



Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN TERAPIA OCCUPAZIONALE
PRESIDENTE: *Ch.ma Prof.ssa Luciana Caenazzo*

TESI DI LAUREA

IL RUOLO DEL GIOCO NEL PROCESSO DI TERAPIA OCCUPAZIONALE IN ONCOLOGIA PEDIATRICA: ANALISI DELLA LETTERATURA E ANALISI RETROSPETTIVA.

The role of play in the occupational therapy process in
pediatric oncology: literature review and retrospective analysis.

RELATORE: T.O., Dott.ssa Lustro Martina

CORRELATORE: T.O., Dott.ssa Giacometti Veronica

LAUREANDA: Spinato Sharon

Anno Accademico 2024/2025

INDICE

RIASSUNTO	1
ABSTRACT	2
INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1: DEFINIZIONE, EPIDEMIOLOGIA E CLASSIFICAZIONE DEI TUMORI INFANTILI	4
1.1 Il cancro in età pediatrica	4
1.2 Dati globali e nazionali	5
1.3 Leucemie.....	6
1.4 Tumori del sistema nervoso centrale	7
1.5 Linfoma non-Hodgkin	7
CAPITOLO 2: IL RUOLO DELLA TERAPIA OCCUPAZIONALE IN ONCOLOGIA PEDIATRICA: IL GIOCO E IL SUO IMPIEGO	8
2.1 Prognosi e impatto nella vita quotidiana	8
2.2 Terapia occupazionale e qualità di vita	9
2.3 Terapia occupazionale e oncologia pediatrica	10
2.4 Significato e valore del gioco	11
2.5 Il gioco come mezzo e come fine.....	11
2.6 Modelli teorici di riferimento e valutazioni	12
2.6.1 Revised Knox Preschool Play Scale	12
2.6.2 Takata Play History	13
2.6.3 Model of Playfulness	13
2.7 Benefici del gioco nei contesti oncologici	14
CAPITOLO 3: REVISIONE DELLA LETTERATURA E STUDIO RETROSPETTIVO: MATERIALI E METODI	15
3.1 Rassegna della letteratura scientifica	15
3.1.1 Strategie di ricerca.....	15
3.1.2 Criteri di inclusione ed esclusione.....	15
3.1.3 Analisi della letteratura	16
3.2 Obiettivi specifici dello studio retrospettivo	17
3.3 Disegno dello studio	17
3.4 Criteri di inclusione/esclusione.....	18
3.5 Strumenti di raccolta dati	18
3.5.1 Albero decisionale	18

3.5.2 Scheda Excel	19
3.6 Procedura e analisi dei dati	19
CAPITOLO 4: RISULTATI.....	20
4.1 Analisi della letteratura	20
4.2 Analisi dei dati dello studio retrospettivo	20
4.2.1 Il Gruppo 5.....	23
4.3 Analisi quantitativa	24
4.3.1 Valutazione del tempo libero.....	25
4.3.2 Menzione del gioco	25
4.3.3 Valutazione del gioco	25
4.3.4 Gioco incluso nel trattamento	26
4.3.5 Gioco come fine del trattamento	26
4.4 Analisi qualitativa	27
4.4.1 Categorie di gioco menzionate.....	28
4.4.2 Metodi di valutazione	28
4.4.3 Obiettivi di trattamento	29
4.4.4 Modalità di intervento riabilitativo	29
CAPITOLO 5: DISCUSSIONE	31
5.1 Discussione della letteratura	31
5.2 Interpretazione dei risultati dello studio	31
5.2.1 Discussione dell'analisi quantitativa	31
5.2.2 Discussione dell'analisi qualitativa.....	33
5.2.3 Discussione integrata dei risultati.....	34
CAPITOLO 6: CONCLUSIONI.....	35
6.1 Sintesi dei risultati principali	35
6.2 Risorse e limiti dello studio	35
6.3 Proposte per futuri approfondimenti.....	36
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	37
ALLEGATO 1	41

RIASSUNTO

Introduzione: Il gioco riveste un ruolo fondamentale nello sviluppo del bambino, consentendogli di sperimentarsi in relazione a sé stesso, agli altri e all'ambiente circostante.

Nel caso dei pazienti pediatrici che affrontano un percorso oncologico, esso può essere utilizzato sia come un mezzo per il raggiungimento di obiettivi funzionali, sia come fine dell'intervento riabilitativo, con l'obiettivo di promuovere la partecipazione alla vita quotidiana.

