



Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN TERAPIA OCCUPAZIONALE

PRESIDENTE: Ch.mo Prof. Daniele Rodriguez

TESI DI LAUREA

LA QUALITA' DELLA PERFORMANCE OCCUPAZIONALE COME ESITO DEL TRATTAMENTO DOMICILIARE E OSPEDALIERO NEI PAZIENTI CON ICTUS: DUE SETTING A CONFRONTO

**(The quality of the occupational performance as a result of home
and hospital treatment in stroke survivors: a comparison of two
settings)**

RELATORE: T.O., Dott., Prof. Pizzoni Mirna

LAUREANDO: Fragomeni Marco

Anno Accademico 2015/2016

*Non soltanto perché la casa è
popolata, come spesso succede,
dalle persone che amiamo, ma
perché è in quel contesto che
ritroviamo noi stessi, anche in
solitudine.*

(I. Castoldi)

INDICE

RIASSUNTO	1
ABSTRACT	3
INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1: L'ICTUS	6
1.1 <u>DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE ICTUS</u>	6
1.2 <u>EPIDEMIOLOGIA DELL'ICTUS</u>	7
1.3 <u>LA RIABILITAZIONE IN STROKE UNIT</u>	7
CAPITOLO 2: INTERVENTO E AMBIENTE	9
2.1 <u>TERAPIA OCCUPAZIONALE E AMBIENTE</u>	9
2.2 <u>L'INTERVENTO A DOMICILIO</u>	11
2.3 <u>DOMICILIO E ICF</u>	12
CAPITOLO 3: LA QUALITA' DELLA PERFORMANCE	15
3.1 <u>DEFINIZIONE DI PERFORMANCE</u>	
<u>OCCUPAZIONALE</u>	15
3.2 <u>STRUMENTI CHE VALUTANO LA QUALITA'</u>	
<u>DELLA PERFORMANCE OCCUPAZIONALE</u>	16
CAPITOLO 4: MATERIALI E METODI	20
4.1 <u>MOTIVAZIONI DELLA SCELTA DELLA</u>	
<u>METODOLOGIA</u>	20
4.2 <u>STRATEGIA DI RICERCA</u>	20
4.2.1 <u>CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE</u>	23
4.2.2 <u>SELEZIONE E ANALISI DEGLI ARTICOLI</u>	23
4.3 <u>ARTICOLI CRITICATI</u>	24

CAPITOLO 5: REVISIONE DELLA LETTERATURA	27
5.1 <u>REVISIONE CRITICA DEGLI STUDI</u>	
<u>CONSIDERATI</u>	27
CAPITOLO 6: DISCUSSIONE	32
6.1 <u>LA PERFORMANCE OCCUPAZIONALE</u>	32
6.2 <u>L'EFFICACIA DELL'INTERVENTO A DOMICILIO</u>	
<u>E IN OSPEDALE</u>	34
6.3 <u>TEMPI DI DIMISSIONE</u>	36
CAPITOLO 7: CONCLUSIONI	39
BIBLIOGRAFIA	41
ALLEGATI	44

RIASSUNTO

Attraverso una revisione della letteratura ho voluto indagare un ambito che mi ha incuriosito nell'ultimo anno di studi, ossia la riabilitazione del paziente con esiti di ictus; mi sono chiesto se è più efficace un intervento di terapia occupazionale a domicilio, in seguito a dimissioni anticipate dall'ospedale, oppure il classico intervento svolto all'interno delle stroke unit. Il criterio con cui ho voluto confrontare questi due setting riabilitativi è stato il cambiamento della performance occupazionale. Il mio quesito di ricerca è stato: "Nelle persone con esiti di ictus, cos'è più efficace per migliorare la performance occupazionale, l'intervento di terapia occupazionale in reparto di riabilitazione o la terapia occupazionale svolta a domicilio?"

Sono partito dalla definizione di ictus e dall'epidemiologia per poi definire la stroke unit ed in che cosa consiste la riabilitazione del paziente con ictus in questo ambito. In seguito ho voluto sottolineare l'importanza dell'ambiente ed il ruolo significativo che esercita nell'intervento riabilitativo, citando alcuni dei modelli di terapia occupazionale più noti (PEO, OTIPM e MOHO). Ho inoltre chiarito cosa si intende per intervento a domicilio e ho voluto fare un parallelismo tra il domicilio e l'ICF, per indagare ancora una volta quanto sia fondamentale svolgere le attività della vita quotidiana in un setting più familiare. Infine ho citato alcuni degli strumenti più comuni in campo riabilitativo per valutare il cambiamento della performance occupazionale (AMPS, FIM, DPA e Indice di Barthel).

Una volta definite le parole chiave (ictus, performance occupazionale, terapia occupazionale, reparto di riabilitazione e domicilio) la ricerca è stata effettuata utilizzando 3 motori di ricerca in campo medico-riabilitativo e 3 tra i giornali più noti di terapia occupazionale; sono stati trovati 246 articoli e, definiti i criteri di inclusione ed esclusione, il numero si è ridotto a 20. Sono stati analizzati ulteriormente attraverso la "Critical Review Form – Quantitative Study" e sono stati infine individuati 13 articoli, tra cui 6 revisioni sistematiche, 4 studi randomizzati controllati, 2 studi pilota ed 1 studio longitudinale. Ho voluto tenere in considerazione anche studi con evidenza scientifica minore poiché i risultati descritti davano una risposta molto precisa al mio quesito. Dopo la revisione critica degli articoli, la discussione, le implicazioni cliniche, i limiti riscontrati e la considerazione che questa è ancora una zona grigia della letteratura, posso riportare le seguenti conclusioni: non ci sono differenze significative

tra i due setting riabilitativi, in termini di cambiamento della performance occupazionale, mentre ci sono differenze importanti per quanto riguarda la qualità della vita e le spese sostenute in favore del domicilio. Questo mi porta a pensare che, visto che il domicilio può essere ritenuto un setting altrettanto valido all'ospedale, ma con dei costi inferiori e la possibilità di poter creare una maggior qualità di vita, esso possa considerarsi una valida alternativa.

ABSTRACT

Background: in the last few years, many researchers have focused their attention on the effectiveness of home rehabilitation for stroke patient and they wondered if it could be a viable alternative to hospital, after early supported discharge.

Objectives: To compare the effectiveness of home care intervention with the hospital intervention for stroke patients, through the change of occupational performance.

Search methods: A literature search was performed on January, 2016, using database as The Cochrane Library, Pubmed, OT-Seeker and occupational therapy journal as American Journal of Occupational Therapy (AJOT), Scandinavian Journal of Occupational Therapy (SJOT) and Australian Occupational Therapy Journal (AOTJ), for studies published in the last ten years, from 2006 to 2016. They were considered only studies that contained the combination of the five search keywords (occupational therapy, occupational performance, home care, stroke unit, stroke); the articles found were analyzed through the *Critical Review Form-Quantitative Studies*.

Results: The literature search identified 13 studies that match the inclusion/exclusion criteria, of which 6 systematic review, 4 randomized controlled trials, 2 pilot studies and 1 longitudinal study; the studies have considered the change of occupational performance in different ways, and the authors have evaluated it with different assessments.

Conclusions: Most of the studies (9 studies) reveal that there are no significant differences between the two settings, home and hospital, as it regards the change in the occupational performance; four studies state that it is more effective the home care intervention. No study argues that it is more effective intervention in hospital. This makes us infer that, if for most of the time there are no differences between the two settings, the home care intervention can be considered a viable alternative to hospital, as it regards the change in the occupational performance in stroke survivors.

INTRODUZIONE

L'ictus è una delle principali cause di disabilità nel mondo occidentale. Si presume che in futuro il peso delle conseguenze generate da questa patologia sarà più gravoso a causa di una crescente popolazione anziana e di una maggiore sopravvivenza all'ictus.¹ Molti pazienti sopravvissuti all'ictus necessitano di riabilitazione²; gli esperti raccomandano di iniziare la riabilitazione non appena le condizioni mediche diventano stabili e la valutazione delle attività di vita quotidiana (ADL) viene raccomandata come misurazione dell'efficacia di trattamento.³

La Terapia Occupazionale è una professione sanitaria della riabilitazione che promuove la salute e il benessere attraverso l'occupazione. E' un processo riabilitativo che, adoperando come mezzo privilegiato il fare e le molteplici attività della vita quotidiana, attraverso un intervento individuale o di gruppo, coinvolge la globalità della persona con lo scopo di aiutarne l'adattamento fisico, psicologico o sociale, per migliorarne globalmente la qualità di vita pur nella disabilità. L'occupazione è il fine della terapia occupazionale ma anche il mezzo attraverso il quale si cerca di modificare le funzioni corporee della persona (capacità motorio-sensoriali, percettivo-cognitive, emotivo-relazionali).⁴

I trattamenti di Terapia Occupazionale si basano su attività scelte e adattate ad ogni paziente.⁵

Durante le prime fasi della malattia, i pazienti con ictus vengono solitamente ammessi in ospedale dove possono ricevere diversi tipi di cure e trattamenti. Tradizionalmente, la cura dei pazienti con ictus è prevista nei reparti di medicina generale (medicina interna), neurologia o geriatria, dove sono ospitati assieme a pazienti con altre tipologie di malattia.⁶

Uno studio del 2012 raccomanda dimissioni anticipate, riabilitazione e follow – up a domicilio, piuttosto che le cure convenzionali in ospedale, al fine di ridurre la dipendenza a lungo termine, in seguito a un ictus lieve o moderato.⁷

L'evidenza attuale sostiene che le dimissioni anticipate (ESD: Early Supported Discharge) dall'ospedale al domicilio, dopo un trattamento in fase acuta in ospedale, porta ai pazienti benefici nell'indipendenza.⁸

L'obiettivo di questa tesi, attraverso l'analisi della letteratura scientifica, è quello di capire quali sono gli effetti della terapia occupazionale svolta a domicilio per persone

colpite da ictus e come questa influisce anche sulla qualità della performance occupazionale.

Ho voluto indagare l'esistenza di studi scientifici che mi permettano di rispondere in maniera esaustiva al mio quesito fornendo conseguentemente evidenze per verificare quanto sia efficace lavorare nell'ambiente in cui le persone eseguono le proprie attività. È di mio interesse anche scoprire se ci sono delle correlazioni tra l'utilizzo della terapia occupazionale a domicilio ed il miglioramento della performance occupazionale e se questo miglioramento è statisticamente significativo.

