapeuti di cui tre con rapporto libero-professionale. Questi ultimi ricevono ciascuno un compenso orario di 25.000 lire lorde, per un impegno settimanale di 24 ore; l'altro terapeuta occupazionale è il coordinatore e risulta dipendente della struttura. Considerando che un terapeuta occupazionale costa all'Istituto circa 35-40 milioni lorde all'anno e che il costo relativo al personale è la voce di spesa più consistente, è possibile dedurre che la gestione del servizio di terapia occupazionale incide in misura molto limitata sull'economia complessiva dei servizi erogati dalla struttura geriatrica.

7. La risorsa umana

Nella struttura del Pio Albergo Trivulzio operano circa 80 terapisti della riabilitazione: una decina sono impegnati presso il servizio di terapia e riabilitazione cardiologica respiratoria, una decina al *day hospital*, i restanti 60 terapisti sono suddivisi fra i due servizi di fisiokinesiterapia.

I terapisti occupazionali costituiscono circa il 10% degli operatori professionali della riabilitazione: in totale, nella struttura milanese si contano 8 terapisti occupazionali, di cui un coordinatore. I terapisti sono ripartiti nei diversi servizi ospedalieri: 4 terapisti occupazionali nel reparto di Terapia Occupazionale all'interno del secondo servizio riabilitativo (tra questi vi è la figura del coordinatore), 2 terapisti nel primo servizio di fisiokinesiterapia, un operatore al *day hospital* e un operatore nella casa-albergo.

Tutti i terapisti occupazionali che collaborano con il Pio Albergo Trivulzio hanno conseguito in Italia il relativo attestato di specializzazione, presso la Scuola Speciale per Terapisti della Riabilitazione - Terapia Occupazionale presso l'Università degli Studi di Milano. Essi sono impiegati al sesto o settimo livello contrattuale, con rapporto libero professionale che secondo le indicazioni del contratto collettivo nazionale prevede un impegno massimo di 24 ore settimanali. Il coordinatore, l'unico terapeuta occupazionale dipendente della struttura, è impiegato con un contratto di 36 ore settimanali.

Essendo liberi professionisti, gli operatori organizzano liberamente la propria presenza nella struttura in modo da coprire complessivamente le fasce orarie di servizio all'utenza, ossia dalle 8.00 alle 16.00.

Il coordinatore è responsabile dell'organizzazione del reparto, per cui è di sua competenza la richiesta di nuovi materiali e attrezzature, la promozione di eventuali iniziative di ricerca, la preparazione dell'elenco delle ferie del personale, ecc., ed ha come referente superiore diretto il primario del servizio, a cui spetta invece l'organizzazione delle ferie del personale e l'assegnazione dei pazienti ai diversi terapisti.

Come già detto in precedenza il servizio di terapia occupazionale può fornire prestazioni ai 600 pazienti potenziali ricoverati nelle 11 sezioni di degenza del secondo servizio riabilitativo. I quattro terapisti occupazionali impegnati nel reparto di T.O. possono potenzialmente prendere in cura 120 pazienti ciascuno. Non è

possibile stabilire se tale rapporto sia sufficiente a coprire le esigenze dell'utenza ricoverata, dati gli scarsi elementi di confronto; sono ancora poco conosciute le esperienze di altre realtà sanitarie italiane in cui si sta sperimentando l'impatto della terapia occupazionale. Come termine di paragone si può comunque considerare il caso dell'Inghilterra, dove il rapporto terapeuta/pazienti ricoverati è in media uno a 200.

Il rapporto terapisti/pazienti che si registra al Pio Albergo Trivulzio è comunque un dato strutturale degli istituti geriatrici, dove, a fronte di una vasta utenza potenziale, non sono però necessari trattamenti quotidiani su tutti i pazienti; gli interventi di terapia occupazionale sono cioè abbastanza distribuiti nel tempo. Nel reparto di T.O. del Pio Albergo Trivulzio vengono trattati circa 56 pazienti al giorno, che suddivisi tra i quattro operatori del reparto, comportano un carico di lavoro di circa 14 pazienti per terapeuta⁶².

Il dato numerico rileva la carenza strutturale del personale impiegato nella T.O., e tale carenza risulta ancora più grave nel momento in cui sorgono situazioni di urgenza da gestire. In una situazione simile non è possibile fare ricorso ad operatori esterni, per cui i terapisti presenti devono in qualche modo far fronte all'emergenza rimandando gli interventi sui pazienti meno gravi.

Il potenziamento dell'organico diventa ancor più necessario in un contesto socio-sanitario quale il Pio Albergo Trivulzio in cui, data la tipologia e l'età dei pazienti ricoverati, sono notevolmente maggiori le probabilità che si passi dalla lungo degenza riabilitativa a condizioni di emergenza clinica. Un rafforzamento in termini numerici dei terapisti occupazionali consentirebbe almeno di gestire con maggiore tranquillità le situazioni di urgenza.

Un aiuto per fronteggiare i picchi di attività viene dalla presenza dei tirocinanti; il Pio Albergo Trivulzio ha sottoscritto una convenzione con l'Università degli Studi di Milano per accogliere studenti in tirocinio iscritti al corso triennale per Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale. Il tirocinio prevede la presenza dello studente a tempo pieno presso il reparto riabilitativo, a parte le ore durante la settimana in cui si rende necessaria la frequenza delle lezioni. In quanto tirocinanti gli studenti sono tenuti sempli-

⁶² In altre strutture più specializzate, tipo il Redaelli di Milano, i trattamenti di T.O. sono finalizzati al recupero di alcune tipologie specifiche di disabilità, che richiedono un intervento più mirato di T.O.; in questi casi vengono trattati solo 6-7 pazienti al giorno.

cemente ad affiancare gli operatori professionali, senza possibilità di intervento diretto sul paziente, a meno che non operino sotto il diretto controllo di un operatore responsabile⁶³.

I terapisti occupazionali attualmente impiegati al Pio Albergo Trivulzio si dimostrano estremamente disponibili ad adattarsi ai carichi di lavoro, mostrando una forte motivazione per l'attività professionale svolta. Un altro indicatore della loro motivazione professionale è dato dal buon livello di relazioni che sono riusciti ad instaurare con i pazienti in trattamento, e dall'ottimo livello di comunicazione e di collaborazione che mostrano con gli altri operatori.

Il buon grado di collaborazione instauratosi tra i diversi operatori della riabilitazione garantisce la funzionalità e l'efficacia dell'azione svolta dall'*équipe* multidisciplinare. L'*équipe* multidisciplinare che opera all'interno della sezione si riunisce con una cadenza settimanale; gli incontri hanno una durata di circa un'ora, durante la quale si procede alla valutazione di 2 pazienti per volta.

L'*équipe* multidisciplinare è coordinata dal medico di sezione (geriatra) ed è composta dalla caposala, dagli ausiliari, dal fisiatra, dal terapeuta occupazionale, dal fisioterapista, dall'assistente sociale, dallo psicomotricista, dal logopedista e dallo psicologo.

Di volta in volta si stabiliscono i casi da valutare nell'incontro successivo, e sulla base dei riscontri clinici forniti dai diversi operatori che hanno in cura il paziente, viene stabilita anche la composizione delle figure professionali più idonee da coinvolgere. Se il caso lo richiede, vengono coinvolti anche operatori esterni alla struttura.

Risulta evidente, da quanto esposto finora, che la risorsa umana risulta essere uno dei punti di forza dell'organizzazione del servizio di terapia occupazionale, ma non si può dire che tale risorsa sia valorizzata al meglio. Il terapeuta occupazionale non è adeguatamente sostenuto per quanto riguarda il fabbisogno di aggiornamento e di formazione continua: acquisisce all'esterno le risorse formative di cui ha bisogno e spesso si autofinanzia i corsi di aggiornamento e di qualificazione che si ritengono utili al percorso professionale.

Nel 1998 si sono svolti due corsi di aggiornamento interni all'Istituto della durata di sei mesi: un corso di aggiornamento

⁶³ Raramente il tirocinante, al conseguimento del diploma, continua a svolgere la propria attività professionale al Pio Albergo Trivulzio (l'anno scorso su 25 tirocinanti solo 2 hanno avviato una collaborazione con l'Istituto).

sull'utilizzo del *computer* e un corso sulle tecniche di auto-aiuto. L'Istituto sostiene la formazione anche attraverso l'erogazione di congedi straordinari per la partecipazione ai corsi di formazione, per un massimo di cinque permessi all'anno.

8. Sistemi di informazione e comunicazione

Per ogni paziente sottoposto a trattamenti di terapia occupazionale sono previsti diversi strumenti di valutazione e monitoraggio degli interventi. Oltre alla cartella clinica predisposta dal medico di sezione, che riporta le cure specifiche rispetto alla patologia al momento del ricovero, è disponibile anche una cartella fisiatrica e riabilitativa, compilata appunto dal fisiatra. Quest'ultima si compone di più parti: una parte destinata a raccogliere i dati anagrafici, le analisi e le diagnosi effettuate nei vari momenti di valutazione del paziente, e una parte in cui viene riportata la situazione neuromotoria del paziente e i trattamenti effettuati; una sezione è riservata a raccogliere le annotazioni al momento delle dimissioni.

Per i degenti delle RSA viene compilata una "scheda di accesso" per ogni valutazione effettuata nel corso degli anni. La cartella clinica viene archiviata insieme al piano riabilitativo ed a una specifica cartella di valutazione predisposta dai terapisti occupazionali. Ogni terapeuta registra su una cartella a parte il piano di trattamento, i test somministrati finalizzati a rilevare i deficit cognitivi e funzionali, e gli interventi effettuati su ogni soggetto. Nella struttura milanese sono utilizzati l'indice di Katz, la scala per lo stress, l'indice FIM e il *test* MMSE. La cartella predisposta dal terapeuta occupazionale e la cartella fisiatrica-riabilitativa accompagnano il paziente per tutta la durata del ricovero e vengono archiviate al momento delle sue dimissioni.

Esiste un sistema informatizzato per l'archiviazione delle cartelle fisiatriche, ma ciò riguarda solo la documentazione relativa ai degenti delle RSA; non sono ancora state informatizzate le informazioni relative ai pazienti delle fasce post-acute (lungo degenze riabilitative).

La cartella interna dei terapisti occupazionali invece non si presta a tale tipo di archiviazione, trattandosi di informazioni descrittive e molto dettagliate sugli interventi e sulle relative valutazioni.

Al momento delle dimissioni del paziente, il servizio di terapia occupazionale predispone una relazione finale che confluisce nella

cartella di dimissioni predisposta dal medico di sezione e che il paziente presenterà successivamente al medico di base. Questo è l'unico canale di comunicazione tra terapeuta e medico di base: si tratta di un'informazione unilaterale e limitata al solo momento delle dimissioni, senza che vi sia alcuna possibilità di verifica durante il trattamento.

Con i medici degli altri reparti le possibilità di confronto e di scambio di informazioni sono frequenti e improntate da un forte spirito di collaborazione. Numerose sono le occasioni di comunicazione con i parenti dei pazienti, con i quali vi è un continuo scambio di informazioni durante tutto il periodo del trattamento e anche dopo le dimissioni.

Spesso gli operatori invitano i familiari presso il reparto di T.O. per mostrare loro le tecniche riabilitative e il funzionamento di alcuni ausili; inoltre, i pazienti e i loro familiari sono seguiti nel ritorno al proprio domicilio, con dettagliate istruzioni sulle potenzialità di movimento e di autonomia in ambiente domestico, ed informati di tutte le opportunità di assistenza di cui possono disporre all'esterno della struttura.

Per quanto riguarda la comunicazione con l'esterno l'unico canale di informazione risultano essere gli stessi utenti, poiché il servizio di terapia occupazionale non svolge una propria azione di informazione e di comunicazione con l'esterno⁶⁴. La mancanza di informazione sulla terapia occupazionale sia a livello di grosso pubblico sia anche a livello di medici di base e di medici specialisti costituisce un grosso limite per le prospettive di sviluppo e di diffusione del settore.

9. Gli ausili

Supporto fondamentale per tutte le attività di terapia occupazionale sono gli ausili, acquistati dai fornitori o più spesso modellati e costruiti dagli stessi terapisti. Al Pio Albergo Trivulzio sono disponibili sia ausili per la riabilitazione ed il recupero motorio del paziente sia ausili utilizzati per la riabilitazione cognitiva.

⁶⁴ Il Pio Albergo Trivulzio ha predisposto un opuscolo informativo di divulgazione esterna delle attività e dei servizi offerti dalla struttura, ma la terapia occupazionale vi compare marginalmente all'interno del più generale servizio riabilitativo.

Un ausilio molto usato per il *training* cognitivo è oggi il *computer*, dotato di sofisticati programmi di comunicazione che consentono al paziente di riapprendere le attività spaziali, le sequenze logiche, le capacità di organizzazione. Il *computer* in dotazione al reparto di Terapia Occupazionale è anche fornito di una particolare interfaccia per facilitare la comunicazione di pazienti gravemente disabili dal punto di vista motorio. Grazie a questo dispositivo è possibile captare i movimenti oculari volontari del paziente e trasformarli in impulsi elettrici che opportunamente decodificati formano frasi di senso compiuto sul monitor.

Per l'acquisto degli ausili, il coordinatore del servizio di terapia occupazionale segnala al medico fisiatra le richieste di acquisizione; il fisiatra inoltra la richiesta di acquisto all'ufficio economato della struttura, che al di sotto di una certa soglia di spesa (300.000 lire) provvede direttamente all'approvvigionamento. Impegni di spesa superiori richiedono l'approvazione del Consiglio di Amministrazione, che valuta l'opportunità di provvedere all'acquisto sulla base di una relazione predisposta dal coordinatore del reparto di terapia occupazionale e firmata dal primario di riferimento e dalla direzione sanitaria: una volta approvata la richiesta viene emesso l'ordine di acquisto. Per gli ausili che hanno un costo inferiore a 30.000 lire il coordinatore del servizio provvede autonomamente all'acquisto, dietro rimborso delle spese sostenute⁶⁵.

Gli ausili destinati ai pazienti cronici delle RSA interne, vengono acquistati dal Pio Albergo Trivulzio e vengono forniti in dotazione ai pazienti, mentre quelli ad uso personale destinati ai pazienti lungo-degenti, per i quali è previsto il rientro a domicilio, devono provvedere all'acquisto i pazienti stessi.

I terapisti occupazionali provvedono, quando è possibile, alla costruzione di ausili da utilizzare a domicilio per quei pazienti che hanno particolari difficoltà di ordine economico o che non trovano sul mercato, per le particolari condizioni di disabilità, ciò di cui hanno bisogno. Il costo per l'acquisto di ausili ad uso personale è a carico del SSN che provvede, sulla base di un tariffario nazionale, al rimborso delle spese sostenute.

⁶⁵ I fornitori ufficiali del Pio Albergo Trivulzio per tutte le tipologie di ausili sono rappresentate da tre aziende lombarde.

LA TERAPIA OCCUPAZIONALE NELL'OSPEDALE DI CUASSO AL MONTE

CASO DI STUDIO A CURA DI FLAVIA FILIPPI

1. Introduzione

Il Presidio Ospedaliero di Cuasso al Monte è situato in provincia di Varese, in Valceresio, a 18 km dal capoluogo di provincia e a 4 km dal paese di Cuasso al Monte. L'Ospedale è ubicato a circa 800 metri di altitudine, immerso in un folto parco boschivo. Dal 1° gennaio 1998 il Presidio fa parte dell'Azienda Ospedaliera Fondazione Macchi di Varese.

La Legge Regionale dell'11 luglio 1997, n°31, prevede forti cambiamenti nelle organizzazioni ospedaliere; la situazione del Presidio è attualmente in divenire. L'intera Azienda Ospedaliera, attualmente composta da ben cinque ospedali, sta predisponendo il nuovo piano di riorganizzazione, che comporterà modifiche strutturali e organizzative. Originariamente Istituto Climatico Sanatoriale per la cura delle malattie polmonari, l'ospedale di Cuasso al Monte dal 1981 è classificato come presidio ospedaliero ad indirizzo riabilitativo.

La struttura di Cuasso al Monte è composta da due padiglioni, ed è autorizzata per un totale di 244 posti letto, con attività di ricovero ordinario, *day hospital* e ambulatorio specialistico. Nel padiglione centrale sono collocati il Laboratorio, la Direzione Sanitaria, il CUP (Centro Unico Prenotazioni), il reparto di Cardiologia riabilitativa con 50 posti letto, il reparto di Pneumologia riabilitativa con 60 posti letto. Al terzo piano, in fase di ristrutturazione, dovrebbero essere previsti 47 posti letto di lungodegenza riabilitativa.

Nel secondo padiglione sono collocati il reparto di Radiologia e il reparto di Recupero e Riabilitazione Funzionale dei neuromotulesi, con 60 posti letto. In questo ultimo Reparto è attivo il Servizio di Terapia Occupazionale, praticata fin dal 1978 ed eseguita su tutti i pazienti degenti in Medicina Riabilitativa.

Alla fine del 1976 il Prof. G. Balsamo⁶⁶, grazie anche alla sua ventennale permanenza negli Stati Uniti, aveva iniziato ad organizzare la riabilitazione del soggetto disabile spinto dalla constatazione dell'alto grado di depressione riscontrato nei pazienti affetti da patologie neurologiche. Due terapisti della Riabilitazione, ancora non forniti di specifica formazione didattica di T.O., si interessarono ad esperienze analoghe, soprattutto in Svizzera e a Legnano e frequentarono corsi di attività manuali (telaio, creta, pittura, cuoio). Nel frattempo si effettuarono i primi interventi di Terapia Occupazionale su piccoli gruppi di pazienti.

Nel 1980 si iniziò ad allestire un locale specifico per la T.O., che tuttora dispone di un'ampia palestra dotata di tutte le strutture adatte all'effettuazione della terapia, più un locale con *computer* collegato con la Banca Dati degli Ausili del SIVA di Milano, che funziona come Centro Informazione Ausili con accesso bisettimanale per l'utenza esterna ed interna. Nel 1985 una Terapista, la Coordinatrice attuale della T.O., Vittoria Sessa, frequentò la Scuola del Vivaio di Milano, nota per il suo approccio psico-analitico alla terapia riabilitativa. Da allora il trattamento di T.O. diventò individuale: partendo da un approccio globale si giunse a definire attività personalizzate, scelte dal paziente e finalizzate al miglioramento e al recupero della sua autonomia.

2. Articolazione del servizio

Nel 1995 sono stati trattati nel servizio di T.O. di Cuasso a Monte 90 casi neurologici, 107 ortopedici, 2 oncologici, 13 esiti di coma e affezioni muscolo-scheletriche ed uno cardiologico.

Giornalmente, e per cinque giorni alla settimana, (dal lunedì al venerdì) nel servizio di Terapia Occupazionale vengono trattati in media 22 pazienti. Tra le attività svolte attraverso la T.O. vi sono le AVQ, le attività artigianali, quelle espressive, di gioco adattato, di manipolazione, di inserimento scolastico e lavorativo, le attività cognitive con il *computer*, di inserimento nell'ambiente domestico, di lavorazione del cuoio, di disegno con il pirografo, attività di cucina e di cucito.

⁶⁶ Fisiatra già consulente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dotato di notevole esperienza riabilitativa

Le attività di Terapia Occupazionale, che si svolgono con orario articolato dalle ore 8.00 alle ore 16.00, iniziano in corsia presso i pazienti degenti, con lo svolgimento delle AVQ. Tutte le mattine ogni terapeuta segue due pazienti per mezz'ora, durante la quale i pazienti imparano a lavarsi, vestirsi, ad eseguire il trasferimento eventuale dal letto alla carrozzina e viceversa; il tutto in autonomia, poiché il raggiungimento della miglior autonomia possibile per ogni paziente è il risultato finale a cui tende la Terapia Occupazionale⁶⁷. Normalmente le AVQ vengono protratte per circa un mese, ma anche questo termine non è rigido, essendo piuttosto legato alle caratteristiche del paziente trattato. Si comincia qui ad intravedere uno dei punti di forza del trattamento di T.O. a Cuasso al Monte: la flessibilità e l'adattamento di ogni intervento, che viene ogni volta finalizzato e personalizzato sulle esigenze precise del paziente.

Come riferito dalla paziente intervistata, le attività di AVQ scelte volontariamente, insieme con le altre attività facenti parte del trattamento, le hanno permesso di scoprire una sua tendenza artistico-creativa: la pittura su tela. La conoscenza di possedere un interesse specifico per la pittura è stata parte della sua motivazione alla riabilitazione complessiva.

Attualmente in regime di *day hospital*, la paziente segue tutti i giorni dalle 9.00 alle 12.00 le varie terapie facenti parte del suo programma riabilitativo: logopedia, fisioterapia, terapia occupazionale; necessita tuttora per molti spostamenti della sedia a rotelle pieghevole, consegnata gratuitamente dal servizio, e che muove in completa autonomia.

Terminate le AVQ, iniziano i trattamenti individuali di T.O., della durata di 45 minuti ciascuno, durante i quali vengono prese in considerazione tutte le problematiche del paziente (cognitive, relazionali, motorie). Nella pausa per il pranzo i terapisti occupazionali si recano nella mensa per seguire i pazienti che hanno difficoltà motorie nell'alimentazione. Questa attività rientra nelle AVQ e riveste particolare importanza nell'ambito dell'autonomia del paziente: il terapeuta occupazionale controlla l'infermiere, che all'occorrenza imbecca il paziente, attivando così una strategia individuale di intervento per la rieducazione all'alimentazione. Nei casi più gravi (pazienti tracheotomizzati o con sondino), anche il logopedista in-

⁶⁷ In caso di particolare gravità il terapeuta può seguire un paziente alla volta.

terviene nel trattamento globale, in sinergia con il terapeuta occupazionale che punta alla migliore autonomia del paziente.

Attraverso le attività di T.O. vengono sollecitate le facoltà del paziente, le sue motivazioni, il suo coinvolgimento. Da questo punto di vista il terapeuta focalizza le problematiche del paziente, e costruisce di volta in volta la seduta sulla base delle verifiche e delle valutazioni effettuate in precedenza. Significativo è il commento a questo riguardo della Coordinatrice del servizio di T.O.: «la Terapia Occupazionale, cioè l'occupazione, il fare, sono importanti da sempre per l'uomo; il nostro obiettivo è quello di far tornare al paziente la voglia di fare, non tanto per la sua gratificazione personale, quanto per l'importanza vitale che assume per il paziente stesso».

Attraverso dunque una serie di attività che fanno parte della seduta di T.O. il terapeuta verifica le capacità del paziente dal punto di vista motorio, cognitivo, emotivo. Su questa base egli imposta il trattamento, che viene verificato e discusso sia nelle riunioni dell'*équipe* multidisciplinare, sia tra i terapisti ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità. Le verifiche sui risultati o sui problemi incontrati sono continue, quasi giornaliere: i terapisti si incontrano tra loro tutte le mattine per circa mezz'ora di valutazioni prima dell'avvio delle AVQ; spesso usano la pausa per il pranzo come momento di verifica; ci sono poi i momenti di discussione più istituzionali, come la riunione dell'*équipe* multidisciplinare, coordinata dal medico fisiatra, che di norma si riunisce una volta al mese, ma che può arrivare a riunirsi anche 2/3 volte alla settimana, a seconda delle necessità o degli imprevisti di percorso. L'intento è quello di fornire a tutti gli operatori la stessa modalità di approccio al paziente, soprattutto se egli presenta particolari difficoltà rispetto agli obiettivi, o se sussistono problemi riguardo al reinserimento familiare. L'*équipe* multidisciplinare del servizio di T.O. a Cuasso al Monte è formata da un medico fisiatra, un terapeuta occupazionale, un logopedista, un fisioterapeuta, uno psicomotricista, un capo sala di reparto, un medico di reparto, un assistente sociale, un tecnico ortopedico. Il ruolo di psicologo è attualmente vacante, mentre il posto di medico neurologo è ricoperto da personale esterno alla struttura.

Ogni terapeuta segue costantemente e in prima persona il proprio paziente nella seduta individuale: parte integrante della T.O. è proprio l'instaurarsi di una relazione tra terapeuta e paziente, che

mette in moto sentimenti, dinamiche e resistenze, anche dialettiche. Per questa prassi non sono ammesse eccezioni: durante il periodo di ferie del terapeuta viene sospeso il trattamento di T.O. per il paziente preso in carico.

Una delle terapeute, ogni pomeriggio, effettua una seduta di gruppo nell'ambito dell'attività di T.O., il gruppo AVQ per le artroprotesi: si tratta dell'unico intervento di gruppo nell'ambito della T.O. a Cuasso al Monte. Le persone operate all'anca per la sostituzione della *testa* del femore, a distanza di 7/8 giorni dall'intervento, vengono riunite in un gruppo, composto in media da 3/4 pazienti i quali, per la durata di una settimana, partecipano alle attività. Normalmente il gruppo si riunisce per una sola settimana, con due incontri: si tratta sì di pazienti anziani, ma senza problemi di carattere cognitivo. Durante gli incontri i pazienti imparano ad usare l'arto in maniera appropriata, a girarsi correttamente nel letto, ad infilarsi le calze senza flettersi oltre i 90°, all'utilizzo più idoneo degli eventuali ausili. A volte i partecipanti ai gruppi ritornano al servizio di T.O. come pazienti ambulatoriali, per problemi particolari o per l'uso degli ausili, oppure vengono inseriti in un nuovo gruppo appena costituitosi. In ogni caso il terapeuta garantisce il contatto con i partecipanti ai gruppi per qualsiasi problema sorga successivamente.

La programmazione dell'attività di T.O. viene impostata dalla Coordinatrice del servizio, in accordo con gli altri terapisti; nella riunione di programmazione settimanale si discutono i problemi dei pazienti segnalati e vengono decisi il piano e i tempi della T.O.. Ogni terapeuta segue una propria programmazione costruita sul paziente, accompagnata da continui momenti di confronto con i colleghi.

Le prestazioni di T.O. nell'Ospedale di Cuasso al Monte sono effettuate mediante ricovero, *day hospital*, ambulatorio. Il ricovero riguarda circa l'80% dei casi trattati; per i pazienti ricoverati la T.O. ha inizio, su prescrizione specifica del medico fisiatra, immediatamente dopo il ricovero, normalmente il giorno successivo. Il *day hospital* riguarda circa il 20% dei casi trattati, ed in genere si tratta quasi sempre di una prosecuzione della degenza. Se l'*équipe* multidisciplinare decide che un paziente è arrivato ad un buon livello di trattamento e di risultati, il paziente viene dimesso, altrimenti può essere inviato presso un'altra ASL o un altro servizio più vicini alla sua residenza, pur continuando il trattamento di T.O. in

regime di *day hospital*. In questo caso il paziente continua le sedute di T.O. con lo stesso terapeuta che lo aveva preso in carico come paziente interno. Questa è una scelta precisa dell'Ospedale di Cuasso al Monte, che si basa sulla convinzione dell'importanza della relazione che si instaura tra terapeuta e paziente. Si preferisce così proseguire la terapia con le stesse modalità impostate in precedenza.

Le attività di ambulatorio riguardano una percentuale molto esigua di pazienti, e vengono di norma effettuate comunque dopo le prestazioni ai pazienti interni. La richiesta di interventi di T.O. è sempre superiore alle capacità operative e strutturali dell'Ospedale di Cuasso al Monte: nel caso di inserimento di un paziente in trattamento ambulatoriale, i terapeuti occupazionali adeguano il loro programma di lavoro in base al nuovo inserimento.

In precedenza veniva effettuato un sopralluogo presso il domicilio del paziente per una valutazione ambientale: il terapeuta, il medico fisiatra e l'assistente sociale si recavano presso il domicilio del paziente per verificare le condizioni dell'ambiente domestico e suggerire eventuali ausili. In tal caso non si può parlare di prestazioni di T.O. domiciliari, sebbene la possibilità di proseguire il trattamento nell'ambiente domestico avrebbe indubbiamente molti vantaggi. Ad esempio, per i pazienti emiplegici, che normalmente hanno grossi problemi di tipo prassico⁶⁸, sarebbe davvero importante il trattamento domiciliare, che darebbe al paziente un'impostazione spaziale e sequenziale dei suoi movimenti al momento del reinserimento domestico, risolvendo così l'insicurezza iniziale.

3. Presa in carico del paziente

I canali attraverso i quali si accede al servizio di T.O. nell'Ospedale di Cuasso al Monte possono essere la richiesta di altri reparti interni, di altre strutture ospedaliere, la richiesta diretta dell'interessato o dei familiari, del medico di base, da parte dei servizi sociali degli enti locali.

Successivamente alla segnalazione, il medico fisiatra effettua una visita specialistica al paziente, predisponendo contemporaneamente un programma riabilitativo e definendo gli obiettivi da raggiungere. A partire dalle informazioni ottenute dall'esame, il fisia-

⁶⁸ Cioè di uso dei movimenti in maniera finalizzata.

tra prescrive una terapia riabilitativa che può consistere nella rieducazione motoria, neuromotoria, fisioterapica, oppure in un percorso riabilitativo di T.O.

In questo caso la segnalazione viene inviata al servizio di T.O. mediante fotocopia della cartella fisiatrico-riabilitativa, parte della cartella clinica. Ricevuta la segnalazione, la Coordinatrice del servizio di T.O., che istituzionalmente ha accesso alla cartella fisiatrico-riabilitativa, valuta i carichi di lavoro e stabilisce l'abbinamento terapeuta/paziente. In casi particolari o urgenti il medico fisiatra può affidare il paziente direttamente ad un terapeuta con particolari caratteristiche umane, privilegiando aspetti psicologici e relazionali. In ogni caso c'è sempre una verifica tra fisiatra e coordinatrice della T.O. in merito all'abbinamento.

La presa in carico del paziente da parte del servizio di T.O. si accompagna alla conoscenza personale del paziente e della sua famiglia da parte del terapeuta. Al paziente viene mostrata la palestra di T.O.; vengono poi illustrate in termini comprensibili le modalità del trattamento. Il terapeuta chiede sempre al paziente quali sono le difficoltà che ritiene di avere, anche se molto spesso le difficoltà percepite sono diverse da quelle riscontrate.

Già nella fase di presa in carico del paziente da parte del terapeuta occupazionale si realizzano quelle modalità di flessibilità e di interazione che sono parti integranti e fondamentali dell'intervento di T.O. La stessa flessibilità è presente anche nella valutazione dei risultati terapeutici ottenuti con il paziente: la valutazione, effettuata prima e dopo ogni seduta, orienta un lavoro *in progress* che non è mai definitivo, ma suscettibile di variazioni, aggiustamenti e adattamenti. In alcuni casi è previsto un incontro preliminare con la famiglia: da qui il terapeuta trae informazioni aggiuntive che si integrano con i dati forniti dal paziente e dagli altri operatori.

Nel servizio di T.O. di Cuasso al Monte esiste una lista di attesa, il cui tempo medio è di 10 giorni sia per gli utenti interni che per quelli ambulatoriali. Tra la visita specialistica e l'inizio del trattamento intercorre un tempo brevissimo: per gli interni e i pazienti in *day hospital* il trattamento inizia il giorno dopo la visita; per i pazienti ambulatoriali può iniziare una settimana dopo la visita, il che dipende dai carichi di lavoro e dall'urgenza.

La durata di un trattamento di T.O. è variabile. Nel trattamento esistono delle tappe specifiche che possono subire interruzioni o variazioni (l'emergere di difficoltà da parte del paziente, complica-

zioni del quadro clinico); a ciò può corrispondere una variazione degli obiettivi prefissati dal programma riabilitativo e di conseguenza può variare il numero delle sedute previste inizialmente.

Si può affermare in generale che per un paziente emiplegico occorrono mediamente 30 sedute, da effettuarsi possibilmente tutti i giorni in caso di degenza, ma ciò è spesso impossibile a causa dell'alto numero di pazienti, oppure 2/3 volte alla settimana in caso di trattamento ambulatoriale. Per un paziente affetto da esiti di coma è possibile un trattamento di 6/8 mesi; per pazienti affetti da sclerosi occorrono mediamente 2/3 mesi di trattamento riabilitativo. La prescrizione delle sedute è soltanto indicativa; normalmente viene fissata con una certa precisione soltanto per i pazienti esterni, perché in possesso di un'impegnativa del medico di base.

La specificità della presa in carico del paziente nell'Ospedale di Cuasso al Monte si esprime nella cultura diffusa dell'accogliimento, del "care", dell'atteggiamento aperto e disponibile verso "l'altro da sé". Il medico fisiatra del servizio, Dott.ssa Maria Grazia Di Stefano, ha ben illustrato questa cultura con la parola "svezza-mento": «il paziente, gradualmente, con professionalità e con amore da parte degli operatori, viene aiutato ad emanciparsi dalla malattia, a crescere anche psicologicamente, a ritrovare in sé le motivazioni per continuare a vivere, con la migliore autonomia possibile, anche in compagnia di uno o più handicap».