Obiettivo: L'obiettivo dello studio è indagare se il gioco, inteso come fine occupazionale e non unicamente come mezzo riabilitativo, venga incluso nella presa in carico dei pazienti oncologici in età evolutiva all'interno dei trattamenti di terapia occupazionale, analizzandone il ruolo e le modalità di utilizzo nella pratica clinica.

Metodi: Il progetto include una prima parte dedicata alla revisione della letteratura scientifica e una seconda parte focalizzata sulla conduzione di uno studio osservazionale retrospettivo. Quest'ultimo è stato svolto attraverso l'analisi di 41 cartelle cliniche di pazienti oncologici pediatrici seguiti presso l'IRCCS di Conegliano (TV), riferite al periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e il 31 dicembre 2024.

Risultati: Dall'analisi della letteratura è emerso che il gioco viene prevalentemente utilizzato come mezzo riabilitativo e, in nessuno studio, è stato considerato esclusivamente come fine occupazionale. L'analisi quantitativa ha evidenziato che il 92,68% delle cartelle includeva la valutazione del tempo libero e che, nel 92,10% dei casi, il gioco era riportato tra le attività significative. Tuttavia, nelle 25 cartelle in cui il gioco è stato incluso nel trattamento, solo il 12% lo utilizza come fine occupazionale, l'84% come mezzo riabilitativo e il restante 4% con un approccio integrato. L'analisi qualitativa documenta una vasta variabilità di approcci centrati sul gioco e adattati dai terapisti occupazionali in base agli obiettivi fissati.

Discussione: La scarsa presenza del gioco come fine occupazionale può essere ricondotta a molteplici fattori, a partire da lacune di tipo strumentale, tempistiche di presa in carico da parte del servizio riabilitativo, disponibilità di ambienti e materiali, priorità espresse dalle famiglie e limitazioni intrinseche alla condizione clinica dei pazienti.

Conclusione: Il gioco come fine occupazionale rappresenta un'eccezione sia in letteratura scientifica sia nell'analisi retrospettiva. Risulta quindi necessario promuovere lo sviluppo di protocolli e strumenti valutativi standardizzati, oltre a percorsi formativi per professionisti e studenti, affinché il potenziale del gioco possa essere riconosciuto pienamente e applicato come obiettivo centrale nella pratica clinica.

ABSTRACT

Introduction: Play plays a fundamental role in child development, allowing children to experiment with themselves, others, and their surroundings.

In the case of pediatric patients undergoing cancer treatment, play can be used both as a means to achieve functional goals and as an end in itself in rehabilitation, with the aim of promoting participation in daily life.

Objective: The objective of the study is to investigate whether play, understood as an occupational goal and not solely as a means of rehabilitation, is included in the care of pediatric cancer patients within occupational therapy treatments, analyzing its role and methods of use in clinical practice.

Methods: The project includes a first part dedicated to reviewing the scientific literature and a second part focused on conducting a retrospective observational study. The latter was carried out through the analysis of 41 medical records of pediatric cancer patients treated at the IRCCS in Conegliano (TV), referring to the period between January 1, 2019, and December 31, 2024.

Results: Analysis of the literature showed that play is mainly used as a means of rehabilitation and, in no study, was it considered exclusively as an occupational end. Quantitative analysis showed that 92,10% of the records included an assessment of leisure time and that, in 92,68% of cases, play was reported among the significant activities. However, in the 25 case files in which play was included in the treatment, only 12% used it as an occupational goal, 84% as a means of rehabilitation, and the remaining 4% with an integrated approach. The qualitative analysis documents a wide variability of play-centered approaches adapted by occupational therapists according to the objectives set.

Discussion: The lack of play as an occupational goal can be attributed to multiple factors, starting with instrumental gaps, the timing of rehabilitation services, the availability of environments and materials, the priorities expressed by families, and limitations intrinsic to the clinical condition of patients.

Conclusion: Play as an occupational goal is an exception both in scientific literature and in retrospective analysis. It is therefore necessary to promote the development of standardized protocols and assessment tools, as well as training courses for professionals and students, so that the potential of play can be fully recognized and applied as a central goal in clinical practice.

INTRODUZIONE

“Giocare è il verbo che abita nel cuore dell’infanzia.”

Questa frase, letta durante il mio percorso formativo, mi ha accompagnata come un filo conduttore nella riflessione sul ruolo della terapia occupazionale in ambito oncologico pediatrico.