Inoltre, ho voluto indagare se tale cambiamento può essere più importante rispetto a quello raggiunto attraverso un più classico contesto riabilitativo, ossia quello ospedaliero.

CAPITOLO 1

L'ICTUS

1.1 Definizione e classificazione ictus

L'ictus è un'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale e/o globale (coma) delle funzioni cerebrali, di durata superiore alle 24 ore o ad esito infausto, non attribuibile ad altra causa apparente se non a vasculopatia cerebrale.⁹

La definizione di ictus comprende:

- **Ictus ischemico:** si verifica quando le arterie cerebrali vengono ostruite dalla graduale formazione di una placca aterosclerotica e/o da un coagulo di sangue, che si forma sopra la placca arteriosclerotica (ictus trombotico) o che proviene dal cuore o da un altro distretto vascolare (ictus trombo-embolico).
- **Ictus emorragico:** si verifica quando un'arteria del cervello si rompe, provocando così un'emorragia intracerebrale non traumatica (questa forma rappresenta il 13% di tutti gli ictus) o caratterizzata dalla presenza di sangue nello spazio sub-aracnoideo. L'ipertensione è quasi sempre la causa di questa forma di ictus.
- **Attacco ischemico transitorio o TIA,** si differenzia dall'ictus ischemico per la minore durata dei sintomi (inferiore alle 24 ore, anche se nella maggior parte dei casi il TIA dura pochi minuti, dai 5 ai 30 minuti). Si stima che il 40% delle persone che presenta un TIA, in futuro andrà incontro ad un ictus vero e proprio.¹⁰

Un ictus può portare a una condizione con variabili gradi di compromissione fisica, psichica, cognitiva, comportamentale, emotiva. A seconda dell'esito ci possono essere importanti limitazioni nelle attività quotidiane, del lavoro e del tempo libero con ripercussioni sulla vita della persona e dell'intera famiglia.

Il terapeuta occupazionale ha le competenze e gli strumenti per individuare e valutare insieme alla persona, la famiglia, il caregiver gli ostacoli all'autonomia e alla partecipazione prodotti dall'ictus. Può poi intervenire per raggiungere miglior recupero

di funzione e di autonomia possibile e per sostenere, promuovere e guidare l'apprendimento adattivo del nuovo stato di salute. Gli obiettivi e le modalità di intervento variano in base all'entità della lesione, agli esiti, alla persona e al suo contesto.⁴

1.2 Epidemiologia dell'ictus

In Italia l'ictus è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie, causando il 10% - 12% di tutti i decessi per anno, e rappresenta la principale causa d'invalidità. Il tasso di prevalenza di ictus nella popolazione anziana (età 65-84 anni) italiana è del 6,5%, più alto negli uomini 7,4 %) rispetto alle donne (5,9%).

L'incidenza dell'ictus aumenta progressivamente con l'età raggiungendo il valore massimo negli ultra ottantacinquenni. Il 75% degli ictus si riscontra in soggetti di oltre 65 anni.

L'ictus ischemico rappresenta la forma più frequente di ictus (80% circa), mentre le emorragie intraparenchimali riguardano il 15%-20% e le emorragie subaracnoidee circa il 3%.

L'ictus ischemico colpisce soggetti con età media superiore a 70 anni, più spesso uomini che donne; quello emorragico intraparenchimale colpisce soggetti leggermente meno anziani, sempre con lieve prevalenza per il sesso maschile; l'emorragia subaracnoidea colpisce più spesso soggetti di sesso femminile, di età media sui 50 anni circa.

Ogni anno si verificano in Italia (dati estrapolati dalla popolazione del 2001) circa 196000 ictus, di cui l'80% sono nuovi episodi (157000) e il 20% recidive, che colpiscono soggetti già precedentemente affetti (39000).⁹

1.3 La riabilitazione in stroke unit

La stroke unit è considerata come un'organizzazione complessa formata da uno staff multidisciplinare all'interno di un ospedale, che provvede ad offrire un servizio completo di cure ai pazienti colpiti da stroke. Per descrivere il servizio, si utilizza questo tipo di gerarchia:

1. Reparto per pazienti con ictus: prevede un team multidisciplinare, tra cui personale infermieristico specializzato, dedicato specificatamente al reparto. Questa categoria prevede la seguente suddivisione:

i) le unità per ictus acuto, che accettano i pazienti in fase acuta ma con dimissione precoce (di solito entro sette giorni); si possono suddividere in tre sottocategorie:

a) modello 'intensivo' di cura, con monitoraggio continuo, livelli di personale infermieristico elevati e supporti per la rianimazione;

b) modello 'semi-intensivo' con un monitoraggio continuo, livelli di personale infermieristico elevati, ma non ci sono supporti per la rianimazione;

c) modello 'non intensivo' con nessuna caratteristica dei modelli precedenti;

ii) unità di riabilitazione per l'ictus che accettano pazienti dopo un periodo di tempo, di solito di sette giorni o più, e si concentrano sulla fase riabilitativa;

iii) unità di riabilitazione completa (cioè con fase acuta e fase riabilitativa combinata), che accettano i pazienti in acuto, ma forniscono anche riabilitazione per alcune settimane, se necessario. Sia l'unità con solo la fase riabilitativa che quella completa offrono un prolungamento del periodo di degenza.

2. Reparto di riabilitazione misto: dove un team multidisciplinare, che comprende anche personale infermieristico specializzato nel reparto, fornisce un servizio generico di riabilitazione, ma non esclusivamente dedicato ai pazienti con ictus.

3. Team mobile: dove un team multidisciplinare itinerante (escluso il personale infermieristico specializzato) fornisce assistenza in più setting di intervento.

4. Reparto di medicina generale: dove le cure sono fornite o in un reparto di medicina d'urgenza o nel reparto di neurologia, senza una routine multidisciplinare di ingresso.⁶

CAPITOLO 2

INTERVENTO E AMBIENTE

2.1 Terapia Occupazionale e Ambiente

La Terapia Occupazionale (TO) è una professione sanitaria della riabilitazione che promuove la salute e il benessere attraverso l'occupazione. E' un processo riabilitativo che, adoperando come mezzo privilegiato il fare e le molteplici attività della vita quotidiana, attraverso un intervento individuale o di gruppo, coinvolge la globalità della persona con lo scopo di aiutarne l'adattamento fisico, psicologico o sociale, per migliorarne globalmente la qualità di vita pur nella disabilità.⁴

I modelli di terapia occupazionale sono una guida per il raggiungimento professionale del terapeuta occupazionale, offrono degli strumenti per la pratica clinica, spiegano alcuni aspetti del comportamento umano e sono applicabili nei diversi contesti di vita dove le persone realizzano i loro progetti. I modelli più diffusi sono occupation-focused, client-centred ed evidence-based.

Inoltre in questi modelli l'aspetto ambientale viene sempre preso in considerazione per la sua notevole rilevanza nei confronti della persona ed inevitabilmente anche delle sue occupazioni.

Il **PEO (Person-Environment-Occupation)** è un modello affermato a livello internazionale che riconosce che la performance occupazionale può essere meglio descritta come il prodotto della relazione che esiste tra le persone, le loro occupazioni, i loro ruoli e gli ambienti in cui vivono; riconosce inoltre che i contesti personali sono continuamente in movimento e al variare dei contesti variano necessariamente i comportamenti che mettiamo in atto per raggiungere un obiettivo.

Il modello individua tre componenti fondamentali, la persona, l'ambiente e l'occupazione che interagendo tra loro danno origine alla performance occupazionale.

Tale interazione non è statica ma dinamica e varia nel tempo a seconda delle situazioni in cui la persona si viene a trovare durante il corso della sua vita.

Il modello **O.T.I.P.M. (Occupational Therapy Intervention Process Model)** è un modello che cerca di delineare tutti i passi del processo terapeutico ancorandoli fermamente ai fondamenti filosofici della T.O., in cui l'occupazione è il focus della pratica professionale. Tra tali fondamenti teorici troviamo:

- L'approccio centrato sul cliente
- L'attenzione all'olisticità dell'individuo
- L'attenzione all'ambiente in cui una persona agisce
- L'utilizzo dell'occupazione come mezzo terapeutico
- La performance occupazionale come elemento di qualificazione dell'efficacia dell'intervento

Inoltre, nel primo passo del modello, quasi fosse imprescindibile passare per questo punto, l'O.T.I.P.M. propone di cominciare con la definizione del contesto di performance centrato sul cliente, attraverso le dieci dimensioni. Una di queste dimensioni è proprio quella "ambientale", a sottolineare l'importanza che l'ambiente fisico esercita sulla performance di ogni persona.

Il modello **M.O.H.O. (Model of Human Occupation)** è un altro modello che sostiene che gli esseri umani sono concettualizzati come esseri costituiti da tre componenti correlate: Volition, Habituation e Performance capacity. All'interno del modello si prende in considerazione ciascuno di questi aspetti ed inoltre si indaga su come l'Ambiente influenza la motivazione della persona ed il pattern della performance. In questo caso l'ambiente viene definito come lo spazio occupato dalle persone, dagli oggetti che usano le persone e dalle persone con cui interagiscono. E' spesso una dimensione critica che può supportare o interferire negativamente con l'occupazione umana; l'impatto con l'ambiente può rendere abile o disabile un individuo.

Come sostengono i principali modelli di Terapia Occupazionale dunque, l'aspetto ambientale è di fondamentale importanza ed ogni terapeuta non è tenuto soltanto ad individuare ed abbattere le barriere architettoniche, ma anche ad organizzare il setting riabilitativo in maniera da esaltare gli aspetti motivazionali e relativi alle capacità di ogni cliente.

2.2 L'intervento a domicilio

L'accesso ad unità assistenziali dedicate ai soggetti che hanno subito un ictus, organizzate secondo un approccio interdisciplinare, influenza favorevolmente la prognosi funzionale dopo l'ictus.

E' altrettanto vero però che nei soggetti con disabilità residua medio-lieve, in alternativa al ricovero prolungato, è indicata la dimissione precoce dalla struttura ospedaliera riabilitativa, supportata da un team multidisciplinare esperto, operativo nella realtà territoriale, che agisca in sinergia o sia costituito dallo stesso attivo nel reparto di degenza.