4. Innovazione e sperimentazione

È stata registrata una notevole disponibilità da parte di tutti gli operatori intervistati nei confronti dell'innovazione tecnologica e dell'introduzione di nuovi metodi nella pratica della T.O. Sintomatico a questo riguardo è il commento della Coordinatrice della T.O., Vittoria Sessa: «alla compilazione di moduli burocratici preferiamo i frequenti contatti personali». La continuità degli accessi garantita dall'Ospedale, mostra fin dall'inizio l'atteggiamento aperto, disponibile e flessibile degli operatori della T.O. Purtroppo le difficoltà dovute ai cambiamenti strutturali ancora in corso nel *management* dell'Azienda Ospedaliera ed ai problemi di bilancio e di organico, rendono difficile il concretizzarsi degli impulsi rivolti all'innovazione.

Attualmente nel servizio di T.O. si sta cercando di impostare un corso di aggiornamento, con la collaborazione di operatori ester-

ni alla struttura, sul metodo Bobath⁶⁹. Il metodo, che punta al raggiungimento di una certa autonomia nelle attività della vita quotidiana, insiste sulla funzione, più che sull'aspetto globale del paziente. V. Sessa, responsabile del servizio di T.O., ritiene che l'apprendimento di tale metodo possa favorire l'introduzione di nuovi modelli di intervento, e favorire una mentalità innovativa del terapeuta occupazionale.

L'intento è quello di sperimentare il metodo Bobath in piccoli gruppi omogenei di pazienti, verificare le dinamiche che si instaurano e utilizzarlo poi per altri gruppi di pazienti che presentano patologie omogenee.

Non sono state acquistate, negli ultimi tempi, nuove macchine o nuove tecnologie per la T.O. C'è in programma la sostituzione dell'attuale *computer* che viene utilizzato per attività didattiche con i pazienti e per il collegamento telematico con la Banca degli Ausili del SIVA di Milano.

Molte informazioni in tema di sperimentazione e di innovazione arrivano agli operatori attraverso la lettura delle riviste specializzate, o attraverso i contributi dell'associazione mondiale della Terapia Occupazionale, WFOT (World Federation Occupational Therapy), o attraverso l'AITO (Associazione Italiana Terapia Occupazionale). Sono state inoltre organizzate riunioni con la presidente del COTEC, l'associazione europea dei terapisti occupazionali.

Ma al grande interessamento sulle novità terapeutiche dimostrato dagli operatori non corrisponde un'adeguata offerta formativa: l'attività di informazione, di formazione, di aggiornamento, sembra piuttosto essere lasciata all'iniziativa individuale degli stessi operatori.

5. Rapporti e integrazione con l'ambiente

Una valutazione complessiva intorno al grado di integrazione della Terapia Occupazionale praticata a Cuasso al Monte con i servizi del territorio risulta di difficile formulazione. I rapporti degli operatori della T.O. con i medici di base sono piuttosto occasionali. Negli anni in cui venivano effettuati i sopralluoghi presso il domicilio del paziente questi contatti si instauravano con una certa facilità: attraverso la richiesta del medico di base, una piccola *équipe*

⁶⁹ Terapisti inglesi creatori di un modello riabilitativo (1970) rivolto a pazienti emiplegici.

composta dal fisiatra, dall'assistente sociale e dal terapeuta occupazionale si recava al domicilio del paziente per valutare l'ambiente domestico e verificare le barriere architettoniche esistenti.

Questa iniziativa rientrava nel programma riabilitativo. In casi particolari era possibile concordare con il medico di base il ricovero o alcune migliorie ambientali. Attualmente i rapporti tra il servizio di T.O. e i medici di base risultano molto deboli: soltanto in caso di dimissioni e di reinserimento problematico del paziente nell'ambiente domestico, il medico fisiatra contatta il medico di base per la predisposizione di alcuni controlli periodici sul paziente. In questi casi può essere previsto un incontro dell'*équipe* multidisciplinare con la partecipazione del medico di base.

Il medico fisiatra intervistato ha citato come esempio il caso di una giovane paziente reinserita a domicilio con gravi patologie (craniolesioni, meningoencefalite) in cui il medico di base aveva partecipato al suo reinserimento e che, in occasione di un caso analogo, si è rivolto nuovamente al servizio di T.O. Per la terapeuta occupazionale intervistata «la T.O. non è molto conosciuta dai medici di base, sono spesso i nostri stessi pazienti a parlarne per la prima volta con i loro medici».

Dalle interviste effettuate emerge complessivamente una domanda di maggiori rapporti con i medici di base; le recenti riduzioni di bilancio e di organico hanno purtroppo ridotto questa possibilità, che all'inizio aveva maggiore attenzione nel progetto riabilitativo.

Per quanto riguarda gli altri servizi territoriali, l'ADI, la UVG, la RSA, strutture previste dal Progetto Obiettivo Tutela della Salute dell'Anziano e dal Piano Sanitario Nazionale, vi sono rapporti istituzionali ed operativi specifici con il servizio di Cuasso al Monte, soprattutto nel caso di pazienti anziani ricoverati a Cuasso al Monte e ospiti presso le Residenze Sanitarie Assistenziali. Al momento delle dimissioni del paziente le RSA vengono contattate per la presa in carico del paziente e per il suo reinserimento. A questo proposito vi sono rapporti frequenti con il Pio Albergo Trivulzio di Milano.

Per gli altri servizi (ADI, UVG) i contatti sono più sporadici. Gli assistenti sociali chiedono suggerimenti, consulti o visite per l'inserimento di un paziente in un determinato modulo assistenziale. I rapporti con gli altri centri riabilitativi sono più frequenti, anche tramite il medico fisiatra, membro della Società Scientifica nazionale e regionale, e dell'Ufficio di Presidenza della SIMFER (Società

Italiana Medicina Fisica e Riabilitazione). La sua partecipazione a queste strutture scientifiche la mette in contatto periodico con i rappresentanti delle principali regioni italiane, in grado di confrontarsi sulle diverse problematiche emergenti in campo riabilitativo. La Coordinatrice del servizio di T.O. ha frequenti contatti con i colleghi delle strutture ospedaliere vicine (Somma Lombardo, Brescia, Passirana di Rho, Milano) e con alcuni di essi ha in comune la formazione ricevuta presso la Scuola di Terapia Occupazionale del Vivaio di Milano. I rapporti con la Regione Lombardia sono favoriti dal fatto che la Dott.ssa Di Stefano è membro della Commissione Regionale per la sperimentazione delle tariffe di riabilitazione.

I rapporti con gli altri ospedali e centri riabilitativi sono inoltre favoriti dal fatto che spesso i pazienti ricoverati a Cuasso al Monte sono stati ricoverati precedentemente in altre strutture (Varese, Tradate, Luino) per il superamento della fase acuta della malattia⁷⁰. I contatti con le amministrazioni pubbliche sono anch'essi sporadici, determinati soprattutto dalla richiesta di informazioni relative all'installazione di ausili specifici: un Comune con la necessità di installare un sollevatore nella piscina comunale, o la Provincia di Varese che ha richiesto la partecipazione del servizio di T.O. di Cuasso al Monte ad una mostra sugli ausili organizzata dall'ente provinciale.

Per quanto attiene ai collegamenti con il mondo del volontariato, il Servizio di T.O. di Cuasso al Monte ha contatti soprattutto con le associazioni delle famiglie dei disabili. Attualmente sono stati organizzati una serie di incontri mensili con le famiglie dei degenti, allo scopo di mettere in comune le esperienze individuali. L'iter riabilitativo (la ricerca di un posto per il ricovero del paziente, le terapie, il reinserimento domestico e lavorativo) viene analizzato e discusso insieme, anche attraverso la partecipazione di ex pazienti già integrati, che raccontano la loro esperienza. In questo modo le famiglie, che spesso devono convivere in solitudine l'esperienza di un familiare gravemente ammalato, sono aiutate ad orientarsi rispetto ad una molteplicità di percorsi.

⁷⁰ I rapporti con l'Ospedale di Luino sono agevolati dal fatto che il Primario dell'Unità di Recupero e Rieducazione Funzionale di Cuasso al Monte è in servizio anche presso l'Ospedale di Luino.

6. Strutture e risorse impiegate

L'Ospedale di Cuasso al Monte ha un Ufficio Economato che dipende direttamente dall'Azienda Ospedaliera Fondazione Macchi di Varese.

I rapporti del servizio di T.O. con l'Ufficio Economato sono quasi esclusivamente di tipo tecnico-amministrativo: nel caso di richiesta di materiali (materiale per le attività di T.O., ausili per le AVQ, arredi o apparecchiature) il servizio invia richiesta scritta, controfirmata dal primario responsabile, all'Ufficio Economato.

Gli operatori lamentano però ritardi e lentezze burocratiche: una volta inviata la richiesta, il servizio di T.O. non è in grado di sapere se e quando verrà esaudita, anche nel caso di materiale poco costoso⁷¹. Le cause di questi ritardi sono dovute innanzitutto a motivi tecnici: l'Ufficio Economato, come previsto dalla normativa vigente per gli enti pubblici, può acquistare i materiali attraverso la procedura dell'affidamento in appalto a ditte specializzate, precedentemente interpellate, e chiamate a fornire i loro preventivi. Soltanto dopo l'espletamento della procedura, è possibile effettuare l'ordine di acquisto.

Un altro motivo dei ritardi è inoltre dovuto alle richieste di materiale fuori appalto. La prassi è la seguente: invio della richiesta all'Economato, attesa di qualche giorno, telefonata successiva, attesa, richieste telefoniche successive, ecc. La spirale di "richiesta-attesa" spesso si esaurisce con l'acquisto diretto, a carico volontario dei terapeuti.

Le opinioni raccolte tra gli operatori intervistati riflettono una sensazione di estraniamento rispetto alla gestione amministrativa, una non conoscenza del *budget* disponibile, una sorta di esclusione dai processi decisionali di spesa. Gli operatori del servizio di T.O. lamentano soprattutto la mancanza di comunicazione diretta con l'Amministrazione; la Dott.ssa Di Stefano afferma, al riguardo, che «negli altri centri sono a conoscenza di un *budget* ben definito, sono attenti ai costi, ne chiedono la verifica. Noi avevamo pensato di motivare le nostre richieste di acquisto attraverso delle relazioni scritte allegate, illustrando la validità e l'efficacia per la Terapia

⁷¹ A titolo di esempio basti pensare che al momento dell'intervista sono stati recapitati al servizio di T.O. due articoli richiesti nel 1995 (una pentola adattata ed un registratore), richiesti ben tre anni prima.

Occupazionale del materiale richiesto. Tutto ciò non ha avuto risultati pratici».

Emerge la difficoltà, da parte degli operatori, di far comprendere a tutti i livelli istituzionali la validità della Terapia Occupazionale, spesso sottovalutata perché non sufficientemente conosciuta.

La figura del terapeuta occupazionale, non prevista nella pianta organica, ma rappresentata dalla figura del fisioterapista con mansioni di T.O., è collocata al 6° livello, con una retribuzione mensile netta di circa 2 milioni di lire. La Coordinatrice è collocata al 7° livello, con una retribuzione mensile netta di 2 milioni e 200mila lire.

7. Il personale terapeutico

Dal 1991 e fino al 1993-94 il servizio di T.O. di Cuasso al Monte aveva in organico 5 terapisti; a tutt'oggi i terapisti sono tre⁷². I primi anni '90 sono stati per il servizio di T.O. di Cuasso al Monte "anni d'oro", quando gli amministratori locali venivano a visitare il servizio e, constatati i risultati ottenuti con le gravi patologie che vi venivano curate, si adoperavano per favorire un aumento degli organici e dei finanziamenti pubblici. Attualmente la sensazione diffusa è quella di non essere più al centro dell'attenzione, di essere in una "realtà fluttuante" (manca tuttora in organico la figura dello psicologo, e questa è ritenuta dagli operatori una grave carenza per il servizio). Nel 1994 si è inoltre chiusa, per motivi di ordine tecnico e burocratico, una convenzione con l'Università di Pavia, che inviava allievi fisiatri a Cuasso al Monte per un periodo di tirocinio.

Nel Reparto di Recupero e Riabilitazione funzionale dell'Ospedale sono occupati attualmente 25 operatori: 20 fisioterapisti, 2 logopedisti, 3 fisioterapisti con mansioni di terapisti occupazionali (la pianta organica non prevede l'impiego di terapisti occupazionali). Ogni terapeuta segue ogni giorno 6-7 pazienti; nell'arco di una settimana però, lo stesso paziente può essere seguito per 2-3 trattamenti. La Tab. 1 ci consente di osservare il numero di pazienti trattati secondo le classi di età – con riferimento al 1995 –.

⁷² La terza terapeuta, proveniente dalla riabilitazione motoria, sta formandosi con un tirocinio presso lo stesso servizio per sostituire la collega che si è trasferita.

Tab. 1 – Numero pazienti trattati secondo le classi di età, 1995

da 0 a 14 anni	2
da 15 a 29 anni	12
da 30 a 54 anni	22
da 55 a 64 anni	29
da 65 a 74 anni	81
da 75 a 84 anni	82

Con riferimento allo stesso anno, i pazienti trattati per esito clinico sono stati 84 con esiti di miglioramento, 124 con decorso stazionario e 3 in peggioramento. Risulta evidente dai dati che la grande maggioranza dei pazienti trattati appartiene alla fascia anziana che va dai 55 anni in su (192 su 228, cioè l'84,1%). Ciò spiega anche l'alta concentrazione di fratture femorali, che statisticamente colpiscono la fascia di popolazione più anziana a causa della maggiore fragilità ossea.

Il terapeuta occupazionale viene assunto come fisioterapista attraverso concorso pubblico. L'eventuale passaggio del fisioterapista al servizio di T.O. avviene per scelta personale, basata soprattutto su particolari attitudini di flessibilità, capacità di adattamento, interesse dell'operatore⁷³. L'inserimento nel servizio di T.O. è sempre stato fatto comunque su richiesta dei terapisti interessati: la nuova terapeuta occupazionale, che già aveva seguito molte sedute di T.O. in vista di un suo possibile passaggio al servizio, aveva manifestato da tempo questa intenzione.

Secondo quanto riferito dalla Coordinatrice, la motivazione che spinge un terapeuta ad occuparsi di T.O. deriva essenzialmente dall'approccio ontologico della T.O., che prende in carico globalmente il paziente, seguendone il recupero fisico e psicologico. Spesso un trattamento esclusivamente fisioterapico demotiva l'operatore, non più in grado di trasferire sul paziente motivazioni tali da spingerlo a proseguire anche a casa gli esercizi appresi. Sottolinea la Coordinatrice che «molti pazienti trascorrono tutto il loro

⁷³ Al momento dello studio di caso, la terza terapeuta occupazionale del servizio ha chiesto il trasferimento; non potendo procedere alla sua sostituzione mediante nuova assunzione si è recuperata una fisioterapista da altri reparti.

tempo a casa senza fare nulla. Questa non è riabilitazione, non è rientro alla vita, è soltanto un rientro a casa».

Anche la paziente intervistata, 59 anni, colpita da ischemia cerebrale che l'ha resa emiplegica, oggi quasi completamente autosufficiente dopo 6 mesi di ricovero e 6 mesi di *day hospital*, sottolinea il fattore umano nella T.O.: «Seguo la T.O. da sette mesi insieme con la riabilitazione fisioterapica e logopedistica. Sono entrata in trattamento di T.O. il giorno successivo al mio ricovero presso l'ospedale di Cuasso al Monte, dopo una visita fisiatrica. C'è molta umanità nei terapeuti, per me sono come una nuova famiglia».

La paziente riconosce comunque il necessario distacco professionale: «hanno avuto molta pazienza con me, molto rispetto. Le terapisti per me sono come sorelle: ma loro sono terapisti, io sono la paziente». Evidenzia il rapporto dialettico con gli operatori quando afferma: «non ho voluto ausili, non ho voluto aiuti, facendo a modo mio mi sentivo più normale. I terapeuti mi hanno assecondato, capivano che anche questo era un insegnamento. Come pazienti anche noi avevamo qualcosa da insegnare a loro».

Elevato è il livello motivazionale dei terapeuti occupazionali di Cuasso al Monte: le manifestazioni più evidenti sono il basso tasso di *turn over*⁷⁴ e gli ottimi rapporti con i pazienti, improntati al rispetto, alla pazienza, alla gentilezza. Il clima che si respira in reparto è sereno, familiare, seppure in presenza di un'elevata professionalità⁷⁵. Un motivo che ha molto influito sul basso *turn over* registrato nel servizio di T.O. è rappresentato dal forte investimento fatto sulla risorsa umana: particolare attenzione viene data alla formazione, che parte dalla scuola di T.O. e con il tirocinio e poi prosegue con l'esperienza maturata negli anni. Inoltre, notevole è lo sforzo professionale degli operatori per il raggiungimento di *standard* elevati nelle prestazioni.

Molti terapeuti formati nell'Ospedale di Cuasso al Monte hanno avviato altre esperienze di T.O.: «è come se si staccassero dalle piccole cellule che vanno ad impiantarsi da altre parti». An-

⁷⁴ Il tasso di avvicendamento registrato tra i terapeuti occupazionali è attualmente molto basso: la Coordinatrice è presente nella struttura da 20 anni, mentre la seconda terapeuta occupazionale lo è da 11.

⁷⁵ Secondo quanto precisato dal medico fisiatra, i terapeuti occupazionali di Cuasso al Monte quando si prefiggono alcuni obiettivi all'inizio del trattamento li perseguono fermamente, anche nei casi più difficili, rielaborando ed adattando all'occorrenza le strategie riabilitative.

che nei momenti di sovraccarico di lavoro non si ricorre ad altro personale esterno. La Coordinatrice del servizio di T.O., in accordo con il medico fisiatra, distribuisce i pazienti tra i terapisti ed adegua i carichi di lavoro a seconda delle necessità contingenti. In caso di sovraccarico di lavoro viene comunque data la priorità ai pazienti più gravi.

La formazione professionale dei terapisti occupazionali di Cuasso al Monte avviene in primo luogo sul campo, attraverso gli incontri settimanali, durante i quali vengono esaminati i percorsi riabilitativi dei pazienti presi in carico ed i relativi trattamenti. I terapisti seguono inoltre con attenzione il calendario dei convegni e dei congressi che si svolgono in Italia e all'estero sui temi di loro interesse. Nei limiti del possibile cercano, a turno, di parteciparvi, recuperando relazioni, atti di convegno e in qualche caso tesi di laurea.

Il SIVA di Milano organizza la maggior parte dei corsi di aggiornamento sugli ausili ai quali partecipano costantemente i terapisti occupazionali di Cuasso al Monte. La richiesta di partecipazione alle iniziative formative e di aggiornamento è sottoposta all'Azienda ospedaliera per il rimborso. Se il corso richiesto dai terapisti occupazionali rientra negli obiettivi di aggiornamento, l'Azienda dispone che il terapeuta vi partecipi, effettuando il rimborso spese.

Quando l'oggetto del corso non rientra tra quelli prioritari per l'Azienda, nonostante sia ritenuto comunque di grande interesse dal terapeuta che lo richiede, il corso può essere frequentato comunque, ma a spese del terapeuta⁷⁶. Complessivamente possiamo dire che emerge tra gli operatori intervistati una forte richiesta di formazione e di aggiornamento sulla T.O., richiesta che in molti casi viene disattesa per la scarsa considerazione che ancora viene attribuita alla T.O..

Per la Dott.ssa Di Stefano «la T.O. è vista da chi non ha una preparazione adeguata come un accessorio; se è difficile ottenere il

⁷⁶ Un esempio è dato dal corso di aggiornamento triennale sulla terapia occupazionale seguito dalle terapisti: mezza giornata al mese (il sabato mattina). Per dieci mesi all'anno, le terapisti si recano a Milano presso lo studio medico dove si svolge il corso. Il corso costa 500 mila lire all'anno, a carico delle terapisti, al di fuori dell'orario di lavoro. Tutte e tre le terapisti occupazionali hanno seguito il corso sugli ausili e sulla gestione della banca dati presso il SIVA. Le spese sono sostenute dall'azienda ospedaliera e comprendono anche l'abbonamento annuale al banca dati del SIVA.

necessario, figuriamoci ciò che è considerato accessorio. Quando iniziammo il nostro lavoro, ci avevano insegnato a considerare la T.O. come parte trainante dell'intero trattamento riabilitativo, e ciò non veniva messo in discussione».

8. La comunicazione

Per quanto riguarda le relazioni con l'esterno, il sistema comunicativo del servizio di T.O. è in fase di perfezionamento. L'utenza esterna, i pazienti, i loro familiari, le strutture sanitarie in genere sono già a conoscenza dei servizi offerti dalla struttura ospedaliera. Con i medici di base il contatto avviene soprattutto nel caso in cui essi vengano convocati dall'*équipe* multidisciplinare per predisporre le condizioni delle dimissioni e del reinserimento a casa di un paziente che presenti particolari difficoltà.

Il terapeuta occupazionale di Cuasso al Monte ha rapporti molto frequenti con la famiglia del paziente. La specificità della T.O. è quella di intervenire sulle motivazioni, oltre che sulla riabilitazione fisica del paziente; perciò si sono istituzionalizzati incontri periodici con le famiglie⁷⁷. I familiari vengono convocati telefonicamente dai terapisti occupazionali: al primo incontro il terapeuta spiega alla famiglia in cosa consiste la T.O., che tipo di esercizi si svolgono durante una seduta; in alcuni casi il familiare viene invitato a seguire una vera seduta di T.O., perché possa comprenderne le modalità ed essere in grado di riproporre a casa, dopo il rientro del paziente. Viene proposto un vero e proprio addestramento per i familiari, soprattutto se il paziente ha gravi deficienze di autonomia e necessita di assistenza continua anche dopo le dimissioni dall'Ospedale. Sono stati realizzati, a questo proposito, poster e tabelloni che illustrano, attraverso fotografie scattate ai pazienti durante le varie sedute riabilitative, le diverse posture da assumere a seconda delle patologie e dei vari momenti della giornata.

Le relazioni interne tra medici e terapisti dell'ospedale sono buone: si valuta e si discute collegialmente, all'interno dell'*équipe* multidisciplinare, il percorso e le strategie della terapia.

Un'offerta di comunicazione più strutturata è stata promossa dal Centro Informazione Ausili (CIA) annesso al servizio di T.O., e collegato con la Banca degli Ausili del SIVA di Milano. Ai medici

⁷⁷ Una volta alla settimana oppure ogni 15 giorni, a seconda della necessità

di base della zona, agli assistenti sociali e ai vari presidi sanitari, sono stati inviati *dépliant* esplicativi sui servizi offerti dal CIA, sollecitando contatti, anche telefonici, per informazioni o appuntamenti volti alla conoscenza e all'acquisto di ausili. In una recente riunione degli operatori con il nuovo Direttore generale della struttura è stata avanzata la proposta di migliorare l'informazione sui servizi attraverso opuscoli e bollettini, diretti soprattutto ai medici di base e ai presidi ospedalieri che fanno parte dell'ASL.

L'Ospedale di Cuasso al Monte adotta una cartella clinica del paziente, a disposizione nel reparto di degenza del paziente; di questa cartella clinica vengono fotocopiate alcune parti per la compilazione successiva da parte dei terapisti preposti alle varie aree di trattamento. Una seconda cartella, fisiatrico-riabilitativa, con il piano di trattamento e le prescrizioni, viene compilata dal medico fisiatra responsabile ed ha due versioni: *i)* cartella *clinica-internistica*, accessibile ai Coordinatori dei servizi; *ii)* cartella *fisiatrica*, accessibile a tutti i terapisti per la consultazione.

Ogni area di trattamento riabilitativo dispone inoltre di una propria cartella di valutazione: così avviene anche per la T.O. La cartella relativa alla T.O. viene compilata dal terapeuta al momento della presa in carico del paziente e successivamente. La prima parte contiene i dati anagrafici del paziente; la seconda la valutazione diagnostica e il comportamento generale del paziente: presentazione, comportamenti finalizzati, movimenti, espressioni verbali e gestuali, esplorazione della stanza, condizioni motorie e sensoriali, l'esame funzionale eseguito con scala di valutazione FIM, la lista degli interessi del paziente, la valutazione delle prassie, i dati sull'attività di *collage* come *test* valutativo, i dati su altre 4 attività occupazionali di cui due strutturate e due di tipo espressivo-creativo. La cartella contiene inoltre tutte le osservazioni del terapeuta in merito allo svolgimento della terapia: l'atteggiamento del paziente nei confronti della terapia, l'interessamento e le motivazioni, il tipo di coordinazione manuale, le espressioni prodotte mentre lavora, il livello cognitivo raggiunto, l'orientamento alla realtà e la capacità organizzativa, il senso cronologico, la concentrazione, l'attenzione ai dettagli, la tolleranza alla frustrazione e la reazione alla gratificazione, il rapporto che si instaura con il terapeuta. Viene riportata, infine, una sintesi della valutazione, degli obiettivi terapeutici che ci si pongono, del trattamento e del modo in cui si sta svolgendo la terapia.

La cartella di T.O. viene conservata nell'archivio del servizio. Al momento delle dimissioni il terapeuta occupazionale chiude la cartella con una breve relazione sugli esiti del trattamento. Nell'Ospedale di Cuasso al Monte la gestione delle cartelle cliniche non avviene ancora in modo informatizzato. Un progetto di questo tipo era stato discusso e poi auspicato dagli operatori, che si erano anche recati in una struttura privata per verificarne la fattibilità. Tale sistema consentirebbe di gestire in modo più efficace gli interventi dei medici e dei terapisti delle diverse aree riabilitative, per i quali è sempre difficile combinare gli impegni.

Uno strumento innovativo di informazione è rappresentato dal libretto *Cos'è la riabilitazione*; viene distribuito ai pazienti che iniziano un trattamento riabilitativo e ai loro familiari, per introdurli alla conoscenza dei vari tipi di riabilitazione e dei servizi offerti dalla struttura di Cuasso al Monte. Il libretto illustra i vari momenti riabilitativi (la prevenzione, il recupero, la rieducazione, ecc.) e presenta le principali patologie a cui si rivolge la riabilitazione, le figure professionali che vi lavorano, le diverse aree di riabilitazione (kinesiterapia, terapia occupazionale, terapia fisica, massofisioterapia, logopedia, terapia psicologica). Vengono inoltre descritti il funzionamento del CIA ed i compiti e le modalità operative dell'assistente sociale.

9. Gli ausili

Secondo la definizione che viene data dal libretto *Cos'è la riabilitazione*, ausilio è «strumento che serve in particolare alla persona disabile per fare ciò che altrimenti non potrebbe, o per farlo in modo più sicuro, più veloce, più accettabile psicologicamente o infine per prevenire l'instaurarsi o l'aggravarsi di una disabilità».

Gli ausili del servizio di T.O. di Cuasso al Monte sono destinati al lavoro riabilitativo, e sono utilizzati dai pazienti nelle sedute di T.O. La richiesta per l'acquisto di nuovi ausili viene fatta all'Ufficio Economato il quale, dopo la citata procedura di espletamento di gara d'appalto, sceglie l'ausilio qualitativamente migliore a parità di costo.

Tra gli ausili utilizzati nel servizio di T.O. di Cuasso al Monte vi sono gli infilacalze, le spazzole speciali, gli allacciabottoni, il sedile per la vasca da bagno, le maniglie speciali, lo sbucciatore, i piatti col bordo rialzato, le tovagliette anti-sdrucchiolo, i coltelli a

fungo (specifici per il taglio della carne con una sola mano), il leggio, il materiale per le terapie artistiche, il telaio per tessitura, il bancone per la lavorazione del legno, gli attrezzi per falegnameria, il forno per la cottura della creta.

Gli ausili ad uso personale per i pazienti in via di dimissione devono essere acquistati dai pazienti stessi, che possono rivolgersi al CIA per la consulenza e le informazioni sui costi e gli indirizzi dei fornitori. Mostrando una notevole attenzione verso le esigenze del paziente, il servizio di T.O. di Cuasso al Monte ha istituito un parco-ausili per un collaudo preventivo da parte dei pazienti, che prima di acquistare un ausilio possono verificarne l'adeguatezza e la rispondenza alle proprie esigenze.

Gli ausili finalizzati alla mobilità sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Il servizio di T.O. di Cuasso al Monte mette a disposizione del paziente in via di dimissione la sedia a rotelle, in dotazione nel proprio parco-ausili, per un collaudo in ospedale e poi nel proprio domicilio. Gli ausili vengono prescritti in ogni caso dal medico fisiatra che si consulta con i terapeuti.

È da sottolineare il notevole lavoro svolto dal Centro Informazione Ausili, istituito all'interno del servizio di Cuasso al Monte, che dispone di un collegamento con la banca dati degli ausili del SIVA di Milano. Il CIA di Cuasso al Monte è un servizio gratuito; fornisce consulenza e informazioni sugli ausili disponibili sul mercato italiano e sulle ditte fornitrici, oltre ad informazioni relative a mostre e ad esposizioni sugli ausili.

Il servizio informativo, sotto la responsabilità della Coordinatrice di T.O., è aperto ogni lunedì e giovedì dalle ore 13.15 alle 16.00. Al servizio possono accedere, telefonicamente o su appuntamento, le persone disabili, i loro familiari, gli operatori sociali e sanitari, tecnici edili ed ogni altra persona interessata.

LA TERAPIA OCCUPAZIONALE NEL CENTRO DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE “G. VERDI” DI VILLANOVA

CASO DI STUDIO A CURA DI WALTER RUBBOLI

1. Introduzione

Fondato nel 1888 da Giuseppe Verdi, il Centro di Villanova sull'Arda nasce come ospedale per i poveri e nel corso degli anni prende la connotazione di casa di riposo. A metà del secolo, essendo troppo piccolo per diventare un ospedale, viene trasformato in un centro di recupero e rieducazione funzionale grazie alla disponibilità di alcuni fondi elargiti da benefattori locali. Nel 1974 viene attivato, tra i primi in Italia, il servizio di terapia occupazionale, per il quale esiste oggi un vero e proprio reparto: i trattamenti di T.O. si inseriscono nel più generale servizio riabilitativo del Centro che si avvale dell'attività di 23 terapeuti.

L'Ospedale di Villanova si trova nel cuore di un sistema di grossi centri ospedalieri: Piacenza, Fidenza, Cremona, Fiorenzuola, Cortemaggiore e Parma⁷⁸, dove i pazienti del centro si spostano per eventuali visite specialistiche. Collaborano con il Centro diversi consulenti medici provenienti dai reparti di medicina generale, neurologia, chirurgia, urologia, ginecologia, e radiologia degli ospedali di Fiorenzuola e di Cortemaggiore. Esiste poi una convenzione con la Casa di Cura Piacenza per la RMN (risonanza magnetica nucleare).

Il Centro di Villanova è regionale (ASL n. 3, dipendente da Piacenza) e svolge sia attività di ricovero che ambulatoriale. Di norma sono ricoverate persone adulte, con patologie limitanti l'apparato locomotore; i suoi principali ambiti di intervento sono la diagnostica riabilitativa, la rieducazione motoria e gli interventi riabilitativi finalizzati all'autonomia nella vita quotidiana ed al reinserimento sociale. A realizzare tutto ciò concorrono vari operatori e servizi, di cui è responsabile il primario, coadiuvato da quattro aiuti e tre assistenti. Vi sono otto medici presenti in ospedale tutto l'arco della

⁷⁸ Sede universitaria per la facoltà di Medicina.

giornata: si tratta di sei fisiatri e due internisti, che garantiscono una presenza continuativa.

Le aree di intervento

L'attività ospedaliera del Centro è coordinata dalla caposala che si avvale di ventidue infermieri professionali, cinque infermieri generici e cinque ausiliari socio-sanitari. A integrazione delle attività infermieristiche di *routine* essi attuano la prevenzione e la cura delle piaghe da decubito, la rieducazione vescicale ed intestinale.

Nella palestra del Centro, sedici terapisti della riabilitazione svolgono la loro attività attraverso le varie metodiche di rieducazione neuromotoria, gli esami motori e la ginnastica correttiva. Nella palestra comunale invece, due volte alla settimana si pratica la pallacanestro come intervento terapeutico e momento di svago.

All'Ospedale di Villanova sono previsti poi i servizi di logoterapia e massoterapia. La logoterapia è indirizzata al recupero di chi ha problemi di afasia e aprassia, mentre per la massoterapia quattro operatori rivolgono il loro intervento prevalentemente a pazienti ambulatoriali, nonché ai ricoverati.

Altre aree di intervento più specialistiche riguardano:

- la riabilitazione uro-genitale ed intestinale, per la quale è in funzione un ambulatorio di elettrostimolazione vescicale e di consulenza sessuale;
- i servizi ad integrazione delle valutazioni cliniche, quali gli esami di neurofisiologia, elettromiografia, elettrodiagnosi, spirometria, podologia e consumo energetico;
- la prevenzione e la cura della patologia da decubito, per la quale l'ospedale è dotato di letti, presidi ed ausili particolarmente adatti.

È presente presso il Centro, infine, un'assistente sociale che segue gli aspetti socio-familiari, il rapporto con gli Enti territoriali, le pratiche relative alla pensione e agli ausili, l'inserimento in ospedale, il tempo libero ed il reinserimento sociale.

