



Società Italiana di
Gerontologia e
Geriatría

ARTICOLO ORIGINALE
ORIGINAL ARTICLE

La riabilitazione con il soggetto anziano: una ricerca esplorativa in un distretto socio-sanitario della Lombardia

The rehabilitation with the elderly subject: an explorative research in an health district of Lombardia

G. MELLI, E. ANTONELLI

Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova

The geriatric rehabilitation is a very topical subject in the contemporary society, where the substantial increase in the elderly population has resulted in consequences never thought until some decades ago. The purpose of the present study was to examine the knowledge and the actual realization of rehabilitative treatments in the services for the elders, especially those in the psychomotor, cognitive and affective-social domains, which were validated by the psicogeriatric research. The instrument was a semi-structured interview that was administered to 69 subjects, employed with different duties in the Health and Social Services of a District of Lombardy. In order to maximize the information obtained from respondents, data were analysed with a qualitative method. The main results showed that the different types of geriatric rehabilitative treatments are quite known by the staff members, by are scarcely applied in the services of the examined District.

Key words: Elders • Geriatric rehabilitation • Health and Social Services for the Elders

Introduzione

Una delle definizioni più recenti di "Riabilitazione geriatrica" offerte dalle normative nazionali e regionali in tema di assistenza socio-sanitaria, è quella del Progetto Obiettivo Anziani (POA) del 1995: "L'insieme dei provvedimenti che evitano l'aggravamento della limitazione funzionale (complicanze non obbligate della patologia primaria) e consentono un recupero, anche parziale, della funzione compromessa, sia mediante la ripresa delle capacità individuali, sia a seguito dell'acquisizione di nuove competenze da parte del paziente, sia per mezzo di interventi o strumenti sostitutivi o ausiliari [...] La medicina riabilitativa trova il suo completamento necessario nella cosiddetta riabilitazione sociale, il cui obiettivo è l'eliminazione delle barriere fisiche, psichiche, culturali e sociali che ostacolano il pieno recupero e l'integrazione sociale del paziente" ¹.

A questa definizione si è arrivati attraverso un lungo cammino legislativo, travagliato, sotto certi aspetti, soprattutto dal punto di vista ideologico-concettuale: infatti ha seguito tutte le tappe compiute dal modo d'intendere l'invecchiamento e di rispondere alle esigenze della popolazione anziana, negli ultimi decenni in progressivo aumento. I primi interventi delle politiche sociali indirizzati alla popolazione

anziana nel nostro Paese sono databili all'inizio degli anni sessanta e sono calibrati su un'immagine sociale di anziano "disadattato, malato". Questo primo periodo di misure di tipo "assistenziale", si caratterizza per la realizzazione di servizi incentrati fondamentalmente sul ricovero in istituto. Con gli anni settanta si apre il secondo periodo nella storia dei servizi d'assistenza all'anziano, cioè quello definibile "stagione dei diritti", perché contraddistinto dal fiorire di numerosi provvedimenti legislativi, nazionali e regionali, più aperti ed innovativi rispetto a quelli orientati all'istituzionalizzazione, tutti incentrati sulla diffusione di una "cultura della domiciliarità" e sulla creazione necessaria di strutture alternative all'istituzione, che permettano di mantenere l'anziano nel suo ambiente di vita il più a lungo possibile, di favorire il suo inserimento in contesti socializzanti e di rispondere, con interventi specifici e differenziati, alle sue esigenze ².

Ecco, allora, che prendono corpo, in quest'ottica: la Legge di Riforma Sanitaria (L.833 del 23/12/1978), che tende a dare primaria importanza alla prevenzione, alla riabilitazione degli stati d'invalidità e alla rimozione delle condizioni che

concorrono all'emarginazione; la Legge Finanziaria del 1988 (Art. 20, L.67/1988), di cui Trabucchi, Pesaesi e Brizioli ³ dicono: "Questa norma era particolarmente importante ed innovativa perché, per la prima volta, lo Stato riservava una quota consistente di risorse per la realizzazione di strutture sanitarie residenziali extraospedaliere per anziani non assistibili al domicilio"; il POA del 1992.

Con il POA del 1995 le politiche socio-sanitario-assistenziali iniziano a dare maggior rilievo al momento riabilitativo e preventivo rispetto a quello terapeutico, portando avanti programmi di recupero dello stato di salute globale della persona, sulla base di una valutazione multidimensionale ⁴. In linea teorica il POA 1995 delinea le finalità della riabilitazione, forse per cercare di ovviare all'evidente mancato sviluppo della stessa negli anni precedenti. Inoltre, cerca di specificare anche alcune variabili caratteristiche della riabilitazione: i suoi principi, livelli ed ambiti; le sue fasi, durate, modalità di conduzione; le sue unità e presidi propri di riferimento (Tab. D).

Le attività riabilitative previste dal POA 1995 per i principali servizi socio-sanitari e socio-assistenziali

Tab. I. La riabilitazione proposta dal POA 1995.

AMBITI Grado di autonomia e specificità disciplinare	<i>Medicina riabilitativa e riabilitazione specifica</i> Caratterizzata dall'insostituibile e specifico ricorso a tecniche mezzi, operatori propri finalizzati alla soluzione di problemi medico-riabilitativi complessi		<i>Riabilitazione generica</i> Orientata ad eliminare o contenere qualunque forma di disabilità		
LIVELLI Grado di complessità dell'assistenza richiesta	<i>Terzo livello</i> Attività rivolta a ridurre quanto è più possibile le menomazioni causate da eventi patologici per malattia o trauma		<i>Secondo livello</i> Attività rivolta a ridurre conseguenze delle menomazioni derivanti da un evento patologico per malattia o trauma		<i>Primo livello</i> Attività finalizzata a mantenere il paziente al più alto grado di autosufficienza possibile
FASI	acuta		post-acuta		di mantenimento e/o di reinserimento
DURATE	breve o medio termine		medio termine		lungo termine
MODALITÀ DI CONDUZIONE	continuativa		continuativa o a cicli		continuativa o a cicli
UNITÀ PROPRIE DI RIFERIMENTO	strutture ospedaliere dotate di servizi ad alta specialità (neuroriabilitazione)	strutture ospedaliere (unità operative di riabilitazione e day hospital riabilitativo)	residenze extra-ospedaliere (istituti di riabilitazione ed ospedalizzazione domiciliare)	residenze sanitarie assistenziali (case di riposo e strutture protette)	servizi domiciliari e servizi sanitari territoriali (s.a.d., a.d.i., centri diurni)

per anziani, con finalità riabilitative dichiarate, sono le seguenti:

-Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA): prestazioni riabilitative ad anziani malati cronici non autosufficienti per il miglioramento dello stato di salute, del grado di autonomia, per il recupero funzionale e per la riattivazione psico-sociale;

- Nucleo Alzheimer: riabilitazione fisica e cognitiva per ospiti con demenza di Alzheimer conclamata o sospetta, di livello medio o medio-grave, provvisoriamente ricoverati in istituto;
- Istituto di Riabilitazione (IDR): riabilitazione post-acuta intensiva di media durata - circa 20 giorni - e riabilitazione di reinserimento con media durata;
- Centri Diurni Integrati (CDI): prestazioni riabilitative in regime diurno, interventi di socializzazione, di animazione, di sostegno al contesto familiare, di mantenimento delle abilità;
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): prestazioni riabilitative e di recupero funzionale, sostegno sociale, sostegno psicologico per gli utenti e le loro famiglie, a domicilio;
- Servizio Assistenza Domiciliare (SAD): si parla di generici "interventi riabilitativi", per cui la programmazione degli interventi dipende molto dagli operatori dei servizi.

Con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 si diffonde l'importante cambiamento di prospettiva nelle strategie d'intervento per le persone anziane: "dal malato che ruota intorno alle strutture erogatrici, alle strutture e alle professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni" ⁵. S'insiste, quindi, su un modello di cura e assistenza che integri l'assistenza specialistica ospedaliera e quella territoriale con i servizi sociali, che favorisca il più possibile la permanenza nel contesto familiare e sociale d'appartenenza ed anche il ruolo sociale attivo, e che dia maggior rilievo al momento riabilitativo e preventivo rispetto a quello terapeutico-di cura. Ecco, allora, che il "nuovo modello socio-culturale vede l'individuo differenziato dai ruoli, con le sue capacità e potenzialità, l'individuo fragile portatore, prima di tutto, di bisogni di autonomia e di integrazione, di bisogni psicologici e relazionali" ⁶.