Prima della dimissione dalla struttura ospedaliera è indicato assicurarsi che:

- I pazienti e la famiglia siano consapevoli dell'accaduto e pienamente coinvolti nella continuità assistenziale
- Il medico di medicina generale, i distretti sanitari ed i servizi sociali siano informati al fine di garantire la prosecuzione dell'assistenza sul territorio senza ritardi
- Paziente e familiari ricevano un'adeguata informazione sulla presenza di associazioni di supporto e gruppi di volontariato

I servizi garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale alle persone colpite da ictus garantiscono che l'estrazione economica del soggetto colpito non riveste un ruolo predittivo ai fini del recupero. La presenza di una rete di rapporti familiari e sociali favorisce il rientro a domicilio e previene il decadimento delle abilità funzionali nel lungo termine. Il coinvolgimento del caregiver nella realizzazione di programmi terapeutici da realizzare dopo la dimissione e la disponibilità di una valida organizzazione sanitaria e sociale territoriale consentono di ridurre i tempi di degenza presso le strutture ospedaliere.

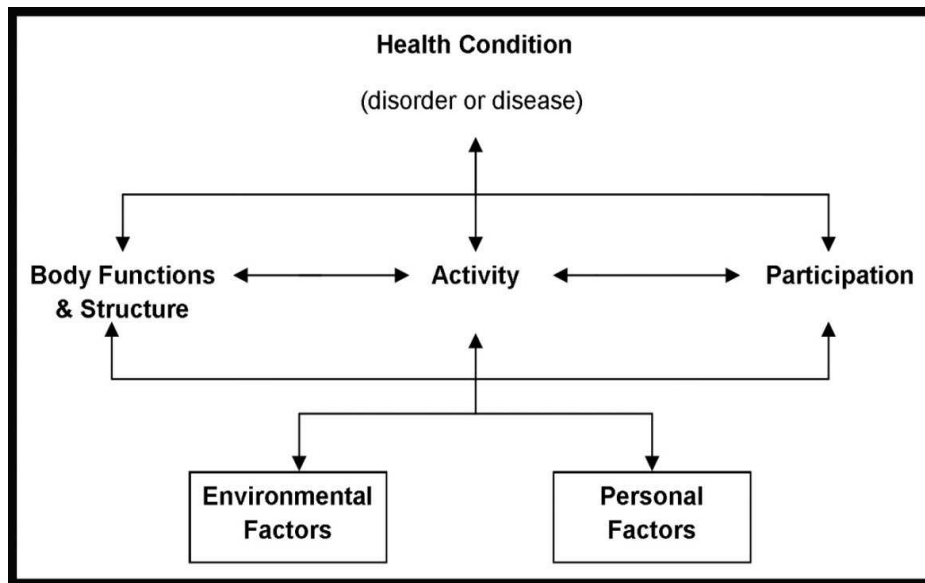
E' indicato fornire ai caregiver tutti gli ausili necessari per posizionare, trasferire e aiutare il paziente, minimizzando i rischi.⁹

Secondo uno studio fatto in Canada, la riabilitazione a domicilio per persone disabili, con malattia croniche o terminali, mantiene o migliora la condizione di salute dell'individuo.

Vengono offerti molteplici servizi, tra cui cure infermieristiche, per l'igiene personale, fisioterapia, terapia occupazionale, logopedia, servizi sociali e pasti a domicilio.

Gli obiettivi della riabilitazione domiciliare sono di effettuare una valutazione dell'ambiente e della situazione del paziente, coordinare i servizi necessari in maniera preventiva o di supporto per ogni paziente, evitare o ritardare la necessità di assistenza a lungo termine o di nuove cure in acuto. ¹¹

2.3 Domicilio e ICF



L'ICF (Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute) ha come scopo generale quello di fornire un linguaggio standardizzato e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati. Essa definisce le componenti della salute e alcune componenti ad essa correlate (come l'istruzione e il lavoro).

L'ICF può essere suddiviso in due parti, ognuna composta da due componenti:

Parte 1. Funzionamento e Disabilità

- (a) Funzioni e Strutture Corporee
- (b) Attività e Partecipazione

Parte 2. Fattori Contestuali

- (c) Fattori Ambientali
- (d) Fattori Personali

In particolare l'ICF definisce i Fattori Ambientali come quei fattori che costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.¹²

Come si evince dallo schema e dalle definizioni, i fattori ambientali sono determinanti per la salute dell'individuo e se si pensa al domicilio, questo può essere definito come uno dei principali ambienti in cui ogni individuo trascorre molto tempo della propria vita.

Tale considerazione va fatta anche nei pazienti con esiti di ictus, i quali spesso affrontano delle difficoltà importanti quando, dopo un primo periodo trascorso in ospedale, ritornano a domicilio e sono costretti a riadattarsi all'ambiente in cui dovranno vivere.

Dopo il periodo di ricovero, infatti, i problemi conseguenti agli esiti dell'ictus sono legati al ritorno del paziente alle sue attività quotidiane e alla qualità della vita.

Sarebbe auspicabile, dunque, che all'intervento riabilitativo in ospedale ne facesse seguito uno ulteriore a domicilio. Si è visto che il training deve essere specifico poiché può risultare difficile trasferire le competenze acquisite in ospedale nell'ambito domiciliare.¹³

Una volta dimesso, il paziente ha la possibilità di tornare al suo domicilio, dove però gli spazi sono organizzati inevitabilmente in maniera diversa rispetto all'ospedale e al reparto di riabilitazione. Seguirà dunque un ulteriore intervento, gestito da uno staff riabilitativo, o solamente con le indicazioni fornite al caregiver, per adattare tutto quanto appreso negli ultimi mesi in un setting che è totalmente differente rispetto a quello precedente, e perciò dove si incontreranno nuove barriere e difficoltà.

La dimissione dall'ospedale è una fase critica nella riabilitazione dei pazienti con ictus e la continuità è di grande importanza per l'efficacia del processo di riabilitazione.¹⁴

Il Terapista Occupazionale perciò ha un ruolo determinante nel rientro a casa di un paziente con ictus ed è formato per intervenire in questo contesto; l'Associazione Italiana dei Terapisti Occupazionali sostiene che il terapeuta occupazionale in ambito domiciliare sia competente:

- Nella valutazione degli ambienti per individuare gli ostacoli alle attività, al movimento e alla partecipazione.
- Nell'addestramento per la ripresa delle routine quotidiane in base ai desideri e priorità della persona e del suo contesto familiare.
- Nel potenziamento massimale delle funzioni motorie e cognitive per accompagnare la persona nel recupero delle proprie autonomie.

- Nell'addestramento dell'eventuale caregiver e dei familiari.
- Negli adattamenti ambientali e riorganizzazione degli spazi abitativi e non, per prevenire le cadute, diminuire la fatica, facilitare spostamenti e trasferimenti in sicurezza.
- Nell'identificare le modalità di riduzione delle barriere architettoniche per consentire la massima partecipazione della persona nei contesti.
- Nell'addestramento all'uso e alla manutenzione degli ausili.⁴

CAPITOLO 3

LA QUALITA' DELLA PERFORMANCE

3.1 Definizione di performance occupazionale

Come già espresso nel capitolo precedente i modelli più diffusi di terapia occupazionale sono occupation-focused, e con il termine occupation (occupazione) ci si riferisce alla persona che è impegnata in un processo, e questo processo ha per la persona uno scopo ed un significato.

Di seguito verranno riportate le definizioni di occupazione o performance occupazionale dei modelli già citati.

- **Modello PEO:** la performance occupazionale è il risultato della transazione persona-ambiente-occupazione. È definita come l'esperienza dinamica di una persona, impiegata in attività significative all'interno di un ambiente. È il modo unico e particolare in cui una persona, con le sue specifiche caratteristiche, svolge un'attività, un compito, un'occupazione condizionata dall'ambiente fisico, culturale, sociale in cui in quel momento si manifesta l'agire. Il modello ipotizza che la performance occupazionale sia un fenomeno complesso e dinamico che possieda anche componenti temporali e spaziali.

Essa prevede la capacità di trovare un equilibrio tra occupazione-percezione di sé-ambiente, e di adeguarsi alle priorità in continuo cambiamento: per tutta la vita gli individui modificano continuamente la percezione di sé, dei ruoli che ricoprono, del significato che attribuiscono alle occupazioni e all'ambiente circostante.

La performance occupazionale è misurabile obiettivamente, mentre le caratteristiche soggettive sono misurabili tramite strumenti auto-somministrati.

- **Modello OTIPM:** in questo modello, la performance occupazionale viene intesa come l'insieme di azioni dirette ad un obiettivo e queste azioni vengono definite

abilità della performance (performance skills). Sono abilità motorie, di processo e di interazione sociale e rappresentano le più piccole unità osservabili della performance stessa. Esse vengono definite come:

- *Motor skills*, ossia azioni osservabili che riflettono l'efficacia della persona nel muovere se stessa o gli oggetti del compito quando interagisce con l'ambiente.
 - *Process skills*, cioè le abilità che riflettono l'efficacia delle azioni che la persona seleziona per interagire con l'ambiente, usare materiali ed oggetti del compito, per svolgere logicamente azioni e passi del compito e per modificare la performance quando subentrano problemi
 - *Social interactions skills*, che stanno ad indicare il livello di maturità ed appropriatezza dell'interazione sociale della persona quando svolge un compito di performance in collaborazione con una o più persone.
-
- **Modello MOHO:** in questo modello si parla di *performance capacity* e con questa espressione si intende definire le capacità fisiche e mentali che sottendono le abilità occupazionali della performance. E' definita come la "capacità di fare cose", permessa grazie alla presenza delle oggettive e sottostanti componenti fisiche e cognitive, che permettono di implementare esperienze soggettive. Questo concetto propone un nuovo modo di comprendere sia come noi siamo in grado di fare le cose, sia in che modo la patologia e gli impedimenti possono influenzare la performance. La teoria e la pratica in terapia occupazionale hanno sempre riconosciuto come queste componenti stiano alla base di una performance competente. La performance capacity è approcciata da differenti ma complementari punti di vista che enfatizzano l'esperienza soggettiva e il suo ruolo al dare forma a come le cose vengono fatte.¹⁴

3.2 Strumenti che valutano la qualità della performance occupazionale

La qualità della performance occupazionale ha la necessità di essere misurata nel tempo, poiché nei pazienti come quelli con esiti di ictus può essere un elemento fondamentale per determinare l'andamento del trattamento. Sono diversi gli strumenti che vengono

messi a disposizione dei terapisti occupazionali per valutare la performance occupazionale e di seguito verranno presentati i tre più utilizzati:

- **AMPS (Assessment of Motor and Process Skills):** si tratta di una valutazione osservazionale innovativa progettata per essere utilizzata da terapisti occupazionali per valutare la qualità della performance di una persona riguardo attività della vita quotidiana (ADL) in ambienti naturali e rilevanti per la persona. Una delle caratteristiche principali della valutazione AMPS è quella di essere un'analisi qualitativa e standardizzata della performance delle attività della vita quotidiana (ADL).