LA SCELTA DI SPECIALIZZARSI

Il servizio di terapia occupazionale, attivato nel 1974, è stato rivolto per parecchi anni a pazienti che presentavano diverse patologie, con una prevalenza però di pazienti cerebrolesi, quelli cioè colpiti da ictus o da trauma cranici. Oggi invece, la maggior parte dei pazienti che accedono a questo ospedale sono mielolesi, vittime

di traumi e di incidenti stradali, sul lavoro, provenienti dai reparti di neurologia e patologie vascolari.

Nel 1997 sono stati ricoverati nell'Ospedale di Villanova 59 pazienti segnalati dai reparti di neurologia, 56 pazienti da quelli di patologie vascolari, 4 da ortopedia ed 1 da geriatria. Vengono per lo più trattate paraplegie, tetraplegie, paraparesi e tetraparesi. Tale evoluzione specialistica ha obbligato i terapisti a modificare il proprio metodo lavorativo, che li vedeva impegnati sul fronte dell'apprendimento, o meglio del ri-apprendimento con i cerebrolesi, per passare ad un metodo di allenamento con i mielolesi. Nel primo caso, si trattava di un lavoro cognitivo, sull'uso del linguaggio e sul concetto del tempo e dello spazio; nel secondo caso, invece, essendo in questione un limite motorio, il paziente ha bisogno di allenarsi, cioè di fare una stessa cosa finché non l'ha imparata.

La scelta di focalizzare l'area patologica su cui intervenire è stata dettata dal fatto che i cerebrolesi sono un numero esiguo, quantomeno inferiore rispetto ai mielolesi, una categoria di pazienti trascurata fino a vent'anni fa.

I tetraplegici ed i paraplegici comportano maggiori difficoltà di cura perché spesso affetti da piaghe di decubito, da problemi urinari, ecc. Venivano "evitati" e fino a vent'anni fa non c'erano né le strutture né la mentalità riabilitativa e rieducativa adeguate, considerato anche il fatto che alto era il rischio di complicazioni. Non esisteva un metodo riabilitativo tale che consentisse a queste persone di reinserirsi pienamente nella vita di tutti i giorni.

2. Articolazione del servizio

Il percorso riabilitativo

Scopo della terapia occupazionale è il raggiungimento della migliore autosufficienza possibile. Per raggiungere l'autosufficienza viene proposto un percorso riabilitativo che comprende diverse fasi: all'ingresso del paziente in ospedale, si valuta il suo grado di autonomia a letto; si valuta se occorre un sistema di chiamata particolare, se riesce a muoversi, se ha un letto idoneo, se ha bisogno di cuscini o altri ausili specifici per il letto. Quando comincia ad alzarsi, gli vengono forniti ausili adattati e una carrozzina idonea, fintanto che potrà iniziare un vero e proprio trattamento; il trattamento sarà volto in primo luogo all'autosufficienza nei trasferimenti,

all'autosufficienza nell'igiene personale, nella evacuazione e nella minzione. Infine, il lavoro riabilitativo approda all'autosufficienza nella gestione della persona in senso globale, per provvedere alle necessità quotidiane; le capacità acquisite dal paziente devono avere un riscontro nella vita sociale quotidiana e per questo si valuta l'autosufficienza del paziente a cominciare dai rientri a casa durante il fine settimana.

L'ospedale di Villanova non è abilitato per svolgere *day hospital*, per cui è sempre previsto il ricovero pieno. Sono previste visite ambulatoriali concordate telefonicamente per una consulenza tecnica, come ad esempio la valutazione dell'idoneità di un ausilio (carrozzina, cuscino, ecc.), ma non si può effettuare la valutazione dell'autonomia di un paziente che ne fa richiesta senza ricovero.

La presenza del terapeuta occupazionale è prevista tutti i giorni, dal lunedì al giovedì, dalle 8.00 alle 16.00, ed il venerdì dalle 8.00 alle 14.00, per permettere ai pazienti di raggiungere le proprie abitazioni in tempi più agevoli. I pazienti rientrano poi la domenica pomeriggio, accolti dagli infermieri di turno.

Al suo ingresso in reparto, la terapeuta occupazionale viene aggiornata dagli infermieri su come ogni paziente ha trascorso la notte, verificando personalmente le condizioni di tutti. Alle 8.30 cominciano i trattamenti a cui vengono sottoposti i pazienti, singolarmente e in gruppo.

La terapeuta occupazionale segue 12 pazienti al giorno. I trattamenti sono così ripartiti: 6 pazienti sono seguiti nelle attività della vita quotidiana; 2 pazienti sono affiancati nelle attività manuali; un paziente è sostenuto nell'allenamento all'alimentazione; infine, tre pazienti sono seguiti nelle attività sportive.

Il lavoro riabilitativo varia in base non solo alle patologie, ma anche al periodo di degenza del paziente in ospedale. L'intervento di terapia occupazionale è graduale: si comincia con brevi incontri giornalieri con il paziente appena ricoverato; si raggiunge progressivamente l'apice del trattamento, per poi diminuire la durata e la frequenza degli incontri, fino al totale disimpegno della terapeuta. Al termine di questa parabola, il paziente è diventato autosufficiente, parzialmente o totalmente, e non necessita più della presenza e dell'aiuto del terapeuta occupazionale.

A differenza di un terapeuta che opera in palestra, il quale per tutto il tempo del ricovero di un paziente ha un tempo determinato in cui svolgere la sua attività riabilitativa (può cambiare l'orario,

ma non la durata del proprio intervento quotidiano), l'attività del terapeuta occupazionale è più flessibile: nel tempo dedicato al paziente rientrano non soltanto il trattamento diretto, ma anche le attività collaterali come il colloquio con i familiari, il dialogo con il paziente stesso, l'analisi della piantina della casa, la costruzione o l'adattamento degli ausili, ecc.

Le attività

Il tipo di valutazione dell'ambiente è strettamente legata al livello funzionale raggiunto dal paziente: se il paziente recupera parte delle sue funzioni durante la terapia occupazionale, non ha bisogno di tutti gli ausili di cui necessitava al momento del ricovero. Una modifica ambientale più o meno accentuata è comunque prevista: se il paziente abita vicino al Centro, si fa una visita domiciliare; se il paziente invece abita lontano, si lavora sulle piantine e su alcune fotografie.

Si danno consigli relativi alle modifiche sull'ambiente, lasciando libertà di decisione al paziente ed ai suoi familiari. Quando si tratta di indicazioni che comportano spese l'operatore può soltanto consigliare la soluzione ideale, ma non può insistere sull'acquisto, a carico dell'utente. Solo gli assistiti dell'INAIL hanno diritto alla totale copertura delle spese, ma anche in questo caso il terapeuta guida il paziente ad una scelta oculata degli ausili strettamente necessari, nonostante il vantaggio di poter disporre di una maggiore possibilità di spesa.

Oltre ai trattamenti di terapia occupazionale impostati sul recupero delle capacità di trasferimento, igiene personale e gestione del proprio corpo, è prevista un'attività al tavolo dove principalmente i pazienti tetraplegici ed emiplegici sono addestrati a scrivere, a spostare oggetti o a svolgere attività manuali con giochi funzionali. In particolare, lo scrivere si è rivelato il modo migliore per progredire nella gestione della mano quando essa non è più perfettamente abile ai movimenti.

Due pomeriggi alla settimana alcuni pazienti vengono portati nella palestra comunale per giocare a pallacanestro. Intesa come sport-terapia, la pallacanestro può riavvicinare i ragazzi allo sport, insegna a non aver paura della carrozzina e a saperla usare in modo dinamico e veloce. Il *basket* in questo senso si è rivelato un valido strumento, oltre a rappresentare un momento divertente e di aggregazione: a pallacanestro giocano i giovani dai 15 (sono presenti solo pochi minorenni) ai 35 anni, tutte persone che in carrozzina han-

no acquisito o possono raggiungere una certa dinamicità di movimento. I criteri di aggregazione per formare le squadre sono sia l'età che le capacità motorie dei pazienti.

Nello spazio dove è collocata la cucina adattata generalmente si fanno due tipi di attività: da un lato i mielolesi (para e tetraplegici) fanno attività di sperimentazione, provando la propria indipendenza nella gestione dell'ambiente (preparano da mangiare, si allenano a farlo assieme agli altri pazienti; portano poi in mensa il loro preparato); dall'altro lato, la cucina viene utilizzata a scopo di apprendimento cognitivo, come nel caso degli emiplegici. In quest'ultimo caso non è importante soltanto l'uso degli strumenti, ma è fondamentale l'organizzazione e la successione delle azioni per arrivare al risultato: non ha importanza *cosa* fare, ma *come* farlo.

Un'iniziativa nuova è quella di far ottenere al paziente la patente speciale per la guida di automezzi. Il Centro di Villanova oggi dispone di due auto adattate con centralina per le dita o per il gomito, acquistate con alcuni fondi elargiti in beneficenza. Il paziente paga un istruttore che i terapeuti hanno trovato disponibile tra le varie scuole guida della zona, il quale dà lezione direttamente sulla macchina adattata; dopo la scuola, il paziente sostiene l'esame. La terapia occupazionale interviene quando bisogna scegliere, per esempio, l'impugnatura per il volante e per i comandi, che il terapeuta spesso costruisce di persona, o quando occorre esercitarsi per i trasferimenti sul sedile ed il caricamento in auto della carrozzina.

Le attività di tempo libero riguardano in primo luogo le uscite dei pazienti all'esterno che coinvolgono il terapeuta occupazionale e gli altri operatori (l'assistente sociale, gli altri terapeuti e gli infermieri). Per dare maggiore spazio a questi momenti di aggregazione, si organizzano anche momenti di svago all'interno dell'ospedale, creando occasioni particolari, quali le "idi di marzo", che sono un pretesto per vivere un momento di festa.

Merita una sottolineatura particolare una di queste occasioni festive: la "Festa del parasimpatico" che si organizza la prima domenica di giugno, all'aperto. Si tratta di una festa preparata dai dipendenti e rivolta agli ex degenti, nata proprio come momento di incontro tra gli ex ricoverati e i nuovi pazienti. All'inizio, gli operatori di Villanova hanno cominciato a raccogliere soldi per sostenere almeno le spese del pranzo; le offerte hanno poi cominciato ad essere cospicue, fino a permettere l'acquisto di un pulmino, regolarmente utilizzato per i trasporti dei pazienti. In seguito, con i soldi

raccolti in questa occasione di festa si è potuto acquistare la cucina adattata e due automobili adattate.

Gli operatori del Centro di Villanova organizzano poi incontri tra ricoverati ed ex ricoverati e tra i familiari dei ricoverati e quelli degli ex ricoverati. Queste occasioni consentono scambi, sostegni morali e la possibilità di confrontare le diverse esperienze.

L'esperienza ha consigliato i terapisti di programmare questo tipo di incontro verso la fine del ricovero, quando i pazienti sono ormai consapevoli dei propri limiti e delle proprie possibilità. All'inizio del ricovero, invece, il paziente è fragile e fortemente influenzabile, cosicché incontrare ex ricoverati (che hanno adottato un proprio modo di vivere) può rivelarsi dannoso per chi non è pronto ad operare scelte personali e rapportate alla propria condizione di salute e di autonomia.

Il rapporto con le famiglie

Un'altra dimensione importante è il rapporto dei terapisti con i familiari. Si tratta per lo più di mamme, mogli e papà, dato che i pazienti del Centro sono generalmente giovani. Gli incontri con i familiari avvengono in sede fin da subito, per affrontare insieme a loro le diverse fasi del trattamento. Il momento più delicato è senza dubbio quello dei primi momenti di degenza: in questa fase né il terapeuta né il familiare devono far passare messaggi negativi come fossero delle sentenze⁷⁹. È un momento critico perché si incomincia a parlare di carrozzina, di ausili e di strumentazioni particolari, mentre il paziente non ha ancora inquadrato la propria situazione, né può rendersi conto di che cosa significhi raggiungere il massimo livello di autosufficienza con le proprie possibilità.

È fondamentale in questa fase la collaborazione dei familiari. Non sempre però i parenti dimostrano apertura e disponibilità a lasciarsi guidare dall'esperienza e dalla competenza del terapeuta; a volte, essi assumono una posizione conflittuale nei confronti del terapeuta, rifiutandosi anch'essi di accettare la situazione. Durante tutto l'iter terapeutico i familiari sono accompagnati nella cono-

⁷⁹ Insegnare ad un paziente a muoversi in modo alternativo non deve apparire come un'indicazione di rinuncia – «tu ti sposterai sempre in modo alternativo» – ma piuttosto di incoraggiamento – «tu adesso ti devi muovere in questo modo perché attualmente le tue possibilità sono queste».

scenza delle problematiche che coinvolgono il paziente⁸⁰, devono essere in grado di valutare essi stessi le condizioni igienico-sanitarie del proprio congiunto, per poter intervenire adeguatamente, in quanto rivestono un ruolo di assistenza molto attivo e vanno adeguatamente istruiti e sostenuti.

È dal 1974 che l'ospedale di Villanova manda a casa il paziente nel fine settimana: il paziente torna a casa anche se non ancora autosufficiente, magari ancora con il busto ortopedico o il collare. La cosa che conta è che al suo primo rientro in casa abbia già acquisito quella sicurezza in se stesso che gli permetta di affrontare gli ovvi disagi domestici senza l'angoscia di non avere al proprio fianco il terapeuta che lo assiste in ospedale. Con questo approccio i pazienti imparano a svincolarsi presto dal senso di sicurezza che offre la struttura protetta: più si adagiano nella culla dell'ospedale, maggiore diventa la difficoltà ad uscirne per tornare alla vita quotidiana.

3. Presa in carico del paziente

Per essere ricoverato al Centro di Villanova, un paziente viene proposto dalle divisioni di urgenza degli ospedali circostanti, solitamente dai reparti di neurochirurgia o di medicina dove si sono affrontati in prima battuta il trauma vertebro-midollare o l'episodio vascolare-cerebrale. La responsabilità dell'accettazione è del primario che si avvale della collaborazione di medici fisiatristi per decidere i ricoveri e le loro priorità.

Quando dai reparti di urgenza giunge la segnalazione relativa ad un paziente, gli specialisti di Villanova inquadrano il problema attraverso una visita diretta, prima di inserire il paziente in un percorso di trattamento.

La visita ambulatoriale di un medico interno all'Ospedale, però, può anche essere evitata nel caso in cui pervenga al primario una segnalazione documentata con una precisa indicazione d'urgenza. I medici del Centro pongono comunque a tutti i colleghi dei reparti esterni che segnalano nuovi pazienti specifiche domande, per evitare, come è successo in passato, che arrivino pazienti non idonei al ricovero.

⁸⁰ Per esempio, i familiari del tetraplegico sono istruiti per controllare se la cute è arrossata, se ha scaricato bene la vescica, o se provvedere ai cateterismi.

L'Ospedale può accettare solo pazienti già stabilizzati per due ordini di motivi: da un lato il trattamento si concentra unicamente sull'iter terapeutico riabilitativo, dall'altro, pur avendo a disposizione tutte le attrezzature per gli interventi d'emergenza, l'Ospedale di Villanova non è abilitato a seguire un paziente nel periodo post-traumatico di crisi organica. Soltanto quando ogni funzione fisiologica è stata riportata su valori normali o quantomeno stabili, il paziente è pronto per iniziare il trattamento riabilitativo.

L'inserimento

Più che di una vera e propria lista d'attesa per i pazienti in entrata, sarebbe più corretto parlare di un tempo di attesa che oscilla da una settimana ad un mese circa dalla segnalazione. Frequenti sono i casi in cui il paziente viene inserito nel giro di pochi giorni dall'accettazione.

Quando il primario conferma l'accettazione, la caposala comunica a tutto il personale il nuovo ingresso, esponendo in bacheca i dati anagrafici e patologici dei pazienti in entrata. I pazienti entrano solitamente il mercoledì e rimangono sotto osservazione due giorni. Un *staff* composto dal medico, da un terapeuta e dall'assistente sociale fanno l'anamnesi del paziente ed individuano un programma di massima per la rieducazione motoria. A questo punto il paziente è pronto per essere presentato "ufficialmente" (il lunedì successivo) a tutti i terapeuti ed al primario. In base alle informazioni ottenute sulle condizioni del paziente, l'*équipe* multidisciplinare decide l'iter terapeutico che il paziente dovrà intraprendere.

L'analisi preliminare del paziente ha come obiettivo una valutazione globale del paziente che tenga conto di diversi aspetti, quali la capacità di vestirsi, l'igiene intima, gli spostamenti, le modalità di comunicazione, la gestione del corpo, il controllo degli sfinteri, ecc. Fatto questo, il paziente viene classificato: si valuta cioè se il paziente può iniziare da subito la terapia occupazionale, se ha delle potenzialità, se deve effettuare, prima di procedere con il programma di terapia occupazionale, un trattamento di fisioterapia.

Il martedì è solitamente il giorno delle visite d'urgenza. Ciò significa che se un paziente ha la necessità di iniziare quanto prima, nel giro di pochi giorni si è in grado di inserirlo in terapia, evitando il tempo d'attesa.

Se giunge in Ospedale una segnalazione con richiesta di ricovero, il paziente deve aspettare 15 giorni per essere ammesso al Centro, visitato, valutato dall'*équipe* multidisciplinare ed inserito in

terapia. Se la segnalazione presenta invece una richiesta d'urgenza, anziché aspettare due settimane, il paziente viene ricoverato il giorno dopo l'accettazione.

I tempi del trattamento

Mediamente un paziente giovane completa l'intero ciclo di trattamenti della terapia occupazionale entro due o tre mesi al massimo. Il tempo impiegato dipende in primo luogo dalla gravità del danno subito all'apparato motorio; in secondo luogo dall'adattamento psicologico del paziente alla nuova situazione. Molto più lungo invece (dai 4 ai 6 mesi), può risultare l'iter riabilitativo quando il paziente deve prima sottoporsi al trattamento di fisioterapia e poi passare al programma di terapia occupazionale.

Rispetto al percorso di "apprendimento" che vede impegnato il cerebroleso, può sembrare più semplice e più rapido il percorso di "allenamento/addestramento" del paraplegico. In realtà è vero il contrario: gli iter terapeutici più brevi sono quelli destinati ai pazienti cerebrolesi (ictus, emiplegie), poiché è molto più lungo il tempo che occorre ai pazienti mielolesi per raggiungere autonomia e controllo delle proprie funzioni, rispetto al tempo necessario al paziente cerebroleso per riappropriarsi delle capacità cognitive.

4. Sperimentazione e innovazione

Al Centro di Villanova manca lo spazio, il tempo, il personale e la disponibilità economica per fare sperimentazione. Non si considera nemmeno l'opportunità di fare ricerca medica. La terapia occupazionale è diretta al raggiungimento dell'autosufficienza del paziente e si avvale di strumenti e di ausili già esistenti in commercio; il problema che si pongono prioritariamente i terapisti è piuttosto quello di potersi procurare la strumentazione necessaria. Non si può parlare quindi di sperimentazione, semmai di innovazione, intesa come introduzione di nuovi ausili e di nuove strutture.

Resta, tuttavia, il vincolo delle risorse disponibili. L'acquisizione di due automobili adattate e di una cucina adattata è stata resa possibile grazie alle donazioni elargite all'Ospedale per beneficenza. Mentre l'acquisto di un particolare *software* tecnologicamente sofisticato non è stato possibile effettuarlo per mancanza di risorse. Il Centro non investe facilmente in questo tipo di apparecchiature, dando la precedenza alle richieste più urgenti.

L'innovazione che si vuole introdurre spesso riguarda semplicemente l'adeguamento del trattamento alle nuove esigenze e sensibilità espresse dai pazienti: da un lato si è attenti all'evoluzione del mercato degli ausili e dall'altro viene seguita con attenzione l'evoluzione dei costumi e degli stili di vita dei pazienti.

Un esempio banale è rappresentato dall'abbigliamento: ci sono indumenti il cui tessuto è adatto per prevenire lesioni e arrossamenti per chi è costretto in carrozzina e ci sono tute che lasciano maggiore libertà e facilità di movimento. Proporre però tali soluzioni non sempre risulta possibile: i giovani preferiscono i *jeans* e rispetto ad un tale atteggiamento il terapeuta occupazionale deve saper cogliere e non ignorare il tipo di domanda espressa.

Un altro esempio riguarda l'approccio avuto dai terapisti con le attività manuali. Negli ultimi anni i terapisti occupazionali hanno riscontrato che sempre più giovani ricoverati impiegavano molte ore del proprio tempo libero ascoltando musica o distraendosi con i videogiochi. Il risultato è che i ragazzi non sanno più usare le mani, se non per muovere un *joystick*: è un modo passivo di trascorrere il tempo, ma i terapisti devono tenerne conto. A questo proposito è stata adibita una stanza per ascoltare la musica ed è stato acquistato un *computer* fornito di videogiochi a cui dedicarsi in orari prestabiliti, durante il tempo libero.

Qualche anno fa si lavorava il compensato e si usava il traforo; adesso i giovani non vogliono più trascorrere ore e ore a ritagliare una sagoma con un seghettino, preferiscono un programma di grafica al *computer*. Ai terapisti occupazionali è richiesta anche una preparazione adeguata a fronteggiare questa nuova domanda.

5. Rapporti ed integrazione con l'ambiente

Per quanto riguarda i rapporti con le strutture ospedaliere esterne, particolarmente significativo è il collegamento con il reparto di chirurgia plastica dell'ospedale di Parma. Se all'Ospedale di Villanova ci sono pazienti che entrano con piaghe da decubito, non appena è possibile vengono mandati a Parma per essere operati. Al contrario, molti pazienti ospitati nel reparto di chirurgia plastica dell'ospedale di Parma, vengono trasferiti a Villanova per la convalescenza, dato che in reparto vi sono letti particolari, costruiti con gli accorgimenti più idonei per questo tipo di problemi.

Per quanto riguarda i rapporti con l'ambiente di provenienza del paziente, è l'assistente sociale dell'ospedale di Villanova che se ne fa carico. Il tipo di contatto con gli operatori sanitari del territorio dipende in gran parte dalle relazioni che il paziente stesso instaura una volta dimesso.

Nel caso in cui il paziente usufruisca dell'ADI o entri in una RSA, viene attivata una comunicazione con tali strutture per rendere note le condizioni, le esigenze e le potenzialità del paziente. Questa particolare cura nei rapporti con i soggetti che intervengono sul paziente è ricercata a senso unico dall'Ospedale di Villanova, mentre più raramente si registrano iniziative che provengono dall'esterno.

Il rapporto con i servizi sociali passano attraverso i familiari, i quali, una volta che hanno conosciuto la persona responsabile del servizio, la invitano al Centro di Villanova per un primo contatto con il paziente.

Occasionalmente si hanno rapporti di collaborazione con il volontariato. L'azione del volontario è però circoscritta, si concentra sui bisogni relazionali ed è limitata a poche ore nel corso della settimana. Fino ad oggi, da parte dell'Ospedale non c'è stata la possibilità di intervenire in maniera più diretta per far crescere il volontariato, che spesso presenta caratteri di occasionalità e di improvvisazione.

6. Strutture e risorse impiegate

Gli spazi attrezzati

Cinque sono le stanze utilizzate esclusivamente dal servizio di terapia occupazionale: la *cucina adattata*, utilizzata a fini terapeutici; la *stanza per i trasferimenti*, ovvero una camera con un letto, un armadio, un water dove i pazienti si esercitano negli spostamenti dalla carrozzina. Una terza stanza, dove un tempo si facevano lavori di falegnameria, oggi viene utilizzata dai terapisti come *laboratorio* sia per modellare ausili e tutori, sia per l'adattamento delle carrozzine; un'altra stanza è adibita alle *attività da tavolo*, dove i pazienti scrivono, svolgono attività manuali, spostano oggetti, utilizzano giochi funzionali; una stanza è adibita a *studio* per le questioni amministrative, l'archivio delle cartelle e della documentazione relativa ai pazienti: lo studio è utilizzato anche per ricevere persone esterne. Il bagno adattato è in comune con gli altri reparti.

Le strutture sportive

L'ospedale di Villanova non ha una palestra abbastanza grande per consentire il gioco della pallacanestro e si appoggia a quella comunale, utilizzata due volte alla settimana. Il Comune di Villanova ha concesso al Centro la palestra gratuitamente per tutto l'anno.

A fianco dell'ospedale una struttura doveva ospitare la piscina comunale, una nuova palestra ed altri ambienti da destinare alle attività terapeutiche del Centro, ma a tutt'oggi queste strutture non sono state realizzate, perché l'onere economico della costruzione, della gestione e della manutenzione degli impianti si è verificato troppo elevato per poter essere sostenuto da un Comune così piccolo come quello di Villanova.

Le risorse economiche

I costi relativi alla terapia occupazionale rientrano nel bilancio generale dell'Ospedale, non esiste un capitolo di spesa specifica per la terapia occupazionale. Il terapeuta occupazionale è inserito in pianta organica come terapeuta della riabilitazione con un livello contrattuale del terapeuta occupazionale pari a quello di tutti gli altri terapeuti, fissato al settimo livello⁸¹.

Molto complesso è ottenere il finanziamento di spese specifiche per la terapia occupazionale: per riparare alcune carrozzine, a distanza di sette mesi non è stata ancora formalmente accolta la richiesta di finanziamento. Qualche anno fa si erano sperimentate anche forme di autofinanziamento: per un certo periodo si sono venduti lavoretti artigianali fatti con la rafia⁸², vendita rivolta alla stretta cerchia di familiari e agli stessi terapeuti del centro: tutto però era lasciato all'improvvisazione e alla buona volontà di qualcuno e, infine, anche questa fonte di finanziamento venne accantonata.

7. Il personale

Lo *staff* sanitario dell'Ospedale di Villanova può contare sulla presenza di 8 medici, di cui 6 fisiatristi e 2 internisti, di un'assistente sociale, di una psicologa, di 18 terapeuti della riabilitazione, di cui una sola svolge mansioni di terapeuta occupazionale, di 2 logopedi-

⁸¹ Lo stipendio del terapeuta occupazionale si aggira intorno ai due milioni e cento, due milioni e duecentomila.

⁸² Una particolare fibra per i lavori di intreccio.

sti e di 3 massofisioterapisti, per un totale di 23 terapisti. Il rapporto con il personale infermieristico è gestito dalla caposala.

Come già anticipato, collaborano con il Centro vari medici esterni, tra i quali un neurologo, un neurofisiologo, un urologo, uno specialista biomeccanico vertebrale, un chirurgo plastico, un neuropatologo, un geriatra ed un ginecologo.

Ogni paziente è seguito da una *équipe* multidisciplinare composta da sette operatori: il primario, un medico, un terapeuta della riabilitazione, un logopedista, un assistente sociale, uno psicologo, un terapeuta occupazionale. A seconda della patologia da affrontare cambiano gli operatori che la compongono. In pianta organica non è prevista la figura del terapeuta occupazionale, inserita come terapeuta della riabilitazione con mansioni di terapeuta occupazionale.

La T.O. è inserita all'interno del più generale servizio di rieducazione e riabilitazione funzionale. Da quando l'Ospedale di Villanova ha istituito al suo interno il servizio di terapia occupazionale, c'è sempre stata una sola terapeuta occupazionale. Quando ha iniziato a lavorare nel Centro aveva la qualifica di terapeuta della riabilitazione ed in seguito si è dedicata in modo specifico alla Terapia Occupazionale. Per specializzarsi, si è attivata in prima persona, si è documentata, ha frequentato corsi di aggiornamento, costruendosi pian piano una professionalità, senza frequentare una scuola di terapia occupazionale. La formazione e l'aggiornamento professionale sono stati perseguiti attraverso la volontà e la passione per il proprio lavoro, che ha assunto i caratteri di una vera e propria vocazione professionale.

Oggi sono coinvolte nel servizio di terapia occupazionale due infermiere generiche e due ausiliarie socio-sanitarie. Per questo tipo di attività è prevista anche l'assunzione di tre OTA (Operatori Tecnico Assistenziali) che andrebbero a sostituire a livello operativo la terapeuta occupazionale nella gestione dei trattamenti terapeutici da lei impostati.

Sarebbero otto gli operatori coinvolti nel servizio di terapia occupazionale (attualmente sono solo 5), un numero soddisfacente, considerato che il Centro di Villanova dispone di 38 posti letto, 18 per i pazienti mielolesi e 20 per i pazienti emiplegici. L'assunzione di 3 OTA garantirebbe un servizio più adeguato, potendo suddividere meglio il carico di lavoro che ora grava esclusivamente sulle spalle di una sola persona. Il volume di lavoro della terapeuta occupazionale va oltre il trattamento terapeutico, dovendosi occupare

dei rapporti con i familiari, delle valutazioni ambientali, delle cartelle cliniche, della costruzione degli ausili, delle modifiche meccaniche sulle carrozzine, delle uscite di gruppo, delle feste, ecc.

Per quanto riguarda le spese per la formazione dei terapisti è previsto il rimborso dei costi di aggiornamento professionale per tutti i terapisti della riabilitazione. Le spese possono riguardare la partecipazione ai seminari ed ai convegni, visite presso altre strutture ospedaliere che presentano caratteristiche particolarmente avanzate. Chi ne fa richiesta, è autorizzato ad assentarsi dal Centro per il proprio aggiornamento professionale e le spese sono a carico della struttura.

Il centro di Villanova promuove anche formazione sulla terapia occupazionale: nel 1997 si è avviato un nuovo rapporto di collaborazione con l'Università di Parma, che ha inserito nei propri programmi di studio un corso che prevede attività di tirocinio e lezioni in aula tenute dai terapisti di Villanova. Il corso universitario dura tre anni. Nel primo anno si viene introdotti nell'ambiente ospedaliero: l'allievo osserva, chiede, si rende conto, verifica il suo interessamento alla terapia; nel secondo anno si richiede all'allievo una collaborazione più attiva. Nel terzo anno il tirocinante dà un vero e proprio contributo al servizio, intervenendo in prima persona nei trattamenti di terapia occupazionale.

Forme di tirocinio, anche se non così strutturate, sono sempre state promosse dalla struttura. Spesso la terapeuta occupazionale di Villanova ha seguito direttamente tesi di specializzazione su argomenti affini alla terapia occupazionale. Chi ha interesse a fare il tirocinio presso il Centro, presenta domanda all'Amministrazione che li autorizza a frequentare l'ospedale per un periodo massimo di due mesi, a seconda dell'interesse e delle motivazioni degli aspiranti terapeuti.

8. Sistema informativo

Non è previsto un sistema informativo rivolto all'utenza esterna; il grosso pubblico non conosce l'esistenza del Centro di Riabilitazione. Gli ex degenti, anche a distanza di anni, tornano in ospedale, per una visita o per una valutazione sul grado di autonomia, o per ottenere una nuova carrozzina. I nuovi pazienti invece arrivano al centro, perché indirizzati all'Ospedale di Villanova dai reparti d'urgenza delle strutture ospedaliere della regione.

I familiari dei pazienti sono ricevuti su appuntamento dal terapeuta occupazionale per discutere insieme le strategie riabilitative e psicologiche da intraprendere.

Comunicazione interna

L'*équipe* multidisciplinare è composta da sette figure: primario, fisiatra, terapeuta della riabilitazione, terapeuta occupazionale, logopedista, assistente sociale, psicologa. Essa si riunisce una volta alla settimana per gli incontri di "sintesi" nei quali si fa il punto della situazione e si valutano i progressi del paziente. Dopo questo genere di comunicazione, lo strumento informativo più utilizzato è rappresentato dalla cartella clinica.

I primi dati sul paziente vengono inseriti nella cartella dal medico, al momento dell'ingresso del paziente, dati che poi vengono arricchiti al momento della presentazione e dell'analisi del caso nella riunione dell'*équipe* multidisciplinare. Successivamente si inserisce la scheda di valutazione FIM, adottata come scala di valutazione per tutti i settori riabilitativi.

È in fase di sperimentazione una nuova scheda valutativa, dove sarà possibile riportare il lavoro svolto con il paziente, i rapporti con i familiari, la valutazione ambientale, i problemi riscontrati durante la terapia, le reazioni del paziente, le sue possibilità, i suoi progressi nell'autonomia, il tempo impiegato per raggiungerla, ecc.

Si tratta della cartella di terapia occupazionale, che si accompagnerà alla scheda di valutazione FIM. Essa sarà indipendente ma complementare alla cartella clinica e sarà molto simile ad un diario quotidiano del percorso riabilitativo.

Comunicazione con gli altri centri

Uno scambio di informazioni con gli altri centri di rieducazione funzionale lo si ha solitamente durante i seminari o i convegni sulla terapia occupazionale e sui temi ad essa collegati. In queste occasioni è possibile, seppur con una certa reticenza da parte degli operatori, scambiare esperienze molto diverse tra loro⁸³. La banca dati del Centro è collegata con il SIVA.

⁸³ In un convegno a Milano nel 1998 i terapeuti di Villanova hanno tenuto una relazione dettagliata sulle lesioni midollari, e hanno avuto modo di confrontarsi con altri centri avanzati.