Gli interventi riabilitativi devono, quindi, mirare alla prevenzione ed al recupero della compromissione fisica del deficit funzionale e dello svantaggio sociale derivabile da esso.

Per quanto riguarda altri aspetti degli interventi riabilitativi da effettuare nei diversi servizi la Normativa è piuttosto carente. Ad esempio, viene solo accennato ai processi psicologici coinvolti dall'in-

vecchiamento che potrebbero essere oggetto di riattivazione/riabilitazione; inoltre, solo in linea generale vengono indicate le figure professionali necessarie ed il tempo che ognuna di queste dovrebbe trascorrere con gli utenti, in un'ottica che tende ad omologare le diverse tipologie di pazienti afferenti ad ogni presidio.

Ma qual è il contributo della ricerca psicogerontologica al tema della riabilitazione? L'approccio psicologico parte dalla constatazione che l'età senile comporta, dal punto di vista biologico-funzionale, numerose modificazioni da cui possono scaturire conseguenze importanti, quali la riduzione del margine di sicurezza, una vulnerabilità crescente agli agenti patogeni, un rischio maggiore di perdita della salute, dell'integrità e dell'autonomia. Tuttavia, mentre "La dimensione biologica è, per sua natura, soggetta al processo d'invecchiamento, [...] le dimensioni psicologiche, relazionali e sociali, non seguono un obbligato binario di fisiologico declino che caratterizza e circoscrive la struttura biologica, ma tracciano un percorso molto diverso, di possibile ed indefinita acquisizione e concorrono a delineare lo specifico profilo di un processo d' invecchiamento" ⁷.

Da qui la necessità di considerare nei programmi di riabilitazione e riattivazione per l'anziano la multidimensionalità della persona e la globalità dell'approccio, necessarie ad affrontare queste problematiche. Questo perché la perdita o la carenza grave di una funzione o di un'abilità vanno a coinvolgere la sua intera personalità, affetti, motivazioni, esperienze culturali, familiari e sociali. "La riabilitazione geriatrica si prefigge il duplice obiettivo di limitare l'impatto di condizioni disabilitanti e di stimolare e potenziare le capacità residue, incentivando e supportando le motivazioni ed i bisogni attraverso l'intervento che si attua sull'individuo e sull'ambiente. Si configura come una approccio multidimensionale, che coinvolge il paziente, diverse figure professionali, la famiglia e l'ambiente in cui vive, per portarlo a raggiungere la migliore qualità di vita possibile sul piano funzionale, fisico, sociale ed emozionale, riducendo al massimo le restrizioni alle sue personali scelte operative" ⁸. Diverso è, invece, il modo d'intendere la riabilitazione dell'anziano demente grave, affetto da Morbo di Alzheimer, ad esempio. In questo caso "l'obiettivo realistico dell'approccio riabilitativo del paziente demente consiste nel rallentamento della malattia piuttosto che nel ripristino della funzione lesa" ⁹. La riabilitazione con questo tipo di pazienti, così compromessi fin dalla fase intermedia della malattia, deve avere lo scopo di migliora-

re la qualità di vita del paziente e dei suoi familiari. Inoltre, più che di “riabilitazione”, con i pazienti affetti da demenza di Alzheimer sarebbe più corretto parlare di “riattivazione”, vale a dire tutti quegli interventi di ordine fisico e psichico, rivolti non tanto ad un singolo apparato o ad una singola funzione, quanto a stimolare il paziente ad incentivare i residui interessi per tentare di ostacolare il decadimento generale della persona ¹⁰.

Lo stato della ricerca psicologica in tema di riabilitazione geriatria non è molto avanzato; infatti mentre si moltiplicano rapidamente gli studi sulla condizione dell'anziano e sul suo benessere psico-sociale, sulle problematiche che influenzano la sua vita e la sua autonomia, sui cambiamenti dettati dal pensionamento, dalla vedovanza, dalla malattia o dall'istituzionalizzazione, gli studi relativi alle tecniche riabilitative e alla loro efficacia si limitano perlopiù all'ambito cognitivo. Se s'indaga, poi, l'approccio riabilitativo al paziente demente, si può notare come questo abbia sofferto di un atteggiamento superficiale di estremo pessimismo “L'approccio riabilitativo alla demenza si è basato per lungo tempo su presupposti teorici e metodologici poco definiti e scarsamente differenziati rispetto al livello di compromissione cognitiva. Ne sono derivati, di conseguenza, metodologie di valutazione grossolane e interventi poco differenziati” ¹¹.

Nell'ambito della Riabilitazione geriatria psicologica si possono enucleare tre diverse tipologie di interventi: la riabilitazione psicomotoria, la riabilitazione cognitiva e comportamentale, e la riabilitazione affettiva e sociale.

I termini “Riabilitazione psicomotoria” indicano un tipo di trattamento che va oltre la classica riabilitazione fisico-funzionale, in quanto ha come presupposto fondamentale il concetto che la compromissione di una parte del corpo o di alcune funzioni/abilità quotidiane, non possono essere ridotte semplicemente alla sfera neuro-biologica, perché incidono potentemente sulla vita psichica del soggetto ¹². D'altra parte, la ricerca neuro-fisiologica ha messo in luce la plasticità e le potenzialità del cervello umano, anche dell'anziano, ed ha evidenziato che “durante l'avanzare dell'età, la presenza di tendenze involutive e regressive, a carico degli organi sensoriali periferici, è contrastata dallo sviluppo di tendenze di natura stabilizzante o progressivamente a carico del Sistema Nervoso Centrale (SNC)” ¹³. L'anziano compensa il decadimento delle funzioni sensoriali restringendo il numero di informazioni, selezionandone alcune e scartando le ridondanti, in funzione di un efficace

adattamento all'ambiente. Ecco allora che gli interventi di Riabilitazione psicomotoria, tra cui la stimolazione psico-sensoriale, prendono in considerazione i cambiamenti che la Terza Età porta con sé, per sfruttare la massimo le potenzialità che l'anziano ancora possiede.

La *stimolazione psico-sensoriale* viene effettuata, in genere, attraverso un training psico-sensoriale, ovvero una terapia atta a potenziare le capacità dei sistemi di percezione sensoriale attraverso il canale visivo (con foto, disegni, filmati, diapositive), uditivo (con suoni, rumori, musiche), tattile (con oggetti e materiali di diverso tipo), olfattivo (con essenze e prodotti vari), proponendo stimoli inizialmente semplici e successivamente sempre più complessi e interferenti. Alcune ricerche ne hanno dimostrato l'efficacia nell'influenzare positivamente attenzione, memoria, capacità di previsione e di giudizio di soggetti anziani ¹⁴.

Per quanto riguarda la motricità, “è fatto ormai acquisito come uno dei fenomeni che accompagnano il processo d' invecchiamento sia la progressiva perdita di sicurezza nei movimenti” ¹⁵. Pare, però, che l'aggravarsi della regressione motoria non sia da attribuire, in gran parte, al processo d' invecchiamento, bensì all'aver trascurato o sottovalutato, nel corso della vita, l'importanza dell'attività motoria (atrofia e mancato esercizio muscolare). La fisicità che cambia, nell'anziano, comporta anche la necessità di modificare la propria immagine corporea, di rigiocare la posizione dell'immagine fisica di sé nella dinamica personale del proprio essere nel mondo e con gli altri, specie se l'anziano ha una disabilità. Tra le proposte motorie maggiormente sostenute e suggerite dagli psicogerontologi, ci sono il nuoto e la ginnastica, che favoriscono la coordinazione motoria, la capacità oculo-manuale e quella spazio-temporale, la memorizzazione delle sequenze motorie, la socializzazione, la creatività motoria e la concentrazione ¹⁶.

