

# SUPSI Health

Rivista semestrale dell'Unità di ricerca del Dipartimento sanità della SUPSI

Numero monotematico  
sull'ergoterapia

## EDITORIALE

Matthias Möller

## L'OSPITE

Claudia Galli

## LABORATORIO DI RICERCA

Stefania Moioli  
Emmanuelle Rossini  
Ruth Hersche  
Matthias Möller

## LEGAMI CON IL TERRITORIO

Alessia Cairoli  
Monica Manfrini

## SPAZIO THESIS

Irene Guarneri

## Segnalazioni



# editoriale

## La complessità delle attività della vita quotidiana



La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)<sup>1</sup>, per la prima volta mette i termini “partecipazione”, “attività” e “fattori ambientali” al centro dell’attenzione. Questo cambiamento paradigmatico è importante perché abbandona la visione deficitaria della persona in merito alla sua salute, accettando come finalità che ogni persona affetta da malattia e/o disabilità possa partecipare ad una vita sociale in un contesto specifico e individuale. I professionisti dell’ergoterapia accolgono con soddisfazione questo nuovo orientamento, soprattutto per il riconoscimento dell’attività, intesa come attività della vita quotidiana (AVQ), come fattore che influenza la salute in modo soggettivo, e per la proposta di un linguaggio comune alle professioni sanitarie che consideri l’“attività” come termine nelle discussioni all’interno dei molteplici contesti riabilitativi. Ogni professione sanitaria ha chiaramente un fulcro diverso rispetto a quello dell’ergoterapia, ma con la ICF anche la loro attenzione per il termine “attività” è aumentata, legandola alla quotidianità individuale. Per esempio, i fisioterapisti si descrivono come “gli specialisti della motricità” che si focalizzano sulle “abilità funzionali dell’individuo nella vita quotidiana”<sup>2</sup>, lavorando così per l’aumento delle possibilità della persona di svolgere le sue AVQ significative. Le cure infermieristiche da sempre hanno uno stretto legame con le AVQ, ma recentemente sono nati nuovi modelli teorici che integrano in modo molto dettagliato una serie di AVQ specifiche<sup>3</sup>.

Da quanto sopra descritto, al contrario di quanto percepito in generale, la distinzione tra fisioterapia e ergoterapia risulta piuttosto chiara, mentre per quanto concerne le cure infermieristiche, il discorso pare ancor più differenziato. In altre parole: il fatto che l’attività sia un termine significativo per tutte le professioni sociosanitarie è un problema per l’ergoterapia?

La risposta è semplice: decisamente no. È importante in questo contesto differenziare l’attività dall’occupazione. Prima di tutto “attività” è un termine neutro e tecnico che utilizziamo tutti.

Nell’ergoterapia qualsiasi attività diventa un’occupazione, quando ad essa si aggiunge la modalità, l’importanza, il grado di performance ed il significato personale di chi mette in atto l’attività. L’ergoterapia è l’unica professione che analizza in modo sistematico e approfondito qualsiasi attività, differenziando il termine attività in livelli tassonomici, dove un movimento singolare osservabile si sviluppa verso livelli sempre più complessi dell’agire quotidiano per creare alla fine momenti di *flow*<sup>4</sup> nei quali la persona raggiunge il massimo beneficio da un’attività svolta in modo idiosincratico<sup>5</sup>.

Per la nostra professione si tratta quindi di continuare a seguire le scelte epistemologiche degli ultimi anni: complessità e unicità della persona, distacco dai modelli biomedici e fisioterapici, e focus sul “fare”, affinando sempre di più gli strumenti professionali che l’ergoterapia già possiede. L’apertura del mondo e del sistema sociosanitario verso il concetto di attività è favorevole, perché integra finalmente l’agire quotidiano come fattore indispensabile per una buona salute e una buona qualità di vita.

Questa edizione di SUPSI Health, interamente riservata alla professione dell’ergoterapia, sottolinea il suo orientamento epistemologico e, nei contributi scelti per essere presentati al pubblico, mostra campi professionali ancora poco associati all’ergoterapia in Ticino. Buona lettura!

### Matthias Möller

Coordinatore del Corso di laurea in Ergoterapia

<sup>1</sup> Organizzazione Mondiale della Salute. 2001. *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Gardolo (TN): Edizione Erickson.

<sup>2</sup> Physioswiss. 2009. *Profilo professionale del fisioterapista*. [http://www.physioswiss.ch/download/physio\\_it.pdf](http://www.physioswiss.ch/download/physio_it.pdf) (consultato il 14.12.2013).

<sup>3</sup> Roper, N., Logan, W.W., Tierney, A.J. 1996. *The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

<sup>4</sup> Csikszentmihalyi, M. 1997. *Finding Flow. The psychology of Engagement with Everyday Life*. New York: Basic Books.

<sup>5</sup> Con “idiosincratico” si intende in questo caso una caratteristica comportamentale o strutturale specifica di un individuo o di un gruppo.

EDITORIALE.....	2
-----------------	---

## L'OSPITE

L'accademizzazione dell'ergoterapia. Sviluppi e sfide.....	4
---	---

## LABORATORIO DI RICERCA

Goal-phrasing in Swiss Occupational Therapy. Una ricerca nazionale sulla formulazione degli obiettivi in ergoterapia.....	6
---	---

L'importanza dei fattori ambientali nella partecipazione delle persone che hanno subito un ictus in Ticino .....	10
--	----

Ergoterapia e salute mentale su base comunitaria: ulteriori sviluppi nel Locarnese.....	14
--	----

## LEGAMI CON IL TERRITORIO

La formazione pratica nel Corso di laurea in Ergoterapia: un valore aggiunto per studenti e professionisti del territorio.....	18
--	----

SPAZIO THESIS.....	22
--------------------	----

SEGNALAZIONI.....	23
-------------------	----

# l'ospite

## L'accademizzazione dell'ergoterapia. Sviluppi e sfide<sup>1</sup>.

*Dal 2006 la formazione in ergoterapia in tutta la Svizzera avviene in Scuole Universitarie Professionali (SUP), rilasciando il titolo di Bachelor of Science; inoltre, nel 2013 è stato approvato un programma di Master Scientifico (MSc) in Ergoterapia. Entrambi i percorsi accademici rappresentano due pietre miliari nello sviluppo di questa professione. Ma esistono anche dei rischi e, se sì, come li possiamo gestire?*

Negli ultimi dieci anni, l'ergoterapia in Svizzera ha subito uno sviluppo enorme:

### **La formazione poggia su solide basi teoriche proprie.**

Il posizionamento a livello SUP tiene conto della complessità crescente della professione. Integrando gli sviluppi internazionali, le basi teoriche non si appoggiano più soltanto sulle scienze di riferimento, bensì si focalizzano su teorie proprie, su modelli occupazionali e sulle relazioni tra occupazione, performance occupazionale e salute. Il contenuto è stato ampliato con degli approcci ergoterapici riguardanti la prevenzione e la promozione della salute.

Dopo le cure infermieristiche e la fisioterapia, l'ergoterapia è la terza professione sanitaria che dispone di un Master scientifico consecutivo approvato dalla Confederazione. Questo offre ai professionisti la possibilità di ottenere il titolo accademico MSc in Svizzera, approfondendo le basi teoriche della professione e acquisendo le competenze per la ricerca scientifica. Fino ad ora in Svizzera questa possibilità esisteva solo per le altre discipline.

### **Le SUP svolgono ricerca applicata e sviluppano conoscenze basate su evidenze scientifiche.**

Nel precedente sistema formativo, in Svizzera raramente esistevano progetti di ricerca specifica ergoterapica. Le SUP hanno l'incarico di promuovere la ricerca orientata alla pratica: collaborando strettamente con ergoterapisti professionisti e con team interprofessionali, essi raccolgono dei quesiti suscitati dalla pratica clinica e pubblicano i risultati dei loro progetti.

### **Parallelamente ai modelli e alle teorie ergoterapiche, si è sviluppata una terminologia professionale specifica.**

Anche se è oggetto di discussioni continue nelle SUP e nella pratica professionale, il linguaggio specifico dell'ergoterapia contribuisce a definire il profilo della professione e costituisce una base comune che diventerà sempre più solida.

L'ergoterapia dispone di un **codice deontologico** che regola le norme etiche della professione; l'**associazione professionale** sostiene gli interessi dei professionisti; la professione sarà integrata nella **nuova legge sulle professioni sanitarie**; le richieste in termini di **qualità** sono verificate e promosse su diversi livelli.



#### **Claudia Galli**

Presidente dell'Associazione Svizzera degli Ergoterapisti (ASE), della Federazione svizzera delle associazioni professionali sanitarie (FSAS) e direttrice organizzativa per il Master europeo Scientifico in Ergoterapia presso la Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).

<sup>1</sup> Testo tradotto dal tedesco da Matthias Möller.

## Le sfide

L'ergoterapia è sulla via giusta. Tuttavia, questo sviluppo ci pone alcune sfide. Esistono spazi di tensione tra "vecchi" e "nuovi" ergoterapisti, tra curricula centrati sull'occupazione e un sistema sanitario sempre orientato alla malattia, tra fondamenti scientifici e il tesoro dell'esperienza pratica, tra livello alto di formazione e il finanziamento delle prestazioni secondo i diversi accordi tariffali.

- Gli studenti imparano ad argomentare in base all'evidenza scientifica. Indagano su studi scientifici, li valutano criticamente e li mettono in relazione alla pratica. Il loro percorso formativo è centrato sul concetto di occupazione. Anche l'esperienza professionale rappresenta un livello di evidenza: le conoscenze dei colleghi professionisti devono confluire nella formazione quanto i risultati attuali della ricerca scientifica. La sfida è quindi quella di coinvolgere i professionisti nei nuovi sviluppi e nel contempo assicurare che gli studenti siano preparati al meglio per poter svolgere interventi ergoterapici con i pazienti/clienti.
- I nuovi curricula delle SUP che offrono il percorso Bachelor in Ergoterapia si focalizzano sul concetto di occupazione. Questo sviluppo non è ancora rappresentato all'interno delle condizioni legali e dei contratti tariffali. Il sistema sanitario svizzero è fortemente suddiviso in discipline mediche come la neurologia, la pediatria, la psichiatria, la geriatria, ecc. La sfida sta nello svolgere del ragionamento clinico basato sull'occupazione in congruenza con le basi legali; deve sempre rimanere chiaro che l'ergoterapia è una prestazione obbligatoria delle casse malati.
- Lo sviluppo demografico, con l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche, richiede nuovi modelli di prestazione per sostenere le persone a lungo termine nella loro autonomia. La questione sarà se gli ergoterapisti potranno assumersi nuovi ruoli all'interno di tali modelli e quali devono essere i presupposti per poterlo fare.
- In alcuni cantoni e istituzioni, il nuovo livello di formazione ha portato a degli adattamenti salariali. Tuttavia, aspettative salariali più elevate non possono essere soddisfatte dagli studi privati. Il valore finanziario attribuito alla prestazione ambulatoriale è rimasto invariato e non offre molto margine di manovra.