9. Gli ausili

Gli ausili utilizzati al centro di Villanova sono classificabili in cinque categorie: ausili per la *mobilità personale*⁸⁴, per la *vita quotidiana*⁸⁵, per l'*igiene personale*⁸⁶, per il *tempo libero*⁸⁷. Prima di ordinare la prescrizione di un ausilio il terapista occupazionale deve rendersi conto della situazione ambientale in cui il paziente andrà a vivere. La richiesta di ausili è sempre finalizzata all'utilizzo che il paziente effettivamente ne farà una volta dimesso.

Le indicazioni del terapista devono tener conto delle dimensioni e della struttura dell'abitazione, della disponibilità dei familiari, dell'inserimento lavorativo o scolastico del paziente e delle possibilità economiche. Gli ausili sono prescritti dal fisiatra, il quale però non conoscendo adeguatamente gli strumenti si basa spesso sulle indicazioni del terapista occupazionale.

Si conoscono molti degli ausili presenti sul mercato o perché sono già stati utilizzati o perché alcune ditte li hanno dati in prova all'Ospedale. Una volta constatata la validità, gli ausili vengono consigliati e fatti collaudare dal paziente.

Il terapista occupazionale viene visto spesso, a torto o a ragione, come un mediatore tra fornitore ed acquirente. Se il paziente è insoddisfatto, il più delle volte si rivolge al terapista e non al fornitore. Alcune ditte mandano presso il Centro di Villanova con frequenza settimanale i propri tecnici ortopedici, i quali restano a disposizione dei pazienti qualora avessero bisogno, per l'assistenza e la manutenzione degli ausili, provvedendo anche a piccole riparazioni nei busti, nelle scarpe, nelle protesi, nei bastoni, ecc. Questo servizio è garantito anche per gli invalidi esterni, che chiedono al centro un intervento sul proprio ausilio.

Nel caso di acquisto di un ausilio, si deve far riferimento al tariffario nazionale delle protesi e degli ausili che stabilisce la quota

⁸⁴ Carrozze, sia manuali che elettriche, *scooter*, *standing* elettrici, sollevatori elettrici e manuali, ausili per la guida dell'automobile.

⁸⁵ Elettrodomestici, taglieri, fermabarattoli, posate speciali, piatti adattati, *splint* in termoplastica per il posizionamento della mano nella scrittura e per l'impugnatura di posate, rasoi, pettini, spazzole e spugne... e poi letti adattati, cuscini e sistemi di chiamata adattati.

⁸⁶ Water adattato, sedie per la doccia, maniglioni da bagno, vasca termostata; *ausili per il lavoro al tavolo*: giochi funzionali.

⁸⁷ *Computer*, stereo, carte, tavolo da ping-pong.

rimborsabile al paziente. Il paziente che acquista un ausilio non compreso nel tariffario nazionale deve pagarlo di tasca propria⁸⁸.

Un'interessante proposta è stata avanzata dall'Ospedale di Villanova per recuperare gli ausili usati. La proposta parte dalla considerazione che l'utente che riceve un ausilio rimborsato interamente dalla SSN, lo deve restituire quando decide di sostituirlo. Ne consegue che le Asl si trovano ad avere un ampio parco di carrozzine ed ausili, gestito spesso in modo poco efficiente. Il criterio spesso non è il giusto collocamento degli ausili a disposizione, ma quello di sbarazzarsi in qualunque modo del materiale in giacenza. Il progetto consisteva allora nella predisposizione di una banca dati gestita dall'Ospedale di Villanova in cui raccogliere informazioni sugli ausili in dotazione presso le strutture ed i servizi della Asl.

In questo modo, chiunque avrebbe potuto rivolgersi all'ospedale di Villanova, per richiedere informazioni sulla reperibilità degli ausili riciclabili. Il servizio sarebbe stato rivolto a tutti, dai semplici utenti privati, ai direttori di case di riposo, agli operatori sociali. Sarebbe stata garantita l'idoneità dell'ausilio richiesto, la facilità di reperimento, la minore spesa di tempo e di denaro, una maggiore efficienza nella gestione del materiale e degli spazi per lo stoccaggio. Il progetto tuttavia non è andato in porto per la mancanza di risorse.

⁸⁸ Gli ausili costruiti dal terapeuta occupazionale appositamente per i degenti, vengono ceduti gratuitamente.

LA TERAPIA OCCUPAZIONALE NEL CHARING CROSS HOSPITAL

CASO DI STUDIO A CURA DI PAOLA IELASI

1. Il contesto nazionale

Può essere utile, per una migliore comprensione del caso in analisi, una breve premessa che descriva come è articolato il Servizio Sanitario Nazionale in Inghilterra; nel Regno Unito il Servizio Sanitario Nazionale ed i servizi sociali dei Comuni sono i due attori principali nella gestione ed erogazione dei servizi di terapia occupazionale. Il Servizio Sanitario Nazionale è gestito dal Dipartimento della Sanità e Sicurezza Sociale, che è responsabile anche della erogazione delle prestazioni sociali. Il Segretario di Stato dei Servizi Sociali è a capo del Dipartimento, e risponde direttamente al Parlamento.

L'erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie avviene attraverso due organismi appositamente istituiti con la riforma del 1982, l'Health Service Supervisory Board (HSSB), che provvede alla messa a punto delle linee strategiche di direzione e sviluppo del sistema, e il National Health Service Management Board (NHSMB), responsabile della sua implementazione e gestione.

Al livello territoriale il sistema è articolato in autorità regionali ed in autorità distrettuali. Ciascun distretto è responsabile della pianificazione ed implementazione nel suo ambito territoriale, godendo di ampia autonomia nella definizione delle politiche e nella allocazione delle risorse. Ciascun distretto ha due livelli direzionali: il *District General Management*, a capo dell'intero distretto, e diversi *Unit General Management*, ciascuno a capo di una delle unità in cui il distretto è articolato. Il personale di ciascuna unità risponde allo *Unit General Manager*. Questa strutturazione del sistema è stata definita, a seguito di un processo di riforma avvenuto negli anni '80, allo scopo di semplificarne la struttura e favorire il decentramento territoriale, e di garantire una maggiore efficacia ed efficienza nella allocazione delle risorse.

Ciascun distretto, e ciascuna unità al suo interno, ha una gestione di tipo manageriale, in cui il *general manager* ha la respon-

sabilità della gestione del *budget* disponibile e dei risultati ottenuti in termini di efficacia, efficienza e qualità.

I servizi di terapia occupazionale erogati dal Sistema Sanitario Nazionale si collocano entro questo contesto. Presso ciascuna unità distrettuale (che può comprendere uno o più ospedali) l'UGM ha responsabilità nella gestione del servizio di terapia occupazionale: il responsabile del servizio di terapia occupazionale dovrà gestire il suo servizio all'interno delle linee guida e delle priorità strategiche stabilite da questi.

Nell'ambito di ciascun distretto sanitario sono identificati precisi livelli gerarchici per i terapisti occupazionali. Al vertice, si ha il terapeuta occupazionale responsabile del distretto, responsabile di un bacino di utenza di oltre 325.000 persone (tali sono in media le dimensioni di un distretto), e presiede al lavoro dell'equivalente di almeno 70 operatori a tempo pieno. Il terapeuta occupazionale distrettuale ha il compito di dirigere e pianificare tutti i servizi di terapia occupazionale erogati nell'ambito del distretto, entro le linee strategiche stabilite al livello dello *Unit General Manager* e rispondendo a questi per quanto riguarda la gestione del *budget*.

Vi sono poi i terapisti occupazionali responsabili di ciascun specifico servizio (ad esempio, un ospedale o un servizio territoriale): questi hanno il compito di programmare e garantire l'efficacia del funzionamento dei singoli servizi, e di coordinarsi ed interagire con gli altri servizi erogati nell'ambito del distretto.

L'altro livello è quello dei terapisti occupazionali *senior*, terapisti con una preparazione professionale ed una esperienza di livello superiore rispetto ad una formazione di base; in genere si tratta di professionisti specializzati in un preciso settore della terapia occupazionale, come ad esempio la neurologia, la pediatria e così via: fra i loro compiti rientra la partecipazione e la gestione di progetti di ricerca e la supervisione dei terapisti che operano nel servizio.

Ad un livello inferiore vi sono i terapisti occupazionali assistenti, i quali possono lavorare solo sotto la guida e la supervisione di terapisti occupazionali qualificati, svolgendo mansioni di assistenza nel trattamento dei pazienti e funzioni amministrative. L'ultimo livello della scala gerarchica è rappresentata dai tecnici, i quali operano sotto la supervisione dei terapisti occupazionali assistenti.

Negli ultimi anni le Associazioni dei terapisti occupazionali si sono mobilitate per modificare questa scala gerarchica, cercando in

particolare di migliorare i percorsi di carriera per i terapisti occupazionali che operano nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale, di incentivare tali figure professionali a rimanere nel settore ed in particolare di favorire la permanenza dei terapisti nell'ambito clinico ed ospedaliero.

Il secondo attore responsabile dell'erogazione dei servizi di terapia occupazionale sono i Comuni, ed in particolare il settore dei servizi sociali⁸⁹. I terapisti occupazionali che lavorano presso i Comuni appartengono ai dipartimenti dei servizi sociali. Ciascun dipartimento copre cinque aree chiave: minori e famiglie, area della malattia mentale, area dell'handicap psichico, area dell'handicap fisico, anziani.

I servizi vengono erogati sia a livello territoriale e domiciliare che all'interno di strutture a carattere residenziale: in tale contesto il lavoro del terapeuta occupazionale si svolge in entrambi gli ambiti. Negli ultimi anni in particolare si è assistito ad una progressiva espansione dei servizi domiciliari a scapito di quelli residenziali, il che ha notevolmente ampliato gli ambiti possibili di intervento per i terapisti occupazionali: la tendenza ad una sempre più precoce dimissione dei pazienti dai servizi residenziali pone con urgenza il problema di supporti per una loro assistenza a domicilio (si pensi all'area delle malattie mentali). È così che il ruolo dei terapisti occupazionali è andato via via consolidandosi ed espandendosi in nuove aree di bisogno. I terapisti occupazionali sono diventati figure chiave nella gestione dei rapporti con una fitta rete di attori coinvolti nella assistenza domiciliare: il medico di base, agenzie del privato sociale, enti locali e così via.

Le mansioni ed i compiti dei terapisti occupazionali impiegati dal Servizio Sanitario Nazionale e quelle dei terapisti impiegati dai servizi sociali dei Comuni sono pressoché simili. Cambia il contesto entro cui vengono erogate le prestazioni: i terapisti occupazionali che fanno riferimento ai Comuni operano esclusivamente sul territorio, mentre quelli impiegati dal NHS operano in genere all'interno delle strutture di ricovero.

⁸⁹ I Comuni hanno la delega da parte del Governo nell'erogazione dei servizi sociali alla persona, nelle politiche della casa e nella tutela dei consumatori.

2. Il Servizio di terapia occupazionale nel Charing Cross Hospital

Gli ospedali rappresentano da sempre il principale ambito di intervento per i terapeuti occupazionali⁹⁰. Anche in Inghilterra il servizio è nato principalmente come servizio ospedaliero, per poi gradualmente diffondersi sul territorio e divenire anche servizio domiciliare.

Fra gli ospedali inglesi il Charing Cross Hospital di Londra è stato uno dei primi ad introdurre tale tipo di prestazione, e tuttora rappresenta una struttura all'avanguardia anche in questo settore: è sede di una prestigiosa scuola di medicina (la Chelsea Westminster Medical School), fa parte dell'Imperial College, della London University. L'ospedale possiede una unità regionale di scienze neurologiche ed è all'avanguardia in molti settori: oncologia, neurologia, neurochirurgia, chirurgia della mano, arti artificiali. La struttura ha una capienza di 600 posti letto, e circa 6000 dipendenti.

All'interno dell'ospedale la Terapia occupazionale ha un ambito di intervento molto ampio, essendo impiegata per trattare una vasta serie di malattie che in qualche modo limitano l'autonomia e l'autosufficienza del paziente: patologie di tipo neurologico (morbo di Parkinson, le paralisi o le neuropatie periferiche), di tipo reumatologico (artriti, osteopatie), di tipo cardiologico. L'obiettivo è di massimizzare la sua autonomia funzionale e la sua autosufficienza attraverso il coinvolgimento attivo del paziente in una serie strutturata di attività. Sulla base di una attenta valutazione delle abilità del paziente, e delle capacità momentaneamente o definitivamente compromesse, il terapeuta occupazionale elabora un programma di attività che possano aiutare il paziente a recuperare le facoltà compromesse, oppure ad adattarsi alle limitazioni subentrate imparando a svolgere in maniera differente o con il supporto di ausili attività che non è più in grado di svolgere. Nel caso di disturbi complessi le attività riabilitative proposte vengono suddivise in operazioni ed attività semplici, facendo lavorare il paziente in maniera sequenziale ed incrementale.

⁹⁰ Da una ricerca effettuata negli Stati Uniti – il contesto in cui tale professionalità è nata e si è sviluppata – risulta che nel 1990 il 45% circa dei terapeuti occupazionali operava presso un reparto ospedaliero (Punwar, 1994), così come il 53% circa degli ospedali statunitensi offriva tale tipo di prestazione.

All'interno dell'ospedale le prestazioni di Terapia occupazionale si rivolgono in particolare a pazienti adulti ed anziani, a bambini e a pazienti con malattie mentali. Ci sono tre *équipe* differenti di terapisti occupazionali, che operano in altrettanti reparti: adulti ed anziani, disturbi mentali, pediatria.

Le prestazioni di terapia occupazionale sono considerate parte integrante del trattamento del paziente; a differenza di quanto accade altrove⁹¹, entra a far parte a pieno titolo del percorso curativo e riabilitativo dei pazienti. Il terapeuta occupazionale è una figura professionale inserita a pieno titolo nell'organico del personale ospedaliero, ed opera in stretta collaborazione con le altre figure professionali coinvolte nella cura. A riprova di ciò, la modalità operativa scelta all'interno dell'ospedale è multidisciplinare, prevede il coinvolgimento del terapeuta occupazionale in *équipe* formate dalle diverse professionalità che in qualche modo hanno a che fare con la salute del paziente.

Il terapeuta occupazionale partecipa a pieno titolo alla valutazione dei bisogni del paziente, alla scelta delle prestazioni da erogare, alla verifica dei miglioramenti conseguiti. Da questo punto di vista, la Terapia occupazionale è perfettamente integrata con le altre attività ospedaliere, e rientra al pari delle altre prestazioni di carattere strettamente sanitario nei percorsi di cura e riabilitazione offerti.

Dal punto di vista delle modalità di erogazione, queste si articolano in tre livelli: c'è un servizio ospedaliero, che si rivolge alle persone ricoverate nella struttura, un servizio domiciliare, che attraverso un *team* di operatori domiciliari ed in collaborazione con il medico di base segue i pazienti una volta che questi sono stati dimessi dall'ospedale, ed uno di *day hospital*. Una simile articolazione delle modalità operative e degli ambiti di intervento consente ai terapisti occupazionali di seguire i pazienti anche quando vengono dimessi dall'ospedale, e tornano a casa, accompagnandoli fino al completo recupero delle capacità compromesse o comunque aiutandoli nell'adattamento alla vita domiciliare in situazioni in cui alcune loro capacità sono ormai definitivamente compromesse.

I terapisti occupazionali dell'ospedale possono effettuare visite al domicilio del paziente prima che questi venga dimesso, per valu-

⁹¹ E soprattutto nel nostro paese, in cui la terapia occupazionale, quando è prevista, è comunque considerata una prestazione accessoria e facoltativa.

tare l' idoneità o meno dell'abitazione ad ospitarlo date eventuali limitazioni presenti, e per eventualmente predisporre accorgimenti e modificazioni nell'ambiente domestico atte a consentire al paziente, quando sarà tornato a casa, di riprendere una vita il più "normale" possibile. Possono inoltre attivare i servizi di terapia occupazionale operanti sul territorio, prevedendo un percorso riabilitativo domiciliare che prosegua anche dopo le dimissioni del paziente.

Questo modello operativo in definitiva – fondato sulla differenziazione degli ambiti di intervento e sulla messa in rete e sulla valorizzazione di tutte le risorse disponibili per la presa in carico del paziente – consente una piena sinergia ed una continuità assistenziale fra ospedale e territorio, favorendo il reale accompagnamento e reinserimento del paziente nella vita sociale.

Per quanto riguarda i tre ambiti di intervento precedentemente citati - l'ospedale, il domicilio ed il *day hospital* - c'è da sottolineare come negli ultimi anni il servizio di *day hospital* è sempre meno utilizzato, mentre si è registrato un forte incremento del servizio domiciliare. La tendenza – in linea con quanto appena detto – è quella di una sempre minore ospedalizzazione dei pazienti, favorendo quanto più possibile la domiciliarità degli interventi.

Lo spostamento dei servizi di terapia occupazionale dai tradizionali istituti di cura e ricovero verso il territorio rappresenta uno dei più importanti mutamenti e sviluppi degli ultimi anni. Da qualche anno si è verificato un decisivo incremento nel numero dei programmi di terapia occupazionale domiciliare, finalizzati ad aiutare e seguire sia le persone bisognose di terapie continuative una volta cessata la fase acuta della malattia che quelle bisognose di sostegno per continuare a vivere in maniera indipendente a casa propria. Un indicatore di questo processo, che ha causato negli ultimi anni un forte incremento nei carichi di lavoro degli operatori domiciliari, è l'esistenza di lunghe liste di attesa per accedere a questo tipo di prestazioni.

Non a caso da più parti si segnala la necessità di un incremento delle risorse umane nei *team* domiciliari, ambiti di intervento fino ad oggi penalizzati a favore delle strutture ospedaliere, che per molti anni hanno rappresentato il *setting* tradizionale di intervento dei terapisti occupazionali, il tradizionale sbocco professionale per questo tipo di specializzazione.

Dal punto di vista organizzativo, lo *staff* ospedaliero si occupa solo dei pazienti in regime di ricovero, mentre non si fa direttamente carico delle prestazioni a domicilio. La responsabilità del servizio ospedaliero dura fino al momento delle dimissioni, dopodiché il paziente può essere seguito dai servizi territoriali.

Per quanto non direttamente impegnato nella terapia a domicilio, tuttavia lo *staff* ospedaliero può comunque attivare il servizio territoriale nel caso ciò venga valutato necessario, e può effettuare visite domiciliari di controllo a una o due settimane dalla dimissione del paziente, per valutare come sta andando il percorso riabilitativo e decidere se si rende o meno necessario un ulteriore periodo di ricovero.

A livello territoriale operano *team* di terapia occupazionale che fanno riferimento al medico di base ed ai distretti sanitari e *team* che invece fanno capo ai servizi sociali: sono questi attori che si occupano del trattamento dei pazienti al loro domicilio. I pazienti trattati a domicilio vengono segnalati al *team* domiciliare dal medico di base o dal medico ospedaliero, a sua volta incaricato di ciò dal terapeuta occupazionale che ha seguito il caso durante il periodo del ricovero – una volta che il paziente è stato dimesso o è in attesa di dimissione –, oppure dall'infermiere distrettuale, se a suo parere il paziente potrebbe trarre beneficio dalla terapia occupazionale anche se non necessita di un ricovero ospedaliero.

Al livello territoriale è di grande importanza la figura del medico di base nell'erogazione delle prestazioni di terapia occupazionale: quando i pazienti vengono dimessi la responsabilità della loro salute passa al medico di base. Qualche giorno dopo la dimissione del paziente il medico ospedaliero che l'aveva in carico scrive al medico di base per informarlo della diagnosi iniziale, delle cure somministrate in ospedale e delle terapie e delle cure tuttora in corso. A questo punto sarà il medico di base a valutare la necessità di ulteriori prestazioni di terapia occupazionale, e ad attivare i servizi territoriali. Da questo punto in poi il *team* riabilitativo domiciliare si terrà in contatto con il medico di base per aggiornarlo su miglioramenti avvenuti e più in generale sull'andamento del caso.

3. Organizzazione del servizio di Terapia Occupazionale

Essendo finalizzate alla massimizzazione dell'autonomia funzionale del paziente, ed essendo applicate in un'ampia serie di pa-

tologie in qualche modo invalidanti, le attività svolte nell'ambito della Terapia occupazionale sono di vario tipo, a seconda del tipo di disturbo che devono trattare. Come affermano gli operatori, di volta in volta vengono identificate ed impiegate le prestazioni che meglio servono al recupero di un determinato *deficit*.

A differenza delle prestazioni domiciliari, le attività ospedaliere si riferiscono a pazienti nella fase acuta della malattia, con patologie fortemente invalidanti ed estremamente differenziate. Per questo motivo le attività occupazionali proposte devono essere estremamente varie, e soprattutto tali da poter produrre effetti in un arco di tempo relativamente breve (massimo un mese), data la durata limitata del periodo di ricovero.

Le attività proposte comprendono, a seconda del disturbo che devono trattare, attività di tipo fisico, simbolico, o di entrambi i tipi: esse sono in genere riferite all'ambito della vita lavorativa, del tempo libero o della cura di sé e vengono svolte nell'ambiente naturale oppure simulate.

Le attività proposte sono differenziate a seconda del tipo di patologia che devono trattare. Nel caso di attività focalizzate su disfunzioni di tipo fisico, il cui obiettivo è riabilitare le parti lese allo svolgimento di determinate funzioni l'approccio seguito è di richiedere alla persona di lavorare al massimo delle sue potenzialità funzionali, incrementando quotidianamente il volume di attività da svolgere. Gli esercizi proposti in questo caso hanno a che fare con lo svolgimento di attività tipiche della vita quotidiana; l'ospedale dispone di una cucina adattata, in cui i pazienti imparano a prepararsi un pasto o una bevanda calda. Altre attività possono comprendere l'alzarsi ed il mettersi a letto, l'igiene personale, la minzione e così via.

Vi sono poi attività compensatorie, finalizzate ad insegnare ai pazienti ad utilizzare ausili di vario tipo per svolgere attività della vita quotidiana, in modo da renderli il più autosufficienti possibile una volta che saranno dimessi e torneranno a casa. Il caso più tipico è quello della sedia a rotelle, ma le attività proposte possono riguardare anche la conservazione dell'energia, il *time management* e così via.

Altre attività hanno invece a che fare con gli aspetti cognitivi e comportamentali. L'idea base in questo caso è che pensieri, sentimenti e comportamenti sono strettamente interrelati: sentimenti negativi, come un forte stato di depressione, producono pensieri nega-

tivi, alzano il livello dello *stress* e si riflettono sul comportamento e sulla capacità di svolgere determinate azioni. Le attività proposte in questi casi comprendono tecniche di rilassamento, gestione dello *stress*, approcci di *problem solving* e così via. Tali attività si rivolgono in particolare a pazienti con disturbi di tipo psichiatrico, come ansia, depressione, nevrosi fobiche, oppure a pazienti con dolori cronici, tipicamente i malati terminali.

Le attività svolte sono estremamente differenziate, includono diversi ambiti di intervento e richiedono specializzazioni differenti da parte dei terapeuti occupazionali. La lista delle attività proposte e svolte inoltre viene continuamente aggiornata sulla base delle esperienze svolte dai terapeuti e delle nuove aree di bisogno via via emergenti.

Cruciale, ai fini della scelta delle attività da proporre ai singoli casi, è un'attenta valutazione dei bisogni della persona, al fine di individuare attività che interessino veramente e che siano effettivamente utili a migliorare la sua autonomia e la qualità della vita. A questo scopo, come si vedrà più avanti, vengono impiegate tecniche specifiche di valutazione del bisogno e di misurazione della autonomia.

Le prestazioni possono essere sia individuali che di gruppo. I gruppi vengono gestiti dal terapeuta occupazionale e dal terapeuta occupazionale assistente, e vengono formati facendo lavorare insieme persone con le stesse problematiche: in un gruppo vengono riuniti pazienti con limitazioni psichiche, che svolgono attività finalizzate a migliorare la concentrazione e le capacità di orientamento, ad esercitare la memoria e le capacità cognitive; un altro gruppo può comprendere persone con disabilità fisiche, che svolgono attività finalizzate al recupero funzionale, come passarsi un pallone o altri tipi di giochi. Per quanto riguarda le dimensioni di ciascun gruppo, se è disponibile un assistente si possono far lavorare insieme anche 5 persone, numero che può salire a 8 o 9 in presenza di un infermiere professionale, figura peraltro necessaria nel caso di gruppi di persone anziane.

I terapeuti occupazionali dell'ospedale operano in tre diverse unità: lo *staff* che si rivolge agli adulti ed agli anziani comprende 15 terapeuti occupazionali e quattro assistenti; c'è poi una unità che opera nel reparto pediatrico ed una in quello psichiatrico.

L'Ospedale impiega terapeuti occupazionali con diverse specializzazioni; vi sono operatori specializzati nel campo neurologico,

nella chirurgia plastica e ricostruttiva, in ortopedia e reumatologia, in geriatria, in medicina e chirurgia generale.

La modalità operativa è quella multidisciplinare. I terapisti occupazionali sono inseriti in *équipe* multidisciplinari che comprendono fisioterapisti, infermieri, assistenti sociali e medici; in alcuni casi vengono inseriti nell'*équipe* anche logopedisti e dietologi.

Il medico è tradizionalmente colui che guida e dirige il *team* interdisciplinare, ed ha la responsabilità della salute del paziente. Le decisioni riguardanti il tipo di prestazioni da erogare vengono prese dal medico che ha in carico il paziente, in accordo con le valutazioni espresse dalle diverse professionalità coinvolte. L'infermiere è la figura professionale responsabile dell'esecuzione delle terapie e cure sanitarie decise dal medico; l'assistente sociale è la figura professionale che segue più direttamente i rapporti con i familiari del malato, sostenendo la famiglia nei compiti da svolgere per la cura del paziente e soprattutto attivando e mobilitando risorse sia umane sia finanziarie che si rendono necessarie per realizzare il programma di cura stabilito. Il fisioterapista lavora a stretto contatto con il terapeuta occupazionale, focalizzando però la sua attenzione sulle principali funzioni motorie del paziente, come la deambulazione, la mobilità, l'equilibrio e così via. In alcuni casi vengono inseriti nell'*équipe* anche logopedisti, che si occupano in particolare delle problematiche connesse alla comunicazione sia verbale sia non verbale, e dietologi, che si occupano dei particolari bisogni nutrizionali dell'ammalato.

L'*équipe* multidisciplinare tiene riunioni settimanali in cui vengono discussi i diversi casi in carico e su questa base programmati gli interventi. Ciascuno in base alla sua professionalità dà il suo parere circa i miglioramenti conseguiti: su questa base il medico consulente per il caso decide se il paziente può essere dimesso o se necessita di ulteriori prestazioni riabilitative; grazie a questa modalità operativa la presa in carico ed il trattamento dei pazienti avviene in una logica integrata, finalizzata ad una valutazione globale dei bisogni.

Per quanto si tratti di una struttura ospedaliera, il modello operativo del Charing Cross è lontano da una logica di medicalizzazione e parcellizzazione della cura; è proprio alla luce di una simile filosofia di intervento che si spiega e che assume significato la scelta della piena integrazione della figura del terapeuta occupazionale –

profilo professionale non strettamente sanitario – all'interno dell'*équipe* di intervento.

Un ulteriore e significativo aspetto dell'organizzazione delle attività sottolineare riguarda l'attenzione continua al miglioramento delle attività svolte: l'Ospedale investe una notevole quantità di risorse nella sperimentazione e nell'innovazione. Un primo ambito di attività in questo senso è rappresentato dall'introduzione di metodi innovativi di valutazione dei bisogni dei pazienti. Vengono ricercati e sperimentati metodi sempre più sofisticati, in parte importati dagli Stati Uniti, paese all'avanguardia in questo settore, ed in parte messi a punto all'interno dell'Ospedale stesso.

L'Ospedale investe in attività di ricerca per una validazione scientifica del lavoro svolto e per la definizione di linee guida generali per i diversi programmi terapeutici; vengono infine finanziati progetti di ricerca su tematiche specifiche. Nella fase attuale i terapisti occupazionali del settore "incidenti ed emergenze" stanno portando avanti uno specifico progetto; un altro progetto attualmente in fase di avanzamento è il "Progetto Vittoria", finalizzato alla ricerca delle forme di trattamento più efficaci per i pazienti dimessi dall'ospedale, una volta tornati a casa.

4. La presa in carico del paziente

Il percorso di accesso dei pazienti alle prestazioni di terapia occupazionale è vario e differenziato. Esistono canali differenti di accesso a seconda che il paziente necessiti anche di prestazioni sanitarie in regime di ricovero o meno. I pazienti che usufruiscono della terapia occupazionale all'interno del Charing Cross Hospital vengono in genere ricoverati per ragioni mediche, non per limitazioni sociali o funzionali. Essi vengono presi in carico dal terapeuta occupazionale solo quando le loro condizioni cliniche e mediche sono stabili, e sono possibili attività riabilitative. La segnalazione al *team* occupazionale avviene da parte dei medici del reparto: i pazienti segnalati vengono inseriti in una lista di attesa e visitati in ordine di arrivo, anche se viene data priorità a malati terminali in attesa di essere dimessi e tornare a casa.

La visita iniziale è molto importante perché serve a valutare il bisogno specifico della persona: a tale scopo vengono effettuate visite per valutare se il paziente è in grado o meno di alzarsi dal letto, vengono valutate le sue capacità di prendersi cura di sé, di spostarsi

da un luogo ad un altro, di provvedere alla propria igiene personale, di usare la sedia a rotelle. In alcuni casi vengono valutate anche le abilità domestiche (ad esempio la capacità del paziente di prepararsi una bevanda calda o di cucinare un pasto).

Data l'importanza della valutazione iniziale del bisogno per garantire efficacia agli interventi erogati, sono stati fatti grandi investimenti nella ricerca di metodi e strumenti appropriati a questo scopo. Nella fase attuale gli strumenti di valutazione del bisogno comprendono scale di valutazione dell'autonomia finalizzate a misurare diverse abilità e capacità del paziente. Tutti i *test* vengono ripetuti settimanalmente per valutare eventuali miglioramenti conseguiti.

Vi sono *test* per verificare la capacità del paziente di prendersi cura di sé e di svolgere elementari attività domestiche, come il prepararsi un pasto o una bevanda calda; *test* per valutare il grado di confusione mentale – come il *Forstein e Forstein*, una scala di valutazione messa a punto negli Stati Uniti impiegata principalmente al reparto di malattie mentali –; *test* funzionali, come il *test Cape* ed il *test Meames* per le disabilità fisiche, ed infine *test* per misurare la capacità di concentrazione e di comprensione, come l'*Abbreviated Mental Test*. Nel caso di pazienti con gravi disabilità che richiedono un'assistenza tutelare totale, si utilizza la scala di *Barthes-Score*, indice funzionale con punteggi molto bassi, come chi non riesce ad alimentarsi ed ha una bassa capacità di utilizzo delle mani. In alcuni casi vengono anche effettuare visite al domicilio del paziente per valutare la funzionalità della sua abitazione, eventuali modifiche o ausili da inserire, e programmare la sua dimissione.

Il percorso di accesso e di presa in carico per i pazienti non in regime di ricovero è del tutto differente. Nel caso di pazienti che non necessitano del ricovero, in quanto non hanno problemi medici ma solo limitazioni funzionali o sociali, è il medico di base che si attiva segnalandoli al servizio di terapia occupazionale dei servizi sociali o dei distretti sanitari. In questi casi la prima visita al domicilio del paziente viene effettuata dal medico di base che valuta la necessità o meno di un ricovero, la necessità di ausili per rendere la casa più sicura e funzionale ed il bisogno infine di prestazioni riabilitative.

Il medico di base a sua volta può ricevere segnalazioni di pazienti che necessitano di prestazioni occupazionali anche da parte dei medici ospedalieri, quando i pazienti sono in procinto di essere

dimessi. Può anche capitare che un paziente venga ricoverato in ospedale per un'emergenza: in questo caso sono i medici ospedalieri a valutare l'esistenza o meno di un problema sanitario, a decidere se dimettere il paziente o prescrivere prestazioni riabilitative. In questi casi la prima visita viene effettuata dal medico di turno all'accettazione, il quale compie una prima valutazione delle condizioni del paziente. A sua volta questi si consulterà poi con i medici consulenti più anziani, i quali decideranno se inviare o meno il paziente in uno dei reparti di degenza.

5. Le risorse impiegate e le modalità di finanziamento

Il servizio di terapia occupazionale dell'Ospedale dispone di un proprio *budget* autonomo per l'acquisto delle attrezzature e per lo stipendio degli operatori. La preparazione del *budget* è compito del terapeuta occupazionale responsabile al livello distrettuale, al quale spetta la responsabilità di negoziare annualmente con il *Unit General Manager* un contratto per la fornitura dei servizi di terapia occupazionale, e di presiedere alla loro erogazione all'interno dell'Ospedale.