La “Riabilitazione cognitiva e comportamentale” implica una serie di interventi che vanno ad agire sui disturbi della sfera cognitiva e comportamentale. Come già sottolineato, la riabilitazione psicologica geriatria, si occupa prevalentemente di queste tipologie di disturbi, forse per l'evidenza delle problematiche in questione o, forse, perché maggiormente riconducibili a versanti medici e neurobiologici. Ciò ha condotto, in qualche caso, ad identificare la riabilitazione psicologica con quella cognitiva, che ne è, invece, solo una sottocategoria, insieme alla riabilitazione affettiva, sociale e motivazionale. Infatti la riabilitazione psicologica

“implica ogni tentativo compiuto al fine di recuperare o mantenere le componenti che costituiscono la stessa dimensione psicologica: cognitiva, affettiva, motivazionale”¹⁷.

Le variabili cognitive più coinvolte nel processo d'invecchiamento, e maggiormente studiate, sono attenzione, memoria, linguaggio (produzione e comprensione), orientamento (temporale, spaziale, personale ed interpersonale), abilità logiche (astrazione e ragionamento)¹⁸. Per quanto riguarda, invece, i disturbi comportamentali, sono stati oggetto di studio principalmente quelli legati alle demenze senili, tra i quali, agitazione, wandering, aggressività fisica, vocalizzazioni dirompenti. Diverse ricerche ne hanno dimostrato l'incidenza su campioni di anziani dementi¹⁹.

L'attività cognitiva su cui prevalentemente si sono concentrati gli studi psicogeriatrici è la memoria. I dati di molte ricerche trasversali hanno evidenziato negli anziani modeste variazioni della memoria remota (quella che conserva e recupera fatti e situazioni di cui si è fatta esperienza in epoca lontana), del registro sensoriale (riguarda l'informazione che viene registrata a livello sensoriale) e della memoria procedurale (memoria implicita di automatismi, procedure, consolidati con l'abitudine)²⁰. Lievi modificazioni sono state documentate anche per la memoria a breve termine (capace di mantenere e rielaborare le informazioni nel loro formato originale per un tempo circoscritto), mentre per la memoria a lungo termine (struttura che permette di ricordare informazioni nel tempo) sono state registrate compromissioni più gravi²¹. Nel loro insieme questi studi sottolineano tre concetti importanti: un oggettivo decadimento in alcuni aspetti della memoria non costituisce necessariamente un deficit invalidante; il declino è più marcato nelle situazioni in cui si chiede una rievocazione a tempo; per l'anziano è importante la familiarità del materiale da ricordare, infatti quanto maggiore essa è, tanto meno si evidenziano le lacune mnestiche.

Molte sono le ipotesi esplicative del decadimento mnestico legato all'età. Tra queste, possiede notevole valore euristico l'“Ipotesi metacognitiva”²², che si fonda sulla convinzione che gli aspetti metamnestici esercitano una notevole influenza sull'ampiezza e sull'andamento del calo mnestico. Da

alcuni studi emerge chiaramente che nell'anziano le credenze relative alla memoria vengono distorte ed impoverite da una serie di fattori, quali una valutazione pessimistica riguardo al funzionamento della propria memoria, un'attribuzione causale interna e stabile della dimenticanza ed una sopravvalutazione delle prestazioni dei giovani²³.

Proprio a quest'ipotesi esplicativa del decadimento mnestico si sono ispirate alcune tecniche riabilitative della memoria, la cui validità è stata ormai riconosciuta ampiamente. Tra le più importanti vi sono le *mnemotecniche*, degli ausili mnestici interni, ovvero delle strategie mentali, elaborate o applicate dal soggetto per facilitare la memorizzazione ed il recupero. È il soggetto stesso ad applicarle mentalmente, dopo averle apprese. Il loro fine principale è ordinare i *memoranda* mentalmente, per facilitarne la ritenzione. Per gli anziani le mnemotecniche che si sono dimostrate più produttive sono quelle visuo-immaginative (es. Metodo dei loci²⁴), basate sull'uso di immagini mentali, con cui gli anziani hanno molta più familiarità, per l'alto valore di concretezza che hanno rispetto al materiale verbale. L'impiego di queste mnemotecniche consente un più lungo mantenimento del materiale e dell'uso della strategia nell'anziano, rispetto alle mnemotecniche verbali (es. Metodo delle parole associate e delle iniziali). Ad esempio, alcuni studi hanno dimostrato che le immagini mentali vengono usate con profitto dagli anziani, anche istituzionalizzati, con bassa scolarità e con età superiore a 75 anni²⁴.

Le mnemotecniche sono trattate all'interno di corsi di *memory training*, durante i quali viene insegnato come, quando e perché usare strategie di memoria. Questi training, solitamente, trattano anche di altri fattori rilevanti nelle prestazioni di memoria quali l'attenzione, il rilassamento, l'auto-efficacia percepita e il supporto sociale. Tale tipo di insegnamento può produrre non solo un aumento della prestazione di memoria, ma sviluppa anche un atteggiamento più positivo verso i compiti di memoria, aumenta la metacognizione, la motivazione all'uso di processi controllati e la fiducia nel proprio impegno e sforzo cognitivo²⁵. È indicato nelle fasi lievi del decadimento cognitivo, mentre per gli anziani cognitivamente molto compromessi, è più produttivo imparare ad utilizzare al meglio

* La conoscenza e il controllo del soggetto relativi al funzionamento, allo sviluppo e alla capacità della memoria in generale e della propria, la previsione sulle proprie prestazioni, la conoscenza dei compiti di memoria, il livello di motivazione al successo nella soluzione di problemi mnestici, il sistema di attribuzione causale che possiede, la fiducia nelle proprie capacità mnestiche e il grado di controllo che ritiene di poter esercitare sulla propria memoria

** Il metodo dei loci può essere basato su loci spaziali o temporali e consiste nell'individuare mentalmente, lungo un percorso noto o lungo la propria vita, una serie ordinata spazialmente di luoghi, o una serie ordinata temporalmente di eventi. Tali luoghi o eventi andranno a formare il memorandum delle immagini interattive, cosicché al momento del ricordo, ripercorrendo luoghi o eventi, il soggetto recupererà le immagini dei concetti da ricordare.

degli *ausili mnestici esterni* alla memoria (pro-memoria) attivi, come lavagne, sveglie, calendari, liste, timer, agende, computer, piantine di ambienti o città ²⁶. Tuttavia, per quanto riguarda i malati di Alzheimer con una compromissione lieve o media, vi sono evidenze sperimentali in grado di affermare l'utilità di *memory training* che stimolino la memoria procedurale motoria (attraverso compiti come fingere di cucinare, di mangiare, di telefonare, di riassetare la casa,...), in quanto viene risparmiata in queste fasi della malattia ⁹.

Le pratiche riabilitative sviluppate in relazione ad altri ambiti dell'attività cognitiva e dei disturbi del comportamento in età senile - ambiti peraltro indagati dalla Psicologia Gerontologia ormai da molti anni - non sono state oggetto di consistenti linee di ricerca sulla loro efficacia.

La Tabella II riassume le tecniche della Riabilitazione cognitiva e comportamentale che risultano accreditate dalla ricerca psico-gerontologica, indicando in parentesi gli autori che ne hanno dimostrato l'efficacia.

La "Riabilitazione affettiva e sociale" comprende un insieme di interventi che vanno ad agire sulla sfera socio-affettiva dell'anziano, spesso provata dai cambiamenti che la Terza Età comporta o può comportare: il pensionamento, la vedovanza, la perdita di ruoli in ambito familiare, l'avvicinarsi della morte, la morte di parenti ed amici, il diradarsi della rete sociale, la malattia, la perdita o la restrizione dell'autonomia, l'istituzionalizzazione. I disturbi affettivi più frequenti nella senescenza sono: disturbi d'ansia (fobie, attacchi di panico, disturbi ossessivo-compulsivi); disturbi del tono d'umore (depressione, disturbi bipolari, disturbi in-

dotti da sostanze); disturbi affettivi dovuti a patologie del SNC (demenza, delirium, disturbi cognitivi e amnesici) e disturbi psicotici (deliri ed allucinazioni) ⁴².