- La possibilità di ottenere un titolo MSc riconosciuto dalla Confederazione è una novità. Quali sono le funzioni che potranno assumere gli ergoterapisti con il titolo MSc, e come possono essere combinate con le attività degli altri professionisti ergoterapisti? Sta nascendo un nuovo profilo, il cui sviluppo in Svizzera è ancora all'inizio.
- La mancanza di professionisti formati avrà un impatto sull'ergoterapia. C'è un importante numero di ambiti professionali che presto avrà bisogno di nuovi professionisti. Non è chiaro se riusciremo ad interessare abbastanza giovani svizzeri alla nostra professione e a formarli coprendo tutti i settori.

I processi menzionati fanno parte dello sviluppo naturale di una professione. Per la gestione di queste sfide il dialogo e il confronto rispettoso, a mio avviso, sono dei fattori centrali.

## Gestire assieme il futuro dell'ergoterapia

Da ormai tre anni i corsi di laurea delle SUP svizzere e l'Associazione Svizzera degli Ergoterapisti (ASE) curano il dialogo attraverso incontri sul tema del "Gestire assieme il futuro dell'ergoterapia". I temi menzionati sono affrontati regolarmente, gli approcci vengono elaborati assieme, e le attività necessarie si pianificano di comune accordo. Questa stretta collaborazione fa sì che le questioni derivanti dalla formazione e dal campo professionale si incontrano in modo produttivo, generando degli approcci orientati alla ricerca di soluzioni. In questi stessi incontri si tratta pure di prendere posizione rispetto alla nuova legge sulle professioni sanitarie, coordinare le attività di marketing legate alla professione così come i profili di competenza delle diverse lauree.

Sia le SUP sia l'ASE hanno bisogno di contatti regolari con i colleghi per approfondire il dialogo con essi. Si rinnova quindi l'invito a tutti a contribuire con stimoli e critiche, presso l'ASE o le SUP, per collaborare insieme nell'affrontare le sfide future.



# laboratorio di ricerca

## Stefania Moioli

ha un Bachelor of science SUPSI in Ergoterapia. Dopo una prima esperienza presso la Clinica di riabilitazione neurologica Rehab di Basilea, lavora oggi in uno studio privato ticinese. Collabora inoltre con l'Unità di Ricerca del Dipartimento sanità della SUPSI e sta conseguendo il Master europeo in ergoterapia (European Master of Science in Occupational Therapy).

## Emmanuelle Rossini

è docente ricercatrice al DSAN (SUPSI) e sta conseguendo un Master of Science in Ricerca presso l'Università Laval (Québec). L'ambito professionale in cui si è specializzata è quello dei disturbi comportamentali, in particolar modo legati all'autismo.

## Goal-phrasing in Swiss Occupational Therapy. Una ricerca nazionale sulla formulazione degli obiettivi in ergoterapia. *Goal-phrasing in Swiss Occupational Therapy. National research into the formulation of goals in occupational therapy.*

Stefania Moioli e Emmanuelle Rossini

### Abstract

*The formulation of goals in the world of rehabilitation and health is assuming an increasingly crucial importance in the process of care. In order to better understand how Swiss occupational therapists stand with regard to this issue and how to better support them in the process of developing goals, the schools of occupational therapy in Switzerland have collaborated on a research project concerning the formulation of objectives in this health discipline. The project was funded by the Commission for Technology and Innovation (CTI) and the "Stiftung für Ergotherapie Zürich" foundation, in collaboration with the Swiss Association of Occupational Therapists and the Swiss Red Cross. The research lasted three years and allowed the collection of quite valuable data leading to the construction of a course and a manual to support occupational therapists in this essential step of the therapeutic process. Several results which are presented in this paper highlight the relevance of this topic in professional practice.*

### Una ricerca innovativa

Ogni ricerca, ogni nuovo studio, mira per definizione ad individuare nuovi legami, scoprire o approfondire fatti, fenomeni o processi.

La ricerca "Goal-Phrasing in Swiss Occupational Therapy" racchiudeva in sé questo potenziale poiché, per la prima volta, ha riunito ricercatrici delle scuole universitarie professionali svizzere che offrono Bachelor of Science in Ergoterapia (SUPSI, ZHAW e HES-SO) in un progetto nazionale plurilinguistico volto a comprendere la maniera in cui gli ergoterapisti svizzeri formulano gli obiettivi di trattamento.

Il progetto, realizzato dal 2010 al 2013, è stato finanziato dalla Commissione per la Tecnologia e l'Innovazione (CTI) e dalla fondazione "Stiftung für Ergotherapie Zürich", in collaborazione con l'Associazione Svizzera degli Ergoterapisti (ASE) e con la Croce Rossa Svizzera.

In questo spazio vogliamo riassumere alcuni risultati dello studio e discutere della loro rilevanza per la professione.

### Un tema attuale

In ambito sanitario, l'importanza della formulazione degli obiettivi di trattamento è ampiamente riconosciuta. Essa è infatti definita come pietra miliare di una riabilitazione efficace (Lawler et al., 1999). È una parte fondamentale di ogni processo riabilitativo e viene effettuata da ogni professionista della sanità. Questa importanza ha portato i clinici ad interessarsi al modo con cui gli obiettivi dovrebbero essere formulati in modo che possano essere condivisi, capiti e integrati dalla persona in cura.

Nell'attuale contesto socio-sanitario ed economico, nel quale vi è una crescente richiesta di qualità ed efficacia, questa pratica sta acquisendo ancor più valore.

Degli obiettivi chiari e precisi permettono infatti di:

- strutturare l'intervento;
- misurarne l'efficacia verificando il loro raggiungimento;
- coinvolgere il cliente nella presa a carico permettendogli di partecipare attivamente alla loro elaborazione, aumentando quindi la sua motivazione e collaborazione;
- comunicare chiaramente con gli altri professionisti, favorendo un'adeguata suddivisione dei compiti ed il riconoscimento della professione

(Levack et al., 2006; Parkinson et al., 2011).

Nella letteratura specialistica, questi aspetti sono ampiamente studiati. In particolare si raccomanda agli ergoterapisti di considerare i seguenti aspetti:

- La partecipazione costituisce la finalità dell'intervento: come riconosciuto anche dall'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, dell'OMS), gli obiettivi del trattamento dovrebbero rispecchiare il desiderio del cliente di partecipare pienamente nella società (Baum e Christiansen, 2005).
- Gli obiettivi devono focalizzarsi sulle occupazioni, ovvero devono esternare le occupazioni che il cliente vuole essere in grado di fare (Fischer, 2012).
- Inoltre, gli obiettivi dovrebbero rispettare le raccomandazioni formulate dalle scienze sociali, ovvero dovrebbero essere definiti secondo i criteri SMART; acronimo inglese che significa che gli obiettivi devono venir espressi in maniera Specifica, Misurabile, devono essere Concordati (con il cliente), Realistici e definiti nel Tempo (Locke et al., 1981).



Nella teoria questi concetti sono ormai associati, ma qual'è la loro applicazione nella pratica?

Sono pochi gli studi che finora hanno indagato la qualità della formulazione degli obiettivi nelle discipline sanitarie, specialmente in ergoterapia.

Nell'ambito della ricerca "Goal-phrasing in Swiss Occupational Therapy" sono stati analizzati oltre 1'000 obiettivi di trattamento formulati da ergoterapisti indipendenti su tutto il territorio nazionale nel 2008.

I dati analizzati provengono dalle tre regioni linguistiche (Svizzera italiana (87 casi), francese (295 casi) e tedesca (788 casi)) e rappresentano quattro ambiti professionali: neurologia, pediatria, ortopedia e geriatria/psichiatria. I dati provengono dal controllo qualità (Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 1994), che da diversi anni è attivo sul territorio svizzero per gli ergoterapisti che lavorano da indipendenti. In questo contesto, i professionisti sono chiamati a compilare regolarmente il Goal Attainment Scale (GAS) nell'ottica di osservare il raggiungimento degli obiettivi da loro pre-fissati. Tramite un'analisi qualitativa dei contenuti ed in seguito un'analisi quantitativa è stato possibile determinare il loro grado di formalizzazione (rispetto dei criteri SMART), il loro rapporto con il concetto di *occupazione* e le aree dell'ICF. In questo articolo ci soffermeremo proprio su quest'ultimo aspetto.

### Gli obiettivi ergoterapici secondo l'ICF

Gli obiettivi selezionati sono stati analizzati secondo le categorie dell'ICF, per indagare gli aspetti più trattati nella nostra professione (ogni obiettivo poteva essere codificato in due categorie).



**Goal-phrasing in Swiss Occupational Therapy.**  
**Una ricerca nazionale sulla formulazione degli obiettivi in ergoterapia.**

	Funzioni corporee	Strutture corporee	Attività e Partecipazione	Fattori ambientali	Non chiaro
<b>Totale</b>	<b>44,7%</b>	<b>4,1%</b>	<b>64,9%</b>	<b>9,4%</b>	<b>3,1%</b>
Neurologia	33,0%	3,8%	71,0%	18,7%	0,6%
Pediatria	51,3%	0,0%	70,2%	4,0%	4,5%
Geriatrica/Psichiatria	23,9%	0,0%	81,5%	10,6%	5,6%
Ortopedia	50,5%	10,8%	49,2%	10,2%	2,0%
Italiano	43,8%	3,5%	58,2%	7,8%	6,6%
Francese	28,2%	1,5%	66,0%	16,3%	5,6%
Tedesco	51,0%	5,1%	65,3%	7,0%	1,7%

**Tabella 1** Sintesi dei risultati. Categorie ICF secondo l'ambito professionale e la regione linguistica.

Il 97,5% dei casi analizzati ha potuto essere classificato secondo la struttura dell'ICF.

In totale, circa due terzi degli obiettivi sono stati codificati nella categoria *Attività e partecipazione* (64,9%), il 44,7% nella categoria *Funzioni corporee*, 4,1% degli obiettivi si riferiva a *Strutture corporee* ed il 9,4% a *Fattori ambientali*.