I terapisti occupazionali dirigenti, responsabili al livello dei singoli reparti hanno il compito di dirigere e gestire l'allocatione delle risorse all'interno della loro unità operativa; i terapisti occupazionali senior dei diversi reparti infine hanno il compito di gestire le risorse del servizio nel loro impiego quotidiano.

Il *budget* complessivo del servizio viene preparato su base annuale: deve indicare gli obiettivi generali del servizio per l'anno in questione, le priorità stabilite ed i vantaggi attesi per le scelte effettuate; deve inoltre indicare una stima dei costi necessari alla realizzazione delle attività ed una previsione delle diverse fonti di entrata. Il servizio ospedaliero è interamente finanziato dal Sistema Sanitario Nazionale, ed in particolare dal distretto sanitario di appartenenza. Una piccola percentuale delle risorse tuttavia deriva dalla vendita di piccole attrezzature ed ausili.

Per quanto riguarda i servizi territoriali collegati al servizio ospedaliero, questi hanno fonti differenziate di finanziamento. Una prima fonte, quella principale, è rappresentata da finanziamenti pubblici, da parte degli enti locali, dei Comuni, dai servizi sociali e

dal Servizio sanitario nazionale⁹². Un'altra importante fonte di finanziamento per questi servizi è rappresentata da contributi da parte di associazioni caritative (*charities*) e da associazioni *non-profit*.

È comunque importante sottolineare come accanto ai servizi di terapia occupazionale erogati dai servizi sociali del Comuni operino anche altri enti erogatori: pur rappresentando una componente residua dell'offerta globale, organizzazioni private erogano i propri servizi in regime di mercato, per cui il costo delle prestazioni è interamente a carico del paziente; un altro attore presente è rappresentato dalle assicurazioni private, anche se non sempre coprono questo tipo di prestazioni: le tariffe in questo caso sono stabilite dai medici privati.

6. Il personale

Il servizio di terapia occupazionale del Charing Cross Hospital opera in tre differenti reparti: adulti ed anziani, pediatria, malattie mentali. Per quanto riguarda la dotazione di personale, in ciascun reparto sono disponibili 15 terapisti professionisti e 4 ausiliari.

Per effettuare una stima dei carichi di lavoro di ciascun terapeuta si consideri che in media in ciascun reparto sono ricoverati da 24 a 28 pazienti, di cui circa un terzo usufruisce delle prestazioni di terapia occupazionale. Ciascuna seduta dura dai 45 ai 60 minuti: in media ciascun terapeuta ha in carico 6 o 7 pazienti al giorno. Si tratta ovviamente di una stima, dato che il tempo necessario per ciascun paziente varia a seconda delle sue condizioni di salute, dal tipo di limitazioni a cui è soggetto e così via.

Molto più tempo è richiesto per i pazienti che devono essere dimessi, e per i quali si deve programmare un servizio domiciliare: in tal caso il terapeuta deve recarsi al domicilio del paziente per effettuare un sopralluogo, ordinare le attrezzature necessarie, insegnare al paziente ad usarle e così via.

In media le prestazioni di terapia occupazionale durano molto di più di quelle di fisioterapia o di altre prestazioni riabilitative, in quanto in questo caso il coinvolgimento anche emotivo del terapeuta è maggiore, si richiede più tempo per la valutazione del bisogno del paziente e dopo ciascuna seduta si devono scrivere relazioni

⁹² In particolare, il servizio di terapia occupazionale domiciliare è finanziato in gran parte con il *budget* dei servizi sociali del Comune.

dettagliate sui miglioramenti percepiti, sulle attività svolte e così via. Nel caso di terapia di gruppo naturalmente il numero dei pazienti trattati aumenta.

Data la scarsità del personale a disposizione rispetto al numero di pazienti, e dato il tempo necessario per ciascuna seduta, il ricorso alla terapia di gruppo è una soluzione sperimentata per massimizzare l'impiego delle risorse disponibili. Ciascun gruppo può essere costituito da 5 persone se oltre alla terapeuta c'è un assistente: con l'assistenza di una infermiera professionale il numero può salire a 8 o 9 persone.

Per quanto riguarda le professionalità impiegate, i terapisti dell'ospedale hanno diverse specializzazioni: ci sono terapisti specializzati in neurologia, in chirurgia ricostruttiva, in ortopedia e reumatologia, in geriatria, in medicina e chirurgia generale⁹³.

Gli assistenti sono operatori non ancora muniti di diploma in terapia occupazionale, ma hanno esperienza di lavoro con terapisti professionali e vengono assunti dall'ospedale; fanno formazione sul campo, operando nei reparti: lavorano *part-time* in ospedale e seguono al contempo corsi di formazione⁹⁴. Vi sono poi corsi di aggiornamento professionale per i terapisti già diplomati: in media si tengono da uno a cinque corsi all'anno durante gli orari lavorativi, ai quali partecipano i terapisti già qualificati.

Come dimostrano questi dati, vengono investite molte risorse nella formazione professionale degli operatori. Oltre alla formazione di base – che rappresenta il requisito minimo per accedere alla professione – esistono diversi percorsi di specializzazione che fanno del terapeuta occupazionale una figura altamente qualificata; grande importanza è attribuita alla formazione sul campo, sempre affiancata a quella teorica.

Fra gli attori che maggiormente concorrono alla formazione di questa figura professionale bisogna ricordare le Università. Diversi Atenei stanziavano fondi per la istituzione di borse di studio nell'ambito della terapia occupazionale. Molto importante, ai fini della formazione e dell'aggiornamento professionale, è la partecipazione a convegni, congressi e seminari sui temi inerenti la terapia occupazionale. In Inghilterra, paese in cui la terapia occupazionale costituisce una disciplina ed una pratica consolidata nell'ambito del

⁹³ La specializzazione si ottiene in genere dopo 3 anni di servizio.

⁹⁴ Il diploma si ottiene dopo 4 anni di servizio e di frequenza ai corsi.

Sistema Sanitario Nazionale, esiste una intensa attività convegnistica sul tema, che offre significative occasioni di scambio e di aggiornamento professionale.

Un ruolo significativo nella formazione degli operatori è giocato dalle diverse organizzazioni professionali operanti nel Paese. Fra queste la più importante è la British Association of Occupational Therapists⁹⁵, che organizza corsi di formazione ed aggiornamento per i propri aderenti, oltre a svolgere un importante ruolo nell'aggiornamento professionale grazie alla pubblicazione *British Journal of Occupational Therapy*. Inoltre la Federazione Mondiale dei Terapisti occupazionali⁹⁶ svolge un ruolo molto importante nell'ambito della formazione professionale, in quanto fissa gli *standard* che i programmi di formazione professionale a livello nazionale devono avere per essere accreditati, promuovendo in tal modo una formazione uniforme e qualitativamente alta nei diversi paesi. La Federazione offre opportunità ed occasioni formative con *stages* all'estero per i terapisti occupazionali, tenendo i rapporti con i Servizi Sanitari Nazionali dei diversi stati membri.

Per quanto riguarda l'inquadramento contrattuale dei terapisti occupazionali, questo è rigidamente regolamentato dal Sistema sanitario nazionale, che ha definito una scala a sei livelli per i percorsi di carriera di questa figura professionale.

Tav. 1 – Livelli contrattuali

1 livello	senior II
2 livello	senior I
3 livello	head III
4 livello	head II
5 livello	head I
6 livello	helper

Oltre che dall'anzianità di servizio, il passaggio da un livello all'altro della scala dipende dal tipo di mansioni svolte e di abilità richieste, dall'estensione del reparto in cui si opera e dal numero di pazienti sotto la propria responsabilità e dallo svolgimento di com-

⁹⁵ Associazione che conta circa 10.000 iscritti in tutto il Paese, numero considerevole se rapportato al nostro Paese, in cui l'Associazione Italiana di Terapia Occupazionale vanta attualmente solo un centinaio di iscritti.

⁹⁶ Organizzazione fondata nel 1952 e che attualmente raggruppa 40 stati membri.

piti particolari, in attività di supervisione o in progetti di ricerca. Gli stipendi, secondo questa scala, variano da 12.000 a 40.000 sterline all'anno⁹⁷. In base al contratto di lavoro ciascun terapeuta opera per 36 ore alla settimana, con 27 giorni di ferie annuali più le festività nazionali. Dopo 10 anni di servizio si ha diritto a 3 giorni di ferie in più all'anno; il personale amministrativo ha 22 giorni di ferie con tre giornate aggiuntive dopo 5 anni di servizio.

7. Il Sistema informativo

La comunicazione fra utenza ed operatori

Anche presso il Charing Cross si investono grandi risorse per la comunicazione con l'esterno. Diversi strumenti sono impiegati per l'informazione al pubblico circa le possibilità e gli ambiti di applicazione della terapia occupazionale⁹⁸. L'Ospedale organizza *Open days* con visite guidate ai reparti di terapia occupazionale e possibilità per gli interessati di avere colloqui di approfondimento con i terapisti così come con le altre figure professionali coinvolte, medici, infermieri fisioterapisti, ecc.

Il pubblico in generale è ormai informato su tale attività; in passato molti credevano che il lavoro del terapeuta occupazionale consistesse nel proporre alle persone attività di animazione, che le tenessero impegnate e consentissero loro di non pensare alle loro malattie. Oggi invece è presente un'alta consapevolezza delle potenzialità riabilitative insite nella terapia occupazionale: un indicatore in questo senso è rappresentato dalla continua crescita della domanda, anche da parte dei cittadini stessi, senza intermediazione da parte delle agenzie territoriali.

Particolare attenzione è dedicata all'informazione dei familiari dei pazienti: i terapisti discutono sempre con loro dei problemi del paziente, della necessità di eventuali ausili da introdurre a domicilio. Diverse associazioni operanti nel campo di particolari patologie inoltre – come l'Associazione Diabetici, quella delle malattie reumatiche e così via – pubblicano e distribuiscono ai propri iscritti manuali per l'educazione dei familiari alla cura dei propri cari che soffrono di una determinata malattia.

⁹⁷ Si tratta di livelli salariali assimilabili a quelli dei fisioterapisti o dei logoterapisti.

⁹⁸ L'Associazione Terapisti Occupazionali pubblica *dépliant* presentativi e volantini finalizzati a rendere visibili e quindi accessibili i servizi offerti.

La comunicazione interna

Fra i diversi operatori, la comunicazione interna è un'attività cruciale data la modalità operativa multidisciplinare del servizio, che implica il continuo scambio di informazioni fra le diverse figure professionali coinvolte nella cura dei singoli casi. Per questo motivo una particolare attenzione viene dedicata alla compilazione delle cartelle di terapia occupazionale per ciascun paziente, in cui alla fine di ogni seduta vengono registrate le informazioni relative alle attività svolte ed eventualmente ai miglioramenti conseguiti.

Per quanto non si disponga ancora di un vero e proprio sistema informativo, i dati registrati nelle cartelle di terapia occupazionale sono comunque raccolti su *personal computer*⁹⁹, informazioni che costituiscono la base necessaria alla programmazione delle attività. Questa base dati inoltre è collegata con quella fornita dalle cartelle cliniche dell'ospedale, e rappresenta in questo modo un prezioso supporto informativo per attività di ricerca.

La comunicazione con i soggetti istituzionali esterni al servizio

Particolare attenzione è dedicata alla comunicazione con i principali attori esterni a diverso titolo coinvolti nella terapia occupazionale, ed in particolare con i soggetti istituzionali che se occupano al livello territoriale. In passato sono state svolte campagne informative capillari presso i medici di base, finalizzate ad illustrare il tipo di attività disponibili con la terapia occupazionale, il tipo di bisogni che essa era in grado di affrontare, ed i vantaggi che questa offre rispetto alla tradizionale fisioterapia. Il risultato è che oggi il livello di visibilità sul territorio di questo tipo di terapia è molto alto: i medici di base rappresentano un ottimo canale per il raggiungimento delle fasce di utenza cui il servizio si rivolge. Contribuiscono inoltre ad aumentare la visibilità del settore i diversi convegni, seminari e *workshop* organizzati dalle Associazioni dei terapisti occupazionali.

8. Gli Ausili

Molto spesso si rende necessario l'acquisto di ausili per massimizzare l'abilità funzionale dei pazienti ed il loro livello di auto-

⁹⁹ Le informazioni registrate riguardano, oltre che i singoli percorsi riabilitativi, il numero dei pazienti in carico, il numero delle prestazioni effettuate per ciascun paziente, la durata delle sedute, i miglioramenti conseguiti, e così via.

sufficienza una volta che saranno dimessi dall'ospedale. Tali ausili vengono prescritti dai terapisti occupazionali interni all'ospedale, ed il loro acquisto è in genere finanziato dai servizi sociali se si tratta di ausili finalizzati al reinserimento sociale del paziente, e dai *community health centres* e ad i distretti sanitari nel caso di ausili di tipo infermieristico.

Per quanto riguarda il dipartimento dei servizi sociali, non in tutti i comuni l'acquisto degli ausili è totalmente a carico dei servizi sociali: in alcuni casi (e questo dipende dalla normativa stabilita al livello comunale) i pazienti devono pagare una quota contributiva percentuale che può variare dal 20% al 40%.

Il mercato degli ausili in Inghilterra si è molto sviluppato negli ultimi anni; a differenza che nel passato, in cui spesso i terapisti occupazionali producevano in maniera artigianale attrezzature ed ausili; oggi esistono diverse aziende specializzate nel settore, e le attrezzature vengono acquistate, in gran parte da produttori nazionali, talvolta anche da compagnie americane, svedesi o francesi.

ALLEGATI.
LA TERAPIA OCCUPAZIONALE: 4 CASI PER UN
APPROFONDIMENTO QUALITATIVO

LA TERAPIA OCCUPAZIONALE NEL CENTRO DI RIABILITAZIONE “FRANCA MARTINI” DI TRENTO

A CURA DI FLAVIA FILIPPI

1. Introduzione

Il Centro Riabilitativo Franca Martini di Trento è una struttura privata convenzionata con il Comune di Trento e con il Servizio Sanitario Nazionale, ma soltanto per la fisioterapia. Occupa una palazzina di tre piani, con luoghi specifici di cura per le terapie applicate: oltre alle stanze degli operatori dispone di tre palestre, una palestra di T.O., una palestra per la riabilitazione della vescica, una stanza di psicomotricità, una piscina riscaldata, una stanza per bagni dinamizzati, una stanza per il rilassamento, oltre ai bagni adattati e alla terrazza per l'ortoterapia; tre pulmini adattati per il trasporto degli utenti, un tecnico per la gestione della Banca dati degli ausili in collegamento con il SIVA di Milano. I dipendenti sono in totale 42, di cui 2 terapisti occupazionali¹⁰⁰.

La struttura è nata nel 1989 per volontà dell'attuale direttrice Ivana Chemolli¹⁰¹, ed accoglie pazienti adulti affetti da sclerosi multipla, ictus, trauma cranico, morbo di Parkinson, distrofia muscolare, paralisi cerebrale, oltre ad alcuni bambini con problemi di coordinamento psico-motorio, ai quali è destinata una stanza specifica per la psicomotricità.

La struttura risulta caratterizzata nella sua totalità da una ricerca incessante della qualità del servizio. Base della filosofia del centro, ed approccio irrinunciabile, è la valutazione globale della persona, vista come soggetto riunente in sé varie componenti (fisica, psicologica, sociale) che vanno curate insieme con la patologia specifica, pena l'inutilità del processo curativo.

La seconda caratteristica è l'impostazione del lavoro di gruppo degli operatori; le riunioni collegiali sono continue (settimanali e

¹⁰⁰ Il Centro accoglie inoltre numerosi terapisti occupazionali provenienti da tutta Europa per il tirocinio professionale.

¹⁰¹ Già Presidente della sezione trentina dell'AIMS (Associazione Italiana Sclerosi Multipla).

mensili), permettendo una continua verifica del lavoro svolto, della sinergia in atto tra le varie componenti, dello stato di funzionalità del paziente. La terza caratteristica è il processo di presa in carico del paziente e del suo *entourage*: momenti specifici sono dedicati all'accoglienza, alle spiegazioni degli esercizi di mantenimento ai familiari, alle dimissioni.

La Terapia Occupazionale risulta essere, nel Centro in questione, una delle componenti dinamiche della cura, diventando parte importante, ma non determinante in se, dell'intero processo di cura. Non è possibile disgiungere, in questo caso, la Terapia Occupazionale da tutte le altre terapie praticate, come la fisioterapia, la logopedia, la terapia psicologica, l'arteterapia, i bagni dinamizzati (di derivazione steineriana), l'ortoterapia.

Il Centro gestisce inoltre dal 1994 una casa protetta in via Suffragio, a Trento, che ospita 6 malati molto gravi, affetti da varie patologie e non autosufficienti, assistiti 24 ore al giorno. Ogni ospite abita in una piccola *suite*, con possibilità di cucinare e di ospitare parenti o amici; la casa ha inoltre una cucina comune, una piccola palestra, una sala riunioni. Gli ospiti della casa protetta vengono trasportati giornalmente al Centro per le terapie necessarie.

2. Articolazione dell'intervento

L'intervento di T.O. distingue due tipi di pazienti: quello al primo ingresso e quello inserito in un ciclo di mantenimento. Al paziente nuovo viene effettuata una valutazione globale, attraverso incontri individuali e di gruppo con i vari membri del *team* di accoglienza (fisiatra, terapisti occupazionali, fisioterapista, logopedista, psicologa, assistente sociale). Il primo incontro individuale è comunque con la fisiatra, che prescrive il trattamento specifico rispetto alla patologia; il *team* successivamente stabilisce il programma riabilitativo personalizzato, presentato all'utente e alla sua famiglia durante un incontro specifico, nel quale vengono spiegati la cura, le sue modalità, le sue finalità. Durante questo incontro si iniziano le riprese del paziente con la cinepresa e proseguiranno durante i trattamenti per mostrare ai pazienti e alle loro famiglie il grado di miglioramento raggiunto ad ogni livello. Indicativamente tra la prima visita e l'inizio del trattamento intercorrono due settimane, tempo necessario al *team* per programmare i vari trattamenti.

Il paziente in ciclo di mantenimento ritorna al Centro due volte all'anno per cicli di trattamento di due/tre mesi: il *team* esegue ogni volta una valutazione e lo inserisce nei trattamenti. Un trattamento medio di T.O. dura due o tre mesi, dopo i quali si fa una pausa di qualche mese. Successivamente si valuta la possibilità di sospendere il trattamento o riprenderlo.

La T.O. ambulatoriale consiste in trattamenti praticati 2/3 volte alla settimana per circa un'ora, e rappresenta il 90% delle prestazioni di T.O. del Centro. Il *day hospital*, che rappresenta invece il rimanente 10%, consiste nell'effettuazione, dopo la T.O. o la fisioterapia, di attività artistiche o arteterapia; in ogni caso i pazienti non rimangono al Centro più di mezza giornata. Le strutture e il personale impiegato sono gli stessi per l'ambulatorio e per il *day hospital*.

I principali trattamenti di T.O. sono: esercizi per la cura personale, attività quotidiane, terapia funzionale per mantenere la funzionalità degli arti superiori attraverso tecniche riabilitative, attività manuali, esercizi per le funzioni corticali superiori e stimolazione delle funzioni intra-personali. Spesso il trattamento è in collaborazione con il fisioterapista.

Il trattamento di gruppo di T.O. viene considerato un proseguimento della terapia individuale, per la stimolazione delle funzioni interpersonali e la facilitazione di inserimenti in gruppi esterni. I gruppi di solito durano due/tre mesi e possono essere omogenei o eterogenei rispetto alla malattia. Le principali attività di gruppo sono attività manuali, ortoterapia, psicodramma (insieme con la psicologa e la logopedista).

Le prestazioni domiciliari vengono decise dal terapeuta occupazionale durante la prima valutazione, e si svolgono con il tecnico della banca dati, legato alla T.O. per la consulenza e la progettazione sull'abbattimento delle barriere architettoniche. Durante la visita domiciliare si controllano le barriere architettoniche dell'abitazione dell'utente; in casi particolari il terapeuta occupazionale va al domicilio del paziente anche per spiegare ai familiari il programma riabilitativo da eseguire a casa.

Il terapeuta occupazionale, insieme con l'assistente sociale, si reca anche sul posto di lavoro dell'utente, per controllare le eventuali barriere dell'ambiente lavorativo ed adattarlo alle sue esigenze.

3. Innovazione

Non sono stati introdotti recentemente nuovi metodi di trattamento di T.O. La terapeuta occupazionale intervistata ritiene che il Centro abbia attualmente sviluppato il massimo delle proprie aggiornamenti professionali; per il futuro è previsto un approfondimento nel settore della neuropsicologia.

Le attività di ricerca e sperimentazione sono svolte principalmente dalla fisiatra, con la quale le terapeute occupazionali collaborano per i casi di studio in trattamento. Circa tre volte all'anno i terapisti occupazionali della regione Trentino Alto Adige si riuniscono per fare il punto della situazione, per scambi di informazioni, per confronto sui trattamenti.

4. Rapporti ed integrazione con l'ambiente

La struttura sembra ben integrata con l'ambiente; qualche perplessità si coglie nel campo dei rapporti con gli enti pubblici o istituzionali. Il Centro ha rapporti di buona collaborazione con le cooperative, il volontariato (l'AUSER), il servizio di Assistenza Domiciliare. Con i medici di base vi sono pochi contatti: i terapisti occupazionali stilano i certificati da indirizzare al medico per la prescrizione degli ausili; qualche rapporto viene tenuto dalla fisiatra. Per le UVG sono state effettuate in passato delle consulenze per i trattamenti; con le case di riposo e le RSA sembrano ravvisabili difficoltà di rapporti in quanto, a parere della terapeuta intervistata, gli esercizi di T.O. per i pazienti ospiti di queste strutture non vengono poi eseguiti in istituto per mancanza di tempo o di disponibilità di personale. Buoni rapporti, soprattutto per consulenze sui trattamenti, vengono intrattenuti con il Comune, la Provincia e gli altri centri di riabilitazione a Bolzano.

5. Risorse impiegate

La struttura nasce da un'iniziativa privata, con donazioni primarie di stabile (dal Comune di Trento) e di arredi (dalla Croce Rossa). Le spese per la T.O. vengono presentate su un prospetto, qui riassunto.

Tav. 1 – Prospetto riassuntivo di spesa (importi espressi in lire)

	Consuntivo 1997	Preventivo 1998
Oneri diretti <i>staff</i> T.O. (stipendi)	78.000.000	81.000.000
Oneri di imputazione (tecnico degli ausili <i>part time</i>)	13.500.000	21.000.000
Spese di materiale (ausili, attività manuali, ecc.)	4.252.039	5.000.000
Aggiornamenti e convegni	2.850.000	3.500.000
Contratto SIVA	4.615.000	4.615.000
Totali	103.217.030	115.115.000

La struttura non fornisce i dati sull'entità dei finanziamenti pubblici e privati. Agli utenti viene richiesto un rimborso mensile per le terapie di £ 100.000.

Non sono previste nuove assunzioni per la T.O., anche perché significherebbe ingrandire il Centro, con possibili alterazioni della programmazione e degli obiettivi prefissati. C'è invece grande richiesta di terapisti occupazionali da parte di altre strutture che non trovano terapisti sufficienti, e che si rivolgono al Centro Franca Martini per consulenze o per nominativi di personale.

Si riscontra un basso *turn over* di personale e di terapisti occupazionali¹⁰². Il personale risulta altamente motivato: le persone interpellate mostrano grande professionalità, entusiasmo e coinvolgimento nelle attività.

Nel Centro sono previsti tre tipi di aggiornamento professionale (esterno) per la T.O.: corsi che la struttura ritiene necessari, interamente rimborsati; corsi di interesse specifico del terapeuta, rimborsato a metà; corsi generici, non rimborsati, ma per i quali vengono concesse al terapeuta occupazionale le ferie necessarie per la frequenza.

¹⁰² Petra Tenbom, che aveva impostato nella struttura il servizio di T.O., è passata recentemente ad altro e più importante incarico, mantenendo comunque i contatti con la direttrice e con il Centro.

6. Il personale

Il personale del Centro Franca Martini è composto da 42 dipendenti, tra cui: la direttrice responsabile del servizio, 2 terapisti occupazionali, 1 fisiatra, 1 assistente sociale, 1 psicologo, 4 fisioterapisti, 1 logopedista, 1 psicomotricista (fanno parte dell'*équipe* multidisciplinare); 1 coordinatrice, 1 tecnico della banca dati, 1 segretario, un responsabile dell'accettazione, 4 autisti.

Il personale impiegato nell'attività ambulatoriale è quello impiegato per il *day hospital*, ma in quest'ultimo opera anche un operatore che pratica le varie terapie artistiche. Caratteristica del Centro è la continua interazione personale tra i vari operatori, che si riunisce spesso (settimanalmente e ogni volta se ne registri la necessità) in vari *team* di lavoro su problemi specifici.

7. Sistema informativo

Grande attenzione viene rivolta alla comunicazione tra gli operatori e l'utente. L'utente e la sua famiglia partecipano alla fase di presentazione e di valutazione, con incontri individuali e di *équipe* per chiarimenti sulla patologia e le modalità di trattamento che verranno seguite. La famiglia viene convocata ogniqualvolta se ne ravvisi la necessità da parte del *team*, soprattutto in casi di carenze motivazionali da parte dell'utente, o di necessità di nuove spiegazioni sulle terapie da eseguire a casa. In quest'ultimo caso è previsto che il terapeuta occupazionale si rechi al domicilio dell'utente per conferire con la famiglia.

Due fisioterapiste del Centro sono specializzate in acconciature ed estetica; nel bagno adattato, specifico per la cura del corpo, insegnano all'utente a curare il proprio corpo anche da un punto di vista estetico, per dare loro un'immagine positiva della corporeità.

La cartella clinica del paziente, non informatizzata, è composta da varie parti: i dati personali del paziente, la diagnosi e l'anamnesi familiare, redatte dalla fisiatra, che dà le indicazioni per il trattamento di fisioterapia e di T.O., la relazione della direttrice, la valutazione del terapeuta occupazionale e del logopedista. Ogni membro del *team* è contrassegnato da una pagina di colore diverso. Nella cartella vengono aggiunte relazioni varie: visite domiciliari, riunioni, esiti di esami e di *test*.

Attualmente il Centro ha istituito il libretto personale del paziente, consegnato all'utente al suo ingresso: contiene i dati personali, una fotografia, i trattamenti giornalieri, il loro contenuto, i loro orari. Il libretto viene consegnato al paziente la mattina all'ingresso e riconsegnato dallo stesso all'accettazione quando ritorna a casa, dopo la compilazione giornaliera; al momento delle dimissioni il libretto viene inserito nella cartella clinica. La terapeuta occupazionale possiede anche una cartella più specifica.

La comunicazione interna tra gli operatori è stimolata e favorita da una nuova figura professionale operante al Centro: la coordinatrice delle attività culturali e della comunicazione. La coordinatrice fa sì che il *team*, il cuore dell'organizzazione, si muova al suo interno in maniera unitaria, con un sistema di comunicazione il più veloce e il meno ridondante possibile. Sono stati impostati per gli operatori corsi di tecniche di gruppo, *role play*, estesi anche alla segreteria, all'accettazione, al servizio di trasporto. La coordinatrice identifica buoni metodi di comunicazione interna, li mette a protocollo, li verifica e li passa a regime. Alla base del suo lavoro esiste la convinzione che la comunicazione ottimale favorisca la qualità della prestazione, e del servizio in generale.

Per le relazioni esterne la coordinatrice favorisce l'accreditamento di immagine del Centro: contatti con la RAI per trasmissioni sulle attività del Centro, contatti con varie Università per favorire l'effettuazione di ricerche presso il Centro stesso¹⁰³. Scambi culturali tra artisti e terapisti vengono sollecitati per l'impostazione di nuove terapie artistiche presso il Centro. La coordinatrice ha inoltre programmato, per la terapeuta occupazionale, un corso di agrotterapia tenuto da un botanico ed una collaborazione con un Liceo cittadino per un'attività seminariale multidisciplinare sull'atteggiamento dei giovani verso la malattia.

Sono in corso trattative per il collegamento del Centro in rete, per allargare la ricerca e favorire la nascita di tanti piccoli centri riabilitativi, in comunicazione tra loro. Il Centro distribuisce inoltre una *brochure* per la comunicazione esterna che contiene tutte le in-

¹⁰³ Attualmente è in corso una ricerca per una tesi di laurea sul *non profit*, attraverso lo studio del sistema comunicativo accettazione-trasporti-segreteria. Esistono inoltre contatti universitari per uno studio comparativo tra l'atteggiamento di fronte alla malattia e la letteratura europea del Nord e del Sud; una ricerca sull'abbattimento delle barriere architettoniche mediante un miglioramento qualitativo dell'architettura stessa, accreditando l'immagine di un'utenza *standard* che non sia soltanto quella normodotata.

formazioni sulla sua storia, sugli approcci terapeutici, sulle terapie praticate, sulle figure professionali presenti.

8. Gli ausili

Gli ausili si dividono in due grandi categorie: quelli utilizzati per le terapie al Centro e quelli a carico dei pazienti; due leggi regionali disciplinano la loro normativa, oltre alla legislazione nazionale¹⁰⁴.

Gli ausili utilizzati al Centro Franca Martini sono ausili per la *cura personale*¹⁰⁵; per la *vita quotidiana*¹⁰⁶; *materiale per terapie*¹⁰⁷; *arredi e attrezzature*¹⁰⁸; il Centro dispone inoltre di un ausilio per mobilità: un mangiascale, piccolo mezzo elettrico cingolato, che permette gli spostamenti delle carrozzine all'interno del Centro tra un piano e l'altro. Secondo la terapeuta intervistata gli ausili hanno un costo molto alto per gli utenti; il Centro ne vende alcuni a prezzo di costo se risultano in quantità superiore all'occorrente (soprattutto piccoli ausili), altrimenti fornisce all'utente il nominativo, la sua valutazione e l'indirizzo del fornitore per l'acquisto.

Gli ausili a carico del paziente sono quelli che vengono utilizzati a casa dopo gli esercizi effettuati al Centro e gli ausili per la mobilità (carrozzine manuali e/o elettriche, mangiascale, girelli). Il terapeuta occupazionale prepara il certificato per la prescrizione dell'ausilio, corredato dalla relazione del tecnico della banca dati; il certificato verrà poi inviato al medico di base o alla ASL nel caso di rimborso per prestazioni incluse nel tariffario nazionale. La legge regionale prevede un rimborso fino a 11 milioni di lire per

¹⁰⁴ La L.R. 1/91, sulle barriere architettoniche; la L.R. 64/96, sugli ausili.

¹⁰⁵ Sedile per vasca da bagno, asse per vasca da bagno, tavoletta lima unghie, spazzola per unghie, sostegno carta igienica, pettine con prolunga, spazzola per capelli, spazzola lunga per bagno, forbice per unghie, infilacalze, allacciabottoni, calzascarpe.

¹⁰⁶ Sbucciatore, tavolo di fissaggio, sostegno universale, apricoperchio a vite, calice per bere, posate speciali, rialzo orlo, reggiposate in pelle, bicchiere con due manici, impugnatura prefabbricata, tagliere, morsetto per stampelle, rotoli antiscivolo, pinza attiva, forbici speciali, sostegno per telefono, porta libro, scolapasta per pentole, bicchiere per posizione sdraiata, portachiavi, lacci elastici, lente con righello, voltapagine, aiuto per lavorare a maglia, supporto per calze.

¹⁰⁷ Pasta modellabile, palle, giochi adattati, attrezzi terapeutici, *computer*, materiale per attività manuali.

¹⁰⁸ Tavolo speciale, telaio per tessitura, statica elettrica, asse da stiro regolabile, fermapente completo, arredi per cucina, bancone per lavorazione del legno.

l'adeguamento dell'abitazione del malato. In caso di acquisti al di fuori del tariffario (*computer*, carrozzine speciali o altri ausili specifici), il terapeuta occupazionale ne esercita la consulenza e la valutazione.

LA TERAPIA OCCUPAZIONALE NELL'OSPEDALE DI PASSIRANA

A CURA DI WALTER RUBBOLI

1. Introduzione

L'ospedale «Casati» di Passirana, frazione di Rho, dal 1998 è stato accorpato al distretto di Garbagnate (Milano), diventando un presidio della più estesa Azienda Ospedaliera «G. Salvini». Al piano seminterrato dell'ospedale di Passirana si svolge il servizio di terapia occupazionale, inserito nel reparto di rieducazione e recupero funzionale, a sua volta composto da diverse aree: l'area motoria (che si avvale di due palestre), l'area logoterapica; l'area dove si svolge un'attività di rieducazione cardio-respiratoria ed il settore riservato alla rieducazione funzionale, dove si svolge il servizio di terapia occupazionale.

Nell'ospedale di Garbagnate è sito il reparto degli «acuti», collegato al servizio terapeutico di Passirana. La terapia occupazionale risulta, in pratica, un servizio a sé stante, non in carico ai reparti, dove i terapisti sono comunque chiamati a lavorare con i pazienti segnalati.