Tra gli interventi psicologici maggiormente accreditati dalla ricerca in questo ambito si trovano la Terapia di sostegno e quella familiare, la Rimotivazione, la Reminiscenza, la *Validation Therapy* e il Trattamento ambientale.

La Terapia di sostegno con l'anziano è un intervento attivo e concreto, in cui il terapeuta si adegua ai limiti del paziente al quale fornisce sostegno, rassicurazione e rinforzo positivo ⁴³. La Terapia Familiare, coinvolgendo l'intero contesto familiare dell'anziano, promuove un adeguato confronto di posizioni tra i singoli membri della famiglia e permette ai figli adulti di conoscere meglio le problematiche ed i bisogni del loro familiare anziano ⁴⁴. La Rimotivazione, utilizzando testi e materiali audiovisivi, si prefigge di riattivare nel paziente anziano gli interessi per gli stimoli ambientali, di contrastare o limitare la sua tendenza all'isolamento e di migliorare le sue abilità sociali ⁴⁵. La Reminiscenza, invece, è un intervento che utilizza eventi del passato dell'anziano per stimolarne le risorse mnestiche residue e per recuperare il ricordo di esperienze piacevoli; questo intervento permette di migliorare le cenestesi del paziente e la sua empatia rispetto all'ambiente di cura e di vita ⁴⁶. Nella *Validation Therapy* il terapeuta ha come obiettivi d'immedesimarsi empaticamente nel "mondo" del paziente per capirne sentimenti, emozioni e comportamenti, per migliorarne il senso di benessere, e facilitarne la risoluzione dei suoi problemi irrisolti, in preparazione alla morte.

Tab. II. Ambiti e tecniche della Riabilitazione cognitiva e comportamentale.

MEMORIA	<ul style="list-style-type: none"> • Mnemotecniche (De Beni, 1984 ²⁷; Flynn T.M., 1990 ²⁸) • Memory training (Flynn, 1990 ²⁸) • Stimolazione della memoria procedurale (Zanetti-Metitieri, 1998 ²⁹) 3131) • Ausili mnestici esterni (Backman, 1996 ³⁰) • Recupero intervallato delle informazioni (Backman, 1992 ³¹) • Subject Performed Task (Karlsson, 1989 ³²)
ORIENTAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Trattamento ambientale (Lawlor, 1996 ³³) • ROT (Reality Orientation Therapy – Spector e Orrel, 1998 ³⁴) • ROT multimediale (Dello Buono et al., 1999 ³⁵)
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia comportamentale (Gugel, 1994 ³⁶) • Terapia Occupazionale (Zanetti et al., 1997 ³⁷) • Arteterapia (Bonder, 1994 ³⁸) • Musicoterapia (Raglio et al., 1999 ³⁹) • Tecniche di rilassamento (Szeikas, 1991 ⁴⁰) • Pet Therapy (Forbes, 1998 ⁴¹)

Alcune ricerche ne hanno comprovato la validità in soggetti molto anziani con disturbi dell'orientamento o disorientati ⁴⁷. Il Trattamento Ambientale, attraverso la variazione dell'ambiente fisico, dei programmi di attività quotidiane e dell'ambiente sociale, ha come scopo di creare un ambiente che favorisca l'orientamento e il coinvolgimento attivo dell'anziano, che contribuisca a ridurre o ad eliminare i comportamenti disadattivi, e ne migliori le interazioni con l'ambiente; gli anziani che sembrano trarne maggior beneficio sono quelli istituzionalizzati ⁴⁸.

Altri interventi classificabili come socio-affettivi, nel senso che vanno ad agire su variabili ed aspetti emotivi, inter- ed intra-personali dell'anziano, sono alcuni di quelli mirati alla Riabilitazione cognitiva-comportamentale, che compaiono in Tabella II, quali la *Reality Orientation Therapy*, la Musicoterapia, la *Pet Therapy*, l'Arteterapia e la Terapia Occupazionale.

L'analisi della letteratura di settore non ha evidenziato esempi di ricerca relativi all'applicazione degli interventi riabilitativi, specialmente di tipo psicologico, nei recenti servizi rivolti agli anziani. Lo studio che abbiamo progettato si delinea quindi come un contributo iniziale a questa importante tematica, che abbiamo voluto approfondire attraverso una ricerca esplorativa della pratica quotidiana della riabilitazione geriatrica nei servizi di un Distretto socio-sanitario della Lombardia, per tradizione ricco di servizi per la Terza Età. Nello specifico ci siamo posti l'obiettivo di verificare il grado di conoscenza da parte degli operatori delle varie tipologie di trattamenti riabilitativi, e la loro realizzazione effettiva nei servizi rivolti agli anziani, prestando particolare attenzione a quelli che, in ambito psicomotorio, cognitivo, affettivo-sociale,

sono stati proposti come validi ed utili dalla ricerca psico-gerontologica.

Materiali e Metodi

SOGGETTI

I servizi del Distretto coinvolti nella ricerca sono stati: 15 Residenze Sanitarie Assistenziali, 3 Nuclei Alzheimer, un Istituto di Riabilitazione, 6 Centri Diurni Integrati, un Servizio di Assistenza Domiciliare e uno di Assistenza Domiciliare Integrata.

Per quanto riguarda i due servizi domiciliari è stato possibile intervistare soltanto i rispettivi responsabili, mentre i soggetti intervistati per i servizi residenziali (Rsa, Nuclei Alzheimer e IDR) e semiresidenziali (CDI) sono stati 69, di cui 41 donne e 28 uomini. Tabella III mostra la loro distribuzione a seconda del ruolo professionale che rivestono e del tipo di servizio in cui lavorano.

Di questi soggetti, 40 hanno dichiarato di occuparsi di riabilitazione affettiva-sociale, 22 di riabilitazione motoria e fisica, 33 di riabilitazione cognitiva e comportamentale, 4 di riabilitazione psicomotoria, 7 (Medici o Direttori Sanitari) di coordinare gli interventi di altri operatori e 3 (Medici o Direttori Sanitari) di non occuparsi direttamente di riabilitazione.

STRUMENTI

È stata predisposta una "intervista semi-strutturata". Questo tipo di strumento ci è sembrato idoneo per le seguenti ragioni:

- In letteratura non abbiamo reperito questionari o interviste idonei alla raccolta delle informazioni necessarie ai fini della nostra indagine. L'intervista semi-strutturata è uno strumento efficace per avere chiarimenti ed esplicitazioni sulle tematiche oggetto d'indagine, rendendo minime le possibilità di fraintendimento delle domande e le mancate risposte ⁴⁹. In base alla normativa relativa ai servizi socio-sanitari e alla letteratura di settore presa in esame, abbiamo individuato alcune aree da esplorare nel corso dell'intervista, in modo variabile, a seconda del ruolo professionale dell'intervistato. In tal modo, un argomento complesso come quello della riabilitazione geriatrica, poteva essere scomposto in un certo numero di aspetti principali e secondari, e ricevere così una trattazione completa ⁵⁰.
- La funzione specifica dell'intervista, in questo caso, è ottenere delle informazioni che possano

Tab. III. Numero di soggetti intervistati suddivisi per ruolo professionale e per tipo di servizio.

Ruolo	Servizi residenziali	Servizi semiresidenziali	Totale
Animatore	19	7	26
Direttore sanitario	10	3	13
Medico	8	2	10
Fisioterapista	8	2	10
Direttore sociale	2	1	3
Psicologo	2	1	3
Musicoterapista	2	0	2
Arteterapeuta	1	0	1
Psicomotricista	0	1	1

essere descrittive di fenomeni di tipo qualitativo. Lo scopo dell'indagine non era di ottenere dati comparabili tra di loro, né dati qualitativi finalizzati alla costruzione di un questionario, ma avere delle informazioni, esaustive al massimo, relative al servizio oggetto d'indagine ed agli interventi riabilitativi attuati in quel servizio. Per giungere a questo l'intervista è stata adattata, in termini di tipologie riabilitative indagate e di interventi scelti, a seconda dei servizi in analisi (residenziali, semiresidenziali e domiciliari), e delle figure professionali intervistate.