Se il gioco rappresenta la natura più profonda del bambino, ovvero lo spazio in cui costruisce la propria identità, sviluppa competenze e conosce il mondo circostante, cosa accade quando una diagnosi oncologica irrompe in questa dimensione occupazionale?

Come si avrà modo di approfondire nel seguente progetto di tesi, le attività ludiche applicate ai contesti oncologici possono avere un ruolo cruciale nel migliorare la qualità di vita percepita dai bambini, contribuendo ad alleviare i sintomi collaterali legati al trattamento oncologico e a favorire maggior benessere e partecipazione.

I bambini con diagnosi oncologica, infatti, si trovano ad affrontare quotidianamente sfide fisiche e psicologiche correlate a periodi di ospedalizzazione, che li allontanano dall’ambiente scolastico, sportivo e amicale, limitando significativamente la loro possibilità di partecipare alle attività ludiche.

Durante l’esperienza di tirocinio in ambito pediatrico, ho avuto modo di interagire con bambini che stavano affrontando percorsi oncologici e di assistere a trattamenti in cui il gioco veniva regolarmente integrato nel processo riabilitativo. A tal proposito penso che, come terapisti occupazionali, abbiamo l’opportunità di offrire a questi bambini uno scorcio di normalità, riconoscendo il gioco non solo come mezzo per raggiungere obiettivi funzionali, ma come occupazione centrale su cui poter intervenire direttamente.

Permettere ad un bambino con diagnosi oncologica di giocare significa restituirgli un frammento di infanzia, uno spazio di serenità e libertà, in cui possa tornare a sentirsi semplicemente un bambino.

Da queste riflessioni nasce il seguente progetto di tesi, con l’obiettivo di indagare se nella pratica clinica e nella letteratura scientifica il potenziale del gioco venga pienamente riconosciuto nella sua accezione più profonda. Comprendere questo aspetto potrebbe aprire la strada allo sviluppo di approcci terapeutici più completi, che valorizzino il gioco sia come fine occupazionale che come mezzo, rispondendo in maniera più adeguata ai bisogni dei bambini che affrontano un percorso oncologico.

CAPITOLO 1: DEFINIZIONE, EPIDEMIOLOGIA E CLASSIFICAZIONE DEI TUMORI INFANTILI

1.1 Il cancro in età pediatrica

Con il termine *cancro* ci si riferisce a un insieme di malattie accomunate dalla rapida e incontrollata crescita di cellule anomale, le quali possono proliferare invadendo tessuti e organi, causando una condizione chiamata *metastasi*. Questa è il risultato della diffusione di cellule anomale in nuovi distretti corporei attraverso la circolazione sanguigna e linfatica. Questo processo compromette progressivamente le funzioni vitali della persona e rappresenta una delle complicazioni più gravi nei decessi causati dal cancro. [1,2] L'Organizzazione Mondiale della Sanità rileva che, ad oggi, il cancro rappresenta una delle più frequenti cause di morte a livello mondiale tra le malattie non trasmissibili [3], e risulta essere una delle principali cause di morte in età pediatrica. [4]

Per parlare di cancro in età pediatrica è doveroso fare prima una specificazione: a livello clinico, si intende il cancro in età pediatrica come quella malattia che si diagnostica tra gli 0 e i 14 anni. Tuttavia, in letteratura, questo limite viene esteso fino al diciannovesimo anno di età, come nel caso dei dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC). [5]

L'eziologia del cancro in età pediatrica, ad oggi, non è ben nota, in quanto non supportata da forti evidenze scientifiche. Gli studi distinguono due categorie di fattori di rischio: ereditari e non ereditari. I primi si vedono spesso associati a malattie congenite, come la sindrome di Down e la Neurofibromatosi di tipo 1, nonché a mutazioni genetiche, come nel caso della sindrome di Li-Fraumeni. I fattori non ereditari riguardano invece cause esterne, come l'esposizione a radiazioni ionizzanti, sostanze cancerogene ed infezioni virali.

In età adulta, i fattori non ereditari vengono considerati determinanti per l'insorgenza di tumori. Tuttavia, in ambito pediatrico, non abbiamo a disposizione sufficienti studi che determinano in maniera univocamente certa la correlazione tra i fattori non ereditari e l'insorgenza del cancro. [6]

Per questo motivo risulta complesso attuare strategie efficaci per la prevenzione del cancro in età pediatrica; è quindi importante individuare tempestivamente i sintomi e trattare la malattia con cure adeguate.