2. L'articolazione dell'intervento di terapia occupazionale

Il servizio di terapia occupazionale inizia alle 8.30 e finisce alle 16.00, con circa mezz'ora di pausa, dal lunedì al venerdì. Il servizio si diversifica in un lavoro svolto ai piani superiori, sede dei vari reparti, ed un lavoro svolto nei locali del seminterrato.

Sono previste diversi tipi di attività: della vita domestica, incontri educativi, attività al tavolo, attività sportiva. Generalmente ai piani si svolgono attività della vita quotidiana, per cui il paziente viene seguito nel lavarsi, nel vestirsi o nell'alimentarsi, curato nella sua capacità di trasferirsi, e nell'uso della carrozzina, o di altro genere di ausilio che gli permetta, per esempio, di utilizzare il bagno (come l'alza-water, maniglie, ecc.).

Nei locali specificatamente adibiti al servizio di terapia occupazionale, viene svolto un lavoro di addestramento all'utilizzo della

carrozzina, il principale sistema di guida e locomozione dei pazienti seguiti. Abbinato a questo lavoro, c'è l'intervento della sport-terapia. Lo sport non è qui inteso solo come momento ludico e ricreativo, ma come strumento che di fatto porta ad utilizzare meglio la carrozzina. La sport-terapia prevede il tiro con l'arco, il ping-pong, il *basket*, l'*hockey* ed altri giochi che si possono inventare; non semplice ginnastica, ma vero e proprio sport, da svolgere in gruppo e singolarmente, al quale si attribuisce una notevolissima importanza.

È prevista un'attività da tavolo, dove si cerca di far recuperare, a coloro che hanno compromesso gli arti superiori, la capacità di scrivere o di utilizzare braccia e mani per spostare oggetti, fino ad arrivare a svolgere attività manuali di *bricolage*, di uso del pirografo o simili. Vengono seguite anche attività domestiche, come stirare e cucinare. Anche se inserita nel reparto spinale, viene utilizzata una cucina adattata, dove il terapista occupazionale affianca il paziente nel preparare ciò che si ritiene necessario, dalla cosa più semplice al pranzo completo.

Un'importante attività informativa del paziente è l'organizzazione di incontri educativi e formativi relativi alle problematiche dell'antidecubito, dell'incontinenza, delle barriere architettoniche o dello svolgimento di una sport-terapia anche più impegnativa di quella proposta in ospedale. Si tratta di sedute settimanali dove i pazienti si incontrano e discutono.

Il paziente del *day hospital* ripercorre il trattamento del paziente interno: egli entra in ospedale la mattina e torna a casa il pomeriggio e viene integrato nelle attività del servizio di terapia occupazionale. I pazienti sono seguiti nello stesso modo, sia se dormono a casa o se sono ricoverati.

Il trattamento al paziente si differenzia in base al tipo di patologia: per l'emiplegico è previsto un incontro giornaliero, per il medulloleso sono previsti due trattamenti, che possono arrivare a tre, quando per terzo trattamento si intenda anche il seguirlo durante i pasti o in bagno.

Per il medulloleso sono previsti due spazi di attività, al tavolo e in carrozzina; il paziente medulloleso in *day hospital* non ha differenti trattamenti, ma viene inserito nella normale gestione quotidiana delle attività, assieme ai pazienti ricoverati. Con l'emiplegico del reparto di neurologia, il servizio è indirizzato a recuperare le capacità del paziente di potersi vestire e lavare autonomamente.

Diverso ma altrettanto complesso è l'intervento sul paziente colpito da trauma cranico, che può avere residuo anche un danno motorio, ma soprattutto avrà perduto la capacità di procedere con sequenze logiche.

L'UTENZA

A Passirana di Rho ogni terapeuta ha in cura circa quattro o cinque pazienti al giorno con la possibilità di svolgere anche due incontri con il medesimo paziente nel corso della stessa giornata. L'orario di servizio del terapeuta è suddiviso in nove momenti di lavoro con attività rivolte al singolo o al gruppo (gruppi tavolo o gruppi sport che permettono di seguire lo stesso paziente in più momenti giornalieri) o destinate a riunioni interne di terapeuti e medici.

Nella formazione dei gruppi, l'età dei pazienti non è una variabile importante: maggiore interesse ha il grado di autonomia raggiunta rispetto allo sport o al lavoro indicato e il livello di trattamento; per quanto riguarda l'attività al tavolo l'aggregazione è ancora più semplice, perché solitamente non è necessario seguire i pazienti singolarmente, ma è sufficiente un solo terapeuta per curare il lavoro.

Al centro di Passirana non ci sono bambini; il servizio di terapia occupazionale è rivolto a soggetti dai 15 anni in poi, senza limiti d'età, anche se dopo gli 85 anni è difficile avere pazienti. I più giovani solitamente sono pazienti incidentati che hanno subito traumi, mentre gli anziani generalmente hanno una patologia neurologica o emiplegica: questa naturale suddivisione implica già di per sé una diversificazione degli ambiti di interventi. La fascia più interessata è quella dai 30 ai 54 anni; dai 15 ai 29 anni sono meno numerosi, ma più impegnativi, soprattutto per una questione psicologica, nonché evolutiva.

3. Presa in carico del paziente

All'ospedale di Passirana esiste una procedura molto precisa e rigorosa perché un paziente possa essere inserito in un programma di terapia occupazionale. La segnalazione viene fatta dal medico del reparto di medicina riabilitativa, o dall'unità spinale o dai parenti del paziente al medico del reparto di terapia riabilitativa, il quale può approvare o meno l'accettazione del soggetto in questio-

ne. Una volta stabilita l'accettazione, il paziente viene ulteriormente visitato dal fisiatra del reparto di riabilitazione¹⁰⁹ che indica il tipo di trattamento.

Per quanto riguarda gli esterni, il più delle volte si tratta di pazienti che già conoscono il centro di Passirana, perché già ricoverati in passato ed a conoscenza del servizio offerto. Essi contattano telefonicamente o il medico o il terapeuta, i quali in ogni caso rimandano l'interessato ad una visita fisiatrica, non potendo direttamente prendere in carico un paziente: chiunque deve essere sottoposto ad una visita fisiatrica. Anche chi viene a conoscenza del servizio durante una visita ambulatoriale, può fare richiesta di segnalazione e se questa viene accettata si passa alla visita fisiatrica.

Per quanto riguarda gli esterni, per ottenere un incontro con il fisiatra possono passare un paio di mesi dall'accettazione alla visita; il medico fisiatra stabilisce la necessità o meno di fare terapia occupazionale; dopo la segnalazione del fisiatra, il centro, al momento, non è in grado di rispondere immediatamente: per un paziente esterno l'attesa può prolungarsi dalle tre alle quattro settimane. In caso d'urgenza dichiarata, può passare anche solo una settimana tra la visita fisiatrica e l'intervento terapeutico. Per quanto riguarda gli interni, la lista d'attesa dipende dalla gravità della patologia o dai periodi di maggiore o minore presenza di pazienti sottoposti a terapia e dalla presenza effettiva di terapisti. Comunque, in media, passano circa due settimane.

4. Sperimentazione

Il campo della terapia occupazionale ruota intorno agli ausili e la sperimentazione ed ogni sforzo innovativo è indirizzata in questo settore. In realtà, Passirana di Rho si distingue anche per la valutazione dei progressi dei pazienti sottoposti a terapia.

Ausilio informatizzato

I terapisti del centro di Passirana di Rho sono particolarmente fieri di una loro nuova strumentazione, perché sono davvero in pochi ad averla in dotazione. Si tratta di una strumentazione elettronica, collegata al *computer* che permette un'analisi posturale dei pazienti seduti in carrozzina. È un foglio con delle cellule che rileva-

¹⁰⁹ Dott. Sabatino Di Carlo.

no la pressione esercita dalla persona laddove è seduto; la pressione viene rappresentata da un grafico su un *computer*, per offrire immediatamente al terapeuta ed al paziente stesso l'immagine di come il soggetto è seduto e di quali rischi possono esserci in quella posizione, qualora la posizione fosse scorretta.

È fondamentale, per chi si trova a stare seduto per diciquindici ore al giorno, prevenire il decubito. Prevenzione che si ottiene con incontri educativi, ma anche facendo osservare direttamente al paziente le diverse posture, insistendo sull'importanza di una posizione seduta corretta.

SCALA DI VALUTAZIONE

Al centro si utilizzano diverse scale di valutazione: FIM, Barthel, DRS. Una scala di valutazione però è stata creata direttamente dai terapisti occupazionali del centro di Passirana: la VFM (Valutazione Funzionale Medullolesi), scheda di valutazione sul medulloleso. Tale scheda è utilizzata da diversi anni, anche se solo lo scorso anno è stata ufficialmente riconosciuta e può vantare tutti i crismi delle scale di valutazione¹¹⁰.

5. Rapporti ed integrazione con l'ambiente

Non esiste alcun rapporto regolare o regolato con l'ambiente esterno se non con la famiglia del paziente. Solo sporadicamente i terapisti di Passirana sono in contatto con l'ADI locale; talvolta, quando un paziente è seguito da un volontario o da un obiettore di coscienza, si organizza un corso di formazione per il volontario.

ACCESSIBILITÀ ALL'AMBIENTE

È prevista l'attenzione da parte del terapeuta a valutare se c'è l'accessibilità agli ambienti di lavoro, scuola, ecc., ma l'integrazione poi con l'ambiente sociale è di competenza dell'assistente sociale. Di fatto però i due servizi di terapia e di assistenza sono indipendenti l'uno dall'altro e non c'è una vera e propria collaborazione diretta e strutturata.

LA FAMIGLIA

Il vero contatto con l'ambiente esterno all'ospedale è rappresentato dalla famiglia; è importante l'istruzione ai familiari sulle necessità dei loro parenti ricoverati. Si presenta la situazione clinica

¹¹⁰ La scheda è già stata adottata da un centro specializzato per la cura dei paraplegici.

del paziente e si chiarisce in cosa consiste un percorso di trattamento fisioterapico, per entrare poi nello specifico su come queste persone si devono spostare e come facilitare questo spostamento, con quale ausilio, come porsi e anche come prevenire errori. La fase dell'addestramento ai parenti del paziente ricoverato viene svolta direttamente al centro ospedaliero.

Solo quando i parenti sono istruiti si apre una seconda fase: è stato istituzionalizzato «il *week-end* del paziente»: il paziente, senza essere dimesso, va a casa per il fine settimana. È una iniziativa motivata come percorso riabilitativo: la persona non solo rientra nel proprio domicilio durante il *week-end*, ma ha anche modo di rapportarsi agli aspetti più complicati e problematici del ritorno e del reinserimento in casa. Onde evitare che si arrivi ad affrontare tali aspetti problematici solo alle dimissioni, il *week-end* è un utilissimo strumento per abituare progressivamente il paziente.

In particolare, nel caso dei medullolesi e di quelli che hanno subito traumi cranici (i più compromessi), oltre al *training* familiare i terapisti fanno un sopralluogo durante il primo *week-end* che il paziente trascorre a casa. Il sopralluogo è importante perché il paziente è più sicuro se accompagnato da una persona di cui ha fiducia e che ha la possibilità di intervenire là dove il parente non è in grado ancora di gestire la situazione. Vi è la possibilità da parte del terapeuta di riprendere il *training* familiare direttamente a casa del paziente e rendersi conto di persona se possono rendersi necessarie alcune modifiche ambientali.

MODIFICHE AMBIENTALI

Anche per questa particolare situazione, i terapisti di Passirana hanno creato una propria scheda-questionario, nella quale ripercorrere i problemi che si potrebbe essere costretti ad affrontare e che insieme ai parenti ed ai pazienti si cerca di risolvere. Se possibile, si cerca di evitare la ristrutturazione radicale dell'ambiente (il "buttare giù tutto"), ma anche questo dipende dai casi e dalla fase di recupero che il paziente sta attraversando.

Si deve tenere presente che un paziente, che al primo fine settimana dimostra di aver bisogno di profonde modifiche del proprio ambiente domestico, nel giro di sei mesi potrebbe non averne più bisogno, o necessitare solo di piccole modifiche. Si deve quindi procedere con cautela, sempre in accordo con i familiari.

6. Risorse impiegate

Non esiste un *budget* autonomo, né un capitolo di spesa relativo allo specifico reparto di terapia occupazionale; si rileva però la disponibilità da parte dell'ospedale a coprire le spese necessarie al servizio, come l'acquisto di materiale per la creazione di ausili da parte del terapeuta stesso¹¹¹. Non c'è però una dichiarazione all'inizio dell'anno di una disponibilità ben definita, finalizzata al servizio di terapia occupazionale. Nel 1998 è inoltre cambiato il sistema amministrativo¹¹², è cambiata la realtà di riferimento e solo nel tempo si potranno valutare le conseguenze sul servizio di terapia occupazionale.

7. Personale

La pianta organica della struttura di Passirana prevede solo terapisti della riabilitazione, e comprende 40 operatori coinvolti nell'attività di recupero e rieducazione funzionale.

I terapisti occupazionali

I terapisti occupazionali sono 8, e svolgono solo questa attività, essendo esentati da altre mansioni. In realtà, a tempo pieno sono presenti solo cinque¹¹³; sono invece *part-time* altri 2 terapisti, uno dei quali solo adesso è diventato effettivo¹¹⁴. Per cui, ogni giorno i terapisti occupazionali sono solo in cinque o sei: un numero scarso, considerando che per assicurare un servizio adeguato e continuativo sia ai pazienti interni che a quelli esterni sarebbe necessaria la presenza di otto effettivi. Il problema delle presenze e degli organici completi riguarda comunque il reparto riabilitativo in toto, dato che su 40 terapisti, le maternità in media ogni anno sono 4 o 5.

LA FORMAZIONE

La formazione di un terapeuta occupazionale viene svolta direttamente dai colleghi che da più anni prestano questo tipo di servi-

¹¹¹ Nel 1997, è stata fatta richiesta di tre nuove carrozzine, di materiale informatico per la definizione della postura corretta, e di materiale (molto costoso) per la termoplastica utilizzata nella costruzione di ausili: è arrivato tutto.

¹¹² L'ospedale di Passirana non è più una realtà a sé stante facente parte dell'ASL n. 68, ma è stato accorpato al distretto di Garbagnate.

¹¹³ Ai quali si aggiunge 1 collega in maternità.

¹¹⁴ La collega in maternità è sostituita da una terapeuta ancora in formazione. Anche una seconda terapeuta andrà presto in maternità.

zio e sono in grado di trasmettere la propria esperienza. Una formazione che avviene direttamente sul campo, con la pratica, l'esperienza e la guida di chi da tempo lavora con questi metodi.

A supporto di questo tirocinio, esistono corsi di formazione e aggiornamento e convegni, in Italia e all'estero; non sono previste borse di studio per sostenere economicamente la formazione di un terapeuta occupazionale, a meno che non vengano riconosciute le spese dei corsi di aggiornamento, che vengono generalmente prima sostenute dalla persona interessata e poi rimborsate. I terapisti di Passirana inoltre, vanno nelle scuole di terapia riabilitativa per tenere incontri sulla terapia occupazionale: sono lezioni informative sull'esistenza e sulle possibilità del servizio, non certo di formazione sulla terapia occupazionale.

Esistono corsi organizzati dalle scuole stesse, durante i quali alcuni allievi seguono come tirocinio il servizio di terapia occupazionale per almeno 4 mesi fino ad arrivare a 6. In questo ambito gli allievi possono conoscere più praticamente il servizio, partecipando direttamente al lavoro.

L'ASSUNZIONE DI UN TERAPISTA OCCUPAZIONALE

Periodicamente vengono indetti concorsi per terapisti della riabilitazione; chi vince il concorso, entra a far parte di tutto il sistema del servizio di recupero e rieducazione funzionale.

Quando si verifica la necessità, il reparto di terapia occupazionale (come qualsiasi altro reparto) fa richiesta alla responsabile del servizio riabilitativo; se possibile, in base al carico di personale per i diversi settori, la responsabile destina un terapeuta al reparto che ne ha fatto richiesta. Il terapeuta che entra in un settore specifico assume una specializzazione nel giro di uno o due anni.

Si tiene comunque un corso di aggiornamento interno, al quale partecipano gli operatori già inseriti in terapia occupazionale ed i terapisti che vorrebbero parteciparvi. Il personale richiesto viene scelto nella rosa dei terapisti che si sono già dimostrati interessati ed hanno avuto una prima preparazione teorica: non arrivano al reparto di terapia occupazionale completamente "digiuni". A questo si aggiunge il fatto che, anche se il lavoro sul paziente è differente, le patologie seguite sono le stesse.

Équipe multidisciplinare

Entro i primi 15 giorni di trattamento si riunisce l'*équipe* – mediamente una volta al mese –, formata dal medico fisiatra e da tutti i terapeuti che lavorano su un determinato paziente: tramite una scheda da compilare ognuno specifica i propri obiettivi da mettere a confronto con gli altri. Le riunioni si svolgono durante le ore previste per il trattamento dei pazienti.

In prospettiva, è previsto il coinvolgimento in *équipe* delle caposala, come “aggancio” diretto con il reparto dove il paziente in pratica vive e dove può affrontare una situazione magari contraddittoria rispetto a quella affrontata in terapia occupazionale¹¹⁵.

Al coordinamento dell'*équipe* il responsabile può essere il terapeuta o il dottore: non è prevista una gerarchia basata sui titoli; ogni *équipe* ha un suo diverso responsabile, e ciascun medico o terapeuta può far parte di più *équipe*¹¹⁶.

8. Sistema informativo

Essendo il reparto di riabilitazione di Passirana molto ampio (si ricorda che l'organico prevede 40 terapeuti), il centro ha sentito subito l'esigenza di un coordinamento, per trasmettere celermente le varie informazioni ed affrontare adeguatamente le diverse situazioni.

COMUNICAZIONE INTERNA

Il centro si è dato, per libera scelta, non per disposizione istituzionale, un regolamento interno che fissa ruoli e responsabilità per un più efficace coordinamento.

- il responsabile di tutti i terapeuti ha il compito di coordinare i diversi settori;
- il fisiatra è responsabile dell'intera area della riabilitazione e destina i pazienti ai più idonei tipi di trattamento terapeutico;

¹¹⁵ Il paziente che raggiunge una determinata autonomia in terapia occupazionale, rischia di non mantenerla nel reparto, per vari motivi ed esigenze.

¹¹⁶ Per fare un esempio: il paziente A, emiplegico-afasico, oltre al terapeuta occupazionale, avrà una terapeuta motoria e una logopedista ed un fisiatra; il paziente B, medulloleso con problema respiratorio, non avrà la logopedista che in questo caso non è necessaria; avrà invece una terapeuta motoria o due (a seconda della gravità della compromissione), una terapeuta respiratoria, quello occupazionale ed il fisiatra.

- il terapeuta coordinatore di ogni specifico settore tiene i contatti con i coordinatori degli altri settori;
- i responsabili delle aree motoria, logopedistica, respiratoria, e occupazionale, si ritrovano quotidianamente (riunione del cosiddetto «minigruppo») per trasmettersi le varie informazioni.

Per ogni paziente viene compilata una cartella clinica da parte del fisiatra, parallelamente a quella del reparto; unico documento che fa fede per i terapisti, segue il percorso del trattamento dalla presa in carico alla dimissione. Il fisiatra rimane dunque l'unica figura medica con cui i terapisti si rapportano, in quanto con i medici di reparto non ci sono rapporti diretti.

COMUNICAZIONE UTENZA-OPERATORI

Il sistema più efficace per conoscere l'esistenza del servizio di terapia occupazionale è risultato quello del "passaparola". La prima cosa che solitamente fanno i parenti di una persona incidentata o ricoverata, è cercare il luogo dove portare il familiare per un periodo di rieducazione. Sarà il personale dell'ospedale dove si chiedono informazioni ad indirizzare paziente e parenti ad un centro con servizio riabilitativo. Anche in questo caso non c'è una informazione strutturata: ci si affida al fatto che il centro riabilitativo è diventato ormai un punto di riferimento per tutti gli ospedali della zona¹¹⁷.

COMUNICAZIONE CON IL PERSONALE DI ALTRI OSPEDALI

Un obiettivo importante che si sono sempre posti i terapisti di Passirana è lo scambio con i colleghi di altre strutture ospedaliere per far comprendere che tipo lavoro viene svolto. La richiesta di informazioni e di formazione del personale arriva dagli ospedali stessi, che dimostrano così un diretto interesse per la Terapia Occupazionale.

9. Ausili

Il servizio di terapia occupazionale di Passirana di Rho prevede la valutazione e la costruzione da parte degli stessi terapisti di ausili in termoplastica, in cuoio o altro materiale. Questi ausili vanno a sopperire la carenza degli arti superiori (come delle mani per man-

¹¹⁷ In realtà, gli ospedali non vanno alla ricerca del centro migliore: a loro interessa trasferire il più presto possibile il paziente, che presso di loro non può essere ulteriormente recuperato.

giare o per scrivere), oppure sono creati per migliorare le condizioni di un corretto posizionamento del corpo o di parti di esso.

I terapisti giudicano molto più valida la possibilità di creare ausili personalizzati, piuttosto che comprarli già preformati, nonostante la presenza di ditte costruttrici, per le quali però è difficile avere i fondi dell'acquisto. Così facendo, il terapeuta inventa e disegna il modello più adatto al paziente, lo realizza ed il costo del materiale è a carico dell'ospedale: a Passirana non si è mai fatto pagare questo tipo di ausilio al paziente¹¹⁸.

Altra cosa è l'ausilio inteso come carrozzina, sollevatore, ecc. L'ospedale di Passirana è diventato un punto di riferimento per le ditte costruttrici: non sono poche le Case che, avendo un ausilio da immettere nel mercato, chiedono al centro di collaudarlo, provandolo direttamente sui pazienti, per vedere se ha una buona rispondenza o funzionalità; altre volte forniscono materiale ausiliario da proporre direttamente ai pazienti.

I pazienti del servizio di terapia occupazionale di Passirana hanno un'ampia possibilità di scelta degli ausili: provano il materiale, proposto dall'ospedale o dalle ditte, e solo dopo la prova il paziente sceglie l'ausilio più consono alla sua natura, alle sue attitudini, alle sue necessità, fermo restando che rimane loro l'ausilio che il terapeuta occupazionale ha inventato e modellato personalmente per fronteggiare le patologie di ogni singolo paziente.

¹¹⁸ Per fare un esempio, un buon posizionamento delle mani dei tetraplegici sin dai primi momenti del ricovero, può garantire al paziente la possibilità di utilizzare meglio, in un futuro, gli arti superiori; se non posizionate, le mani possono rimanere rigide e completamente stese, quando invece è molto importante che arrivino ad una posizione di mano funzionale, ovvero di mano con polso esteso, dita flesse e via dicendo. Compito del terapeuta è intervenire subito e modellare sugli arti del paziente l'ausilio più idoneo.

LA TERAPIA OCCUPAZIONALE NELLA CASA DI CURA “LA RESIDENZA” DI RODELLO

A CURA DI WALTER RUBBOLI

1. Introduzione

La Casa di Cura “La Residenza” è una struttura privata gestita dalla parrocchia di San Lorenzo di Rodello d’Alba per conto della Diocesi di Cuneo. Fondata venticinque anni fa dal Canonico Don Mario Battaglino, la Casa di Cura è una struttura all’avanguardia con 100 posti letto distribuiti su 4 piani, esclusivamente destinata alla pratica della terapia della riabilitazione. Fu un’idea senza dubbio illuminata, in un contesto nazionale nel quale la cultura riabilitativa non si era ancora affermata.

Nonostante le potenzialità della struttura, i primi anni furono caratterizzati da difficoltà organizzative, dovute alla mancanza di raccordo tra l’approccio amoroso e benevolo del personale religioso e le necessità di una pianificazione più organica ed efficiente. Fu lo stesso Don Battaglino a voler migliorare la gestione della Clinica, invitando al Centro di Riabilitazione terapisti provenienti dall’estero e favorendo la partecipazione ai congressi e lo scambio professionale con i diversi specialisti.

Il servizio di terapia occupazionale è stato avviato nel 1982 e costituisce un vero e proprio reparto, parallelamente a fisioterapia e logopedia. Questi tre settori sono poi affiancati da un servizio di foniatria.

Obiettivo della terapia occupazionale è quello di migliorare il più possibile le funzioni motorie del paziente, ponendo la massima attenzione all’aspetto neuropsicologico, le cui alterazioni interferiscono notevolmente sulle funzioni motorie. Essa è volta ad ottenere il massimo dell’autonomia possibile: sia negli spostamenti sia nella gestione delle attività della vita quotidiana (vestirsi, lavarsi, andare in bagno, cucinare, mangiare...). Tutto questo entro i limiti delle capacità e della voglia di collaborazione del paziente.

La Casa di Cura è convenzionata con la ASL di Alba, presso il cui ospedale, come presso quello di Cuneo, vengono trasferiti i pa-

zienti quando si verificano delle complicazioni patologiche. Per le quotidiane visite di controllo, le eventuali emergenze e le valutazioni cliniche, la Casa dispone di dodici medici internisti e di quattro fisiatristi, nonché della collaborazione di un cardiologo e di un neurologo in qualità di liberi professionisti. Si prevede esclusivamente il ricovero del paziente, non essendo previsti un servizio di terapia ambulatoriale né un *day hospital*.

Il reparto di terapia occupazionale dispone di una vasta sala, dotata di diversi tavoli per le attività manuali ed espressive e di sette telai per la tessitura. Vi è poi un laboratorio di falegnameria dotato di tutti gli strumenti occorrenti, separato dal salone comune da una parete trasparente, in modo che si possano svolgere più attività contemporaneamente, lasciando i pazienti liberi di lavorare, pur tenendoli sempre sotto costante controllo. Una cucina, un bagno ed una camera da letto adattati completano il quadro degli spazi di cui dispone il reparto, che si avvale anche di una palestra e di un ambulatorio per le visite specialistiche.

2. Articolazione dell'intervento di terapia occupazionale

GLI AMBITI PATOLOGICI

Tre sono i reparti di provenienza degli ospiti della Casa di Cura: neurologia (207 pazienti nel 1997), ortopedia (45 pazienti) e reumatologia (77 pazienti), con una forte incidenza di anziani.

Alla "Residenza" vengono accettati pazienti di tutte le età, ma gli anziani mantengono la supremazia numerica per due ordini di motivi: in primo luogo, la popolazione locale di origine rurale presenta un'età media molto elevata; in secondo luogo il Centro si è specializzato per il recupero funzionale di chi è stato colpito da ictus o soffre di problemi cardiovascolari, di chi porta protesi o ha problemi di artrosi e di artrite, patologie più frequenti in soggetti anziani¹¹⁹.

I RITMI DELL'ATTIVITÀ

Il servizio di terapia occupazionale si svolge dal lunedì al venerdì, dalle 8.00 alle 11.30 e dalle 13.30 alle 17.00; quotidianamente il trattamento di terapia occupazionale viene praticato con 12 pa-

¹¹⁹ Negli ultimi mesi però si è verificata anche una crescita del numero dei pazienti traumatizzati provenienti da ortopedia.

zienti, sei al mattino e sei al pomeriggio dalle 8.30 alle 11.00 e dalle 14.00 alle 16.30. Non si tratta di una vera e propria terapia di gruppo, anche se i pazienti lavorano nello stesso ambiente; essi svolgono terapie individuali che le terapisti impostano e seguono contemporaneamente.

La prima e l'ultima mezz'ora sono riservate ai trattamenti individuali più specifici, rivolti a pazienti in gravi condizioni; in alternativa, lo stesso orario è utilizzato per il recupero funzionale relativo alle attività della vita quotidiana che le terapisti svolgono direttamente nei reparti di degenza, rieducando i pazienti a vestirsi e a lavarsi. Mediamente, fra trattamenti di gruppo e trattamenti individuali, le terapisti occupazionali lavorano con circa 15 pazienti al giorno.

L'intervento si estende anche all'ora di pranzo, quando ad esempio viene seguito un paziente affetto da aprassia, oppure un paziente con un'amputazione o con una forte rigidità degli arti, per istruire i parenti o le infermiere su come avvicinare il paziente il più possibile all'autonomia.

Non è previsto il ritorno a casa per il fine settimana. L'Amministrazione in questo caso dovrebbe ogni volta dimettere e riaccettare il paziente nell'arco di 48 ore. In caso di necessità un paziente, comunque, può chiedere un permesso di 12 ore (dalle 8.00 alle 20.00).

Le attività svolte

Tra gli interventi terapeutici vengono proposte attività motorie per migliorare la forza muscolare e la coordinazione dei movimenti, attività espressive che assecondino le inclinazioni del paziente ed attività ergonomiche che rispondano alla necessità di un reinserimento scolastico o lavorativo: è fondamentale che l'attività terapeutica abbia un fine ben preciso per il paziente.

Le terapisti sono molto attente a differenziare gli interventi a seconda dei progressi ottenuti, cercando sempre di stimolare l'interesse e l'impegno del paziente. Gli anziani inizialmente si lamentano perché vengono loro proposti esercizi che sembrano "giochi da bambini". Quando però si accorgono dell'impegno che richiede quel tipo di attività, si convincono dell'utilità di tali esercizi: un certo grado di difficoltà e la sfida con se stessi sono sempre un buon incentivo ad impegnarsi.

Le attività artigianali nel laboratorio di falegnameria ed il lavoro al telaio cercano di rispondere alle inclinazioni creative dei pa-

zienti; si lavora anche sull'argilla e sulla creta e ci si può dedicare alla pittura ad olio e a tempera.

In prossimità delle festività di Natale e di Pasqua vengono proposte attività ricreative quali la tombola, la pesca, il quiz, mettendo in palio i lavori artigianali prodotti dagli stessi pazienti. Spesso questi momenti sono animati dalla musica, suonata dai degenti con tamburelli, *maracas* e chitarre; lo strumento musicale è anche uno strumento utilizzato a fini più propriamente terapeutici.

Anche l'attività svolta presso la cucina adattata è particolarmente curata, soprattutto per la riabilitazione delle persone anziane, spesso sole, che hanno protesi, che portano stampelle o sono costrette alla carrozzina. L'obiettivo è quello di riacquistare confidenza con l'ambiente domestico e di creare le condizioni per una certa autonomia nel soddisfare le proprie esigenze alimentari.

VALUTAZIONI AMBIENTALI

Molto raramente si fanno valutazioni ambientali direttamente presso l'abitazione del paziente, perché la Casa di Cura privata non può autorizzare l'uscita dei terapisti. Si chiedono pertanto informazioni al paziente o ai suoi parenti sulle caratteristiche della casa, sulle sue dimensioni e sulla dislocazione dei mobili, in modo da poter ricreare situazioni simulate dell'ambiente domestico e poter così rieducare il paziente a muoversi nel suo ambiente abituale.

Per eventuali adattamenti dell'ambiente domestico o per gli aiuti di cui il paziente può aver bisogno, si sollecita l'intervento delle strutture assistenziali presenti nella zona, collaborando direttamente con i servizi territoriali, molti dei quali purtroppo si dimostrano poco disponibili. È spesso difficile avviare un rapporto di collaborazione, soprattutto per il fatto che nella Casa di Cura è assente la figura dell'assistente sociale ed ogni rapporto con referenti esterni nasce per iniziativa personale del terapeuta, del medico generico o del fisiatra.

Lo staff medico, anche se da poco tempo, ha attivato un sistema di rapporti verso l'esterno: se prima i pazienti uscivano dalla Casa di Cura senza alcuna forma di accompagnamento per il reinserimento nel proprio ambiente sociale e domestico, oggi si cerca di intervenire in modo che i risultati ottenuti non vadano perduti. Costituendo una rete di contatti con l'esterno, oggi la comunicazione tra Casa di Cura e servizi territoriali è diventata più interattiva.

3. Presa in carico del paziente

I pazienti vengono inviati alla clinica direttamente dai reparti d'urgenza delle strutture ospedaliere del comprensorio e dai medici di base: l'Amministrazione della Casa di Cura di Rodello accoglie tutti coloro che vengono indirizzati al Centro, mantenendo una lista d'attesa non superiore ai sette giorni. Le nuove normative che regolano la degenza all'interno degli ospedali hanno però creato qualche problema: non appena il paziente ha superato la fase critica, deve essere dimesso.

Non è raro il caso in cui giunge alla Casa di Cura un paziente ancora allettato, o soporoso, o in una fase ancora troppo acuta per poter intraprendere un percorso riabilitativo; in questo caso, la visita fisiatrica prevista all'ingresso in clinica, può stabilire la non idoneità del paziente ed il rinvio del ricovero, in quanto la piena capacità di collaborazione da parte del paziente ai fini del trattamento riabilitativo è fondamentale.

Il medico internista responsabile del reparto di degenza a cui il paziente è stato destinato compila una cartella clinica sulla quale è riportata l'anamnesi generale del paziente: dati anagrafici, interventi subiti, malattie ereditarie, allergie, ecc. Dopo questa prima visita, il paziente viene esaminato dal fisiatra, il quale prescrive le eventuali visite neurologiche e cardiologiche, nonché il tipo di terapia: è il fisiatra che stabilisce la necessità della terapia occupazionale. In sede di prima visita può non essere considerata questa necessità e si è verificato più volte il caso in cui sia stato il fisioterapista a suggerire al fisiatra l'inserimento del paziente in terapia occupazionale. Ciò è possibile grazie alla piena collaborazione tra gli operatori del Centro.