E' basata sull'osservazione di compiti ADL personali o strumentali che la persona ha scelto perché per lei rilevanti e significativi.

E' utilizzato per:

- valutare la persona in un ambiente a lei rilevante e familiare (clinico o domestico) mentre realizza dei compiti ADL a cui ha dato priorità (sono stati standardizzati internazionalmente oltre 120 compiti)
- misurare il grado di qualità con cui la persona realizza i compiti secondo i criteri di impaccio e/o aumento dello sforzo fisico, efficacia, rischi per la sicurezza e necessità di assistenza
- misurare la qualità dell'abilità di performance (16 abilità motorie e 20 di processo)
- facilitare una documentazione occupation-centred ed un intervento occupation focus ed occupation-based nella pratica quotidiana

Caratteristiche dell'AMPS:

- può essere utilizzato per valutare persone dai 2 anni in su
- è appropriato per valutare persone che hanno o sono a rischio di difficoltà nella realizzazione di ADL (anche persone senza diagnosi e in salute)
- i risultati dell'osservazione sono interpretabili secondo una prospettiva criterio-dipendente e normo-correlata ¹⁵

- **FIM (Functional Independence Measure):** questa scala di valutazione è stata sviluppata per misurare la severità della disabilità di una persona (misurata in livelli di indipendenza), valutando gli obiettivi della riabilitazione e/o determinando il bisogno della quantità di cure. E' divisa in due domini (motorio e cognitivo) e consiste in 18 attività. Ogni attività può ricevere un punteggio variabile fra 1

(completa dipendenza dagli altri) e 7 (completa autosufficienza). I punteggi cumulativi producono un indice quantitativo della disabilità della persona. Una scheda standard socio-sanitaria consente di correlarli a variabili rilevanti a fini clinico-epidemiologici.

Il punteggio FIM ha una grande validità metrico-statistica, è un indice di appropriatezza del ricovero e di efficacia della riabilitazione, è correlato al tempo di degenza ed ai minuti di assistenza. Il profilo dei punteggi nelle singole voci fornisce informazioni sulla necessità di riconsiderare specifici processi assistenziali.

I campi di applicazione spaziano dalla degenza riabilitativa post-acuta, alla casa di riposo, all'assistenza domiciliare.¹⁶

- **DPA (Dynamic Performance Analysis):** l'analisi dinamica della performance è un processo di analisi dinamico e interattivo che ha luogo quando il cliente svolge un'occupazione. La DPA è una cornice teorica di riferimento per l'analisi della performance attuale, che ha come obiettivo quello di rendere il cliente in grado di acquisire le competenze nelle occupazioni che deve fare, vuole fare o ci si aspetta che faccia.

La DPA guida il terapeuta a basarsi sulle modalità del cliente di svolgere l'occupazione e pone l'interazione del cliente e dell'occupazione con l'ambiente al centro del processo di analisi.

Lo scopo della DPA è di risolvere i problemi della performance identificando dove la performance sia inadeguata e provando soluzioni.

Questo strumento pone l'attenzione su tutte le fasi del compito, che richiede al terapeuta di utilizzare tutta la sua conoscenza, i modelli teorici e le abilità di ragionamento clinico in modo da identificare gli aspetti efficaci e quelli non efficaci della performance.

La cornice teorica di riferimento della DPA è un albero decisionale progettato per guidare il terapeuta occupazionale nell'analisi della performance di un compito.

Nella DPA il terapeuta usa una serie di domande presenti nell'albero decisionale per determinare dove la performance del cliente sia inadeguata e per provare le soluzioni. La performance è dapprima esaminata al livello dell'intero compito e, se si rileva un problema, al livello dell'unità interessata. Molto spesso la performance è inadeguata in molti punti e a vari livelli che dovranno essere tutti esaminati.¹⁷

- **Indice di Barthel:** questa scala di valutazione misura la performance di un individuo in dieci attività della vita quotidiana. E' uno strumento di origine empirica, con affidabilità e validità testata da prove test-retest e con indice di correlazione tra più valutatori, che misura l'abilità funzionale del paziente senza che i fattori familiari e sociali interferiscano con i risultati. I valori assegnati ad ogni attività fanno riferimento all'assistenza fisica richiesta durante lo svolgimento della performance.

Il punteggio va da 0 a 100; la maggior parte delle attività hanno un punteggio massimo di 10, dove lo 0 indica inabilità, 5 se è richiesta qualche tipo di assistenza e 10 se è completa indipendenza. Due attività hanno un punteggio massimo di 5 punti, dove 0 indica inabilità e assistenza, 5 completa indipendenza; due attività hanno un punteggio massimo di 15, dove 0 indica inabilità, 5 e 10 se c'è bisogno di assistenza e 15 completa indipendenza.

Il punteggio totale dell'Indice di Barthel non è così fondamentale e importante per i fini del trattamento come lo sono i singoli punteggi nelle attività, poiché mostrano esattamente dove sono le problematiche.

Siccome i livelli di dipendenza variano ogni 5 punti, la sensibilità di questo strumento è limitata. Mentre la totale dipendenza e la completa indipendenza sono prese da una popolazione standardizzata, la classificazione dei pazienti che necessitano di un qualche tipo di assistenza è un dato grezzo, e sono spesso raggruppati assieme.

Inoltre l'Indice di Barthel non è sensibile al cambiamento dell'ambiente in cui l'attività viene svolta.¹⁸

CAPITOLO 4

MATERIALI E METODI

4.1 Motivazioni della scelta metodologica

Il valore della terapia occupazionale in tutto il mondo deve essere rilevato attraverso la pratica basata sull' "evidence based" supportata dalla documentazione derivante dalla ricerca.¹⁹

Come sostiene il terzo punto del profilo professionale "Il terapeuta occupazionale svolge attività di studio e ricerca, di didattica e di supporto in tutti gli ambiti in cui è richiesta la specifica professionalità".

I professionisti sanitari oggi non possono più permettersi di operare basandosi esclusivamente sull'esperienza clinica, ma hanno il dovere professionale di documentarsi e di offrire un servizio di alta qualità basato sulle evidenze scientifiche.

Una valutazione approfondita delle ricerche scientifiche, infatti, permette di sviluppare delle linee guida cliniche basate sulle evidenze e di guidare l'operato dei professionisti sanitari verso la scelta di un intervento oggettivamente più efficace.

Ho scelto di fare una ricerca bibliografica su un argomento che mi ha colpito e suscitato interesse nel corso dell'ultimo anno di studi, cioè qual è l'effettiva evidenza scientifica che è stata prodotta negli ultimi 10 anni riguardo all'efficacia della terapia occupazionale a domicilio.

4.2 Strategia di ricerca

Il primo elemento che ho considerato nella conduzione di questa revisione è stato quello di definire nel modo più preciso possibile il quesito della ricerca.

La domanda formulata è stata:

“Nelle persone con esiti di ictus, cos’è più efficace per migliorare la performance occupazionale, l’intervento di terapia occupazionale in reparto di riabilitazione o la terapia occupazionale svolta a domicilio?”

Nella ricerca degli articoli è stato necessario individuare alcune parole chiave che esemplificassero il quesito in modo tale da inserirle nei vari motori di ricerca; le parole che sono state scelte sono: ictus, performance occupazionale, terapia occupazionale, reparto di riabilitazione e domicilio; sono stati inseriti questi termini in lingua inglese nei data-base selezionati.

I motori di ricerca utilizzati sono stati quelli che solitamente vengono consultati in campo riabilitativo, infermieristico e medico, che sono: Pubmed, Cochrane Library, OT-Seeker. E’ stata condotta inoltre una ricerca di articoli rilevanti all’interno di alcuni tra i più noti giornali di terapia occupazionale: American Journal of Occupational Therapy, Australian Occupational Therapy Journal e Scandinavian Journal of Occupational Therapy.

L’inserimento contemporaneo di tutte le parole chiave non ha dato esito, mentre l’inserimento graduale delle stesse ha prodotto risultati consistenti come si evince dalle tabelle di seguito riportate.