L'intervista è stata quindi articolata in tre blocchi fondamentali:

- 1 parte A: 10 domande riguardanti il tipo di gestione, il bacino d'utenza, le finalità del servizio, le modalità, i parametri, ed i tempi d'accesso, il pagamento, la tipologia ed il numero di utenti, il personale a contatto con l'utente.
- 2 parte B: 25 domande inerenti il ruolo professionale dell'intervistato nella struttura, la sua formazione e aggiornamento, gli eventuali momenti di confronto con altri operatori e professionisti.
- 3 parte C: blocco dell'intervista differente a seconda della tipologia di servizio in questione (residenziale, semiresidenziale o domiciliare) e del ruolo professionale dell'intervistato. Le domande della parte C ruotavano intorno ai tre nuclei riabilitativi scelti: psicomotorio, cognitivo-comportamentale e affettivo-sociale. Nell'ambito della "Riabilitazione psicomotoria" gli interventi su cui si è indagato sono stati il Training psicosensoriale e la Danza. Per la "Riabilitazione cognitiva e comportamentale" sono stati scelti le Mnemotecniche, gli ausili mnestici esterni, la Stimolazione della memoria procedurale, il Recupero intervallato delle informazioni, la ROT, la Terapia Comportamentale, la Terapia Occupazionale, il Trattamento ambientale, la Musicoterapia, l'Arteterapia, la *Pet Therapy*. Nell'ambito della "Riabilitazione affettiva-sociale" gli interventi trattati sono stati la Terapia familiare, il Trattamento ambientale, la *Validation Therapy*, la Reminiscenza, la Rimotivazione. Questi trattamenti sono stati scelti come oggetto d'indagine perché sono risultati i più accreditati dalla ricerca psicogerontologica, come aveva evidenziato l'esame della letteratura di settore.

Nel corso dell'intervista gli interventi venivano brevemente presentati insieme ai risultati di ricerche che ne comprovano l'efficacia. Veniva chiesto all'intervistato se fosse a conoscenza dell'in-

tervento e dello stato della letteratura scientifica sull'argomento e se lo stesso fosse praticato nel suo servizio o, eventualmente, perché non venisse praticato.

Sono state anche proposte alcune domande aperte, volte a conoscere le pratiche riabilitative effettuate nel servizio, per ogni tipologia riabilitativa considerata, ed i motivi per cui alcune tipologie di riabilitazione non fossero presenti nel servizio. Agli operatori intervistati è stato anche chiesto di fornire una loro definizione di "Riabilitazione geriatrica".

L'intervistato è stato lasciato libero di rispondere (e di commentare) come meglio credeva, decidendo lui/lei stesso/a della completezza o meno della risposta ⁵¹. Le interviste sono state registrate e, successivamente, fedelmente riportate sulla griglia di risposta.

In un secondo tempo si sono individuate le unità d'analisi, "le proposizioni significative di base" ⁵², ad esempio la frase "Nell'ambito della Riabilitazione cognitiva facciamo la ROT e la lettura dei giornali", consta di 2 unità. Le unità d'analisi sono state in seguito analizzate semanticamente, individuando quelle con medesimo significato (es. "Non lo ritengo un intervento utile" / "Lo ritengo un intervento improduttivo").

Oltre all'intervista semi-strutturata ai soggetti è stata sottoposta una *check-list* di interventi riabilitativi tra cui scegliere quelli conosciuti e quelli, invece, praticati nel loro servizio.

PROCEDURA

È stata effettuata la somministrazione della parte A dell'intervista solo ai responsabili amministrativi dei servizi del Distretto; la parte B e la *check-list* degli interventi riabilitativi sono state sottoposte a tutti gli intervistati, mentre la C, sottoposta nella sua interezza solamente ai Direttori Sanitari, ai dirigenti dei servizi e ai medici di reparto, è stata sottoposta in lunghezza variabile a seconda del ruolo professionale del soggetto intervistato, quindi a seconda della tipologia riabilitativa di cui il soggetto in questione si occupa. Il tempo di somministrazione è stato quindi di lunghezza variabile, tra i 20 e gli 80 minuti.

L'intervista è stata somministrata seguendo un ordine comune per tutti i soggetti intervistati (Parte B e, poi, Parte C), ma la sua lunghezza variava a seconda dei compiti professionali dell'intervistato e della tipologia di servizio per cui lavorava; infatti ad ogni operatore venivano rivolte soltanto le domande relative alla/e tipologia/e riabilitativa/e di cui si occupava personalmente.

Risultati

Nel presente lavoro vengono presentati solo i principali risultati acquisiti dalle risposte alle domande inerenti agli interventi riabilitativi, che sono state analizzate in modo qualitativo - ci siamo limitati a

conteggiarne le frequenze -, per massimizzare la quantità di informazioni da esse ottenibili.

I risultati emersi dalla *check-list* sono quelli più adatti a fornire un quadro generale degli interventi riabilitativi portati avanti nei servizi per anziani del Distretto socio-sanitario considerato. Tabella

Tab. IV. Frequenze assolute e percentuali di operatori che hanno affermato di conoscere e/o praticare un determinato intervento riabilitativo tra quelli proposti dalla *check-list* (N = 69).

Interventi riabilitativi	Conosciuti	%	Praticati	%
Fisiocinesiterapia	69	100%	56	81%
Terapia occupazionale	69	100%	39	57%
Musicoterapia	62	89%	10	14%
ROT	61	88%	34	49%
Pianificazione di attività di intrattenimento giornaliero	60	86%	41	59%
Reminiscenza	57	83%	29	42%
Arteterapia	56	81%	19	28%
Tecniche di rilassamento	46	67%	13	19%
Consulenza e attivazione familiari	45	65%	30	43%
Terapia Comportamentale	42	61%	13	19%
Pet Therapy	42	61%	3	4%
Rimotivazione	41	59%	26	38%
Consulenza ad operatori	41	59%	27	39%
Terapia di sostegno e supporto	40	58%	20	29%
Creazione di percorsi sicuri per la libera deambulazione	39	56%	15	22%
Videoteca	38	55%	22	32%
Accompagnamento alla morte	38	55%	17	25%
Riabilitazione linguistica	34	49%	14	20%
Pianificazione attività quotidiane in modo ripetitivo	34	49%	25	36%
Trattamento ambientale	34	49%	19	27%
Validation Therapy	33	48%	11	16%
Ludoterapia	30	43%	17	27%
Memory training	28	41%	14	20%
Ausili mnestici esterni	27	39%	20	29%
Esercizi di psicomotricità	26	38%	15	22%
Uso serale di musica e massaggi rilassanti	26	38%	14	20%
Interventi cognitivi sulla depressione, sui tentativi di suicidio	26	38%	14	20%
Suddivisione di azioni in piccoli passi da apprendere giorno per giorno	26	38%	13	19%
Limitazione di stimoli estranei	25	36%	16	23%
Ginnastica	23	33%	45	65%
Terapia della famiglia	23	33%	6	9%
Training psicosensoriale	19	28%	12	17%
Mnemotecnica	18	26%	7	10%
Rot multimediale	16	23%	0	0%
Danza	15	22%	6	9%
Subject performed task	9	13%	7	10%
Recupero intervallato delle informazioni	7	10%	1	1%

Gli interventi sono ordinati in base alla frequenza con cui sono stati citati come "conosciuti" dagli operatori.

IV riporta le frequenze assolute e quelle percentuali degli operatori intervistati che hanno dichiarato di conoscere e/o praticare un determinato intervento riabilitativo.