Il 3,1% degli obiettivi non era formulato in maniera sufficientemente chiara da poter essere classificato in una delle quattro categorie.

In generale, esistono differenze significative fra i vari ambiti professionali: pediatria ed ortopedia sono gli ambiti nei quali vi è il maggior numero di obiettivi nella categoria *Funzioni corporee*, probabilmente perché in questi ambiti sono molto diffusi metodi di trattamento (quali Bobath o Integrazione Neuro-Sensoriale) che poggiano su queste funzioni.

In neurologia vi è un gran numero di obiettivi basati sui *Fattori ambientali* (18,7%), mentre in ortopedia spicca una netta prevalenza di obiettivi incentrati sulle *Strutture corporee*, rispetto agli altri ambiti.

La maggioranza dei casi di geriatria e psichiatria si situa nella categoria *Attività e partecipazione* (81,5%).

Ciò potrebbe indicare che i vari ambiti della professione si indirizzano verso aspetti diversi.

Per quanto concerne le diverse regioni linguistiche, non si notano differenze significative, infatti le ripartizioni fra gli ambiti rispecchiano i dati totali. Un'eccezione è però degna di nota: nella parte francofona si riscontrano meno obiettivi codificati nella categoria *Funzioni corporee* (28,2%) rispetto alle altre regioni e un numero preponderante di casi nella categoria *Fattori ambientali* (16,3%).

Questi dati rispecchiano la pratica ergoterapica: il fatto che la maggioranza degli obiettivi di trattamento si basi sugli items della categoria *Attività e partecipazione* corrisponde al principio centrale della professione, secondo il quale *l'ergoterapia facilita la partecipazione sociale permettendo di prendere parte alle attività quotidiane* (ASE, 2004).

D'altro canto, l'alta quota di obiettivi codificati nella categoria *Funzioni corporee* suscita pareri discordanti. Secondo alcuni autori, seguendo un approccio bottom-up è possibile fissare degli obiettivi basati sulle funzioni con l'intento di raggiungere man mano la finalità ultima del trattamento (ossia lo svolgimento dell'attività/occupazione/partecipazione). Altri autori asseriscono invece che la formulazione degli obiettivi deve rispecchiare i principi della professione e che gli obiettivi di trattamento non dovrebbero quindi essere formulati in questi termini (Meyer, 2007).



**Goal-phrasing in Swiss Occupational Therapy.**  
**National research into the formulation of goals in occupational therapy.**

**Attività, occupazione, partecipazione:  
 i concetti cardine dell'ergoterapia**

Gli obiettivi del trattamento hanno lo scopo di informare i clienti, le loro famiglie, la rete interdisciplinare e, non da ultimo, i finanziatori delle prestazioni (assicurazioni e casse malati) sul focus della terapia. Gli obiettivi vengono trasmessi verbalmente o per iscritto e sono menzionati su tutti i documenti: rapporti, lettere, richieste. Essi sono quindi il biglietto da visita dell'ergoterapia; sono ciò che caratterizza e contraddistingue la professione e che ne preannuncia i principi filosofici.

Per questi motivi, una corretta formulazione degli obiettivi riveste una grande importanza.

Come illustrato da Matthias Möller nell'editoriale, è in corso un cambiamento di paradigma. Nelle pubblicazioni più attuali ed autorevoli, gli autori sostengono che anche gli obiettivi dei trattamenti ergoterapici dovrebbero quindi essere coerenti con i cambiamenti in atto e riferirsi ai concetti cardine della professione.

**Sviluppi**

La formulazione degli obiettivi di trattamento è una pratica delicata e complessa.

Sulla base dei risultati della ricerca sono stati sviluppati i seguenti strumenti per sostenere gli ergoterapisti in questo aspetto della loro pratica:

- ♦ un corso post-formazione di due giorni che verrà proposto regolarmente nelle tre regioni linguistiche dall'Associazione Svizzera degli Ergoterapisti;
- ♦ un manuale di raccomandazioni per la pratica.

**Bibliografia**

ASE. Associazione Svizzera degli Ergoterapisti.  
[http://www.ergoterapia.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=134:definizione-dellergoterapia&catid=13&Itemid=101](http://www.ergoterapia.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=134:definizione-dellergoterapia&catid=13&Itemid=101) (consultato il giorno 15.02. 2014).

Baum, C.M., Christiansen, C.H. 2005. «Outcomes: the results of interventions in occupational therapy practice». In *Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-Being*, di C.M. Baum e C.H. Christiansen, 522-540. Thorofare: SLACK Inc.

Fischer, A. 2012. Occupational-centred, occupation-based, occupation-focussed: same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*: 1-12.

Lawler, J., Dowsell, G. Hearn, J., Forster, A., Young, J. 1999. Recovering from stroke: a qualitative investigation of the role of goal setting in late stroke recovery. *Journal of Advanced Nursing* 30(2): 401-409.

Levack, W.M.M., Taylor, K., Siegert, R. J., Dean, S. G., McPherson, K. M., Weatherall, M. 2006. Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. *Clinical Rehabilitation* 20(9): 739-755.

Locke, E.A., Shaw, K.N., Saari, L.M., Latham, G.P. 1981. Goal setting and task performance: 1969-1980. *Psychological Bulletin* 90(1): 125-152.

Meyer, S. 2007. *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne: Haute école de travail social et de la santé.

Parkinson, S., Shenfield, M., Reece, K., Fisher, J. 2011. Enhancing professional reasoning through the use of evidence-based assessments, robust case formulations and measurable goals. *British Journal of Occupational Therapy* 74(3): 148-152.





# laboratorio di ricerca

Ruth Hersche è ergoterapista, ricercatrice e docente presso il DSAN (SUPSI). Ha lavorato vent'anni nel campo della neuroriabilitazione e ha conseguito un Master of Science in Ergoterapia. Svolge inoltre attività di ricerca nell'ambito delle nuove tecnologie applicate alle cure.

## L'importanza dei fattori ambientali nella partecipazione delle persone che hanno subito un ictus in Ticino

### *The importance of environmental factors in the emotional involvement of people in Ticino who have suffered a stroke*

Ruth Hersche

#### Abstract

*This study develops an analysis of the importance, the use and the interaction of environmental factors regarding the promotion of the emotional involvement of people affected by strokes in Ticino. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) served as the conceptual basis for developing a structured interview which intersects three environmental factors with seven groups of activities, which in turn guarantee participation in social life. Forty-nine people who have returned home after an ischemic or hemorrhagic event were interviewed by their occupational therapists. Both quantitative data relating to the use of "auxiliary aids" to "familial support" and "services", as well as qualitative data relating to the importance of providing support, have been gathered. For each group of activities, the study describes the combination of the most important and most commonly employed environmental factors. The results confirm the complex interaction of environmental factors in daily life and the need to identify and combine them in order to maximize their potential for the benefit of the emotional involvement of each person.*

#### Introduzione

Le persone colpite da ictus sperimentano un improvviso cambiamento della loro vita abituale. Possono perdere la capacità di muoversi, di prendersi cura di se stessi, di svolgere attività lavorative e di tempo libero o di interagire con l'ambiente. Dopo una fase acuta e un periodo di riabilitazione il 70% dei pazienti rientra al proprio domicilio. Di questi il 50% necessita dell'aiuto di familiari, di ausili o di servizi domiciliari per assicurarsi la permanenza a casa, la partecipazione e l'integrazione sociale (Rentsch, 2005). Per il settore riabilitativo la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) è un importante modello di riferimento perché afferma che la partecipazione, che è definita come l'"essere coinvolti in una situazione di vita", è l'obiettivo finale di ogni intervento sanitario (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2008). Per Dijkers (2010) il concetto di partecipazione nel senso dell'ICF equivale al termine di integrazione sociale nel linguaggio comune. Secondo il modello dell'ICF i fattori che influiscono sul grado di partecipazione sono le funzioni/strutture corporee, la capacità di svolgere attività nella vita quotidiana, i fattori personali, ma anche cinque categorie di fattori ambientali ai quali è riconosciuto il potenziale di essere facilitatori o barriere della partecipazione (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2008). Fries (2008) dichiara che l'influenza sulla disabilità complessiva in adulti dopo lesioni cerebrali è, per il 60%, dovuta a disturbi funzionali e/o di attività, per il 25% a fattori personali e per il 15% a fattori ambientali.

Anche i diversi modelli dell'ergoterapia riconoscono nell'ambiente uno dei fattori che influisce e modella l'agire della persona e considerano la valutazione e le modifiche dell'ambiente uno degli interventi mirati per favorire il massimo grado di partecipazione (Law, 1996).

Sulla base di queste riflessioni, il presente studio ha posto due domande di ricerca:

- Quali fattori ambientali sono utilizzati da un gruppo di persone colpite da ictus in Ticino?
- Quale importanza viene attribuita, nella partecipazione e nell'integrazione sociale, a questi fattori?

## Metodologia

Si tratta di uno studio descrittivo trasversale con un unico rilevamento dati che si è svolto in tutto il territorio ticinese. Sono state incluse persone che avevano subito un ictus o un'emorragia cerebrale almeno dodici mesi prima dell'intervista, che vivevano a casa, che erano in trattamento ergoterapico e che raggiungevano un minimo di ventiquattro punti nel Mini-Mental State Examination (Folstein, 1975). La fonte principale dei dati è costituita da un'intervista strutturata che ha rilevato l'utilizzo e l'importanza di tre fattori ambientali (mezzi ausiliari, sostegno dei familiari e sostegno da parte di servizi). Per rendere più concreto il costrutto della partecipazione sono stati definiti sette gruppi di attività. A sua volta ogni gruppo è stato descritto con azioni concrete e combinate con una lista di possibili sostegni. Durante l'intervista i soggetti sono stati invitati a individuare i supporti da loro regolarmente utilizzati nei diversi gruppi di attività e a valutare la loro importanza per la partecipazione attraverso una scala analogica da 0 a 10. La London Handicap Scale (LHS) è stata la fonte secondaria di dati e ha fornito informazioni sul grado di handicap vissuto dei partecipanti (Harwood, 1994).

Caratteristiche del gruppo bersaglio: al termine di un periodo di due mesi sono state eseguite quarantanove interviste da ventitré ergoterapiste che lavorano in dodici studi/strutture diverse. Il gruppo si compone di 18 donne (37%) e 31 uomini (63%). L'età media è di 65,8 anni (min 38, max 90). Il 79% del gruppo vive con un familiare e il 21% vive da solo. Il gruppo nel quale l'evento ictus è avvenuto da meno di tre anni è quello più numeroso (43%).