<u>Parole chiave:</u> <i>Occupational Therapy and home services and stroke</i>	
DATA-BASE	NUMERO DI ARTICOLI
COCHRANE LIBRARY	10

<u>Parole chiave, termini Mesh:</u> <i>Stroke and Occupational Therapy and Home care services hospital-based</i>	
DATA-BASE	NUMERO DI ARTICOLI
PUBMED	5

<u>Parole chiave, termini Mesh:</u> <i>Stroke and Occupational Therapy and Home care services</i>	
DATA-BASE	NUMERO DI ARTICOLI
PUBMED	24

<u>Parole chiave:</u> <i>Rehabilitation stroke at home</i>	
DATA-BASE	NUMERO DI ARTICOLI
OT-SEEKER	22
COCHRANE LIBRARY	11
TOTALE	33

<u>Parole chiave:</u> <i>Stroke rehabilitation at home and Assessment of Motor and Process Skills</i>	
DATA-BASE	NUMERO DI ARTICOLI
PUBMED	4
OT-SEEKER	1
COCHRANE LIBRARY	1
AUSTRALIAN OCCUPATIONAL THERAPY JOURNAL	21
AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY	79
SCANDINAVIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY	33
TOTALE	139

<u>Parole chiave:</u> <i>Stroke rehabilitation at home and Occupational Therapy</i>	
DATA-BASE	NUMERO DI ARTICOLI
COCHRANE LIBRARY	2
PUBMED	33
TOTALE	35

4.2.1 Criteri di inclusione/esclusione

Nei data-base le informazioni e gli studi erano molteplici e per questo motivo si sono dovuti stabilire dei criteri d'inclusione ed esclusione per delimitare la ricerca:

Criteri di inclusione:

- Letteratura pubblicata negli ultimi 10 anni (2006-2016)
- Letteratura scritta in lingua inglese
- Articoli che prendono in considerazione pazienti con esiti di ictus
- Il campione considerato negli studi deve avere un'età superiore ai 18 anni
- Articoli che valutano l'efficacia dell'intervento di terapia occupazionale a domicilio
- Studi che indagano l'intervento riabilitativo a domicilio e lo confrontano con quello in ospedale

Criteri di esclusione:

- Letteratura pubblicata prima del 2006
- Letteratura scritta in un'altra lingua che non sia l'inglese
- Il campione preso in considerazione dagli studi ha un'età inferiore ai 18 anni
- Studi che indagano solo l'intervento riabilitativo in ospedale

4.2.2 Selezione e analisi degli articoli

Dopo aver condotto la ricerca e aver definito i criteri di inclusione/esclusione si è ottenuta una quantità ingente di articoli; non avendo inserito in ogni ricerca tutte e cinque le parole chiave (ictus, performance occupazionale, terapia occupazionale, reparto di riabilitazione e domicilio) si sono ottenuti anche articoli che non trattavano esattamente ciò che stavo cercando, perciò è stata fatta un'ulteriore cernita leggendo attentamente titolo ed abstract di ogni articolo. Sono stati così selezionati 20 articoli ritenuti rilevanti per rispondere esattamente al quesito di questa tesi.

Ognuno degli articoli selezionati è stato sottoposto alla Critical Review Form-Quantitative Studies (il modello proposto dalla McMaster University) ad ognuno di questi 20 articoli; questa valutazione ha permesso, attraverso una serie di criteri, di

identificare i punti di forza e di debolezza dei vari studi e di indagare in maniera approfondita il disegno dello studio, il campione, il tipo di intervento proposto, l'interpretazione dei risultati e le implicazioni per la pratica clinica. Sulla base di quanto indagato e dei risultati ottenuti, sono stati scartati ulteriori 7 articoli e, quindi, sono stati considerati ed utilizzati 13 articoli definitivi.

4.3 Articoli criticati

TABELLA 1: STUDI CLINICI

	AUTORI	DATA DELLO STUDIO	METODOLOGIA	TITOLO
1	Ontario Health Technology Assessment Series	2013	Systematic Review	In-home care for optimizing chronic disease management in the community
2	F. Coupar et al.	2012	Systematic Review	Home-based therapy programmes for upper limb functional recovery following stroke
3	P. Fearon et al.	2012	Systematic Review	Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients
4	S. Hillier et al.	2010	Systematic Review	Rehabilitation for community-dwelling people with stroke: home or centre based? A systematic review

5	S. Shepperd et al.	2009	Systematic review	Hospital at home early discharge
6	D. Ward et al.	2008	Systematic review	Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of holder people
7	T.Taule et al.	2015	RCT	Ability in daily activities after early supported discharge models of stroke rehabilitation
8	K. Allen et al.	2009	RCT	A randomized trial testing the superiority of a post-discharge care management model for stroke survivors
9	A. Björkdahl et al.	2006	RCT	Does a short period of rehabilitation in the home setting facilitate functioning after stroke? A randomized controlled trial
10	A.M. Thorsén et al.	2006	RCT	Early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: 5-year follow-up of resource use
11	A. Ávila et al.	2015	Studio pilota	Effectiveness of an occupational therapy home programme in Spain for people affected by stroke

12	M. Toneman et al.	2010	Studio pilota	Examination of the change in Assessment of Motor and Process Skills performance in patients with acquired brain injury between the hospital and the home environment
13	S. Ahlström et al.	2009	Studio longitudinale	Occupational performance of person who have suffered a stroke: a follow-up study

CAPITOLO 5

REVISIONE DELLA LETTERATURA

5.1 Revisione critica degli studi considerati

L'ictus è una patologia che comporta disabilità importanti, le quali possono permanere anche a distanza di tempo e determinare limitazioni che hanno un impatto molto significativo nella vita di un individuo e delle persone ad esso vicine.

Le occupazioni, intese come le attività significative nella quotidianità di una persona, possono risentire di alcune limitazioni derivanti dall'ictus; è dunque fondamentale capire quali sono le ADL del paziente che sono divenute problematiche a seguito dell'evento e cercare di riportare la performance di queste attività ad un livello più alto possibile in termini di qualità e di soddisfazione.

La Terapia Occupazionale esercita il proprio ruolo in questo ambito ed i terapeuti occupazionali che seguono questi pazienti durante la fase riabilitativa lo possono fare in ospedale (nelle stroke unit) oppure a domicilio.

L'obiettivo di questa tesi, attraverso la revisione della letteratura degli ultimi 10 anni, è quello di capire se il trattamento di terapia occupazionale, misurato attraverso il cambiamento della performance occupazionale, è più efficace in ospedale oppure a domicilio. La ricerca nei principali dati-base di medicina e nei più noti giornali di terapia occupazionale ha portato alla selezione di 13 articoli, che sono stati scelti in seguito alla revisione degli abstract, alla valutazione dell'affidabilità attraverso la Critical Review Form (strumento proposto dalla McMaster University) e dei criteri di inclusione e esclusione che questo lavoro si è posto.

I 13 articoli indagati sono 1 studio longitudinale, 2 studi pilota, 4 studi randomizzati controllati e 6 revisioni sistematiche.

Lo studio longitudinale²⁰ ha indagato l'efficacia dell'intervento di terapia occupazionale a domicilio in un gruppo di 49 persone (lo studio è durato 2 anni, solo 29

pazienti lo hanno terminato) attraverso lo strumento AMPS (Assessment of Motor and Process Skills); l'obiettivo era quello di descrivere i progressi dei pazienti con ictus in termini di qualità della performance nei due anni successivi all'evento, dopo essere stati dimessi da un iniziale periodo di ricovero ospedaliero. Gli autori sono giunti alla conclusione che il domicilio sia un setting riabilitativo efficace nello svolgimento dei compiti relativi alle ADL, consigliabile per i pazienti con esiti di ictus nei due anni successivi all'evento. L'efficacia è stata misurata con la scala AMPS.

Il limite di questo studio è quello di non avere un gruppo di controllo con cui confrontare l'intervento del gruppo di studio.

Nello studio pilota condotto da M. Toneman et al.²¹, gli autori hanno valutato il cambiamento della performance occupazionale in un gruppo di 15 pazienti con ictus attraverso lo strumento AMPS in un primo momento, quando i pazienti erano ricoverati in ospedale, e in un secondo momento (1 mese dopo) a domicilio; il trattamento di terapia occupazionale per questi pazienti nel periodo considerato ha dimostrato attraverso AMPS che non ci sono cambiamenti significativi tra i due setting d'intervento. Il campione di riferimento però non è soddisfacente per quanto riguarda l'affidabilità della ricerca e non aver considerato un gruppo di controllo può essere stato un limite.

L'altro studio pilota, di A. Ávila et al.⁵, ha considerato un gruppo di 23 persone con ictus per un programma di terapia occupazionale svolto a domicilio per 6 mesi e mezzo, per valutarne l'efficacia (uno dei criteri di inclusione era quello di reclutare nello studio persone che avessero avuto l'ictus non più tardi di un anno dal momento della selezione). Sono stati utilizzati come strumenti di valutazione l'Indice di Barthel e il LOTCA II, attraverso i quali è stato definito che l'intervento a domicilio è efficace sia per quanto riguarda le abilità cognitive che per il livello di indipendenza nelle ADL. Anche in questo caso il campione considerato è di un numero troppo piccolo di persone e l'assenza di un gruppo di controllo limita le conclusioni a cui gli autori sono pervenuti.

Nei 4 studi randomizzati controllati^{8 13 22 23} il campione di riferimento è stato sicuramente più ingente rispetto agli studi sopra citati ed ha permesso di indagare l'efficacia dell'intervento di terapia occupazionale con criteri più affidabili.

T.Taule et al.⁸ hanno confrontato l'intervento di terapia occupazionale in 3 modalità differenti: Early Supported Discharge (ESD) in una day unit (dopo una settimana), ESD

a domicilio (dopo una settimana) ed il classico intervento ospedaliero. L'obiettivo era quello di valutare il cambiamento nelle ADL misurato con AMPS e modified Ranking Scale; lo studio è durato 4 anni ed i pazienti sono stati valutati all'inizio dell'intervento e dopo 3 mesi. Le conclusioni a cui gli autori sono giunti sostengono che non ci sono cambiamenti significativi nelle tre modalità di trattamento e che sono necessarie ulteriori ricerche, poiché non sono in grado di fornire chiare raccomandazioni su come migliorare le abilità motorie e di processo analizzate da AMPS per lo svolgimento delle ADL; ad ogni modo miglioramenti sono stati rilevati da AMPS ma non sono stati rilevati dalla modified Ranking Scale.

A. Björkdahl et al.¹³ hanno confrontato un gruppo di intervento di pazienti con esiti di ictus trattati a domicilio dopo un primo periodo passato in ospedale con un gruppo di controllo di pazienti trattati in ospedale, nelle prime 3 settimane dopo l'evento;

l'efficacia d'intervento veniva valutata attraverso 3 strumenti: AMPS, FIM e IAM. I risultati al termine dello studio hanno dichiarato che non ci sono cambiamenti significativi nei due gruppi per quanto riguarda il cambiamento nella performance occupazionale, ma il setting domiciliare è da preferire in termini di costi sostenuti.

Nello studio condotto da K. Allen et al.²² sono stati presi in esame un gruppo di pazienti seguiti a domicilio (in seguito a dimissioni anticipate, a una settimana dall'ictus) e un gruppo di pazienti seguiti in ospedale; l'obiettivo era quello di valutare quale fosse la modalità di intervento migliore. In termini di outcome funzionali, lo strumento utilizzato per misurarli è stato il National Institutes of Health Stroke Scale, il quale al termine dello studio non ha mostrato differenze significative nei due tipi di intervento. L'unico elemento che ha indicato come migliore il setting domiciliare è la modificazione dello stile di vita, indagato attraverso lo strumento SSQOL (Stroke Specific Quality of Life).