La totalità degli intervistati ha affermato di conoscere la Fisiocinesiterapia e la Terapia Occupazionale. La prima costituisce anche l'intervento effettuato più frequentemente (81%), seguito dalla Ginnastica (65%), dalla Pianificazione di attività d'intrattenimento (59%) e dalla Terapia Occupazionale (57%). Relativamente agli altri interventi proposti dalla *check-list*, meno della metà degli operatori ha dichiarato che vengono praticati nel loro servizio: in particolare nessun servizio effettua la Rot multimediale e solo uno il Recupero intervallato delle informazioni. Quest'ultimo costituisce anche l'intervento meno conosciuto dagli operatori (10%), insieme al Subject performed task (13%); riguardo alle altre attività, invece, almeno il 20% dei rispondenti ha dichiarato di esserne a conoscenza. Nelle tabelle che seguono sono riportate le frequenze relative alle "risposte libere" fornite dagli operatori alla/e domanda/e "Parlando di Riabilitazione psicomotoria/cognitiva/comportamentale/affettivo-sociale, quali interventi applicate agli utenti del vostro servizio?" Data la modalità di risposta, in taluni casi, le risposte date non indicano dei trattamenti riabilitativi nel senso tecnico-scientifico del termine; esse compaiono nelle tabelle in corsivo. Per ogni ambito riabilitativo sono stati intervistati solamente gli operatori che si occupano di quella specifica tipologia di riabilitazione**.

La Tabella V illustra i risultati emersi nell'ambito della Riabilitazione Psicomotoria.

A conferma di quanto emerso dalla *check-list*, il tipo di intervento riabilitativo erogato con maggior frequenza (51%) è la Fisioterapia insieme alla Ginnastica. Anche la Ginnastica Dolce viene praticata con una discreta frequenza (27%), mentre le altre attività sono state citate con frequenza inferiore al 20%; si nota che un operatore ha dichiarato che nel suo servizio non viene effettuato alcun tipo di riabilitazione psicomotoria.

La Tabella VI presenta i risultati relativi alla Riabilitazione cognitiva.

Il dato più evidente nella Tabella VI è l'elevata percentuale di operatori (42%) che hanno affermato di non praticare nessun tipo di riabilitazione cognitiva. Nella stessa percentuale hanno dichiarato di effettuare un intervento, l'Attività occupazionale, che non è riabilitativo nel senso tecnico-scientifico del termine, come molte altre tra le attività menzionate.

La Tabella VII riporta i risultati ottenuti dalle domande inerenti alla Riabilitazione dei disturbi comportamentali.

In Tabella VII sono otto le attività citate dagli intervistati in risposta alla domanda sulla riabilitazione dei disturbi comportamentali; 6 soggetti su 20 (37%) hanno detto di non praticare nessun intervento e 6 hanno riferito di effettuare un trattamento farmacologico, ritenendolo evidentemente una riabilitazione nel senso più ampio del termine. La Tabella VIII sintetizza i dati emersi a proposito della Riabilitazione affettiva e sociale.

Si può vedere che le tre attività menzionate più frequentemente (feste e gite, 87%; attività ludico-ricreative e laboratori, 57%) non sono veri e propri

Tab. V. Frequenze relative agli interventi di riabilitazione psicomotoria che gli operatori hanno affermato di praticare nei servizi del Distretto socio-sanitario considerato (intervistati 25 soggetti per i servizi residenziali e 8 soggetti per i servizi semiresidenziali).

Interventi praticati	Servizi residenziali (n = 25)	Servizi semiresidenziali (n = 8)	Totale	Totale %
Fisioterapia e ginnastica	13	4	17	51%
Ginnastica dolce	7	2	9	27%
Fisioterapia	5	1	6	18%
Stimolazione sensoriale	4	1	5	15%
Esercizi di psicomotricità	3	2	5	15%
Attività di rilassamento	4	0	4	12%
Rieducazione alle parti del corpo	2	2	4	12%
Rieducazione alla coordinazione	1	1	2	6%
Ginnastica mirata al recupero	2	0	2	6%
Rieducazione all'equilibrio	2	0	2	6%
Nulla	1	0	1	3%

Tab. VI Frequenze relative agli interventi di riabilitazione cognitiva che gli operatori hanno affermato di praticare nei servizi del Distretto socio-sanitario considerato (intervistati 31 soggetti per i servizi residenziali e 9 soggetti per i servizi semiresidenziali).

Interventi praticati	Servizi residenziali (n=31)	Servizi semiresidenziali (n=9)	Totale	Totale %
Nulla	12	5	17	42%
Attività occupazionale ¹	14	3	17	42%
Rot informale	8	4	12	30%
Giochi didattici	6	2	8	20%
Rot formale	7	0	7	17%
Valutazione testistica	5	2	7	17%
Musicoterapia	5	0	5	12%
Lettura giornale	4	1	5	12%
Stimolazione memoria procedurale	2	3	5	12%
Colloqui clinici	2	1	3	7%
Arteterapia	3	0	3	7%
Stimolazione MLT e MBT	3	0	3	7%
Terapia occupazionale	3	0	3	7%
Esercizi di lettura e scrittura	2	1	3	7%
Accorgimenti d'approccio ²	2	1	3	7%
Memory training	2	1	3	7%
Intervento farmacologico	2	0	2	5%
Lettura romanzi a puntate	1	1	2	5%
Rieducazione linguistica	2	0	2	5%
Visione vecchi films	2	0	2	5%
Accorgimenti ambientali	2	0	2	5%
Ausili mnestici esterni	1	0	1	2%

¹ È una sorta di Terapia occupazionale, ma non strutturata come un vero e proprio intervento riabilitativo (es. cucire, realizzare piccoli lavori con il legno, la tempere, la plastilina, ecc.).

² Sono delle modalità d'approccio del personale verso gli utenti del servizio adatto ad andare incontro alle loro esigenze ed alle loro problematiche, specie quelle legate alle demenze senili o ai disturbi comportamentali (es. comportamenti aggressivi, wandering, ecc.).

interventi riabilitativi di tipo affettivo o sociale. La medesima considerazione si può fare per molte delle altre attività che compaiono in Tabella VIII.

Si nota che solo uno dei 47 operatori intervistati ha detto di effettuare il colloquio clinico. Un ulteriore dato interessante riguarda le ragioni

Tab. VII. Frequenze relative agli interventi riabilitativi comportamentali che gli operatori hanno affermato di praticare nei servizi del Distretto socio-sanitario considerato (intervistati 12 soggetti per i servizi residenziali e 4 soggetti per i servizi semiresidenziali).

Interventi praticati	Servizi residenziali (n = 12)	Servizi semiresidenziali (n=4)	Totale	Totale %
Trattamento farmacologico	6	0	6	37%
Nulla	3	3	6	37%
Terapia occupazionale	3	0	3	19%
Attività in setting protetto	2	0	2	12%
Dipende dal disturbo	1	1	2	12%
Attività ludiche	1	0	1	6%
Musicoterapia	1	0	1	6%
Accorgimenti d'approccio	1	0	1	6%

Tab. VIII. Frequenze relative agli interventi di riabilitazione affettiva e sociale che gli operatori hanno affermato di praticare nei servizi del Distretto socio-sanitario considerato (intervistati 34 soggetti per i servizi residenziali e 13 soggetti per i servizi semiresidenziali).

Interventi praticati	Servizi residenziali (n = 34)	Servizi semiresidenziali (n = 13)	Totale	Totale %
Feste e gite	28	13	41	87%
Attività ludico-ricreative	14	13	27	57%
Laboratori	19	8	27	57%
Attività di socializzazione fra utenti	13	6	19	40%
Lettura del giornale	12	6	18	38%
Programmi culturali	9	5	14	30%
Cineforum	7	4	11	23%
Contatti col territorio	7	2	9	19%
Niente di specifico	7	0	7	15%
Sostegno ai familiari	5	1	6	13%
Comitato partecipativo familiari	4	2	6	13%
Recupero ADL	3	3	6	13%
Stesura giornalino	3	2	5	11%
Arteterapia	4	0	4	9%
Conversazione con gli utenti	4	0	4	9%
Sostegno agli operatori	4	0	4	9%
Progetti di ergoterapia	2	1	3	6%
Colloquio clinico	1	1	2	4%

con cui i soggetti intervistati hanno giustificato la mancanza di alcuni interventi riabilitativi nei loro servizi, così riassumibili:

- mancanza di personale specializzato;
- mancanza di volontà del servizio d'investire denaro in quel determinato ambito;
- mancanza di fondi.