Con l'utilizzo della LHS il gruppo è stato diviso tra persone con leggero handicap (LHS  $\geq 16$ , 47%) e persone con grave handicap (LHS  $\leq 17$ , 53%). Nella Figura 1 è visibile il peso di ognuno dei sei ambiti valutati con la LHS sull'handicap complessivo.

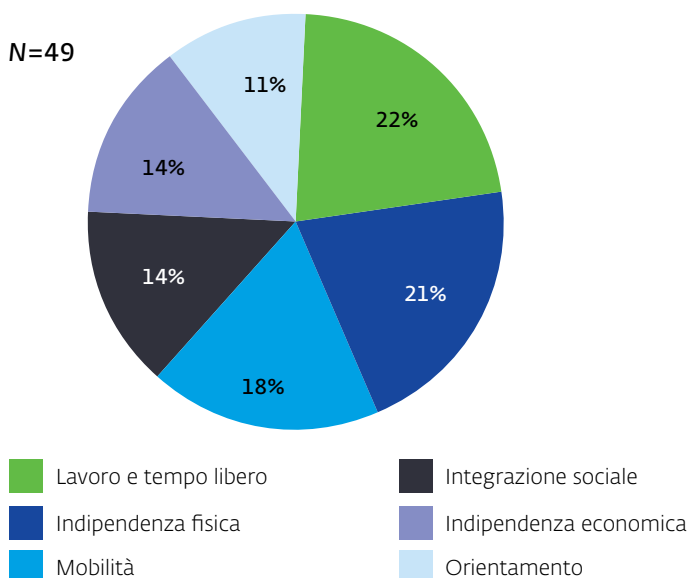


Figura 1 Incidenza degli ambiti della LHS sull'handicap complessivo.

## Risultati

### Fattori ambientali

#### Mezzi ausiliari

La Tabella 1 descrive la distribuzione dei mezzi ausiliari utilizzati nei diversi gruppi di attività e mette in luce che i mezzi legati all'igiene e alla "mobilità in casa" sono quelli più utilizzati mentre le attività legate al "tempo libero" o ai "lavori domestici" non sembrano compensabili con l'uso di mezzi ausiliari. Prendendo in considerazione la gravità dell'handicap e l'età dei partecipanti (Tabella 2) emergono tre tipi di correlazioni.

Nelle attività dell'igiene i più anziani e i più colpiti ricorrono a più mezzi, mentre per l'alimentazione e la preparazione dei pasti sono i più giovani e i meno colpiti a beneficiarne maggiormente. Per le attività legate alla mobilità fuori casa, le due variabili non incidono sulla quantità di mezzi ausiliari utilizzati.

N=49	Somma totale 636
Gruppi d'attività	Media
Igiene	4.74 (10-1)
Mobilità in casa	3.67 (9-1)
Cucinare/mangiare	2.32 (5-1)
Lavori domestici	1.16 (2-1)
Mobilità fuori casa	1.84 (4-1)
Amministrazione	2.54 (4-1)
Lavori/tempo libero	1.3 (4-1)
<b>Media complessiva</b>	<b>13(26-1), SD 5.5</b>

Tabella 1 Utilizzo dei mezzi ausiliari nelle diverse attività.

	LHS	Media	Età	Media
Igiene personale	$\leq 16$	3.4	$\leq 65$	3.4
	$\geq 17$	5.1	$\geq 66$	5.1
Mobilità in casa	$\leq 16$	2.5	$\leq 65$	2.8
	$\geq 17$	3.7	$\geq 66$	3.4
Cucinare/mangiare	$\leq 16$	2	$\leq 65$	2.1
	$\geq 17$	1	$\geq 66$	1
Mobilità fuori casa	$\leq 16$	1.3	$\leq 65$	1.4
	$\geq 17$	1.5	$\geq 66$	1.5
<b>Mezzi ausiliari TOTALE (SD)</b>	$\leq 16$	11.3 (4.9)	$\leq 65$	11.8 (5.3)
	$\geq 17$	13.5 (4.9)	$\geq 66$	13.0 (4.6)

Tabella 2 Utilizzo dei mezzi ausiliari secondo la gravità dell'handicap (LHS) e l'età (N=49).

## L'importanza dei fattori ambientali nella partecipazione delle persone che hanno subito un ictus in Ticino

### Sostegno dei famigliari

La Figura 2 descrive il peso dell'aiuto dei famigliari. Di regola l'aiuto è fornito dal convivente che è di supporto praticamente in tutti gli ambiti. I due ambiti in cui i famigliari intervengono meno sono la "mobilità in casa" e il "tempo libero".

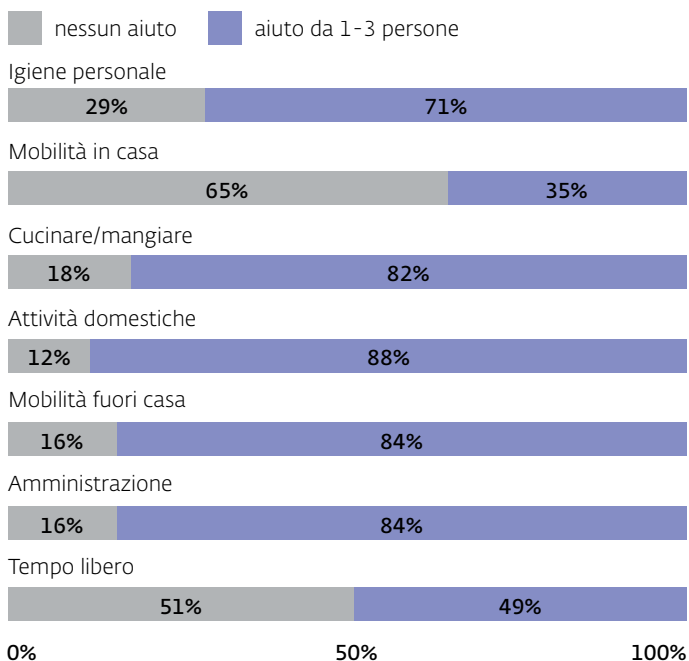


Figura 2

### Sostegno da parte dei servizi

La Figura 3 illustra come i servizi domiciliari intervengono nel 73% dei casi per aiutare nell'igiene personale, mentre il servizio trasporto è utilizzato da metà degli intervistati.

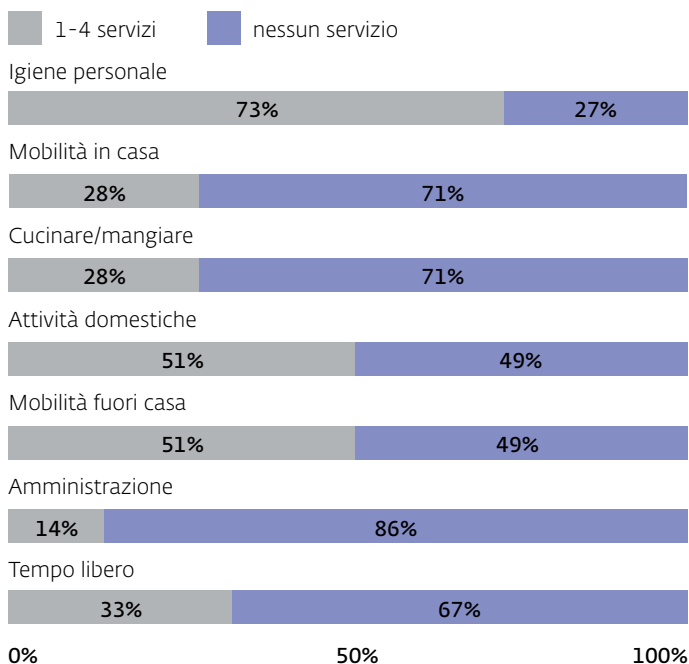


Figura 3

### Combinazione di fattori ambientali per gruppo di attività

Per garantire la partecipazione nei vari gruppi di attività, gli interessati utilizzano una combinazione di fattori ambientali che si completano a vicenda. La Tabella 3 mostra questa combinazione per il gruppo di attività "mobilità in casa". L'area centrale rappresenta la combinazione standard dei tre fattori ambientali, mentre nella parte inferiore sono visibili le esigenze individuali necessarie per garantire il massimo supporto possibile.

		Mobilità in casa		
N=49		Sostegni	Frequenza relativa	
Fattori ambientali	MA		> 75%	
	SF			
	SS			
	MA	Bastone		> 25-75%
		Corrimano		
		Sedia a rotelle		
		Ascensore/montascale		
	SF	Partner		31%
	SS			
	MA	Ortesi per il piede		< 25%
		Letto elettrico		
		Scarpe ortopediche		
		Girello		
		Tappeto antiscivolo		
		Rampa		
		Materasso antidecubito		
		Adattamenti architettonici		
Sedia a rotelle elettrica				
Carrello porta oggetti				
MA per trasferimenti				
Controllo ambientale				
Altri				
SF	Figli		16%	
	Altri famigliari		2%	
SS	Servizi domiciliari		14%	
	Teleallarme		12%	
	Altri Servizi		8%	

MA=mezzi ausiliari, SF=sostegno famigliare, SS=sostegno servizi  
Tabella 3

### L'importanza dei fattori ambientali

Oltre a rilevare l'utilizzo dei fattori ambientali è stata indagata la loro importanza per la partecipazione. Per gli intervistati il sostegno da parte dei famigliari è indispensabile (media 9.3), utilizzano i mezzi ausiliari che sono ritenuti molto importanti (media 8) e i sostegni forniti dai vari servizi, considerati importanti (media 7.3).

## The importance of environmental factors in the emotional involvement of people in Ticino who have suffered a stroke

I dati nella Figura 4 mostrano come l'importanza dei fattori ambientali varia a seconda del gruppo di attività. Per l'igiene il fattore ambientale più importante sono i servizi domiciliari (media 8.7), seguono i mezzi ausiliari (media 8.3) e i famigliari (media 8.2). Per la mobilità all'esterno i mezzi ausiliari e l'aiuto dei famigliari si equivalgono (media 9.1). Nelle attività legate alla preparazione dei pasti e ai lavori domestici, il fattore più importante è la famiglia.