Lo studio A.M. Thorsén et al.²³ ha come obiettivo quello di confrontare, a distanza di 5 anni, l'efficacia dei trattamenti ottenuti da pazienti con esiti di ictus dimessi precocemente (dopo una settimana) con quelli ottenuti da pazienti con esiti di ictus trattati in maniera classica. Non viene descritto se e come è stata analizzata la performance occupazionale di questi pazienti, né gli strumenti di valutazione adottati. I risultati mostrano che non ci sono differenze significative tra le due modalità d'intervento, a parte per quanto riguarda l'uso delle risorse, che è migliore nel gruppo di pazienti dimesso precocemente.

Le 6 revisioni sistematiche considerate^{24 7 25 26 27 28} hanno mostrato risultati differenti tra loro.

L'Ontario Health Technology Assessment Series²⁴ aveva come obiettivo quello di confrontare l'intervento domiciliare e quello classico; questa revisione ha considerato studi in cui sono state analizzate anche patologie diverse dall'ictus e outcome diversi dalla performance occupazionale. Lo studio però, per quanto riguarda l'intervento di terapia occupazionale, sostiene che sia migliore a domicilio; lo strumento con cui sono valutati gli outcome nei pazienti con esiti di ictus è stato il National Institutes of Health Stroke Scale e non sembrano esserci differenze significative tra i due setting confrontati. Gli obiettivi che P. Fearon et al.⁷ si sono posti per il loro studio sono di stabilire gli effetti ed i costi delle dimissioni anticipate (1 settimana) per i pazienti con esiti di ictus, confrontandoli con il classico intervento riabilitativo; hanno considerato 14 studi e in quelli che analizzavano il cambiamento nelle ADL hanno valutato il loro cambiamento attraverso l'Indice di Barthel. I risultati non hanno mostrato cambiamenti significativi tra le due tipologie di intervento e gli autori sostengono che sono necessarie ulteriori ricerche. Per quanto riguarda i costi, però, il domicilio è risultato il setting migliore.

S. Hillier et al.²⁵ nella loro revisione sistematica hanno voluto confrontare il trattamento nelle comunità (intese come cliniche riabilitative o day-hospital) con l'intervento a domicilio per pazienti con esiti di ictus, in primis in termini di benefici legati al funzionamento e all'indipendenza della persona e poi analizzando costi e benefici secondari. Gli studi presi in considerazione hanno portato gli autori a definire migliore il setting domiciliare: l'Indice di Barthel, utilizzato come strumento per valutare gli effetti dei due interventi, ha riportato risultati migliori a domicilio; inoltre anche i costi e i benefici secondari sono da considerarsi migliori nell'intervento a casa del paziente.

S. Shepperd et al.²⁶ hanno indagato nella loro revisione sistematica gli effetti ed i costi delle dimissioni anticipate confronto con il classico intervento ospedaliero; lo studio era rivolto a pazienti con patologie diverse, compresi quelli con ictus. Lo stato funzionale dei pazienti considerati negli studi che analizzavano l'ictus è stato misurato attraverso la Ranking Scale e l'Indice di Barthel, e le conclusioni degli autori indicano che non ci sono differenze significative tra i due tipi di trattamento per quanto riguarda outcome funzionali, anche se l'intervento a domicilio è da preferirsi in termini di costi.

D. Ward et al.²⁷ hanno invece voluto valutare le differenze tra il trattamento delle persone anziane nelle case di cura, in ospedale e a domicilio. L'elemento determinante considerato per stabilire l'efficacia del setting migliore era il funzionamento nelle ADL, ma gli autori non citano quale strumento sia stato utilizzato; in secondo luogo sono stati

considerati anche la qualità di vita, i costi, il ritorno a domicilio ed il numero di giorni di riabilitazione.

Le conclusioni evidenziano che non ci sono differenze tra i 3 ambiti considerati in tutti gli outcome indagati e che sono necessari maggiori ricerche per rispondere al quesito di questo studio.

F. Coupar et al.²⁸ si sono posti come quesito quello di valutare l'efficacia dell'intervento domiciliare con quello ospedaliero o con pazienti non trattati, riferito al funzionamento dell'arto superiore nei pazienti con ictus. Negli studi considerati da questa revisione sono stati utilizzati i seguenti strumenti per rispondere al quesito: Indice di Barthel, FIM e Indice di Katz per valutare le PADL, Nottingham Extended ADL, Rivermead Extended ADL e Frenchay Activities Index per le IADL. Il valore indagato era l'indipendenza nelle ADL ed i risultati hanno condotto gli autori a sostenere che non ci sono differenze significative tra gli ambiti considerati.

CAPITOLO 6

DISCUSSIONE

Dalla ricerca della letteratura sono stati trovati 13 articoli, tra cui ci sono 1 studio longitudinale, 2 studi pilota, 4 studi randomizzati controllati e 6 revisioni sistematiche. Ho voluto tenere in considerazione anche studi con evidenza scientifica minore rispetto a RCT, review e metaanalisi poiché i risultati descritti davano una risposta molto precisa al quesito della tesi. Il focus della mia ricerca mira a comprendere l'efficacia del trattamento di terapia occupazionale a domicilio e in ospedale, valutando il cambiamento della performance occupazionale.

Per rispondere al quesito della tesi all'interno degli studi esaminati sono stati analizzati quattro elementi fondamentali: performance occupazionale, efficacia del trattamento domiciliare o ospedaliero, tempi di dimissione e strumenti utilizzati per le valutazioni.

6.1 La performance occupazionale

Nei 13 studi considerati la definizione di performance occupazionale non è stata la stessa. La maggior parte degli articoli trattati^{5 7 22 24 25 26 28} (7 articoli) la indagano attraverso degli strumenti di valutazione (Indice di Barthel, National Institutes of Health Stroke Scale, Ranking Scale, LOTCA II, FIM, Nottingham Extended ADL, Rivermead Extended ADL, Frenchay Activities Index, Indice di Katz, modified Ranking Scale) che tengono in considerazione sia il funzionamento neuromotorio sia l'indipendenza nelle ADL, ma non descrivono esplicitamente la qualità della performance occupazionale; la valutazione avveniva all'inizio del trattamento e poi, a seconda dei tempi stabiliti in ogni studio (es. ogni 3 mesi, dopo 6 mesi, dopo 2 anni) veniva riproposta ai pazienti ed i risultati venivano confrontati con quelli della valutazione precedente.

Solo 4 articoli ^{8 13 20 21} utilizzano come strumento di valutazione l'Assessment of Motor and Process Skills, che è una scala di valutazione osservazionale per valutare la qualità della performance occupazionale delle Personal-ADL e Instrumental-ADL, in un ambiente compito-specifico, naturale per il compito e rilevante per la persona ²⁹; permette di dare un giudizio sia in termini di indipendenza che in termini di qualità della performance. L'utilizzo di questo strumento di valutazione è riservato ai terapisti occupazionali.

Nello studio condotto da M. Toneman et al. ²¹ è stato utilizzato l'AMPS come strumento di valutazione e benché i risultati non siano statisticamente significativi rispetto alla definizione del suo Minimal Clinical Important Difference (MCID), 13 pazienti su 15 hanno avuto miglioramenti nelle abilità motorie analizzate e 12 su 15 hanno incrementato le loro abilità di processo. Anche T. Taule et al. ⁸ hanno dichiarato nel loro studio di non aver rilevato cambiamenti significativi rispetto ad entrambi gli strumenti (AMPS e modified Ranking Scale) che sono stati utilizzati per misurare il miglioramento nella performance e nell'indipendenza nelle ADL dei pazienti con ictus; tuttavia, analizzando solo i risultati misurati da AMPS, ci sono stati incrementi sia per quanto riguarda le abilità motorie che di processo. Inoltre A. Björkdahl et al. ¹³ sostengono nel loro studio, che non ci sono differenze significative tra domicilio e ospedale, poiché i risultati ottenuti con tutti gli strumenti utilizzati (AMPS, FIM, IAM) non erano sufficienti a prediligere un ambito rispetto all'altro; se però si considerano solo i dati rilevati con l'AMPS, i risultati sono a favore del domicilio.

S. Ahlström et al. ²⁰ nel loro studio longitudinale (durato 2 anni e nel quale 29 dei 49 pazienti iniziali hanno completato lo studio), hanno utilizzato AMPS come strumento di valutazione, definendo efficace l'intervento a domicilio: i 49 pazienti trattati nel loro domicilio hanno mostrato cambiamenti nelle abilità motorie e di processo. Le valutazioni sono state fatte dopo una settimana dalle dimissioni e dopo 3, 6, 12, 18 e 24 mesi). La misura più significativa è stata quella rilevata dopo 3 mesi dall'evento (+ 0,52 logits) a sottolineare l'importanza di un intervento precoce.

Dunque si può affermare che quando è stata utilizzata la valutazione AMPS si sono sempre segnalati miglioramenti per quanto riguarda il cambiamento della performance occupazionale a domicilio, anche se non sempre in maniera statisticamente significativa.

Altri due studi ^{23 27} dichiarano di aver indagato la performance occupazionale attraverso strumenti che valutano le ADL dei pazienti con esiti di ictus ma non citano nello specifico nessun strumento; A.M. Thorsén et al.²³ hanno misurato l'efficacia dei due tipi d'intervento, in ospedale e a domicilio, analizzando l'uso delle risorse impiegate. Essi sostengono che non ci siano differenze significative per quanto riguarda gli outcome funzionali, pur non citando nessuno strumento con il quale li abbiano misurati, e questo è un grosso limite dello studio. Dal momento in cui si sbilanciano nell'indagare non solo le differenze nei costi dei due setting riabilitativi ma anche il funzionamento dei pazienti a domicilio e in ospedale, è una criticità che non abbiano riportato gli strumenti di valutazione attraverso i quali sono giunti alle loro conclusioni. Allo stesso modo D. Ward et al.²⁷ dichiarano di aver utilizzato strumenti che valutano le attività della vita quotidiana (sia personali che strumentali) per indagare gli outcome funzionali dei pazienti considerati; non citando lo/gli strumento/i precisi però non si può comprendere in che modo gli outcome siano stati analizzati e con che criterio gli autori siano giunti alle loro conclusioni.