Dopo una settimana dalla prima visita, il paziente è sottoposto ad una seconda visita, collegiale, da parte degli specialisti direttamente coinvolti nel recupero (neurologo, fisiatra), alla presenza del fisioterapista, del terapeuta occupazionale e del medico internista che segue il paziente. In questa sede si stabiliscono un programma di interventi riabilitativi, i tempi previsti per la degenza e la frequenza con cui l'*équipe* multidisciplinare deve incontrarsi per fare il punto della situazione del paziente. Vengono convocati i parenti, ai quali si comunica il programma stabilito, con la richiesta di collaborare attivamente alla sua realizzazione.

Non appena stabilito il percorso riabilitativo, inizia immediatamente il trattamento. L'*équipe* multidisciplinare, la cui combina-

zione è diversa a seconda del paziente, è composta dal fisiatra che ne è solitamente il responsabile, dal terapeuta coordinatore, dal fisioterapista, dal neurologo, dalla terapeuta occupazionale, dal logopedista, dal medico del piano e dallo psicologo.

Per quanto riguarda la durata della degenza, pur essendo una clinica privata, la Casa di Cura “La Residenza” deve rispettare i tempi di ricovero stabiliti dalla ASL: il periodo di ricovero, determinato sulla base della patologia del paziente, varia dai due ai tre mesi.

4. Sperimentazione ed innovazione

Nel 1998 è stato avviato un progetto sperimentale in collaborazione con il reparto di neurologia dell’ospedale di Cuneo per la cura tramite tossina botulinica di pazienti emiplegici. Fino a qualche tempo fa, i pazienti affetti da emiplegia non godevano di adeguati trattamenti: attualmente è stato dimostrato che possono migliorare, usufruendo di un trattamento a base di tossina botulinica, la quale riduce la staticità del paziente modificando la situazione patologica.

La collaborazione tra i due centri ospedalieri avviene suddividendo le fasi del trattamento: si seleziona il paziente da prendere in cura in base alla sua stabilità clinica, viene ricoverato a Rodello, dove si documentano, anche con filmati, i suoi progressi; viene inviato a Cuneo al reparto di neurologia, dove è sottoposto ad ulteriori analisi, anche qui documentate con filmati, prima di procedere al trattamento vero e proprio con tossina botulinica. Al termine del trattamento, il paziente ritorna a Rodello per la riabilitazione.

Altro percorso riabilitativo originale attivato presso “La Residenza” di Rodello, è il programma di *economia articolare*, programma elaborato partendo dalla constatazione che, diminuendo lo stress sulle articolazioni, sugli elementi muscolo-tendinei e sui legamenti colpiti dal processo patologico, è possibile facilitare i movimenti minimizzando il dolore, contribuendo così a prevenire le deformazioni e le involuzioni degenerative. Anche in questo caso il paziente viene selezionato in base alla situazione patologica ed in base alla capacità di collaborazione.

Il programma viene stabilito in sede collegiale e se ne occupano specificatamente le terapisti occupazionali. Nel programma di riabilitazione è previsto l’utilizzo di appositi ausili per artritici, l’adattamento e la modifica degli ausili già utilizzati, l’indicazione

al paziente di come risparmiare sforzi ed energia, migliorando l'efficienza nell'effettuare alcuni movimenti.

Per questo tipo di interventi si potrebbe ricorrere all'attività ambulatoriale o a trattamenti riabilitativi domiciliari, gestiti direttamente dalla ASL di appartenenza. In realtà ciò non avviene sia per le distanze e le difficoltà di spostamento dei pazienti, soprattutto di quelli più anziani sia per la situazione di molte ASL, che non offrono questi tipi di servizi e di terapie. Ai pazienti non rimane che il ricovero presso la Casa di Cura di Rodello per essere inseriti nel programma di economia articolare.

Per quanto riguarda le nuove tecnologie, è in progetto l'introduzione del *computer*; oggi sono disponibili ottimi programmi *software* che permettono di lavorare sugli aspetti neuropsicologici del paziente. I terapeuti hanno riscontrato che, con livelli di istruzione più elevati e nella fascia di età più giovane, i pazienti sono più facilmente stimolabili con l'uso del *computer*. L'acquisto di nuovi *software* potrebbe essere utilizzato sia in sede di terapia occupazionale che di logopedia.

5. Rapporti ed integrazione con l'ambiente

Con la liberalizzazione del ricovero, giungono alla Casa di Cura di Rodello pazienti provenienti dal Piemonte ed in buona parte anche dalla Liguria. Una notevole percentuale di pazienti viene inviata al Centro dai medici di base del comprensorio, mentre gli altri vi sono indirizzati dalle strutture ospedaliere che conoscono i servizi offerti dalla Casa di Cura. La conoscenza dei servizi di terapia occupazionale dipende molto anche dai rapporti personali che i medici del Centro intrattengono con gli altri colleghi. Come già sottolineato, l'assenza di un assistente sociale rende problematico il rapporto con le RSA, le UVG e le ADI.

Del contatto con queste unità sanitarie se ne fanno direttamente carico a titolo personale fisiatri, terapeuti e medici internisti, che devono misurarsi con la scarsa cultura riabilitativa del territorio e con le incomprensioni e le resistenze da parte dello stesso ambiente sanitario. Talvolta i medici di base inviano pazienti con richieste incongrue, nonostante i filtri attivati dall'*équipe* medica del Centro: in tal caso è difficile far capire sia al paziente sia al medico inviante che il soggetto avrebbe bisogno di altri tipi di trattamento e che in

ogni caso il ricovero non sarebbe appropriato¹²⁰. Anche quando giungono pazienti non idonei per la riabilitazione, inviati direttamente dalle strutture ospedaliere, è molto difficile respingerli.

La soluzione adottata in questo caso è quella di ricoverare il paziente per una settimana di prova: si tratta di una settimana interlocutoria, in cui si ricerca la collaborazione e la comprensione dei parenti e dei referenti assistenziali che affiancano il paziente, tentando di trasmettere una più precisa cultura riabilitativa, prima di arrivare alle inevitabili, ma alla fine bene accette, dimissioni del soggetto in questione.

6. Risorse impiegate

Il terapeuta occupazionale viene assunto al sesto livello contrattuale, per passare al settimo dopo otto anni di servizio; le spese relative al reparto di terapia occupazionale rientrano nei costi generali della Casa di Cura.

All'inizio del 1998 è stato creato un gruppo di studio interno per individuare la necessità di nuove dotazioni da destinare ai vari reparti: nessuno meglio di chi lavora in prima persona ha la facoltà di valutare quali siano le attrezzature di cui si ha bisogno e quelle che invece risultano obsolete e vanno sostituite. Il gruppo, costituito da medici fisiatri e da terapisti, ha individuato le esigenze più urgenti, ordinandole secondo una scala di priorità ed accompagnate dai necessari preventivi di spesa. La richiesta, infine, è stata presentata in amministrazione.

In base all'analisi dei bisogni, si è evidenziato che il servizio di terapia occupazionale deve essere potenziato non solo nelle attrezzature, ma anche nel personale, e nell'aggiornamento e nella formazione dei terapisti. Per rispondere a questo tipo di richieste ci vorrà tempo, ma l'orientamento dell'Amministrazione della clinica sembra favorevole.

¹²⁰ Si tratta spesso di medici di campagna che mandano pazienti, loro amici, «a vedere un po' com'è la situazione»!

7. Il personale

TERAPISTI OCCUPAZIONALI IN ORGANICO

Nella pianta organica della Casa di Cura è previsto l'impiego di tre terapisti con la qualifica di terapisti occupazionali, che operano a tempo pieno ed affiancate in alcuni momenti da una fisioterapista istruita dalle colleghe e particolarmente interessata alle tecniche della terapia occupazionale. Quando si verificano delle assenze come nel caso di una terapeuta occupazionale in maternità, o si verificano dei sovraccarichi di lavoro, la fisioterapista prende servizio come terapeuta occupazionale¹²¹. La qualifica di terapeuta occupazionale è certificata dal titolo di studio conseguito all'estero¹²²: le tre terapisti occupazionali della Casa di Cura "La Residenza" sono in Italia rispettivamente da 7 anni, 10 e 12 anni; le uniche ad essersi trattenute così a lungo (senza peraltro avere intenzione di andarsene), contrariamente a quanto accadeva all'inizio degli anni Ottanta quando si sono avvicinate diverse terapisti che non si fermavano al Centro per più di un anno.

Inizialmente il rapporto con gli altri terapisti ed i medici non è stato semplice, ma si è rafforzato nel tempo in un crescendo di comprensione, stima e disponibilità che ha portato l'intero personale a lavorare in un regime di piena collaborazione. Inizialmente, a causa della scarsa conoscenza del trattamento riabilitativo, i fisioterapisti ritenevano a torto che la terapia occupazionale equivallesse ad un momento ricreativo, mentre i medici fisiatri consideravano la nuova disciplina più come una forma di ginnastica alternativa.

L'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

L'aggiornamento professionale è curato attraverso la partecipazione ai convegni sulla terapia occupazionale, la frequentazione di corsi di formazione legati al settore riabilitativo, l'abbonamento a riviste specializzate, quali *Occupational therapy*, *Occupación humana* e *Riabilitazione Oggi*. Le spese di aggiornamento sono sostenute dalla Casa di Cura.

¹²¹ In futuro è prevista la possibilità di assumere una quarta terapeuta occupazionale.

¹²² Le tre terapisti occupazionali sono colombiane. In Colombia è prevista per la terapia occupazionale una formazione sul modello statunitense, di livello universitario: quattro anni di corso, di cui l'ultimo anno e mezzo dedicato al tirocinio. Alla fine del corso, gli studenti sostengono l'esame di laurea.

Chi partecipa ai convegni è poi invitato a stendere una relazione riepilogativa, in modo da aggiornare i colleghi sul tema trattato. Unitamente alla realizzazione di una nuova sala per le conferenze, è in nuce l'idea di attivare una serie di corsi di aggiornamento da svolgere all'interno della Casa di Cura, rivolti a tutti i terapeuti in servizio. Dallo scorso anno si è iniziato ad utilizzare contributi esterni, invitando vari specialisti quali chirurghi, dermatologi, traumatologi, ecc. Attualmente non sono previsti corsi di tirocinio per i terapeuti che si vogliono formare. La ASL di Alba invia sporadicamente un proprio operatore per un tirocinio sulla terapia occupazionale, ma si tratta solo di casi isolati.

8. Il sistema informativo

L'apertura verso l'esterno

La partecipazione ai convegni è uno dei modi più efficaci per aprirsi all'esterno. Nel 1997 le terapisti occupazionali e due fisiatristi hanno partecipato al Congresso Nazionale sulla Terapia Occupazionale che si è svolto a Napoli, presentando il programma di Economia Articolare, documentando il percorso riabilitativo proposto al paziente. Nel 1998, gli stessi operatori hanno realizzato e presentato un poster al Congresso SIMFER di Brescia, sulla valutazione emozionale e cognitiva del paziente con danno emisferico destro¹²³.

È stato predisposto un nuovo sito Internet, dove viene spiegata l'attività della Casa di Cura; attraverso la posta elettronica sono facilitati i contatti con l'ospedale di Cuneo, ed è in atto il tentativo di intensificare i rapporti per via telematica con la ASL, con i medici di base e con altri referenti sanitari. In progetto c'è l'intenzione di scambiare informazioni anche per quanto riguarda le richieste di ricovero. Si cerca così di ovviare all'isolamento logistico del Centro, che si trova arroccato su una collina.

Il rapporto principale con l'ambiente esterno è comunque instaurato con la famiglia del paziente: al Centro, durante l'ultima settimana di degenza, vengono invitati ufficialmente i parenti per

¹²³ Questo tipo di patologia frequentemente non presenta deficit del linguaggio verbale o della cognizione in senso stretto, ma manifesta una grave compromissione della capacità di gestire alcune funzioni, per cui risulta fondamentale l'intervento di terapia occupazionale.

essere istruiti dalla terapeuta su come intervenire attivamente alla rieducazione del congiunto.

LO SCAMBIO INTERNO

Il rapporto tra gli operatori è impostato su un approccio di massima autonomia e allo stesso tempo di massima collaborazione. Le terapeute occupazionali producono una propria valutazione sul paziente, confrontata con gli altri operatori quando l'*équipe* multidisciplinare si riunisce.

Non vengono utilizzate scale di valutazione, la cui introduzione è prevista però in futuro. Fino a questo momento gli operatori si sono avvalsi di strumenti di valutazione da loro stessi strutturati, che rispondono meglio alle esigenze concrete del loro lavoro. Le schede valutative compilate dalle terapeute occupazionali si differenziano per gli ambiti trattati: una scheda per la valutazione delle AVQ (attività di vita quotidiana), una per la valutazione ortopedico-reumatologica ed una per la valutazione neurologica.

È stato predisposto inoltre un *database* per l'archiviazione dei dati dei pazienti: si tratta di una catalogazione delle informazioni riguardanti gli aspetti amministrativi, anagrafici e medici del paziente. Il passaggio dallo strumento cartaceo a quello informatico in realtà è tuttora in corso ed è lontano dall'essere esaurito, per le difficoltà di trasferimento delle informazioni dal supporto cartaceo al database.

9. Gli ausili

La clinica ha un proprio parco ausili, dalle carrozzine agli ausili per l'alimentazione, per il bagno, per l'abbigliamento e per la cucina. Al paziente ricoverato vengono dati provvisoriamente in dotazione gli ausili a lui più idonei, perché incominci a provarli e a verificarli prima del loro acquisto definitivo. La ASL non passa ausili se non quelli per la deambulazione ed il mercato presenta prezzi non sempre accessibili agli utenti.

I medici fisiatristi del Centro possono prescrivere gli ausili solo da poco tempo e limitatamente ai pazienti che fanno parte di alcune ASL. La ASL di Alba da cui dipende la Casa di Cura "La Residenza", è stata unificata con quella di Brà; le amministrazioni rimangono però separate, e se l'amministrazione di Alba ha un atteggiamento disponibile nei confronti delle prescrizioni di ausili richieste

dai fisiatri del Centro, gli uffici di Brà la negano. Tali distorsioni si ripropongono anche con altre ASL della Provincia¹²⁴.

Esiste una convenzione con i tecnici ortopedici della città di Alba, che garantiscono una loro presenza nella Casa di Cura per la manutenzione e la riparazione degli ausili, in particolare delle carrozzine. La loro presenza consente di ottenere informazioni sull'offerta di ausili, che i pazienti possono acquistare nei negozi specializzati di Alba o direttamente al Centro su ordinazione. In questo momento si sta studiando la possibilità di realizzare un piccolo laboratorio presso la Casa di Cura, per garantire la presenza ed il servizio dei tecnici ortopedici in maniera più continuativa.

¹²⁴ In questi casi il paziente è costretto a sottoporsi ad una ulteriore visita presso gli ambulatori specialistici della propria ASL di appartenenza.

LA TERAPIA OCCUPAZIONALE NELLA CASA “SAN GIUSEPPE” DELL’OPERA DON GUANELLA

A CURA DI WALTER RUBBOLI

1. Introduzione

La “Casa San Giuseppe” dell’Opera Don Guanella si trova alla periferia di Roma, in via Aurelia Antica, dove si trasferì da Monte Mario nell’ottobre del 1918. È una Casa della Congregazione dei Servi della Carità, comunemente chiamati “Guanelliani” che svolgono la loro missione in favore dei disabili, secondo i dettami del proprio fondatore Don Luigi Guanella (1842-1915).

Il centro accoglie soggetti con handicap psico-fisico di ogni fascia di età. L’azione educativa e riabilitativa, improntata ai principi della pedagogia “guanelliana”, tende alla promozione globale della persona e si propone di mantenere e sviluppare, per quanto possibile, tutte le capacità del soggetto sia sul piano fisico che su quello psichico, con l’intento di raggiungere una soddisfacente autonomia personale ed un buon inserimento sociale.

Attualmente il Centro di Riabilitazione, che riserva particolare attenzione, per scelta dello stesso fondatore, soprattutto ai soggetti più gravi, è composto da due reparti¹²⁵, un ambulatorio¹²⁶ ed un *day hospital*¹²⁷.

Al fine di offrire un servizio riabilitativo più articolato, la terapia occupazionale è stata inserita in Istituto nel 1978, pur non prevedendo un reparto vero e proprio per questo ambito di intervento. L’introduzione della nuova terapia coincide con la necessità da parte del Centro di Riabilitazione di percorrere strade differenti per i diversi pazienti. Tre terapisti della riabilitazione, che avevano trovato particolarmente interessanti le nuove possibilità di intervento terapeutico, invitarono a Roma la dott.ssa Piergrossi del Vivaio di Milano, che già teneva corsi di formazione per l’AITO, la quale ac-

¹²⁵ Reparto S. Giuseppe (pazienti ricoverati di età superiore ai 50 anni), Reparto Pio XII (pazienti ricoverati di età compresa tra 25 e 50 anni).

¹²⁶ Pazienti con visite e trattamenti su appuntamento dai 0 ai 15 anni.

¹²⁷ Centro diurno (pazienti dai 15 ai 25 anni).

cettò di condurre un seminario nella sede romana sulle tecniche di trattamento e sul sostegno psicologico al disabile nell'ambito della terapia occupazionale. Da quel momento in poi le terapisti sono sempre rimaste in contatto con l'ambiente milanese.

Il servizio di terapia occupazionale è coordinato da un neurologo ed è svolto da 9 terapisti occupazionali a tempo pieno. Sei sono gli spazi adibiti al servizio: una stanza in ambulatorio, tre stanze nel reparto Pio XII e due nel reparto S. Giuseppe. In questi ambienti sono distribuiti i tavoli e tutti gli strumenti per le varie attività; questi spazi sono veri e propri laboratori per attività artigianali ed espressive.

2. Aspetti organizzativi

I pazienti del Centro di Riabilitazione provengono da altri centri ospedalieri, generalmente dai reparti di neurologia, neuropsichiatria infantile, psicogeriatrica ed ortopedia. Essi sono ripartiti in due fasce d'età: i bambini e gli adulti.

Per i primi, il trattamento riabilitativo viene svolto in ambulatorio, dove presta servizio una sola terapeuta occupazionale, presente tre pomeriggi la settimana. Attualmente segue 7 bambini su 123 in cura. Gli adulti, invece, sono ricoverati nei due reparti di degenza: il Pio XII dove attualmente, su 108 pazienti, 30 sono in terapia occupazionale, assistiti da sei terapisti; ed il S. Giuseppe, che accoglie circa 125 pazienti, di cui 26 risultano inseriti in terapia occupazionale, con tre terapisti impiegate.

Accanto all'ambulatorio una stanza è adibita a centro diurno, dove vengono ospitati pazienti compresi nella fascia d'età fra i 15 e i 25 anni: qui sono seguiti circa sessanta ragazzi all'anno (64 nel 1998). Di questi attualmente solo 3 sono inseriti in un programma di terapia occupazionale.

Il *day hospital* del Don Guanella è un servizio poco sviluppato e la sua gestione è inglobata nell'attività dell'ambulatorio: privilegiando soprattutto le categorie dei pazienti anziani e bambini, il Centro delega ad altri Ospedali la cura dei disabili giovani ed adolescenti.

L'ambulatorio

Bambini e preadolescenti sono seguiti con trattamenti individuali, in orario pomeridiano. La scelta dell'orario è dettata dalla volontà di perseguire l'obiettivo principale della terapia occupazionale.

le: l'integrazione nell'ambiente frequentato dal paziente. Al di là del trattamento strettamente riabilitativo, si tende a favorire l'inserimento dei bambini a scuola e a mantenerli il più possibile in famiglia¹²⁸.

È in discussione la possibilità di potenziare il servizio di terapia occupazionale (dal 1999), aggiungendo uno o due pomeriggi alla settimana per i trattamenti rivolti ai bambini. Le mattine vengono evitate proprio per rispettare l'orario dei bambini che frequentano la scuola.

I reparti di degenza

Il servizio di terapia occupazionale svolto in questi reparti è rivolto ad un gruppo di pazienti in cui il ritardo mentale si associa a patologie neuromotorie di diversa gravità, ed è finalizzato a: mantenere le competenze acquisite e non più suscettibili di miglioramento, contrastandone, per quanto possibile, il deterioramento; sviluppare eventuali potenzialità residue, specialmente rispetto alle abilità relazionali; raggiungere il maggior grado possibile di autonomia personale, mediante ausili opportunamente scelti, idonee strategie operative e tirocini funzionali adeguati.

Mentre per i bambini si punta ad accompagnare e a correggere l'evoluzione, nei reparti di degenza prevale la terapia di mantenimento, dove si punta principalmente a contrastare il deterioramento, anche se in molti casi si verificano miglioramenti nei pazienti, soprattutto a livello relazionale.

Per gli adulti, a differenza dei bambini che vengono seguiti individualmente, è molto più sviluppata la terapia di gruppo: solo due volte la settimana si svolgono i trattamenti individuali.

Il servizio di terapia occupazionale per i pazienti interni è svolto dalle 8.00 alle 15.00, tutti i giorni dal lunedì al venerdì. In questa fascia oraria sono comprese le "attività della vita quotidiana": in particolare il paziente viene assistito direttamente in bagno ed in refettorio.

Non è prevista nel corso dei trattamenti individuali una rieducazione specifica per accedere autonomamente al bagno o per mangiare in mensa. Nell'Istituto i degenti vivono per molti anni, quindi le attività di vita quotidiana sono considerate ordinarie e non sono previste stanze adattate con letti e ausili per esercitarsi nei tra-

¹²⁸ Due piccoli pazienti sono oggi in lista d'attesa. Sembrano pochi, ma sono già molti, considerando il fatto che il tempo di attesa può perdurare anche oltre un anno.

sferimenti dalla carrozzina. La lunga degenza dipende anche dal fatto che la maggior parte dei pazienti, la cui età media è di circa 50 anni, non ha più nessun familiare che la possa assistere.

Quando è possibile, si cerca di mandare a casa il sabato e la domenica chi fra i pazienti ha ancora la famiglia, solitamente ogni quindici giorni, prolungando il periodo di qualche giorno per una vacanza nel periodo estivo. Ma la maggior parte dei degenti resta sempre in Istituto.

Programmazione e valutazione

La programmazione dell'attività rivolta ai pazienti ricoverati in reparto viene effettuata dall'*équipe* multidisciplinare all'inizio dell'anno. La programmazione riguarda principalmente le attività di gruppo da suggerire ai pazienti, mentre per le terapie individuali, si mantiene una certa flessibilità.

Trimestralmente sono previste verifiche, ovvero aggiornamenti d'*équipe*, in occasione delle quali si può correggere l'indirizzo dato al percorso riabilitativo. Alla fine dell'anno, invece, è prevista la verifica generale, che analizza sia la situazione dei singoli pazienti che i risultati ottenuti con le attività di gruppo. Anche per l'attività ambulatoriale, pur non essendoci una vera e propria programmazione generale, sono previsti aggiornamenti d'*équipe* ogni tre mesi.

Per la valutazione, i terapisti non fanno riferimento a nessuna scala valutativa: le valutazioni così risultano soggettive e sono affidate all'esperienza del terapeuta.

Lavoro di gruppo e terapia individuale

L'attività espressiva è alla base della terapia di gruppo. Si usano varie tecniche di lavoro, semplici e gratificanti, opportunamente graduate, tali da consentire al paziente esperienze di successo: attività manipolative sensoriali (cartapesta, colori a dita, farina, creta), attività di coordinazione oculo-manuale ed attività espressive dalla pittura al *collage* con la carta riciclata. È importante proporre attività che prevedano l'uso di materiali familiari come carta, pennarelli, colori a tempera e colla, perché, essendo eseguibili in tempi brevi, offrono rassicurazione e gratificazione immediata al paziente. Sulla base di tali esperienze positive, i terapisti possono poi proporre anche attività più elaborate strutturalmente, come i lavori di falegnameria che richiedono un'estensione temporale del progetto prima di raggiungere il risultato di un prodotto finito.

Un'altra esperienza particolarmente articolata è stata quella del teatro delle ombre cinesi, sperimentata nel 1998 per la sua doppia

valenza terapeutica: da un lato il linguaggio e la gestione del corpo, dall'altro la dimensione relazionale tra i membri di un gruppo. I risultati conseguiti sono stati più che soddisfacenti.

Per quanto riguarda invece le sedute individuali di terapia occupazionale, esse sono molto spesso considerate propedeutiche all'inserimento del paziente nel gruppo. Costituiscono uno spazio privilegiato, in cui emerge subito la personalità del paziente che, grazie all'unicità di relazione con il terapeuta, ha la possibilità di compiere scelte personali in un ambiente ricco di stimoli, per svolgere un lavoro che prevede la trasformazione creativa dei materiali.

Da qualche anno, presso la "Casa San Giuseppe", si sono formati anche due gruppi di musicoterapia; tale disciplina ha offerto al servizio di terapia occupazionale alcuni stimoli per una collaborazione, essendoci diversi punti di contatto fra i due ambiti terapeutici. È stato proposto con successo un lavoro basato sulla gestualità del corpo e l'ascolto della musica: si è trattato di un'esperienza nuova, resa possibile dalla presenza di tre musicoterapisti.

Il lavoro del terapeuta occupazionale è spesso combinato con quello degli altri terapisti; a parte l'esempio dei musicoterapisti, ciò accade di frequente con i terapisti impegnati nella rieducazione del linguaggio.

Nella programmazione di un lavoro di gruppo i terapisti ritengono fondamentale che ciascun membro coinvolto nell'attività sia personalmente motivato: cercano di sollecitare i pazienti ad offrire il proprio contributo in termini di idee, ancor prima di ragionare con loro per determinare le diverse fasi che porteranno alla realizzazione del progetto prescelto. Due sono gli aspetti che i terapisti devono tenere presente: da un lato devono guidare il paziente a scegliere solo attività alla sua portata; dall'altro devono prestare attenzione a non farsi trascinare dall'entusiasmo, per non sostituirsi al paziente stesso nello svolgimento del lavoro.

L'équipe multidisciplinare

Sia la programmazione delle attività che la valutazione e la verifica si svolgono in sede di *équipe* multidisciplinare; l'*équipe* è formata da un neurologo, un ortopedico, un neuropsichiatra, un terapeuta occupazionale, un terapeuta della riabilitazione, un otorino, un oculista, un assistente sociale, uno psicologo e due rappresentanti della direzione. L'*équipe* multidisciplinare è coordinata dal direttore di reparto e, in sua assenza, dal vicedirettore.

L'*équipe* multidisciplinare si riunisce una volta al mese. Quando si verificano emergenze o picchi di lavoro, si organizzano riunioni straordinarie. Quando l'*équipe* multidisciplinare si riunisce per discutere i casi trattati in ambulatorio, ne prende in considerazione solo tre o quattro per volta e coinvolge soltanto i terapisti, la coordinatrice ed i medici specialisti interessati.

All'inizio della riunione si procede ad una presentazione del caso: ogni specialista riferisce per ciò che gli compete. Segue poi la discussione di gruppo. Anche quando un terapeuta segnala la necessità di modificare il trattamento relativo ad un paziente, la relativa discussione e l'eventuale decisione di cambiare avviene in sede d'*équipe*.

La valutazione ambientale

I terapisti dell'Opera Don Guanella non sono abilitati a svolgere il servizio all'esterno dell'Ospedale e non possono recarsi presso il domicilio dei pazienti. In qualche caso però, il terapeuta occupazionale di propria iniziativa compie una visita domiciliare, valuta la situazione, fornisce alcuni consigli e dà qualche suggerimento ai familiari.

Anche presso le scuole, sempre in modo non istituzionale e spontaneo, si effettuano dei sopralluoghi per prevenire problemi derivanti da uno scorretto posizionamento del corpo e, in questo caso, consigliare una sedia e un banco con particolari caratteristiche ergonomiche.

Questo lavoro non è formalmente riconosciuto, ma i terapisti occupazionali lo svolgono ugualmente su propria iniziativa personale. Per andare loro incontro, l'uscita del terapeuta viene concordata nell'orario previsto per il trattamento ambulatoriale del bambino interessato. La valutazione ambientale in realtà è una competenza del servizio SIA (Servizio Informazione Ausili), di cui parleremo in seguito.

3. Presa in carico del paziente

Con riferimento agli interventi di tipo ambulatoriale, solitamente i genitori dei bambini interessati vengono indirizzati al Centro di Riabilitazione dai medici di base o da altre strutture ospedaliere. Previo appuntamento telefonico, essi ottengono una prima visita con la neuropsichiatra infantile, alla quale spetta la valutazione

se inserire il paziente in un programma di terapia occupazionale. Dopo questa visita, si inserisce il paziente in lista d'attesa¹²⁹.

Per il ricovero nel Centro di Riabilitazione, la domanda deve essere presentata dai parenti del paziente. Come prima risposta, l'assistente sociale convoca i familiari per un colloquio e fissa in quell'occasione la prima visita col neurologo, il quale valuterà l'accettazione ed il tipo di trattamento.

Sia per gli interventi ambulatoriali che per il ricovero, è prevista una lista d'attesa, ed i tempi di inserimento sono molto lunghi¹³⁰. Nella maggior parte dei casi la terapia si prolunga per anni, accompagnando il bambino nella fase di crescita: per questa ragione non sono disponibili ore aggiuntive per l'inserimento di nuovi pazienti in trattamento. Analogo discorso vale per i reparti di degenza, nei quali difficilmente si liberano posti letto, dal momento che il ricovero si prolunga quasi sempre negli anni.

4. Sperimentazione e Innovazione

Nel Centro di Riabilitazione dell'Opera Don Guanella non viene fatta alcuna attività di sperimentazione: è in atto invece uno sforzo innovativo per migliorare le condizioni ambientali dei pazienti ricoverati. Un consistente cambiamento si sta attuando proprio a livello di strutture: ai due reparti di degenza verranno affiancate le nuove residenze che si stanno costruendo nella stessa area dove è collocata l'attuale sede dell'Opera Don Guanella. Si tratta di veri e propri mini-appartamenti, con spazi comuni e con camere a due letti, con un arredamento funzionale ed accessibile al paziente disabile. La spesa per la realizzazione del progetto è interamente a carico dall'Opera Don Guanella.

Il reparto Pio XII verrà demolito, per lasciare lo spazio ad una nuova costruzione, definita "Polo delle Attività", mentre saranno ristrutturati due piani dell'altro reparto, il S. Giuseppe. Nel Polo delle Attività la terapia occupazionale avrà lo spazio per una cucina attrezzata; i tempi di realizzazione, tuttavia, sono ancora molto lun-

¹²⁹ Per i pazienti ricoverati, è il neurologo a valutare l'opportunità dell'inserimento in terapia occupazionale.

¹³⁰ Settori della terapia riabilitativa prevedono liste di attesa di due anni. Questa situazione si presenta per la logoterapia, campo nel quale sono molto aumentate le richieste: vi sono bambini costretti ad aspettare due anni prima di usufruire dei primi interventi terapeutici.

ghi. Recentemente è stato introdotto il *computer* nel trattamento terapeutico, utilizzando programmi software che stimolano la dimensione cognitiva.

Sta giungendo a conclusione uno studio sul servizio di terapia occupazionale svolto nel Centro di Riabilitazione: si tratta di una riflessione/analisi sul lavoro svolto dagli operatori negli ultimi anni, che gli stessi terapisti, con incontri e verifiche periodiche stanno realizzando.

5. Rapporto ed Integrazione con l'ambiente

L'attività ambulatoriale, focalizzata sui minori, comporta diversi rapporti con le scuole materne e con gli asili nido, e si estendono anche alle scuole elementari e medie, quando ciò è possibile.

Il contatto con le scuole non si instaura in relazione a tutti i bambini ma, vista l'importanza di interagire con gli insegnanti e con le realtà ambientali in cui i bambini vivono quotidianamente, si tenta il più possibile di impostare uno scambio informativo scuola-ospedale molto intenso. Anche in questo caso l'iniziativa è del terapeuta occupazionale o della scuola interessata, non essendo prevista l'uscita dei terapisti dal Centro di riabilitazione tra i compiti istituzionali ad essi assegnati.

Sempre in base alla propria disponibilità, l'assistente sociale, la neuropsichiatra e la terapeuta occupazionale partecipano ai GLH (Gruppo di Lavoro per l'Handicap), organizzate in genere dalla scuola, alle quali partecipano gli insegnanti e gli operatori sanitari che lavorano con il bambino. Talvolta gli incontri si svolgono presso il Centro di Riabilitazione per andare incontro alle esigenze del personale ospedaliero; anche le case famiglia chiedono occasionalmente informazioni e valutazioni sulle condizioni psicofisiche di alcuni ragazzi.