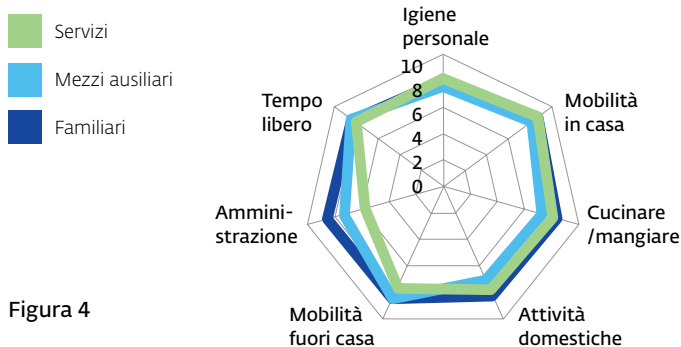


Figura 4

### Discussione

Una volta accettati, i mezzi ausiliari sono utilizzati e considerati importanti. Vi si ricorre principalmente per l'igiene e la mobilità. La quantità utilizzata dal gruppo ticinese è paragonabile a quella osservata in altri studi effettuati in Nord Europa. In una revisione della letteratura, Hastings Kraskowsky (2001) descrive una media di 13.7 mezzi ausiliari e conferma una preponderanza negli ambiti dell'igiene e della mobilità. Il tema del "non utilizzo" di mezzi ausiliari in precedenza forniti è stato analizzato da Federici (2012) che ha descritto tre possibili cause: un'analisi dei bisogni insufficiente, un atteggiamento personale sfavorevole e un accompagnamento insufficiente durante i primi tre mesi. Il gruppo ticinese ha una quota di "non utilizzo" del 6.4% che è molto basso se confrontato con altri studi che rilevano quote tra il 15% e il 27%. Una possibile spiegazione per questo fenomeno potrebbe essere il fatto che il gruppo è seguito ancora da un ergoterapista. La parte di responsabilità dei famigliari è grande e la loro presenza risulta spesso fondamentale per il rientro a casa. Se essi non delegano certi compiti ai servizi rischiano di diventare insostituibili ma anche sopraffatti dall'impegno assunto. I servizi sono una risorsa importante per la famiglia e possono essere fonte di sicurezza. Il servizio domiciliare è accettato facilmente mentre per altri di servizi la famiglia è più propensa a farne a meno e li accetta solo in condizioni di assoluto bisogno. L'ambito del "tempo libero" è il gruppo di attività nel quale i partecipanti sentono maggiormente la loro disabilità. Questo dato è conosciuto ed è confermato da studi che indagano la qualità di vita dopo ictus. Sembra che i tre fattori ambientali non abbiano un sufficiente effetto facilitante su quest'aspetto della partecipazione. In effetti i partecipanti usano in media solo 1.3 mezzi ausiliari, hanno il sostegno dai loro famigliari nel 50% dei casi, e solo il 33% del gruppo bersaglio può accedere a un centro diurno, a un'associazione o a un altro servizio che offre prestazioni legate allo svago e al tempo libero.

### Conclusioni

La famiglia è il fattore ambientale centrale, mentre i mezzi ausiliari sono impiegati a seconda del grado di disabilità e delle capacità di coping delle persone colpite. I servizi completano con la loro offerta l'aiuto dei famigliari e sostengono il ritorno a casa e la permanenza nel lungo periodo. I mezzi ausiliari e i servizi sono due fattori ambientali adattabili alle necessità della persona e della sua famiglia. I dati analizzati dimostrano che i tre fattori ambientali e con essi molti caregiver formali e informali sono interconnessi in modo complesso. Solo se sono ben sintonizzati e coordinati tra loro, l'obiettivo di una partecipazione soddisfacente può essere raggiunto. I dati di questa ricerca forniscono per la prima volta una base scientifica sull'interazione, l'utilizzo e l'importanza di tre fattori ambientali nella promozione della partecipazione. Ulteriori ricerche dovrebbero analizzare il bisogno e l'offerta dei servizi nell'ambito del tempo libero, valutare se i professionisti che intervengono a domicilio hanno gli strumenti e le strutture necessarie per concordare gli obiettivi comuni e regolare il flusso di informazioni in modo stabile ed efficace tra le persone che supportano la partecipazione e l'integrazione sociale.

### Bibliografia

- Dijkers, M.P. 2010. Issues in the Conceptualization and Measurement of Participation: An Overview. *Arch Phys Med Rehabil*. Vol 91, (suppl. 1): 29–33.
- Federici, S., eds. 2012. *Assistive Technology Assessment Handbook*. Boca Raton: CRC Press Taylor&Francis Group.
- Folstein, J.C., Folstein, S. 1975. "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* (12): 189–98.
- Fries, W., Fischer, S. 2008. Beeinträchtigung der Teilhabe nach erworbenen Hirnschädigungen: Zum Verhältnis von Funktionsstörungen, personenbezogenen und umweltbezogenen Kontextfaktoren - eine Pilotstudie. *Rehabilitation* 47(5): 265–74.
- Harwood, R.H., eds. 1994. The London handicap scale, a new outcome measure for chronic disease. *Quality in Health Care* 3(1): 11–16.
- Hastings Kraskowsky, L., Finlayson, M. 2001. Factors affecting older adult's use of adaptive equipment: Review of literature. *American Journal of Occupational Therapy* 55(3): 303–10.
- Law, M. 1996. The Person - Environment - Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy* Vol. 63: 9–23.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. 2008. *ICF, Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Gardolo: Erickson.
- Rentsch, H.P. 2005. *ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag*. Idstein: Schulz-Kirchner.



# laboratorio di ricerca

Matthias Möller si è diplomato ad Amburgo (D) nel 1989. Dopo dieci anni di esperienza professionale nell'ambito della salute mentale (esperienze lavorative in laboratori protetti, cliniche psichiatriche e centri diurni psicosociali), ha iniziato ad insegnare presso diverse scuole di ergoterapia in Germania e in Italia. Nel 2000 ha ottenuto il riconoscimento statale germanico come insegnante di ergoterapia, e nel 2012 ha concluso lo studio per il Master europeo Scientifico in Ergoterapia presso la SUP di Amsterdam (NL). Dal 2008 è il coordinatore del Corso di laurea in Ergoterapia del DSAN.

## Ergoterapia e salute mentale su base comunitaria: ulteriori sviluppi nel Locarnese

### *Occupational therapy and community-based mental health: further developments in the Locarno region*

Matthias Möller

#### Abstract

*The text describes an area which is not well known by most professionals in Ticino, correlating the main theoretical aspects of the approach of community-based mental health, and occupational therapy in the context of mental health on an outpatient basis in Ticino. Attention is drawn to some of the conditions and the inevitable challenges which collaboration in the network of Community Based Mental Health Care entails for professionals, making visible both the potential and the dilemma emerging from the discussion of the application of general and specific skills, as well as the daily practice required. Also described are the role, purpose, contribution and limits of occupational therapy in the care of a person suffering from mental health problems. Some of the topics treated are illustrated with descriptions of the experiences of two occupational therapists in Locarno, and supplemented with concrete impressions of this particular aspect of occupational therapy in this social health sector.*

#### Introduzione

Se l'ergoterapia in Italia è associata alla riabilitazione clinica-fisica (Landi, 2006), non stupisce che in Ticino, cantone di grande affinità con la cultura italiana, l'ergoterapista sia ancor poco conosciuto come possibile figura attiva nel settore della salute mentale (Möller, 2012). Nel Locarnese però, la situazione si sta pian piano definendo: tre ergoterapiste lavorano presso il servizio stazionario di ergoterapia della Clinica Psichiatrica Santa Croce ad Orselina, e altri ergoterapisti del quartiere, attivi in studi privati, prendono a carico ambulatorialmente la persona con problemi occupazionali causati da malattie psichiche, cercando di integrarsi nella rete della salute mentale su base comunitaria. Tale modello si focalizza sul principio delle prestazioni sociosanitarie offerte e gestite tramite i servizi a livello locale (European Social Network, 2011). Il modello, nato negli anni sessanta come conseguenza della svolta epistemologica riguardo la cura del paziente psichiatrico che abbandonava l'idea della cura nelle grandi istituzioni, è ampiamente riconosciuto come approccio idoneo perché offre una qualità di vita migliore rispetto a situazioni di cura psichiatrica stazionaria per persone psichicamente disabili (CCE, 2005), promuovendo così anche l'inclusione sociale (Medeiros et al., 2008).

#### Specificità della salute mentale su base comunitaria

Con tale approccio, sostenuto e promosso universalmente anche dall'OMS (2001), la cura si sposta "al contesto naturale di vita dei soggetti, ovvero al domicilio o in piccole strutture diurne e/o residenziali collocate nella comunità locale di appartenenza" (Rete HPH, 2010: 29). Stabilito come ramo della *Community Based Rehabilitation*, l'idea include anche una prospettiva sociale e politica, che sottolinea l'importanza delle pari opportunità e dell'integrazione sociale di tutte le persone affette da disabilità, considerando gli sforzi di tutti gli agenti coinvolti: le persone disabili stesse, le loro famiglie, le loro comunità e i servizi dei sistemi sanitari, sociali, educativi, e lavorativi (McColl, 1997; WFOT, 2004).

### Le sfide per il contesto ergoterapico

Per quanto concerne la pratica ergoterapica, in un contesto in cui:

- la definizione della salute si allontana dalle definizioni biomediche,
- la pratica esiste nella vita reale e nel mondo reale del cliente, includendo anche tanti aspetti di carattere sociale,
- non esistono piani di trattamento standardizzati,
- si affronta spesso una tempistica vaga e molto fluttuante,
- i professionisti non hanno una ricetta per il successo della pratica,

l'ergoterapista stesso/a deve ancora definire la sua attività (Doll, 2010). La sfida sta nel trovare una via per rispondere alle esigenze dei clienti e partecipare al lavoro del team, basandosi sull'approccio unico dell'ergoterapia (Harrison, 2003). Per questo spesso i contesti della salute mentale su base comunitaria richiedono all'ergoterapista di adattare competenze e ruoli tradizionali (Lloyd et al., 2004; Harries, 1998); fenomeno discusso virtuosamente all'interno della professione. Da un lato, infatti, vi è il pericolo di perdere la specificità dell'intervento ergoterapico a scapito di compiti generici (Ceramides, 2010), creando conflitti con altri professionisti (Fortune e Fitzgerald, 2009), o rimanendo meri sostituti dei team riabilitativi (Fortune, 2000). Dall'altro, invece, ci si accorge della necessità e dell'opportunità che questo adattamento comporta (Harrison e Sellers, 2008), basandosi sulla convinzione che l'intervento ergoterapico deve essere chiaramente guidato dai bisogni della persona (Harries e Gilhooey, 2003). Mentre la discussione sulle competenze dell'ergoterapista in questo ambito continua all'interno della professione con il rischio di tralasciare le occasioni per inserirsi a scapito di altre professioni (Mee et al., 2004), l'interdisciplinarietà è sempre più riconosciuta come approccio generale preferibile (Choi e Pak, 2006). La Svizzera ha fatto un ulteriore passo avanti, implementando un profilo professionale per le professioni sanitarie SUP che distingue le competenze generali comuni dalle competenze professionali specifiche (KFH, 2009). Per quest'aspetto, la questione discussa diventa ovvia, e può rientrare in una negoziazione di ruoli, aspetti e situazioni più concrete.