6.2 L'efficacia dell'intervento a domicilio e in ospedale

Il confronto dell'intervento di terapia occupazionale nel setting domiciliare e in quello ospedaliero è stato indagato in 10 articoli^{7 8 13 22 23 24 25 26 27 28}; nella maggior parte dei casi (8 studi)^{7 8 13 22 23 26 27 28} gli autori sono giunti alla conclusione che non ci sono differenze significative tra i due interventi. Si parla di miglioramenti per quanto riguarda i costi o per la qualità della vita dei pazienti e dei caregivers (misurati conducendo un'attenta analisi sulle spese effettuate attraverso strumenti specifici come la SSQOL), ma in quanto all'efficacia dell'intervento per quanto riguarda il miglioramento della performance occupazionale i risultati sembrano essere gli stessi in entrambi gli ambiti di intervento (anche se si è visto che gli studi che utilizzano AMPS come valutazione hanno sempre trovato miglioramenti, anche se non statisticamente significativi). A questi studi si associa anche quello condotto da M. Toneman et al.²¹ i quali sostengono, nel loro studio pilota, che indaga l'efficacia dell'intervento a domicilio per i pazienti con ictus, che i risultati non sono significativi per valutare il setting domiciliare come efficace.

4 studi^{5 20 24 25} invece sostengono che il domicilio sia una valida alternativa per la riabilitazione dei pazienti con ictus e per questo viene suggerito dai ricercatori per la pratica clinica; di questi però soltanto due^{24 25} confrontano l'intervento a domicilio con quello ospedaliero. Gli altri due studi^{5 20} hanno analizzato solo il setting domiciliare. I risultati riguardanti l'ambiente e quindi il setting da preferirsi per l'intervento di terapia occupazionale sono dunque discordanti; lo studio longitudinale²⁰ sostiene che il domicilio sia un ambiente efficace per il trattamento di terapia occupazionale nei pazienti con esiti di ictus, anche se il campione considerato non era adeguato in termini di validità (49 pazienti di cui solo 29 hanno concluso lo studio durato 2 anni) e l'assenza di un gruppo di controllo ha costituito un limite per lo studio. Gli stessi limiti li hanno avuti M. Toneman et al.²¹ nel loro studio pilota, ma in questo caso non sono stati rilevati dati significativi per arrivare a dire che il setting domiciliare sia efficace. D'altra parte, A. Ávila et al.⁵ nel loro studio pilota per valutare l'efficacia dell'intervento a domicilio sono giunti alla conclusione che sia per quanto riguarda le abilità cognitive che per l'indipendenza nelle ADL il trattamento di terapia occupazionale a domicilio sia efficace, tenendo sempre conto dei limiti del numero di persone considerate (23 pazienti) e la mancanza del gruppo di controllo.

Lo studio condotto da A. Björkdahl et al.¹³ ha come risultato che non ci sono differenze in termini di cambiamento di performance occupazionale ma giungono comunque ad una conclusione interessante: parlando di costi e di spese sostenute nei due ambiti a confronto, il domicilio è risultato essere il migliore (il gruppo che ha effettuato la riabilitazione è costato meno della metà delle spese sostenute dal gruppo di controllo in ospedale).

Anche nello studio condotto da A.M. Thorsén et al.²³ non sono emersi cambiamenti significativi nei setting d'intervento, ma l'utilizzo delle risorse è stato gestito in modo migliore a domicilio, setting in cui le spese erano inferiori rispetto all'ospedale; un limite importante di questo studio è quello di non aver evidenziato il modo in cui hanno valutato il cambiamento relativo alle ADL, non citando alcun strumento. Allo stesso modo, anche P. Fearon et al.⁷ definiscono che l'intervento a domicilio sia più conveniente in termini di costi, anche se per quanto riguarda l'indipendenza nelle attività di vita quotidiana non ci sono stati cambiamenti significativi, in quanto i dati relativi alla valutazione con l'Indice di Barthel non ha evidenziato un cambiamento da considerare efficace per uno dei due setting. A questi due studi si aggiungono anche S. Shepperd et al.²⁶ che nella loro revisione sistematica sono giunti alle stesse conclusioni,

utilizzando lo stesso strumento di valutazione usato nello studio di P. Fearon et al.⁷, ossia l'Indice di Barthel.

Nello studio condotto da K. Allen et al.²² non si sono rilevate differenze significative tra i due setting riabilitativi per quanto riguarda le abilità funzionali, mentre invece è da preferirsi quello domiciliare per il miglioramento della qualità di vita dei pazienti con ictus.

L'Ontario Health Technology Assessment Series²⁴ confrontando nel suo studio i due tipi d'intervento è giunto a definire il domicilio come setting da preferirsi a quello ospedaliero in termini di indipendenza nelle ADL e di qualità della vita. Così come S. Hillier et al.²⁵ definiscono il domicilio migliore rispetto all'ospedale in termini di indipendenza, qualità di vita e costi.

D. Ward²⁷ et al. nel loro studio che indaga la differenza tra le case di cura, l'ospedale ed il domicilio sostengono che non ci siano differenze tra i tre ambiti riabilitativi; da sottolineare però il fatto che non definiscono con quale strumento siano stati valutati i cambiamenti degli outcome funzionali e che il campione di riferimento non era rivolto ai soli pazienti con ictus ma, in generale, al trattamento delle persone anziane. Anche F. Coupar et al.²⁸, confrontando il domicilio con l'ospedale solamente per quanto riguarda il funzionamento dell'arto superiore nelle ADL dei pazienti con ictus, sostengono non ci siano differenze tra i due setting.

6.3 Tempi di dimissione

Il criterio più difficile da indagare nei 13 studi considerati è stato quello relativo alle tempistiche considerate per le dimissioni dall'ospedale (Early Supported Discharge) nei pazienti con ictus. Solamente gli autori di quattro studi (P. Fearon et al.⁷, T. Taule et al.⁸, K. Allen et al.²², A.M. Thorsén et al.²³) hanno descritto chiaramente che le dimissioni per il gruppo di intervento avvenivano dopo una settimana; negli altri 9 studi si parlava di fase acuta oppure non definivano affatto il tempo trascorso e quindi l'inizio dell'intervento a domicilio.

Tutti gli studi randomizzati controllati^{8 13 22 23}, gli studi pilota^{5 21} e lo studio longitudinale²⁰ definiscono chiaramente la durata dell'intervento, a domicilio e in ospedale, ma quanto fosse passato dal momento dell'ictus alla dimissione non è sempre stato chiarito.

Si riporta il dato relativo alla durata del trattamento nella Tabella 2.

TABELLA 2: PERIODO DI TRATTAMENTO

TITOLO	DESIGN STUDIO	PERIODO DI TRATTAMENTO
Ability in daily activities after early supported discharge models of stroke rehabilitation	RCT	3 mesi
Does a short period of rehabilitation in the home setting facilitate functioning after stroke? A randomized controlled trial	RCT	3 settimane
A randomized trial testing the superiority of a post-discharge care management model for stroke survivors	RCT	6 mesi
Early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: 5-year follow-up of resource use	RCT	5 anni
Examination of the change in Assessment of Motor and Process Skills performance in patients with acquired brain injury between the hospital and the home environment	Studio pilota	19 mesi
Effectiveness of an occupational therapy home programme in Spain for people affected by stroke	Studio pilota	3 mesi
Occupational performance of person who have suffered a stroke: a follow-up study	Studio longitudinale	2 anni

Diversa è la situazione che riguarda le revisioni sistematiche ^{7 24 25 26 27 28}, le quali analizzano ognuna un numero di studi diversi, con tempistiche diverse. Di queste P. Fearon et al. ⁷, l'Ontario Health Technology Assessment Series ²⁴, S. Shepperd et al. ²⁶ definiscono che di media considerano 6 mesi di trattamento negli studi presi in esame; S. Hillier et al. ²⁵ sostengono che i tempi di trattamento a cui fanno riferimento negli studi considerati vanno da 3 a 12 mesi. F. Coupar et al. ²⁸ invece analizzano nei loro studi periodi di trattamento che vanno da un minimo di 1 mese ad un massimo di 6 mesi; infine, D. Ward et al. ²⁷ non lo definiscono e questo può considerarsi un limite di questo studio.

CAPITOLO 7

CONCLUSIONI

Questa revisione bibliografica ha preso in considerazione 13 studi con gradi di evidenza e livelli di validità differenti. L'obiettivo del presente lavoro è stato quello di indagare quale sia il setting riabilitativo da preferire, se quello ospedaliero o quello domiciliare, per l'intervento di terapia occupazionale volto a migliorare la performance occupazionale delle persone colpite da ictus. La misura del cambiamento della performance occupazionale è stata presa come parametro principale per definire l'ambiente più adatto per questo cambiamento.

Il dato che emerge da 8 studi ^{7 8 13 22 23 26 27 28} (4 RCT, 4 Review) è che non ci sono differenze significative nei due tipi d'intervento, ossia domicilio o ospedale. Così come uno studio pilota ²¹ sostiene che non ci siano risultati significativi per promuovere il domicilio come una valida alternativa all'ospedale.

Mentre 4 studi ^{5 20 24 25} (2 Review, 1 Studio pilota e 1 Studio longitudinale) sostengono che il domicilio sia da preferire all'ospedale.

Questi dati fanno concludere che non ci siano risultati così evidenti negli studi finora condotti su quale sia l'intervento da prediligere e che siano entrambi validi. In molti degli studi analizzati però si indagavano anche parametri come la qualità della vita ed i costi nelle due tipologie d'intervento ed in questi termini il domicilio era sempre considerato il setting migliore.

Come sostengono D. Ward et al. ²⁷ "The absence of effect is not no effect", e con questa affermazione intendono che i dati trovati al termine della loro revisione sistematica non erano significativi per potersi sbilanciare in favore dell'intervento a domicilio o in ospedale ma ciò non vuol dire che uno sia più o meno valido dell'altro; entrambi i setting riabilitativi considerati, per quanto riguarda il cambiamento della performance occupazionale nei pazienti con esiti di ictus, sono validi e consigliabili nella pratica clinica.