Il Centro di Riabilitazione ha una convenzione con il Bambin Gesù, ospedale pediatrico con diverse sedi a Roma, che ha indirizzato all'Opera Don Guanella molti bambini. L'Opera Don Guanella si avvale delle prestazioni professionali di alcuni medici, come il neurologo, il neuropsicologo e l'ortopedico, provenienti proprio dal Bambin Gesù.

6. Le risorse impiegate

Ogni reparto ha un proprio *budget* e la terapia occupazionale è finanziata con le risorse economiche del reparto in cui viene svolta. Le spese relative alla terapia occupazionale rientrano nel capitolo generale delle spese per gli interventi terapeutici.

I reparti di degenza sono dotati di due *computer*, due forni per la cottura della creta e tre telai per la tessitura. Per l'acquisto di nuovi ausili, la richiesta viene inoltrata dall'Amministrazione direttamente alla ASL; se la ASL paga solo una parte della spesa dell'ausilio, l'Opera Don Guanella lo acquista, coprendo la differenza del costo di acquisto. Per i pazienti curati ambulatorialmente invece, se la ASL non passa interamente l'ausilio, l'utente deve provvedere a pagare la differenza.

Per quanto riguarda la formazione dei terapisti, non è previsto un rimborso spese, ma l'Istituto considera le giornate impiegate in un corso di formazione come giornate lavorative retribuite regolarmente¹³¹.

7. Il personale

L'organico del Centro di Riabilitazione è composto da tre assistenti sociali, uno psichiatra, cinque psicologi, due neuropsichiatri infantili, cinque neurologi, undici fisioterapisti, sette logopedisti, quattro psicomotricisti, sei terapisti occupazionali, una capo sala di reparto, nonché da un ortopedico, un oculista, un otorino ed un odontoiatra.

Nel caso di picchi di lavoro non sono contemplate assunzioni temporanee di operatori ausiliari, ma si risponde intervenendo sugli orari del personale. Però, in vista di un ampliamento del servizio le cose dovrebbero cambiare: attualmente, la terapeuta occupazionale lavora in ambulatorio tre pomeriggi la settimana, la mattina lavora nei reparti; quando aumenteranno i pomeriggi adibiti al servizio di terapia occupazionale in ambulatorio, bisognerà decidere se sollevare la terapeuta dal lavoro in reparto o assumere una nuova terapeuta.

Tutte le terapisti occupazionali che lavorano all'Opera Don Guanella sono qualificate come terapisti della riabilitazione diplo-

¹³¹ Uno degli ultimi corsi di aggiornamento seguito dalle terapisti occupazionali è stato organizzato dal SIVA.

matesi attraverso corsi universitari; nessuna di loro ha conseguito il titolo di terapeuta occupazionale, ma hanno tutte acquisito una specializzazione lavorando direttamente sul campo. Di tutte le terapisti occupazionali presenti, una sola è assunta a tempo parziale, le altre sono a tempo pieno.

Il livello contrattuale è lo stesso per i terapisti della riabilitazione e per quelli occupazionali, essendo equiparata la loro qualifica in organico: i terapisti della riabilitazione vengono assunti al sesto livello e dopo otto anni passano al settimo.

In questi vent'anni si è verificato un incremento di terapisti occupazionali piuttosto che un avvicendamento: fino ad oggi, chi ha cominciato a lavorare all'Opera Don Guanella come terapeuta occupazionale lavora ancora all'Istituto.

Un terapeuta può cambiare ambito di intervento o per un trasferimento interno da un reparto ad un altro o per il passaggio da una specializzazione ad un'altra, come nel caso dei terapisti occupazionali che hanno trasferito la loro specializzazione dalla terapia neuromotoria alla quella occupazionale.

I terapisti occupazionali sono stati affiancati da diversi allievi delle scuole professionali per un tirocinio. In un primo momento i tirocinanti si limitano ad osservare il lavoro dei terapisti; poi, via via che il bagaglio di conoscenze si accresce, vengono assegnati ai tirocinanti alcuni compiti specifici, accompagnati da relazioni scritte; infine, essi vengono messi a contatto diretto con il paziente.

In genere, gli studenti giungono dalle scuole già orientati nel seguire una determinata terapia (terapia neuromotoria, terapia occupazionale o logoterapia), anche se non tutti arrivano al corso con la medesima motivazione: i tirocini sono obbligatori, perché inseriti nel loro programma di studi¹³².

8. Sistema informativo

Per ogni paziente viene compilata una cartella personale, dove sono riportate le visite mediche, la valutazione del terapeuta e i di-

¹³² È accaduto in molti casi che lo studente sia arrivato al Don Guanella soltanto perché previsto dagli obblighi scolastici e che poi sia rimasto coinvolto emotivamente al tipo di lavoro.

versi aggiornamenti. Come già detto, non vengono utilizzate scale di valutazione¹³³.

Lo scambio di opinioni e di informazioni tra terapisti e medici avviene generalmente durante il trattamento. Sul piano dell'informazione all'utenza, tutto è lasciato all'iniziativa del terapeuta occupazionale attraverso il suo rapporto diretto con il paziente e con i suoi familiari. Effettivamente c'è molto dialogo e molto spazio viene dedicato alle spiegazioni ed ai chiarimenti, anche se ciò non avviene in modo strutturato.

Per quanto riguarda la visibilità esterna, l'Opera Don Guanella è assai nota e molti ne conoscono l'esistenza ed il tipo di intervento. Viene stampato un bollettino con la descrizione delle attività svolte dall'Istituto, la presentazione del personale, gli eventi significativi che ne caratterizzano la vita. È *La voce dei poveri di Don Guanella*, inviato in particolare ai benefattori e ai sostenitori dell'Opera. C'è poi un "foglio" informativo del servizio SIA (Servizio Informazione Ausili), curato da tre terapisti di cui due occupazionali. Il servizio è collegato al Don Gnocchi di Milano ed è aperto anche all'utenza esterna per promuovere l'autonomia dei portatori di handicap. Si offrono informazioni e consulenze sugli ausili e sugli aspetti legislativi che riguardano la disabilità. Il SIA si avvale della Banca Dati del SIVA di Milano, di un archivio cartaceo e di una biblioteca.

9. Gli ausili

Gli ausili si ottengono tramite richiesta dello specialista e con prescrizione medica; generalmente è il familiare del paziente a recarsi presso la ditta fornitrice per ottenere un preventivo che presenta poi alla ASL di appartenenza. In qualche caso, alcune ditte mandano i propri rappresentanti direttamente al Centro di Riabilitazione per far conoscere i nuovi ausili e per delle dimostrazioni.

Gli ausili utilizzati per la terapia occupazionale sono diversi: *ausili della mobilità*¹³⁴, per le *attività di vita quotidiana*¹³⁵; per il

¹³³ Era allo studio un progetto di informatizzazione dei dati riportati nelle cartelle, ma per il momento esso è stato accantonato.

¹³⁴ Bastoni, tripodi, tetrapodi, deambulatori, carrozzine manuali, elettroniche e carrozzine ad autospinta, seggioloni, passeggini, nonché rampe ed ascensori.

¹³⁵ Ausili per il bagno, in particolare maniglioni e corrimano, e tutte le attrezzature che si sono rese necessarie.

*posizionamento*¹³⁶; per i *trasferimenti*¹³⁷; per *l'autonomia a tavola*¹³⁸; per la *prevenzione* di piaghe da decubito¹³⁹; per la *comunicazione*¹⁴⁰.

¹³⁶ Sia in ambulatorio che nei reparti vengono usati diversi sistemi di postura.

¹³⁷ Sollevatori mobili a funzionamento elettronico.

¹³⁸ Tovagliette antiscivolo, piatti particolari con bordo piatto, bicchieri con impugnatura anatomica, con doppia impugnatura, con beccuccio, cannuccia con valvole di non ritorno, posate sagomate, ecc.

¹³⁹ Cuscini e materassi adattati.

¹⁴⁰ Comunicatori simbolici e *computer*.

APPENDICE

Il questionario rivolto ai servizi
di Terapia Occupazionale

Scheda di rilevazione Terapia Occupazionale

Questionario di indagine a cura del Centro «A.M. Maderna»

Via Vittorio Veneto, 8 - 28048 Verbania Pallanza

tel. 0323 503353 - fax 0323 503953

(Verbania Pallanza, dicembre 1997)

Numero progressivo (non compilare) |__|__|
(1-2)

A. DATI IDENTIFICATIVI

1. **Denominazione dell'ente gestore del servizio:**

2. **Struttura presso la quale è ubicato il servizio:**

(specificare tipo e denominazione della struttura, ad esempio Ospedale di..., Clinica di..., RSA di..., ecc.)

3. **Ubicazione del Servizio:**

Via _____ N° |__|__| CAP|__|__|__| Cit-
tà _____ Prov. |__| Azienda ASL |__|__| Tel.
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Fax |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

4. **Nome del responsabile del servizio:**

5. **Nome dell'intervistato ed incarico ricoperto:**

6. Anno di avvio del servizio: 19|_|

7. L'ente gestore è :

- Pubblico 1
 Privato convenzionato con SSN 2
 Privato convenzionato con altri enti pubblici (specificare) _____ 3
 Privato non convenzionato 4
 Altro (specificare) _____ 5

8. Nella struttura considerata è presente un reparto di terapia occupazionale?

Sì 1 No 2

(se risponde **Si** passare alla domanda **10**)

9. Se non è presente un reparto di Terapia Occupazionale è comunque attivo un servizio organizzato di terapia occupazionale?

Sì 1 No 2

B. STRUTTURE E RISORSE

10. Quante stanze sono utilizzate esclusivamente dal servizio di T.O.?

(specificare il numero) |_|_|

11. Indicare il numero e il tipo di spazi attrezzati che è possibile utilizzare per le attività di T.O.: (specificare anche il numero)

	interni al reparto T.O.	in comune con altri reparti
Cucina adattata	<input type="checkbox"/> 1 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 n° <input type="text"/>
Bagno adattato	<input type="checkbox"/> 3 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 n° <input type="text"/>
Camera da letto adattata	<input type="checkbox"/> 5 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6 n° <input type="text"/>
Palestra attrezzata	<input type="checkbox"/> 7 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 8 n° <input type="text"/>
Laboratori attività artigianali, espressive	<input type="checkbox"/> 9 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 10 n° <input type="text"/>
Stanze attrezzate con ausili	<input type="checkbox"/> 11 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 12 n° <input type="text"/>
Ambulatorio	<input type="checkbox"/> 13 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 14 n° <input type="text"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> 15 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 16 n° <input type="text"/>

12. Indicare il numero e il tipo di strumentazione utilizzata per le attività di T.O.:

	interni al reparto T.O.	in comune con altri reparti
<i>Computer</i>	<input type="checkbox"/> 1 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 n° <input type="text"/>
Vasca termostata per ortesi	<input type="checkbox"/> 3 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 n° <input type="text"/>
Sollevatore idraulico	<input type="checkbox"/> 5 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6 n° <input type="text"/>
Forno per cottura creta	<input type="checkbox"/> 7 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 8 n° <input type="text"/>
Telaio per tessitura	<input type="checkbox"/> 9 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 10 n° <input type="text"/>
Strumenti per la lavorazione del legno	<input type="checkbox"/> 11 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 12 n° <input type="text"/>
Attrezzature per lavorazione della carta	<input type="checkbox"/> 13 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 14 n° <input type="text"/>
Strumenti musicali	<input type="checkbox"/> 15 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 16 n° <input type="text"/>
Giochi funzionali	<input type="checkbox"/> 17 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 18 n° <input type="text"/>
Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> 19 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 20 n° <input type="text"/>

C. IL PERSONALE IMPIEGATO

13. Nella pianta organica della struttura che ospita il servizio è previsto l'impiego di terapisti occupazionali?

Sì 1 No 2

(se risponde Sì passare alla domanda 15)

14. Se risponde NO, quale figura professionale svolge attività di T.O.? (specificare)

	n° ____
	n° ____
	n° ____
	n° ____

15. Quanti terapisti occupazionali operano nella struttura? (rispondere anche nel caso di altre figure professionali che svolgono attività di T.O.)

	a tempo parziale	a tempo pieno
in qualità di dipendente	<input type="checkbox"/> 1 n° ____	<input type="checkbox"/> 2 n° ____
libero professionista	<input type="checkbox"/> 3 n° ____	<input type="checkbox"/> 4 n° ____
socio di una cooperativa	<input type="checkbox"/> 5 n° ____	<input type="checkbox"/> 6 n° ____

16. Quale figura medica coordina il reparto o il servizio di T.O.?

Fisiatra	<input type="checkbox"/> 1
Psichiatra	<input type="checkbox"/> 2
Neurologo	<input type="checkbox"/> 3
geriatra	<input type="checkbox"/> 4
altro (specificare)	<input type="checkbox"/> 5

17. Opera nel reparto di T.O. un'equipe multidisciplinare?

Sì 1 No 2

(se risponde No passare alla domanda 19)

18. Se esiste una *équipe* multidisciplinare da chi è composta?

(distinguere il personale interno alla struttura ospite da quello esterno)

	personale interno	personale ester- no
assistente sociale	<input type="checkbox"/> 1 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 n° <input type="text"/>
geriatra	<input type="checkbox"/> 3 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 n° <input type="text"/>
psico-geriatra	<input type="checkbox"/> 5 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6 n° <input type="text"/>
psichiatra	<input type="checkbox"/> 7 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 8 n° <input type="text"/>
psicologo	<input type="checkbox"/> 9 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 10 n° <input type="text"/>
neuropsichiatra infantile	<input type="checkbox"/> 11 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 12 n° <input type="text"/>
neurologo	<input type="checkbox"/> 13 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 14 n° <input type="text"/>
fisiatra	<input type="checkbox"/> 15 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 16 n° <input type="text"/>
fisioterapista	<input type="checkbox"/> 17 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 18 n° <input type="text"/>
logopedista	<input type="checkbox"/> 19 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 20 n° <input type="text"/>
psicomotricista	<input type="checkbox"/> 21 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 22 n° <input type="text"/>
capo sala di reparto	<input type="checkbox"/> 23 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 24 n° <input type="text"/>
medico di reparto/sezione	<input type="checkbox"/> 25 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 26 n° <input type="text"/>
altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> 27 n° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 28 n° <input type="text"/>

D. UTENTI**19. Quali sono gli ambiti patologici trattati nella T.O.? Indicare per ogni patologia il numero di pazienti trattati in un anno (specificare l'anno di riferimento)**

19|_|_|

neurologia	<input type="checkbox"/> 1 n° <input type="text"/>
psichiatria	<input type="checkbox"/> 2 n° <input type="text"/>
neuropsichiatria infantile	<input type="checkbox"/> 3 n° <input type="text"/>
geriatria	<input type="checkbox"/> 4 n° <input type="text"/>
psicogeriatra	<input type="checkbox"/> 5 n° <input type="text"/>
cardiologia	<input type="checkbox"/> 6 n° <input type="text"/>
pediatria	<input type="checkbox"/> 7 n° <input type="text"/>
oncologia	<input type="checkbox"/> 8 n° <input type="text"/>
AIDS	<input type="checkbox"/> 9 n° <input type="text"/>
ortopedia	<input type="checkbox"/> 10 n° <input type="text"/>
altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> 11 n° <input type="text"/>

20. Indicare il numero di pazienti trattati in un anno per classi di età: (specificare l'anno di riferimento)

19|_|_|

0-14 anni	<input type="checkbox"/> 1 n° _ _
15-29 anni	<input type="checkbox"/> 2 n° _ _
30-54 anni	<input type="checkbox"/> 3 n° _ _
55-64 anni	<input type="checkbox"/> 4 n° _ _
65-74 anni	<input type="checkbox"/> 5 n° _ _
75-84 anni	<input type="checkbox"/> 6 n° _ _
85 anni e più	<input type="checkbox"/> 7 n° _ _

21. Indicare il numero di pazienti trattati in un anno per esiti clinici: (specificare l'anno di riferimento)

19|_|_|

miglioramento	<input type="checkbox"/> 1 n° _ _
decorso stazionario	<input type="checkbox"/> 2 n° _ _
peggioramento	<input type="checkbox"/> 3 n° _ _

22. Indicare approssimativamente come si distribuiscono percentualmente i pazienti trattati in un anno per area di provenienza: (specificare l'anno di riferimento)

19|_|_|

stessa ASL	_ _ %
diversa ASL ma stessa provincia	_ %
diversa provincia ma stessa regione	_ %
altra regione	_ %
Totale	100 %

E. ATTIVITÀ E PRESTAZIONI

23. Le prestazioni di T.O. sono effettuate mediante: (sono possibili più risposte)

ricovero	<input type="checkbox"/> 1
<i>day hospital</i>	<input type="checkbox"/> 2
prestazioni ambulatoriali	<input type="checkbox"/> 3
prestazioni a domicilio	<input type="checkbox"/> 4

24. Quali sono i canali attraverso i quali è possibile l'accesso alla T.O.? (sono possibili più risposte)

richiesta di altri reparti interni di degenza	<input type="checkbox"/> 1
richiesta di altre strutture ospedaliere	<input type="checkbox"/> 2
richiesta dell'interessato	<input type="checkbox"/> 3
segnalazione del medico di base	<input type="checkbox"/> 4
segnalazione di familiari	<input type="checkbox"/> 5
segnalazione dei servizi sociali	<input type="checkbox"/> 6
segnalazione del volontariato	<input type="checkbox"/> 7
altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> 8

25. Esiste una lista di attesa?

Sì 1

No 2

(se risponde **No** passare alla domanda 27)

26. Se risponde Si, quale è il tempo medio di attesa?

	Numero di giorni
Per gli utenti ambulatoriali	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1
Per i pazienti interni alla struttura	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2

27. Quanti pazienti vengono trattati in media in un giorno nell'ambito delle attività di T.O.?

Numero pazienti

28. Quali attività costituiscono il trattamento di T.O.?

attività di vita quotidiana (ADL, IADL)	<input type="checkbox"/> 1
attività artigianali	<input type="checkbox"/> 2
attività espressive	<input type="checkbox"/> 3
attività di gioco adattato	<input type="checkbox"/> 4
attività di manipolazione	<input type="checkbox"/> 5
attività per l'inserimento scolastico e/o lavorativo	<input type="checkbox"/> 6
attività cognitiva con <i>computer</i>	<input type="checkbox"/> 7
musicoterapia	<input type="checkbox"/> 8
attività per l'inserimento nell'ambiente domestico	<input type="checkbox"/> 9
altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> 10

29. Vengono utilizzate scale di valutazione dell'autosufficienza e/o delle caratteristiche psicofisiche dell'utente?

Sì 1 No 2

(se risponde No passare alla domanda 31)

30. Se risponde Sì, specificare quali :

31. Il terapeuta occupazionale svolge anche attività strumentali alla T.O.?

	SI	NO
modellaggio di ortesi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
attività di studio dell'ambiente domestico per l'inserimento domiciliare dell'utente	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
studio ergonomico dell'ambiente di lavoro e/o di scuola	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
progettazione di ausili	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
altro (specificare)	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

F. FORMAZIONE E QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE

32. Indicare il numero e la qualifica di base degli operatori che svolgono T.O. nella struttura:

terapista occupazionale	<input type="checkbox"/> 1 n°		<input type="checkbox"/>
terapista della riabilitazione	<input type="checkbox"/> 2 n°		<input type="checkbox"/>
fisioterapista	<input type="checkbox"/> 3 n°		<input type="checkbox"/>
animatore	<input type="checkbox"/> 4 n°		<input type="checkbox"/>
insegnante di scuola speciale	<input type="checkbox"/> 5 n°		<input type="checkbox"/>
educatore	<input type="checkbox"/> 6 n°		<input type="checkbox"/>
altro (specificare)	<input type="checkbox"/> 7 n°		<input type="checkbox"/>

(solo per i terapisti occupazionali)

33. L'attestato di specializzazione di T.O. è stato conseguito:
(specificare anche il n° di terapisti)

in Italia	<input type="checkbox"/> 1 n°		
all'estero	<input type="checkbox"/> 2 n°		

Per ogni terapeuta occupazionale indicare:

Scuola: _____ anno _____
 Scuola: _____ anno _____
 Scuola: _____ anno _____
 Scuola: _____ anno _____
 Scuola: _____ anno _____

34. Come ritiene la formazione ricevuta per la sua professione?

carente 1 adeguata 2 ottima 3

35. In quali ambiti si concentrano maggiormente le carenze formative? (massimo due risposte)

patologie di base	<input type="checkbox"/> 1
tecniche di trattamento	<input type="checkbox"/> 2
conoscenza degli ausili	<input type="checkbox"/> 3
sostegno psicologico al disabile fisico e/o psichico	<input type="checkbox"/> 4
altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> 5
in generale non si riscontrano carenze formative	<input type="checkbox"/> 6

36. Per aggiornarsi legge abitualmente riviste specializzate?

Sì 1 No 2

(se risponde No passare alla domanda 38)

37. Se risponde Sì, può specificare quali?

38. Conosce nella sua Regione altri centri dove esiste un servizio organizzato di T.O.?

Sì 1

No 2

39. Se risponde Sì, indicare quali: (specificare la denominazione, l'indirizzo, il telefono e possibilmente un referente)

La griglia di domande
utilizzata nei casi di studio

**DOMANDE SULLA T.O.
DA EFFETTUARE NEL CASO DI STUDIO**

ASPETTI ORGANIZZATIVI

L'articolazione dell'intervento di terapia occupazionale

1. Come si articolano gli interventi di Terapia Occupazionale svolti in reparto? Quanti e quali sono i tipi di trattamento (cura personale, attività quotidiane, esercizi ed attività particolari per la riabilitazione)? **C F T** ¹⁴¹
2. Come si distribuisce l'attività di Terapia Occupazionale fra l'attività rivolta ai degenti, quella ambulatoriale e quella di *day hospital* [esprimere approssimativamente valori percentuali e nella domanda che segue mettere in evidenza omogeneità e differenze]? **CF**
3. Descrivere sinteticamente come funzionano: **CF**:
 - il *day hospital* (prescrizione del trattamento, presa in carico del paziente, dimissioni del paziente, strutture e personale impiegato, ecc.)
 - le *prestazioni ambulatoriali* (prescrizione del trattamento, tipi di intervento, personale impiegato, orari, giorni della settimana, ecc.)
 - le *prestazioni a domicilio* (personale impiegato, tipi di intervento, ausili e macchinari utilizzati, coordinamento con altri servizi domiciliari, ecc.) [capire bene se si tratta di prestazioni effettuate a domicilio o se in realtà si tratta di visite/sopralluoghi effettuati allo scopo di osservare l'ambiente e suggerire soluzioni logistiche]
4. Quali sono le fasce orarie lungo la giornata in cui viene svolto il trattamento? e i giorni della settimana? [specificare l'esistenza di cicli o di moduli o di turni nell'organizzazione del lavoro] **CP**
5. Vengono effettuati trattamenti di gruppo? quali tipi di intervento vengono effettuati con i trattamenti di gruppo? [specificare i criteri di inserimento del paziente nella terapia di gruppo e la dimensione media dei gruppi] **C F T P**

¹⁴¹ LEGENDA: **C**= Coordinatore del servizio; **F** = Fisiatra; **P** = Paziente; **T** = terapeuta occupazionale.

6. Viene svolta un'attività di programmazione della T.O.? Con quali obiettivi e con quali scadenze? [*se non proprio un programma viene discusso un piano di lavoro dettagliato sia sulle modalità del trattamento sia sul singolo paziente*] **C F T**

Preso in carico del paziente

7. Da chi viene la segnalazione per la presa in cura del paziente? [*sia nel caso il paziente arrivi dall'esterno sia nel caso il paziente sia ricoverato in altri reparti o in altre strutture di ricovero*] **C F P**
8. Descrivere sinteticamente come avviene la procedura della presa in carico del paziente. [*dalla segnalazione al ricovero, al trattamento*] **C F P** Esistono procedure di urgenza? [*specificare con quali modalità vengono attuate*] **C F**
9. Da chi viene fatta la prescrizione del trattamento? [*specificare quale medico e quando viene fatta dal momento dell'accettazione*] **C F**
10. Tempo intercorrente fra la prima visita (specialistica) e l'inizio del trattamento? Quanto dura in media un trattamento di T.O.? [*fare qualche esempio a seconda delle patologie*]. **C F T P**

Sperimentazione

11. Sono stati introdotti recentemente nuovi metodi o nuovi tipi di trattamento di T.O.? Se sì quali? Se no, Si prevede l'introduzione nel prossimo futuro? **C T**
12. In quali settori è maggiore l'impegno per l'innovazione e la ricerca? (la ricerca medica, le tecniche di applicazione della T.O., il settore degli ausili) **C F**
13. Si sono acquistate nuove macchine o nuove tecnologie per la T.O.? Se sì, quali? Se no, si prevede l'acquisto nel prossimo futuro? **C F**
14. Si sono attivate iniziative di sperimentazione nel trattamento di T.O. in proprio o in collaborazione con altri centri di ricerca qualificati? Quali? **C F**
15. Come arrivano le novità sulla T.O. dall'estero? [*terapisti stranieri che vengono in Italia, missioni all'estero, congressi, ecc.*] **C F T**

Rapporti ed integrazione con l'ambiente

16. Quali sono i rapporti con:
- medici di base
 - l'ADI
 - UVG
 - Centri di riabilitazione
 - RSA
 - Amministrazioni pubbliche
 - Volontariato e non-profit

C F T

[Per ogni soggetto/ente considerato specificare il tipo di rapporto (coordinamento degli interventi sul paziente, collaborazione, scambio di informazioni, rapporti esclusivamente formali, nessun rapporto). Specificare inoltre con quali modalità si hanno rapporti (integrazione degli interventi sulla base di progetti comuni, riunioni periodiche, trasferimento di documentazione, trasmissione lettera, relazioni tra gli operatori di diversi servizi, ecc.).]

RISORSE IMPIEGATE

17. Esiste un *budget* autonomo o un capitolo di spesa ben identificato dove poter individuare le spese complessive di reparto o del servizio di T.O. **C**
18. Si possono individuare i capitoli di spesa principali che riguardano l'attività di T.O. (personale [*quantificare il livello e lo stipendio base del terapeuta occupazionale e verificare se è equiparato ad altre figure di terapeuta. Distinguere tra terapeuta con funzioni di responsabile/coordinatore e semplice terapeuta. Nel caso di non assunzione quantificare il compenso mensile C T*], spese per il materiale utilizzato ai fini della T.O. , ausili, spese di trasporto, ecc.). In caso affermativo specificare le voci e l'ammontare della spesa. **C**
19. Sono previsti investimenti (in macchinari, in materiali, in ampliamento degli spazi) per i prossimi anni? Quali? Per quale ammontare? **C**
20. Sono previsti contributi da enti esterni per il funzionamento dell'attività di T.O.? Se sì, quali sono questi enti e a quanto ammontano i contributi? [*nel caso di fondazioni o istituti privati specificare quali sono i soci finanziatori e quanti e quali contributi ricevono da altri enti (pubblici e privati)*] **C**

21. Si fa ricorso a borse di studio per la formazione e l'inserimento dei terapisti? (specificarne il valore)? **CT**

PERSONALE

22. Quanti sono complessivamente i terapisti (per tipologia) impiegati nella struttura e quanti i terapisti occupazionali? *[la domanda può essere superflua se la risposta è già stata data in precedenza]* **CF**
23. Quale è l'inquadramento contrattuale dei terapisti occupazionali che operano nella struttura? (per es. 6°, 7° livello) *[confronto con le altre figure sanitarie del centro considerato]* **CT**
24. Con quali modalità lavorative vengono impiegati i terapisti occupazionali (rotazione, turni, part-time, trasferimento da altri reparti, consulenze, ecc.)? **CT**
25. Si registra tra i terapisti occupazionali un forte *turn over*? Quanti anni rimangono in media i terapisti? **CT**
26. Si fa ricorso ad operatori/terapisti esterni per far fronte a sovraccarichi di lavoro? Vi sono picchi nel carico di lavoro? Se sì, come vengono affrontati? **CFT**
27. Si lamenta una carenza di terapisti occupazionali nel reparto di T.O.? **CFT**
28. Sono previste nuove assunzioni? **CT**
29. Come viene acquisito un terapeuta occupazionale? Per assunzione tramite concorso? a contratto (che tipo)? trasferito da altro reparto previa specializzazione in T.O.? **CT**
30. Esistono *équipe* multidisciplinari che si occupano dei pazienti trattati in T.O.? Se esiste un'*équipe* multidisciplinare, come opera? *[da chi è composta, quante volte si riunisce, chi la coordina, come si svolge il lavoro, come vengono esaminati i singoli casi, ecc.]* **CFT**
31. Per quanto riguarda il centro o il servizio considerato i terapisti occupazionali risultano motivati? Se sì, quali sono le manifestazioni più evidenti? Se no, perché? **CFTP**
32. Come avviene generalmente l'aggiornamento professionale dei terapisti occupazionali? *[specificare l'importanza delle diverse forme di aggiornamento considerando la formazione sul campo, la partecipazione a corsi e a momenti formativi interni ed*

esterni, e la formazione auto-promossa (sostenuta con le proprie risorse)] **C T**

33. Sono in atto nel centro forme di tirocinio per i terapisti occupazionali? Come viene organizzato il tirocinio e quanto dura? Chi fa il tirocinio rimane nel centro o trova collocazione altrove? **C T**
34. Le spese della formazione sono a carico della struttura, del terapeuta o di altri soggetti? **C T**
35. Vi sono livelli differenziati di responsabilità o di qualifica tra i terapisti che operano nella struttura? Come si differenziano le funzioni? **C T**
36. Quale è il rapporto numerico terapisti occupazionali/pazienti trattati? (valore medio) **C**

SISTEMA INFORMATIVO

37. Sono previsti strumenti di informazione con l'utenza esterna? (sportello di informazione, numero verde, bollettino, ecc.) **C F T P**
38. Viene utilizzata la cartella clinica per il monitoraggio globale dello stato di salute del paziente ricoverato? da chi viene compilata? **C F**
39. Viene utilizzata la cartella fisiatrica-riabilitativa (cartella parallela)? da chi viene compilata? Quali informazioni sono contenute nella cartella, e quali tipi di attività funzionali vengono esaminate? **C F**
40. Viene adottato un sistema informatizzato per la gestione delle cartelle cliniche? Se sì, come si articola la procedura di rilevazione, di imputazione e di analisi dei dati? **C F**
41. Vi è comunicazione/collaborazione tra i medici/terapisti da un lato e medici di base dall'altro? Quali sono le informazioni che vengono scambiate sul paziente? **C F T**
42. Come si caratterizzano in genere i rapporti tra medici e terapisti occupazionali? si registrano difficoltà, conflitti o sovrapposizioni di competenze? [*ricostruire il modello comunicativo specificando i soggetti, i settori e le aree coinvolte*] **C F T**
43. Come avvengono i rapporti tra i terapisti/medici ed i familiari dei pazienti? (distinguere i paziente ricoverati da quelli trattati ambulatoriamente) **C F T P**

44. Sono stati introdotti particolari strumenti innovativi di informazione/ comunicazione? [*Rilevare qualsiasi innovazione nel campo della informazione/comunicazione come il “libretto personale del paziente” o la “scheda questionario” per l’adattamento dell’ambiente domestico, ecc.*] **C**
45. Recuperare studi, relazioni, rapporti che riguardano il servizio di T.O. nella struttura visitata. **C F T**

AUSILI

46. Che tipi di ausili vengono utilizzati? [*distinguere tra quelli per la cura personale (sedile per vasca da bagno, infilacalze, allacciabottoni, ecc.), per la vita quotidiana (sbucciatore, posate speciali, porta libro, ecc.), il materiale per la terapia (pasta modellabile, giochi adattati, computer, ecc.) e gli arredi e le attrezzature (telaio per tessitura, arredi per cucina, bancone per lavorazione del legno, ecc.)*] **C T P**
47. Dove e come si provvede all’approvvigionamento? **C F T P**
48. Chi li prescrive e come vengono finanziati? **C F**
49. Vi sono leggi di riferimento che normano il finanziamento degli ausili [*leggi regionali di cui eventualmente farsi dare il riferimento legislativo ed il testo*]
50. Chi sono i fornitori/distributori? [*specificare ditte e paesi di provenienza*]

Riferimenti bibliografici

- Abreu B.C., *Abilità e capacità funzionali sotto Terapia Occupazionale*, Editore Marrapese, Roma, 1989.
- Aveni Casucci M.A., *Psicologia e Gerontologia*, Edizioni Claire, Milano, 1984.
- Hagedorn R., *Foundations for practice in Occupational Therapy*, Churchill Livingstone, London, 1997.
- Maslin Z.B., *Management in occupational Therapy*, Chapman & Hall, London, 1994.
- Punwar A.J., *Occupational Therapy, Principles and Practice*, Williams & Wilkins, Baltimore, 1994.
- Redaelli T., Valsecchi L., *Terapia Occupazionale: metodologie riabilitative e ausili*, Solei Gruppo Editoriale Informatico, Milano, 1996.
- Reed K.L., *Quick reference to occupational therapy*, Aspen Publishers, Gaithersburg, 1991.