Quali sono allora le caratteristiche del lavoro ergoterapico nella salute mentale su base comunitaria?

Doll (2010) elenca le capacità necessarie e richieste dall'ergoterapista:

- Consulenza
- Educazione
- Autonomia
- Pratica centrata sulla persona
- Ragionamento clinico
- Prevenzione e promozione della salute
- Lavoro nella rete comunitaria
- Gestione delle risorse all'interno del quartiere
- Gestione del volontariato
- Valutazione del programma di riabilitazione
- Gestione degli aspetti multiculturali

Si abbinano, in questo elenco, capacità professionali ben solide e riconosciute con aspetti innovativi che vanno oltre ai ruoli e alle competenze "classici". Ancora, dall'elenco emerge quanto aspetti sanitari e sociali siano legati in una realtà che richiede, fin dall'inizio, una buona coordinazione delle collaborazioni professionali. Infatti, Caldas de Almeida e Killaspy (2011) identificano la coordinazione mancante come uno degli ostacoli più frequenti per realizzare un approccio di salute mentale su base comunitaria che porta ad esiti positivi. Di conseguenza è assolutamente cruciale che l'ergoterapista sia presente, visibile, e che possieda le conoscenze di base riguardo la natura e la distribuzione di disabilità e occupazione nel quartiere, e circa i determinanti che rendono possibile una vita di buona qualità all'interno di esso (McColl, 1997) per contribuire alla coordinazione delle casistiche.

### La gestione interprofessionale della casistica

Come riuscire a definire la pratica professionale come evidenziata da Doll (2010)?

Come riferiscono due ergoterapiste del Locarnese, non è facile inserirsi e agire specificamente nel contesto:

*Nella maggior parte dei casi interveniamo su segnalazione di un medico direttamente a domicilio della persona. [...] Spesso ci chiediamo se ciò che facciamo è il nostro compito (per esempio cercare una casa, sorvegliare la medicazione, fare direttamente dei compiti per lei perché lo richiede, piuttosto che assisterla nello svolgimento di essi), oppure se non potrebbe essere un lavoro per un aiuto domiciliare, un assistente sociale, un volontario, un parente, ecc. I ruoli all'interno del team spesso non sono ancora chiari. Ma ci sembra eticamente scorretto lasciare la persona senza aiuto.*

## Ergoterapia e salute mentale su base comunitaria: ulteriori sviluppi nel Locarnese

Sottolineano l'importanza di assumersi la propria responsabilità:

*L'assunzione di ruoli e compiti più o meno appropriati dipende dall'ergoterapista stessa; è lei che stabilisce per cosa è responsabile, competente, utile in ogni specifico caso, così come fanno anche gli altri professionisti.*

In generale, si tratta di iniziare un grosso lavoro relazionale e anamnestico, perché la relazione terapeutica è cruciale per identificare le difficoltà quotidiane che la persona manifesta:

*A volte il medico non ha molte altre informazioni oltre al numero di telefono della figlia e di un tutore. [...] Anche se tutto il suo corpo esprime diffidenza, [...] settimana dopo settimana il signor X accenna in modo indiretto alle sue difficoltà. Così affrontiamo il cellulare con touchscreen, il biglietto per il bus, [...] il bancomat e la spesa, la televisione che non va.*

Osservando ci si accorge dei problemi occupazionali e anche relazionali della persona, e "insieme stabiliamo dei compiti per lui e per me", ma anche "imparo ad interpretare il suo grado di paranoia". Si può ben dire che i problemi occupazionali stanno nella competenza professionale dell'ergoterapista, ma spesso si manifestano in modo trasversale e integrati in altri temi e problemi che meritano attenzione: abitazione, lavoro, cultura diversa, declino visibile a causa di problemi relazionali legati al rapporto con la famiglia, tendenza ad isolarsi socialmente. Considerata la complessità della casistica, la rete delle collaborazioni può anche dare sostegno e orientamento:

*Mi rendo conto che la situazione sta precipitando. [...] È sempre più delirante e trasandato. [...] Sono diventata l'unico contatto con la realtà. Non posso gestire da sola una situazione così delicata e chiedo ad una collega ergoterapista di alternarsi a me nella terapia. [...] Contattiamo anche gli altri professionisti e familiari (psicologa, psichiatra, medico curante, tutore e figlia) informandoli della nostra preoccupazione e della situazione attuale [...] e insieme decidiamo i nostri obiettivi.*

Un problema che si manifesta spesso nel lavoro in salute mentale su base comunitaria è la discontinuità. Ciò richiede al professionista di ragionare in una tempistica diversa da quella dell'ambiente psichiatrico-stazionario. Inoltre, il lavoro di rete richiede una comunicazione intensa, soprattutto nei momenti di crisi della persona presa a carico.

*Bisogna capire cosa fanno gli altri, chi è aperto a delle collaborazioni, e cercare di formulare una finalità comune con una ripartizione chiara dei compiti.*

Dove sta, per concludere, oltre alla comprensione dell'esperienza della persona disabile che vive nel quartiere, il valore aggiunto dell'ergoterapista nella pratica professionale su base comunitaria?

*... [è] l'unica persona che agisce insieme al cliente durante delle attività, spesso è l'unica che non ha un compito legato al controllo, è l'unica abbastanza flessibile ad adattare i contenuti degli interventi ai bisogni temporali e spaziali del cliente, ... La sua facilità di entrare in relazione attraverso l'attività. Chi altro può far diventare spazi pubblici o qualsiasi luogo un luogo terapeutico?*

### Conclusioni e implicazioni per la pratica professionale

Il team implicato deve prima di tutto avere rispetto reciproco per le varie professioni coinvolte (Coia e Joice, 1989) e fa bene a non più pensare in termini di ruoli professionali, ma in termini di competenza: la collaborazione in un caso clinico con degli obiettivi specifici sottostà ad una finalità comune, ed include anche l'aspetto occupazionale delle persone prese a carico (Harrison e Sellers, 2008). Poiché ogni professione ha una cultura diversa, con valori, credenze, attitudini, comportamenti e aspettative molteplici verso l'altro, è importante che gli obiettivi dell'intervento comune siano compatibili con le priorità e i valori di tutti gli agenti coinvolti (Hall, 2005). Soprattutto, il lavoro richiede maturità, flessibilità, impegno personale, chiarezza nei ruoli e il focus su un obiettivo comune (Choi e Pak, 2007).

Come dice un'ergoterapista ticinese:

*Questo aspetto mi sembra molto importante e per metterlo in pratica in Ticino sarebbe necessario che i limiti dettati dal "questo è mio, e questo è il tuo ruolo" tra le diverse figure professionali decadessero e si aprisse una collaborazione orientata più al progetto di un paziente e meno allo svolgere i propri compiti professionali.*

Con queste premesse, l'ergoterapista che vuole contribuire alla cura del paziente psichiatrico nell'ambito della salute mentale su base comunitaria ha tutte le opportunità per farlo se sviluppa una visione comune per la persona presa a carico: se, da un lato, rimane fedele alle competenze professionali di base e dall'altro lato non si rifiuta di allargare il suo raggio d'azione alle necessità della situazione, se ha rispetto e stima per l'altro professionista, e se investe nelle reti di contatto locali e regionali.



## Occupational therapy and community-based mental health: further developments in the Locarno region

### Bibliografia

- Caldas de Almeida, J.M., Killaspy, H. 2011. *Long-term mental health care for people with severe mental disorders*. Brussels: European Union.
- Ceramides, D.M. 2010. A case against generalisation of mental health occupational therapy in Australia. *Australian Occupational Therapy Journal* 57: 409-416.
- Choi, B.C.K., Pak, A.W.P. 2006. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine* 29(6): 351-364.
- Choi, B.C.K., Pak, A.W.P. 2007. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement. *Clinical and Investigative Medicine* 30(6): E224-E232.
- Coia, D., Joice, A. 1989. Occupational Therapy – the forgotten specialty within the community mental health team? *The Psychiatric Bulletin* 13: 420-421.
- Commissione delle Comunità Europee (2005). *Libro Verde: Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea*. Brussels: Health and Consumer Protection Directorate-General.
- Doll, J. 2010. *Program Development and Grant Writing in Occupational Therapy: Making the Connection*. Boston: Jones & Bartlett Publishers.
- European Social Network. 2011. *La salute e il benessere mentale in Europa. Per un approccio comune e centrato sulla persona*. Brighton.
- Fortune, T. 2000. Occupational therapists: is our therapy truly occupational or are we merely filling gaps? *British Journal of Occupational Therapy* 63(5): 225-230.
- Fortune, T., Fitzgerald, M.H. 2009. The challenge of interdisciplinary collaboration in acute psychiatry: Impacts on the occupational milieu. *Australian Occupational Therapy Journal* 56: 81-88.
- Hall, P. 2005. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19, Suppl 1: 188-196.
- Harries, P. 1998. Community Mental Health Teams: Occupational Therapists' Changing Role. *British Journal of Occupational Therapy* 61(5): 219-220.
- Harries, P.A., Gilhooly, K. 2003. Generic and Specialist Occupational Therapy Casework in Community Mental Health Teams. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(3): 101-109.
- Harrison, D. 2003. The case for generic work in mental health occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy* 66(3): 110-112.
- Harrison, D., Sellers, A. 2008. Occupation for Mental Health and Social Inclusion. *British Journal of Occupational Therapy* 71(5): 216-219.
- Hughes, J. 2001. Occupational Therapy in Community Mental Health Teams: a Continuing Dilemma? Role Theory offers an Explanation. *British Journal of Occupational Therapy* 64(1): 34-40.
- KFH Conferenza dei Rettori delle Scuole Universitarie Professionali Svizzere. 2009. *Projet Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe*.
- Landi, F., Cesari, M., Onder, G., Tafani, A., Zamboni, V., Cocchi, A. 2006. Effects of an Occupational Therapy Program on Functional Outcomes in Older Stroke Patients. *Gerontology* 52: 85-91.
- Lloyd, C., King, R., McKenna, C. 2004. Actual and Preferred Work Activities of Mental Health Occupational Therapists: Congruence or Discrepancy? *British Journal of Occupational Therapists* 67(4): 167-175.
- McColl, M.A. 1997. What do we need to know to practice occupational therapy in the community? *The American Journal of Occupational Therapy* 52(1): 11-18.
- Medeiros, H., McDaid, D., Knapp, M., MHEEN Group. 2008. *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities*. London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science.
- Mee, J., Sumsion, T., Craik, C. 2004. Mental health clients confirm the value of occupation in building competences and self-identity. *British Journal of Occupational Therapy* 67(5): 225-233.
- Möller, M. 2012. *Between affection and rivalry: staff perceptions regarding a new occupational therapy service at a psychiatric hospital – an example from Italian Switzerland*. Tesi di Master non pubblicata.
- Organizzazione Mondiale della Salute. 2001. *Rapporto sulla Salute Mentale: nuove visioni, nuove speranze*. Geneva: World Health Organization.
- Rete HPH. Health Promoting Hospital and Health Services. 2010. *Glossario Sulla Promozione Della Salute Mentale*. Milano: Regione Lombardia, Bollettino Ufficiale n. 39.
- World Federation of Occupational Therapists. 2004. *Position Statement Community Based Rehabilitation*.