E' però necessario fare delle considerazioni a riguardo, che potrebbero risultare dei limiti per questo ambito della letteratura:

- I 13 studi non definivano la performance occupazionale nello stesso modo, perciò quando si arriva a dare delle conclusioni è necessario tener presente che in alcuni si parla di attività della vita quotidiana in maniera generica mentre in altri vengono meglio definite quelle che possono essere le occupazioni della persona
- Gli studi hanno valutato la performance occupazionale dei pazienti con esiti di ictus con strumenti diversi: alcuni erano propri del terapeuta occupazionale, altri sono a disposizione di diversi professionisti sanitari; inoltre la maggioranza degli strumenti presi in considerazione per questa revisione non definiscono il Minimal Clinical Important Difference (MCID) e perciò valutare il cambiamento della performance occupazionale risulta molto difficile in termini di statisticamente significativo e clinicamente significativo. Inoltre è necessario aggiungere che alcuni strumenti indagavano più le PADL, altri più le IADL
- Non è stato chiaro nella maggioranza degli studi definire che cosa si intendesse per dimissioni anticipate; spesso non venivano citate le tempistiche e perciò l'effetto della terapia occupazionale poteva cambiare
- Le conclusioni di molti articoli sottolineano che sono necessari ulteriori studi in quest'ambito, in quanto visti i risultati della ricerca questa è ancora un'area grigia della letteratura; inoltre è un ambito che negli ultimi anni ha sollevato molto interesse sia per definire i costi che i setting più adatti al recupero delle persone affette da ictus

BIBLIOGRAFIA

¹ Truelsen T, Piechowski-Jozwiak B, Bonita R, Mathers C, Bogousslavsky J, Boysen G (2006) Stroke incidence and prevalence in Europe: A review of available data, *European Journal of Neurology*, Vol. 13, pag. 581–598

² Young J, Forster A (2007) Review of stroke rehabilitation, *BMJ*; Vol. 334, pag. 86-90

³ Rowland T, Cooke D, Gustafsson L (2008) Role of occupational therapy after stroke, *Official Journal of Indian Academy of Neurology*, Vol. 11, n° 5, pag 99-107

⁴ Definizioni disponibili on-line sul sito www.aito.it

⁵ Ávila A, Durán M, Peralbo M, Torres G, Saavedra M, Viana I (2014) Effectiveness of an Occupational Therapy Home Programme in Spain for People Affected by Stroke, *Occupational Therapy International*, Vol. 22, n° 1, pag. 1-9

⁶ John Wiley, Sons Ltd, The Cochrane Collaboration (2013) Organised inpatient - stroke unit - care for stroke, *The Cochrane Library*, n° 9

⁷ Fearon P, Langhorne P, Early Supported Discharge Trialists (2013) Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients, *Cochrane Database Systematic Review*, n° 2

⁸ Taule T, Strand L, Assmus J, Skouen J (2015), Ability in daily activities after early supported discharge models of stroke rehabilitation, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 22, n° 5, pag. 355-365

⁹ Linee guida Spread 2012, disponibile on-line dal sito www.spread.it

¹⁰ Dati disponibili on-line dal sito www.ministerodellasalute.it

¹¹ Dati disponibili on-line sul sito www.hc-sc.gc.ca, Health Canada - Home care in Canada 1999: an overview

¹² Dati disponibili sul sito www.classificazioneicf.it

¹³ Bjorkdahl A, Lundgren Nilsson A, Grimby G, Stibrant Sunnerhagen K (2006) Does a short period of rehabilitation in the home setting facilitate functioning after stroke? A randomized controlled trial, *Clinical Rehabilitation*, Vol 20, n° 12, pag. 1038-1049

¹⁴ Kielhofner G. (2008) *Model of Human Occupation. Theory and application*, 4th. Lippincott, Williams & Wilkins

¹⁵ Fisher AG, Bray Jones K (2010) *Assessment of Motor and Process Skills. Vol 1- Development, standardization, and administration manual*, 7th ed. revised. three Star Press

¹⁶ Definizioni e dati disponibili al sito www.scalafim.com

¹⁷ Polatajko H J, Mandich A, Martini R (2000) *Dynamic Performance Analysis: A Framework for Understanding Occupational Performance*, *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol 54, n° 1

¹⁸ Shah S, Vanclay F, Cooper B (1989) Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation, *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 42, n° 8, pag. 703-709

¹⁹ Definizione presa dal sito www.wfot.org

²⁰ Ahlström S, Bernspång B (2009) Occupational performance of person who have suffered a stroke: a follow-up study, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 10, n° 2, pag. 88-94

²¹ Toneman M, Brayshaw J, Lange B, Trimboli C (2010) Examination of the change in Assessment of Motor and Process Skills performance in patients with acquired brain injuries between the hospital and the home assessment, *Australian Occupational Therapy Journal*, Vol. 57, n° 4, pag. 246-252

²² Allen K, Hazelett S, Jarjoura D, Hua K, Wright K, Weinhardt J, Kropp D (2009) A randomized trial testing the superiority of a post-discharge care management model for stroke survivors, *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, Vol. 18, n° 6, pag. 443-452

²³ Thorsén A M, Holmqvist L W, von Koch L (2006) Early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: 5-year follow-up of resource use, *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, Vol. 15, n° 4, pag. 139-143

²⁴ Health Quality Ontario (2013) In-home care for optimizing chronic disease management in the community, *Ontario health technology assessment series*, Vol. 13, n° 5

²⁵ Hillier S, Inglis-Jassiem G (2010) Rehabilitation for community-dwelling people with stroke: home or centre based?, *International Journal of Stroke*, Vol. 5, n° 3, pag. 178-186

²⁶ Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, Harris R (2009) Hospital at home early discharge, *The Cochrane Library*

²⁷ Ward D, Drahota A, Gal D, Severs M, Dean T P (2008) Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of holder people, *The Cochrane Library*

²⁸ Coupar F, Pollock A, Legg L A, Sackley C, van Vliet P (2012) Home-based therapy programmes for upper limb functional recovery following stroke, *The Cochrane Library*

²⁹ Center for Innovative OT Solutions, 2016

ALLEGATO 1: CRITICAL REVIEW FORM-QUANTITATIVE STUDIES

Critical Review Form – Quantitative Studies
Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.
McMaster University

<u>CITATION</u>	<i>Provide the full citation for this article in APA format:</i> Allen, K., Hazelett, S., Jarjoura, D., Hua, K., Wright, K., Weinhardt, J., & Kropp, D. (2009). A randomized trial testing the superiority of a postdischarge care management model for stroke survivors. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 18(6), 443-452.
<u>STUDY PURPOSE</u> <i>Was the purpose clearly?</i> Yes	<i>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</i> L'obiettivo degli autori era quello di valutare se la dimissione precoce dall'ospedale al domicilio è migliore di quella fatta in ospedale
<u>LITERATURE</u> <i>Was relevant background literature reviewed?</i> Yes	<i>Describe the justification of the need for this study:</i> Era necessario capire se è più efficace una dimissione precoce con trattamento domiciliare oppure una riabilitazione svolta interamente in ospedale, in termine di salute e benessere, poiché in letteratura non ci sono abbastanza risultati soddisfacenti che rispondano in maniera esaustiva ai quesiti dei ricercatori. Negli ultimi anni questo è stato un ambito d'interesse molto considerato dalla ricerca ma che non ha ancora dato una reale risposta

<u>DESIGN</u> RCT	<i>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</i> Il disegno è appropriato per la domanda di studio che va a indagare l'efficacia di un trattamento, in quanto c'era abbastanza letteratura precedente per giustificare uno studio sperimentale, le misure di outcome possono essere quantificate e sono esplorabili diversi fattori. In più non ci sono questioni etiche che impediscono l'adozione del disegno scelto.
<u>SAMPLE</u> N= 380 <i>Was the sample described in detail?</i> Yes <i>Was sample size justified?</i> Yes	<i>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</i> Sì, il campione è sufficiente: 190 pazienti considerati nel gruppo d'intervento e 190 nel gruppo di controllo <i>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</i> Sì, lo studio è stato approvato dal "IRB at Summa Health System"
<u>OUTCOMES</u> <i>Were the outcome measures reliable?</i> Yes <i>Were the outcome measures valid?</i> Yes	<i>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</i> Valutazione prima e dopo il trattamento <i>Outcome areas:</i> - Funzioni neuromotorie – NIH-Stroke Scale (National Institutes of Health Stroke Scale) - Qualità di vita – SSQOL (Stroke Specific Quality of Life Scale)

<u>INTERVENTION</u> <i>Intervention was described in detail?</i> Yes <i>Contamination was avoided?</i> Not addressed <i>Cointervention was avoided?</i> Not addressed	<i>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</i> Sono stati presi in esame un gruppo di pazienti seguiti a domicilio (in seguito a dimissioni anticipate, a una settimana dall'ictus) e un gruppo di pazienti seguiti in ospedale; l'obiettivo era quello di valutare quale fosse la modalità di intervento migliore. Lo studio è durato in tutto 4 anni, ogni paziente era trattato per 6 mesi e si sono indagati gli outcome funzionali e quelli relativi alla qualità della vita attraverso strumenti specifici.
<u>RESULTS</u> <i>Results were reported in terms of statistical significance?</i> Yes <i>Were the analysis method(s) appropriate?</i> Yes	<i>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</i> In termini di outcome funzionali, il trattamento non ha mostrato differenze significative nei due tipi di intervento. L'elemento che ha indicato come migliore il setting domiciliare è la modificazione dello stile di vita. $p < 0.05$
<i>Clinical importance was reported?</i> Yes	<i>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</i> Non c'è stata una differenza in termini significativi tra i due gruppi d'intervento.
<i>Drop-outs were reported?</i> Yes	<i>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</i> Hanno abbandonato lo studio 36 persone nel gruppo

	d'intervento e 25 nel gruppo di controllo per problemi istituzionali o per morte.
<u>CONCLUSIONS</u> <u>AND</u> <u>IMPLICATIONS</u> <i>Conclusions were appropriate given study methods and results?</i> Yes	<i>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</i> I risultati non mostrano una superiorità significativa delle dimissioni anticipate dall'ospedale al domicilio, per quanto riguarda l'intervento relativo agli outcome funzionali in un periodo di 6 mesi di trattamento, mentre è efficace in termini di qualità della vita dei pazienti. Attraverso questo studio, però, è stato indagato maggiormente un ambito finora scoperto della letteratura.