Come già detto, per i Servizi domiciliari ADI e SAD è stato possibile intervistare solo i rispettivi responsabili, ai quali è stata somministrata solo la parte A dell'intervista. Ambedue i servizi si occupano di riabilitazione, ma in modo assai diverso dai servizi residenziali e semiresidenziali. L'ADI eroga un servizio sanitario e tratta patologie con una forte ripercussione sulle abilità sociali della persona; fornisce, quindi, prestazioni di Riabilitazione fisico-funzionale. Il SAD, invece, è un servizio socio-assistenziale che eroga, oltre a prestazioni d'igiene personale ed ambientale, piccole medicazioni e aiuto nelle mobilizzazioni; offre anche un lavoro di supporto e ascolto informali alle famiglie degli utenti.

La definizione di "Riabilitazione geriatrica" fornita dalla maggior parte degli operatori intervistati, è così sintetizzabile: "Un tentativo di recupero, se

possibile, delle capacità motorie, cognitive e sociali perse e un mantenimento delle potenzialità/capacità residue, con un'attenzione molto forte al versante medico, motorio e dell'autonomia quotidiana".

Discussione e conclusioni

Dai risultati ottenuti si può evincere che:

- gli interventi in assoluto più diffusi, sia a livello conoscitivo sia a livello d'applicazione pratica, sono quelli della Riabilitazione fisico-funzionale-motoria (fisiocinesiterapia, ginnastica, terapia farmacologica) e di tipo ludico-ricreativo (feste, gite, uscite, attività ludiche);
- nella quasi totalità degli interventi c'è uno scarto cospicuo tra ciò che si dichiara di conoscere e ciò che si dichiara di praticare, con picchi piuttosto marcati nel caso della Musicoterapia, della *Pet Therapy*, dell'Arteterapia, e delle Tecniche di rilassamento, per le quali la differenza tra il numero di coloro che dicono di conoscerle e di coloro che dicono di praticarle è superiore a 30 (Tab. IV);

- molte delle attività riabilitative che gli operatori hanno affermato di effettuare nei servizi in cui lavorano non possono essere considerate riabilitative nel senso tecnico-scientifico del termine (es. letture, uscite, attività ludiche);
- nell'ambito della Riabilitazione Psicomotoria gli interventi maggiormente praticati sono quelli della tradizionale Riabilitazione fisico-funzionale (fisioterapia, ginnastica), mentre quelli più marcatamente psicomotori sono applicati molto limitatamente (Tab. V);
- molti degli interventi citati a proposito di Riabilitazione cognitiva (Tab. VI) e di Riabilitazione affettiva e sociale (Tab. VIII) non sono altro che interventi ludico-ricreativi (lettura di romanzi a puntate, giochi, visione di vecchi film, cineforum, stesura del giornalino), mentre nell'ambito della Riabilitazione dei disturbi del comportamento prevale, in modo netto, l'intervento farmacologico (Tab. VII).

Si può rilevare, inoltre, che le ragioni con cui gli operatori intervistati motivano l'assenza o la scarsa diffusione di alcuni interventi riabilitativi specifici coincidono per le diverse tipologie riabilitative considerate: mancanza di personale specializzato; mancanza di volontà del servizio di investire in questo ambito; assenza di una cultura di questo tipo in struttura; mancanza di fondi. Queste motivazioni collimano con un altro importante dato da prendere in considerazione, ovvero il fatto che in questi servizi vi sia una forte presenza di figure professionali specializzate con una valenza "sanitaria" (medici, fisioterapisti, infermieri), ma una scarsa presenza di altre figure professionali specializzate in ambito psicologico o sociale (es. lo psicologo; cfr. Tab. III).

Concludendo, si può osservare che la nostra ricerca ha messo in luce:

La riabilitazione geriatrica costituisce un tema quanto mai attuale nella società contemporanea, in cui il fenomeno dell'invecchiamento ha assunto grandi proporzioni e risvolti inimmaginabili fino a qualche decennio fa. La ricerca che presentiamo si è posta l'obiettivo di verificare la conoscenza e l'effettiva attuazione di interventi riabilitativi nei servizi rivolti agli anziani, prestando una particolare attenzione a quelli in ambito psicomotorio, cognitivo e affettivo-sociale che sono stati proposti come validi ed utili dalla ricerca psicogerontologica. Lo strumento utilizzato è stato un'intervista semi-strutturata, che è stata somministrata a 69 soggetti

1. un'idea della Riabilitazione geriatrica ancora limitata, troppo spesso, all'ambito fisico-funzionale;
2. uno scarso riverbero dei risultati delle ricerche psico-geriatriche sulla pratica riabilitativa (che contribuisce, forse, a quanto affermato al punto 1);
3. in sintonia con la normativa vigente, un prevalere della cultura sanitaria nell'impostazione del lavoro e nella scelta degli investimenti economici e professionali dei diversi servizi.

Da ulteriori dati raccolti tramite l'intervista effettuata, ma non presentati in questa sede, si evince che i servizi per anziani del Distretto socio-sanitario considerato funzionano decisamente bene (in linea con i riscontri a livello nazionale, secondo cui la Regione Lombardia è una delle più avanzate nel campo delle politiche sociali per gli anziani), tuttavia si deve prendere atto anche del fatto che gli interventi riabilitativi applicati in questi stessi servizi sono limitati. Inoltre, la realtà del Distretto socio-sanitario preso in esame non è generalizzabile all'intero contesto nazionale (in quanto le normative Regionali, locali ed i rispettivi finanziamenti sono diversi da zona a zona); conseguentemente sorge spontaneo chiedersi, "se", "come", "quali" interventi riabilitativi siano applicati in altre Regioni italiane in cui le politiche socio-assistenziali per gli anziani sono meno avanzate. Appare quindi evidente l'utilità di ulteriori indagini, possibilmente guidate da una maggiore collaborazione tra i studiosi di e gli operatori che si occupano di riabilitazione geriatrica nei servizi rivolti agli anziani, nel tentativo di recuperare i ritardi nella traduzione in termini operativi delle acquisizioni della Psicogerontologia, sia a livello individuale (Cesa-Bianchi, 1987⁵³), sia a livello di politiche sociali (Facchini, 1992⁵⁴).

occupati, con diverse mansioni, nei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali di un Distretto della Lombardia. Al fine di per massimizzare le informazioni ottenute dai rispondenti, i dati sono stati analizzati in modo qualitativo. I principali risultati hanno messo in luce che le diverse tipologie di intervento riabilitativo geriatrico, seppure conosciute dagli operatori, sono scarsamente applicate nei servizi del Distretto esaminato.

Parole chiave: Anziani • Riabilitazione geriatrica • Servizi Socio-assistenziali e Socio-sanitari per anziani