# legami con il territorio

**Alessia Cairoli** è ergoterapista presso il Centro di ergoterapia Aquilone e assistente per il Corso di laurea in Ergoterapia del Dipartimento sanità (SUPSI). Sta inoltre svolgendo un Master of Advanced Studies in Salute Pubblica presso l'Università di Ginevra.

**Monica Manfrini** è docente SUPSI e ergoterapista presso il servizio di ergoterapia della Croce Rossa Svizzera di Lugano.

## La formazione pratica nel Corso di laurea in Ergoterapia: un valore aggiunto per studenti e professionisti del territorio

Alessia Cairoli e Monica Manfrini

*La pratica costituisce un tassello fondamentale nel percorso formativo dei futuri professionisti della cura ed è infatti parte integrante dei percorsi di Bachelor SUPSI. Per l'ergoterapia, professione ancor poco diffusa in Ticino ma non per questo meno attrattiva, la possibilità di effettuare gli stage necessari durante il triennio formativo si scontra però con una limitata disponibilità di luoghi di pratica; un ostacolo che rende difficoltosa la pianificazione del percorso di studio dei quindici studenti che ogni anno si iscrivono alla SUPSI con il desiderio di diventare ergoterapisti. L'esperienza di stage è tuttavia motivo di arricchimento personale e professionale non solo per lo studente ma anche per chi accoglie. Descrivendo struttura, obiettivi e opportunità dei periodi di stage, in queste pagine si illustra il coinvolgimento dei partner del territorio nella formazione, con l'auspicio che queste collaborazioni possano essere ampliate a nuove opportunità di stage.*

### Lo spazio alla pratica nel percorso di Bachelor

Il Corso di laurea in Ergoterapia del Dipartimento sanità (DSAN)<sup>1</sup> della SUPSI dedica grande importanza allo sviluppo di competenze pratiche per una crescita professionale ed individuale ottimale degli studenti. L'alternanza tra apprendimento teorico e pratico accresce la capacità di trasferire quanto appreso durante le lezioni nelle situazioni di pratica clinica, sviluppando le proprie conoscenze professionali, sociali e culturali.

Nei tre anni formativi sono previsti quattro periodi di pratica clinica:

- ♦ nel primo anno otto settimane di stage (secondo semestre, da metà luglio ad inizio settembre) di 10 crediti formativi (ECTS);
- ♦ nel secondo anno dieci settimane di stage (quarto semestre, da metà febbraio a fine aprile) di 12 ECTS;
- ♦ nel terzo anno due periodi di dodici settimane di stage ciascuno (il primo nel quinto semestre da metà settembre ad inizio dicembre; il secondo nel sesto semestre da fine maggio a metà agosto) entrambi di 13 ECTS.

*"Poter svolgere uno stage quando si è in formazione ti permette di completare un quadro già dipinto con la teoria, arricchendolo con motivazione, concretezza, nuove conoscenze teoriche e pratiche, relazioni professionali, sviluppo delle abilità, e ti sostiene nel creare la tua identità professionale"*

Simona Rodio, studentessa al terzo anno del Corso di laurea in Ergoterapia.

<sup>1</sup> <http://www.supsi.ch/dsan.html>, 01.03.2014.

## Le collaborazioni con i professionisti del territorio e l'apertura oltre confine

I luoghi di stage che accolgono ed accompagnano gli studenti nel loro percorso formativo sono molteplici. Attualmente collaborano attivamente con il DSAN ospedali, case per anziani, studi privati di ergoterapia, enti in cui operano ergoterapisti, cliniche psichiatriche e di riabilitazione presenti sia sul territorio ticinese sia all'estero (dei trentuno luoghi di formazione pratica disponibili per il 2014 cinque si trovano in altri cantoni mentre altri cinque sono situati nel nord Italia). Alcuni partner accolgono anche più studenti durante l'anno. Va sottolineato che attualmente, per quanto riguarda il Ticino, l'offerta di stage non basta a coprire il fabbisogno degli studenti del triennio formativo, ovvero quarantacinque posti annui.

Se la figura dell'ergoterapista in Ticino non è ancora integrata in tutte le realtà sanitarie, i liberi professionisti interessati collaborano offrendo la loro disponibilità nell'accogliere studenti presso il loro servizio. A differenza di altri corsi di laurea, non esiste l'obbligo di remunerazione dello stage da parte del partner che accoglie lo studente, e questo permette di ampliare l'offerta di stage anche alle strutture che non possono garantire un salario. Ciò nonostante, l'obiettivo a lungo termine della politica dipartimentale resta quello di poter assicurare agli studenti una remunerazione su base contrattuale uguale per tutti i percorsi di Bachelor (per esempio, gli studenti di cure infermieristiche ricevono già un'indennità fissa per ogni periodo di stage).

La buona collaborazione con i terapisti occupazionali italiani permette agli studenti di formarsi in numerosi istituti ospedalieri/riabilitativi o studi privati presenti nel nord Italia. Inoltre, per poter incentivare l'interscambio ed il proprio bagaglio culturale le università europee offrono possibilità di mobilità. Gli studenti che si recano all'estero per la pratica professionale hanno finora potuto usufruire del programma europeo Erasmus Placement<sup>2</sup> che tramite una collaborazione inter-universitaria garantisce gli standard formativi ed il riconoscimento nel proprio paese del periodo di stage. Un'altra possibilità formativa è quella della cooperazione internazionale<sup>3</sup>: il DSAN si relaziona con diverse Organizzazioni non governative (ONG) ticinesi ed insubriche attive in progetti di sviluppo a livello mondiale, per offrire un luogo di stage di qualità. Anche se nelle ONG non sempre sono presenti degli ergoterapisti, un accompagnamento andragogico è garantito dal personale attivo in loco e dai docenti responsabili tramite supervisione a

distanza. A seconda del progetto di sviluppo vengono stabiliti obiettivi formativi diversi maggiormente aderenti alla realtà vissuta. Nel complesso, le diverse possibilità di mobilità hanno fin qui garantito un adeguato numero di posti di stage.

## Lo stage quale opportunità di formazione accademica per chi accoglie

Tra i corsi di post-formazione del DSAN, il modulo 2 del corso ORT (ottenimento retroattivo del titolo) permette ai responsabili di stage di approfondire le conoscenze in ambito pedagogico ed andragogico. Ai professionisti o agli enti che accolgono studenti in stage (partner formativi), il modulo in questione viene offerto gratuitamente e permette ai corsisti di confrontarsi direttamente con le tematiche relative all'apprendimento.

In linea con questa scelta, la SUPSI ha scelto di delegare la valutazione dei periodi di stage ai partner formativi che sono gli esperti della pratica professionale. Il partner formativo ergoterapista è infatti l'unico responsabile dell'assegnazione o meno dei crediti formativi stabiliti per il periodo di pratica.

*"Accogliere uno stagiaire per noi è fonte di rinnovamento. Ci obbliga a fermare la routine, sederci insieme a riflettere su valori e consuetudini"*

Lietta Santinelli, Presidente della sezione ticinese dell'Associazione svizzera degli ergoterapisti, partner formativo della SUPSI e docente.

## Una condivisione attiva tra studenti, docenti e professionisti che accolgono studenti in stage

Lo strumento valutativo dello stage, chiamato "Rapporto di stage", è costruito in funzione del nuovo profilo nazionale di competenze professionali<sup>4</sup> che l'ergoterapista assume durante il proprio lavoro. I tre corsi di laurea hanno sviluppato questo strumento in maniera simmetrica utilizzando gli stessi criteri relativi ai ruoli professionali, definiti sulla base del modello CanMEDS<sup>5</sup> (ruolo di esperto in ergoterapia, di comunicatore, di membro di un gruppo di lavoro, di manager, di promotore della salute, di apprendente ed insegnante, e infine ruolo legato all'appartenenza professionale). Per la creazione del documento in questione i partner formativi presenti sul territorio ticinese hanno dato un importante apporto.

Gli obiettivi di formazione pratica mirano al consolidamento di un'autonomia professionale, passando da un accompagnamento maggiormente marcato nei primi

<sup>2</sup> <http://www.supsi.ch/dsan/bachelor/servizio-mobilita.html>, 01.03.2014.

<sup>3</sup> <http://www.supsi.ch/dsan/bachelor/servizio-mobilita/cooperazione-internazionale.html>, 01.03.2014.

<sup>4</sup> <http://www.supsi.ch/dsan/bachelor/ergoterapia.html>, 01.03.2014.

<sup>5</sup> <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/resources/aboutcanmeds>, 03.03.2014.

## La formazione pratica nel Corso di Laurea in Ergoterapia: un valore aggiunto per studenti e professionisti del territorio

stage, per poi arrivare ad un'indipendenza nella gestione del proprio ruolo. Durante la formazione pratica i docenti referenti del Dipartimento accompagnano lo studente incontrandolo prima dello stage per discutere insieme gli obiettivi personali e professionali di apprendimento, e durante la pratica per verificare lo "stato dell'arte". Dal canto loro gli studenti offrono ai partner un contributo pratico e portano un bagaglio di nozioni innovative che permettono ai professionisti di rimanere aggiornati sull'evoluzione della professione a livello mondiale.