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Ministero della Sanità. *Progetto Obiettivo Anziani 1995*. Roma 1994:31.
- ² Giumelli G. *I servizi socio-assistenziali per la popolazione anziana nella legislazione regionale*. In: Giumelli G, Membrino P (eds). *I servizi sociali per gli anziani: una sfida da possibile*. Milano: Guerrini Studio 1992:137-45.
- ³ Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. *Residenze sanitarie per anziani*. Bologna: Il Mulino. 2002.
- ⁴ Ministero della Sanità. *Progetto Obiettivo Anziani 1995*. Roma 1994:22.
- ⁵ Ministero della Sanità. *Piano Sanitario Nazionale 1998-2000*. Roma 1997.
- ⁶ Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento degli Affari Sociali. *Gli anziani del nuovo millennio*. Melbourne (Australia). 21-22 ottobre 1999.
- ⁷ Cesa-Bianchi M. *Elementi di psicogerontologia*. Milano: Franco Angeli 1998:197.
- ⁸ Metitieri T. *La riabilitazione geriatrica*. www.grg-bs.it 2000.
- ⁹ Zanetti O, Metitieri T. *La riabilitazione cognitiva e cognitivo-comportamentale nel paziente demente*. In: Trabucchi M (ed). *Le demenze*. Torino: UTET 1998:111-121.
- ¹⁰ Palleschi M, Napoleoni M.G, Capobianco C. *Riabilitazione e riattivazione del soggetto anziano*. Federazione Medica 1987;2:153-17.
- ¹¹ Scocco P, De Leo D, Pavan L. *Manuale di psicoterapia dell'anziano*. Torino: Bollati Boringhieri 2001:224.
- ¹² Scocco P, De Leo D, Pavan L. *Manuale di psicoterapia dell'anziano*. Torino: Bollati Boringhieri 2001:238.
- ¹³ Cesa-Bianchi M, Pravettoni G. *Compensazione nel decadimento delle funzioni percettivo-cognitive durante la senescenza: implicazioni riabilitative*. Ricerche di psicologia 1997;1:275-301.
- ¹⁴ Bower HM. *Sensory Stimulation and Treatment of senile dementia*. Med J Austral 1967;I:1113-9.
- ¹⁵ Cesa-Bianchi M. *Elementi di psicogerontologia*. Milano: Franco Angeli 1998:131.
- ¹⁶ Bellerio O, Fabris F, Ferrario E, Guglielmino A, Imeroni A, Troletti GG. *L'anziano, il corpo, il movimento*. Roma: Nuova Italia Scientifica 1983.
- ¹⁷ Cesa-Bianchi M. *Elementi di psicogerontologia*. Milano: Franco Angeli 1998:20.
- ¹⁸ Hersen M, Van Hasselt VB. *Trattamenti psicologici dell'anziano*. Milano: McGraw-Hill 1998.
- ¹⁹ Swearer JM, Drachman DA, O'Donnel BF, Mitchell AL. *Troublesome and disruptive behaviours in dementia: relations to diagnosis and disease severity*. J Am Geriatr Soc 1988;36:784-90.
- ²⁰ Craik FIM, Anderson ND. *Memory changes in normal aging*. In: Baddeley AD, Wilson BA. (eds). *Handbook of memory disorders*. London: John Wiley & Sons Ltd 1995:211-41.
- ²¹ Verhaegen P, Marcoen A, Goossens L. *Facts and fiction about memory aging: a quantitative integration of research findings*. Psychological Sciences 1993;48:157-71.
- ²² De Beni R. *Memoria ed invecchiamento. L'ipotesi meta-cognitiva ed i training strategici*. Padova: CLEUP 1993.
- ²³ Cornoldi C, De Beni R. *Ciò che gli anziani pensano della loro memoria*. In: Dellantonio A (ed.). *Ricerche psicologiche sull'invecchiamento*. Milano: Franco Angeli 1989:20-36.
- ²⁴ De Beni R, Pavan G, Saimandi C. *Programmi di insegnamento mnemonico e metacognizione della terza età*. Psicologia e Società 1992;XVII:153-78.
- ²⁵ Sgaramella TM. *Neuropsicologia cognitiva dell'invecchiamento*. Milano: Masson 1999.
- ²⁶ Scocco P, De Leo D, Pavan L. *Manuale di psicoterapia dell'anziano*. Torino: Bollati Boringhieri 2001:228.
- ²⁷ De Beni R. *La ricerca sperimentale sulle mnemotecniche. Una rassegna*. Giornale Italiano di Psicologia 1984;3:421-56.
- ²⁸ Flynn TM, Storandt M. *Supplemental group discussions in memory training for older adults*. Psychology and Aging 1990;5:178-81.
- ²⁹ Zanetti O, Metitieri T. *La riabilitazione cognitiva e cognitivo-comportamentale nel paziente demente*. In: Trabucchi M (ed), *Le demenze*. Torino: UTET 1998.
- ³⁰ Backman L. *Utilizing compensatory task conditions for episodic memory in Alzheimer's disease*. Acta neurol Scand 1996;165(Suppl D):109-13.
- ³¹ Backman L. *Memory training and memory improvement in Alzheimer's disease: rules and exceptions*. Acta neurol Scand 1992;39(Suppl D):84-9.
- ³² Karlsson T, Backman L. *Memory improvement at different of Alzheimer's disease*. Neuropsychologia 1989;27:737-42.
- ³³ Lawlor BA. *Environmental and social aspects of behavioural disturbances in dementia*. Int Psychogeriatr 1996;8:259-61.
- ³⁴ Spector A, Orrel M, Davies S, Woods RT. *Reminiscence therapy for dementia*. Cochrane Database Syst Rev 2000;(4):CD001120.
- ³⁵ Dello Buono M, Gaio F. *Computer-Based cognitive training in Alzheimer's patients*. Comunicazione al 9° Congresso della International Psychogeriatric Association. Vancouver 15-20 agosto 1999.
- ³⁶ Gugel RN. *Behavioral approaches for managing patients with Alzheimer's disease and related disorders*. Med Clin N Am 1994;78:861-7.
- ³⁷ Zanetti O, Binetti G, Magni E, Rozzini L, Bianchetti A, Trabucchi M. *Procedural memory stimulation in Alzheimer's disease: impact of a training programme*. Acta Neurol Scand 1997;95:152-7.
- ³⁸ Bondar BR. *Psychotherapy for individuals with Alzheimer's disease*. Alzheimer's Dis Ass Dis 1994;8:75-81.
- ³⁹ Raglio A, Puerari F, Galizzi ME, Villani D. *Musicoterapia e Alzheimer: uno studio preliminare*. Comunicazione al Congresso "Malattia di Alzheimer. Diagnosi, cura, etica", Verona 21-23 aprile 1999.
- ⁴⁰ Szeikas B. *Treatment approaches for patients with dementing illness*. In: Kiernat JM (ed). *Occupational Therapy and the older adult. A clinical manual*. Gaithersburg: Aspen 1991.
- ⁴¹ Forbes DA. *Strategies for managing behavioural symptomatology associated with dementia of Alzheimer type: a systematic overview*. Can J Nurs Res 1998;30:67-89.
- ⁴² Sgaramella TM. *Neuropsicologia cognitiva dell'invecchiamento*. Milano: Masson 1999.

- ⁴³ Dello Buono M, Scocco P, De Leo D. *Interventi riabilitativi per pazienti affetti da demenza*. In: Scocco P, De Leo D, Pavan L (eds). *Manuale di psicoterapia dell'anziano*. Torino: Bollati Boringhieri 2001:234.
- ⁴⁴ Scocco P, De Leo D, Pavan L. *Manuale di psicoterapia dell'anziano*. Torino: Bollati Boringhieri 2001.
- ⁴⁵ Weiner MA, Brock A, Snowdosky A. *Working with the Aged*. New York: Appleton-Century-Croft 1987.
- ⁴⁶ Ferrario E. *Interventi riabilitativi e attivanti*. Relazione al Congresso "Malattia di Alzheimer. Diagnosi, cura, etica" Verona 21-23 aprile 1999.
- ⁴⁷ Feil NW. *Il metodo Validation*. Milano: Sperling & Kupfer 1996.
- ⁴⁸ Winnet RL. *Long term care reconsidered: the role of the psychologist in the geriatric rehabilitation milieu*. *J Appl Gerontol* 1989;8:53-68.
- ⁴⁹ Zammuner L. *Interviste e questionari: processi psicologici e qualità dei dati*. Roma: Borla 1996.
- ⁵⁰ Besozzi E, Colombo M. *Metodologia della ricerca sociale nei contesti socioeducativi*. Milano: Guerini Studio 1998.
- ⁵¹ Pellicciari G, Tinti G. *Tecnica di ricerca psico-sociale*. Milano: Franco Angeli 1987:149.
- ⁵² Guidicini P. *Questionari, interviste. Storie di vita*. Milano: Franco Angeli 1995:164.
- ⁵³ Cesa-Bianchi M. *Psicologia dell'invecchiamento: caratteristiche e problemi*. Roma: Studi Superiori NIS 1987;27.
- ⁵⁴ Facchini C. *Il ruolo della ricerca sociale nella programmazione dei servizi*. In: Giumelli G, Membrino P (eds). *I servizi sociali per anziani: una sfida possibile*. Milano: Guerini Studio 1992:119-133.