*Laura Maggi ha conseguito il Bachelor of Science in Ergoterapia nel 2012. Alle prime armi come responsabile di stage osserva come rispondere ai quesiti degli studenti rinfranchi ulteriormente le decisioni terapeutiche: spiegando il motivo di una scelta il trattamento assume coerenza.*

Oltre all'ottenimento dei crediti, agli studenti in stage viene richiesto di redigere degli scritti basati su quanto vissuto nella pratica, in relazione a tematiche significative e trasversali ai tre corsi di laurea. Prima dei periodi di stage, nei moduli interdisciplinari, si creano le basi necessarie per analizzare le esperienze personali attraverso un'ottica professionale comune. Gli apporti degli studenti vengono ripresi successivamente, analizzandoli e valorizzandoli in plenaria. La preparazione teorica è costruita in funzione di un accreditamento ottenibile tramite l'acquisizione di moduli formativi. I corsi sono in parte interdisciplinari (con infermieri e fisioterapisti), quando la tematica è trasversale alle tre formazioni sanitarie (per esempio: etica, comunicazione, interculturalità, fasi della vita, epistemologia della cura); o monoprofessionali, quando si trattano argomenti relativi alla specificità del ruolo di ergoterapista. Questi corsi vengono organizzati da docenti ergoterapisti che si avvalgono dell'apporto di numerosi specialisti sanitari (per esempio medici, terapisti, psicologi).

La formazione pratica rappresenta un valore aggiunto per l'entrata nel mondo del lavoro. Chi ottiene il Bachelor of Science in Ergoterapia conosce già in parte la realtà lavorativa ticinese, svizzera ed estera ed è conosciuto a sua volta dai partner. Dall'esperienza degli ultimi anni sono sempre più spesso i datori di lavoro che si indirizzano direttamente ai neo laureati per offrire loro un posto di lavoro.

### Hanno collaborato con noi per la formazione pratica degli studenti di ergoterapia

in Ticino:

- ♦ Strutture ospedaliere pubbliche:  
ospedali regionali (EOC) di Bellinzona (sedi di Faido e di Acquarossa) e di Lugano; Clinica psichiatrica cantonale (OSC-CPC); Servizi dell'educazione precoce speciale (SEPS) di Bellinzona, Locarno, Lugano e Mendrisio;
- ♦ Cliniche private:  
Clinica Hildebrand; Clinica Santa Croce;
- ♦ Fondazione OTAF;
- ♦ Centro diurno Pro Senectute Biasca;
- ♦ Case per anziani:  
Aranda, Casa Belsoggiorno, Casa Anziani Comunale Bellinzona, Casa anziani comunale Biasca, Casa anziani Greina, Centro La Piazzetta, Paganini Rê, Cà Rezzonico, Casa San Giorgio, San Rocco, Solarium, Casa "Stella Maris", Casa Tarcisio;
- ♦ Strutture Croce Rossa (Lugano e Chiasso, Locarno);
- ♦ Studi privati:  
Acquilonone, La Barca a Vento, Ai Platani, Al Girasole, Ergoterapia Alla Valle, Berger Marta, La Betulla, Caribù, Centro ergoterapia pediatrica (CEP), Ergocentro, Ergoterapia Marialise Melchiorre, Rech, Il Trampolino.

in altri cantoni:

- Hôpital cantonal Fribourg;
- Servizio di ergoterapia Lavigny;
- Rehaklinik Bellikon;
- Les Luisades Lussy-sur-Morges;
- Cabinet d'ergothérapie Neuchâtel, Spitalzentrum Oberwallis (Briga);
- Hôpital de la Broye, Payerne;
- Schweizer Paraplegikerzentrum, Notwill.

all'estero:

- Azienda sanitaria Bolzano;
- Casa di cura Le Terrazze, Cunardo;
- Anna Dengel Haus, Hochzirl (Austria);
- Centro di recupero funzionale, Moncrivello;
- Casa di cura la Residenza, Rodello d'Alba;
- Ospedale Somma Lombardo;
- Centro San Camillo, Torino;
- Il Paese di OZ, Trento;
- Centro di ergoterapia Verona.



Accogliere uno studente in stage è occasione di crescita reciproca e sovente fonte di soddisfazione. Invitiamo dunque chi fosse interessato a fare questa esperienza a contattare il Dipartimento.



# spazio thesis

Irene Guarneri, Docente SUPSI



La formazione universitaria, tra le altre competenze, mira a sostenere e sviluppare negli studenti l'attitudine alla fruizione della letteratura, e spera sia alimentato anche l'interesse a dedicarsi alla ricerca al fine di contribuire, nel loro futuro professionale, alla riflessione sui presupposti teorici delle rispettive professioni e contribuire a proporre nuovi indirizzi e relative applicazioni alla luce di quanto rilevato prima e dopo l'intervento nella pratica clinica.

La tesi di Bachelor che qui viene presentata - "Interventi ergoterapici proposti in base ad alcuni bisogni emersi da un'indagine della qualità percepita dagli anziani residenti in tre case per anziani ticinesi" - documenta una propensione all'impiego della letteratura. La peculiarità del lavoro di Elisa Bianchi e Sara Ruscitti (2012) sta nel fatto che hanno sviluppato la loro riflessione attingendo, tra le altre fonti, ad alcuni dati disponibili di uno studio SUPSI-USI commissionato dal Dipartimento della sanità e della socialità, sulla "Rilevazione e analisi della soddisfazione degli utenti degli istituti per anziani nel Cantone".

Le studentesse hanno fondato il loro lavoro su riferimenti a solide basi teoriche concernenti la professione e, tra queste, ad uno dei suoi modelli: il Person-Environment-Occupation-Model. Nel caso delle persone intervistate, alcuni eventi (ad esempio ictus, polipatologie, invecchiamento) avevano modificato le condizioni fisiologiche della persona. L'ambiente di vita non era più quello familiare ma la Casa per anziani (cambiamento fisico, affettivo/relazionale, sociale, ecc.). Erano mutate le caratteristiche delle loro occupazioni giornaliere.

Consapevoli che il cambiamento prodotto anche in una sola delle tre componenti, avrebbe avuto conseguenze sulle performances occupazionali della persona assistita e quindi sulla sua autonomia, Elisa e Sara si sono chieste a che livello, realisticamente, avrebbero potuto proporre degli interventi tra quelli che la professione prevede. Recuperare, migliorare o, in ultima analisi, compensare le funzioni alterate della persona? Proporre modifiche ambientali o adattamenti degli strumenti utilizzati nelle attività? Offrire ai caregivers informazioni utili per favorire una maggiore autonomia degli assistiti? Adattare le occupazioni, significative per la persona, alle sue attuali capacità?

Le studentesse hanno potuto concentrare la loro analisi sui dati relativi ad alcuni elementi tra quelli indagati nello studio, ritenuti pertinenti per l'ergoterapia.

Dopo un sopralluogo, concordato con le rispettive istituzioni, hanno ipotizzato alcune proposte di intervento che avrebbero potuto dare una risposta ad alcuni disagi emersi dalle interviste agli ospiti delle tre case per anziani ticinesi che avevano acconsentito all'utilizzo dei dati. Le proposte andavano dall'attenzione all'ergonomia della posizione di chi siede al tavolo, ai supporti per la comunicazione delle informazioni che tengano conto delle diminuite funzioni senso-percettive degli ospiti; dalla tutela delle abitudini della persona (queste evocano più facilmente gli automatismi acquisiti e la relativa autonomia residua), all'organizzazione degli ambienti, dei ritmi e delle attività, al fine di favorire le relazioni tra gli ospiti, con i parenti, ecc.

La trattazione del tema è stata sollecitata, tra l'altro, da circostanze quali il trend demografico, caratterizzato dall'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione; dai relativi bisogni emergenti; dalla conseguente necessità di provvedere ad un incremento dei professionisti della cura e della riabilitazione. Il lavoro di tesi presentato si iscrive tra i tentativi di focalizzare il ruolo che l'ergoterapia potrebbe avere al prospettarsi di questo scenario.

Al fine di corroborare la collaborazione tra gli istituti universitari ed il territorio e di incentivare la formazione di professionisti che sappiano fornire risposte appropriate alle istanze emergenti, il Dipartimento sanità, come la formazione universitaria in generale, non può che augurarsi che si moltiplichino i lavori di Bachelor che, come quello presentato, utilizzino, tra gli altri, dati che fotografano realtà legate alla realtà territoriale in cui risiede l'istituzione formativa e di ricerca che li esprime.

# Sensibilizzazione sul tema della donazione d'organi e dei trapianti

Conferenza pubblica  
Lunedì 28 aprile 2014

Stabile Piazzetta, Sala Sud, Manno  
[www.supsi.ch/dsan](http://www.supsi.ch/dsan)



## CAS in Neuroriabilitazione (10 ECTS)

NOVITÀ

Destinatari: fisioterapisti laureati ed ergoterapisti  
15 giornate da novembre 2014 a novembre 2015

[www.supsi.ch/dsan/formazione-continua](http://www.supsi.ch/dsan/formazione-continua)



## Aspetti educativi e formativi nelle/delle professioni sanitarie

Modulo 2 (5 crediti ECTS) all'interno del corso ORT (ottenimento retroattivo del Bachelor), offerto gratuitamente per coloro che collaborano con il DSAN accogliendo studenti Bachelor durante gli stage.  
[www.supsi.ch/dsan/bachelor/ottenimento-retroattivo-titolo-bachelor/](http://www.supsi.ch/dsan/bachelor/ottenimento-retroattivo-titolo-bachelor/)

## Una serata giapponese grazie al congresso internazionale di ergoterapia

Dal 18 al 21 giugno 2014 si terrà a Yokohama, in Giappone, il sedicesimo congresso internazionale della World Federation of Occupational Therapists (<http://www.wfot.org/wfot2014/>) che vedrà anche la partecipazione di cinque studenti del primo anno di Bachelor in ergoterapia. Ad ottobre è prevista una serata durante la quale chi ha partecipato al congresso presenterà quanto appreso a tutti i compagni, docenti e ergoterapisti interessati. Seguiranno dettagli sul sito del Dipartimento.



### Editore

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana  
Dipartimento sanità

### Foto di copertina

Creazione dell'artista Ute Lennartz-Lembeck.  
Foto di Victoria Bonn-Meuser.

### Stampa

La Buona Stampa SA  
CH-6963 Pregassona

### Tiratura

1'000 copie

Questa pubblicazione è stata stampata su carta FSC con inchiostri biologici, in pieno rispetto dell'ambiente.

### SUPSI

Dipartimento sanità,  
CH-6928 Manno,  
[www.supsi.ch/dsan](http://www.supsi.ch/dsan)

© Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