La probabilità di sopravvivenza a una diagnosi di cancro infantile dipende dal contesto socioeconomico del paese in cui vive il bambino: nei Paesi ad alto reddito, oltre l'80% dei bambini guarisce, mentre, nei Paesi sottosviluppati la sopravvivenza scende a meno del 30%. [7]

A livello epidemiologico, in età pediatrica si osserva un'incidenza maggiore di leucemie, tumori al Sistema Nervoso Centrale e linfomi non-Hodgkin.¹

L'incidenza rimane un fenomeno da tenere sotto stretta osservazione: infatti, benché in calo, colpisce ancora 10,7 individui tra gli 0 e i 19 anni ogni 100'000 casi.² [8]

1.2 Dati globali e nazionali in età pediatrica

Al fine di confrontare tassi come l'incidenza e la mortalità tra popolazioni con diversa distribuzione per classi d'età, viene utilizzato l'ASR (Age Standardized Rate). Questo indicatore è una media ponderata dei tassi specifici per età e il risultato è espresso come un numero di casi su 100.000 persone.

I dati più recenti nel database dell'OMS risalgono al 2022 e ponendo la nostra attenzione alla fascia di età tra gli 0 e i 19 anni, possiamo ora distinguere due sottogruppi di popolazione sulla base del sesso.

L'incidenza maggiore si registra nella popolazione maschile, con un totale di 154'054 nuove diagnosi, pari ad un ASR di 11,6. Nella popolazione femminile, invece, l'ASR è inferiore di quasi due punti (9,7) e il numero totale di nuove diagnosi è di 121'659. Queste statistiche si traducono in un rischio cumulativo, cioè nella probabilità fino a una specifica età che un individuo sviluppi una determinata forma di cancro, maggiore per gli uomini e pari allo 0,23%. Nelle donne questo stesso indice vale 0,19%. A livello di tessuti colpiti, per entrambi i sessi, si riconferma la stessa casistica esposta al paragrafo precedente, con leucemie, tumori al Sistema Nervoso Centrale e linfomi non-Hodgkin ai primi tre posti per incidenza. Tuttavia, nei maschi il quarto posto è occupato dal linfoma di Hodgkin, mentre nelle femmine si registra una maggior incidenza del tumore alla tiroide. Seguono per entrambi i tumori ai reni, agli organi riproduttivi e le altre tipologie.

Analizzando la mortalità delle tipologie di tumore, normalizzata attraverso l'ASR, notiamo che i tumori più incidenti sono anche i più mortali, con le leucemie che presentano un tasso di incidenza e di mortalità maggiore del doppio rispetto ai tumori al secondo posto.

Notiamo anche che alcuni tumori meno incidenti si rivelano più mortali di tumori più incidenti. Un esempio a tal proposito lo individuiamo, per i pazienti maschi, nel tumore ai reni. Come abbiamo già scritto, questa tipologia di tumore è meno incidente rispetto al linfoma di Hodgkin. Tuttavia, l'ASR per 100'000 abitanti della mortalità di quest'ultimo è pari a 0,15, mentre per il tumore ai reni questo stesso indice vale 0,21. Un caso opposto è dato dai tumori alla tiroide che, sebbene molto incidenti nelle pazienti femmine, presentano un tasso di mortalità prossimo allo zero.

¹ Dati ricavati dall'infografica al link <https://gco.iarc.fr/today/en>. Se non diversamente specificato, da qui in poi tutti i dati riferiti ai tumori in età pediatrica sono reperibili a questo stesso link.

² Questo dato è riferito all'anno 2022, e calcolato secondo l'Age Standardized Rate (ASR).

Con il termine *prevalenza*, facciamo invece riferimento al numero di persone ancora in vita che hanno avuto una diagnosi di cancro in un dato periodo di tempo. Considerando entrambi i sessi, nel 2022 le persone sopravvissute a distanza di un anno dalla diagnosi sono state 197'653, cioè 7,6 persone ogni 100'000.³

A distanza di tre anni, questa proporzione triplica e i sopravvissuti diventano 21,9 ogni 100'000, mentre a cinque anni dalla diagnosi il numero aumenta ulteriormente a 35,6. Da questi dati possiamo trarre una visione positiva del fenomeno, poiché più aumenta il tempo dalla diagnosi, più sembrano aumentare le probabilità di sopravvivenza. Tuttavia, è bene notare che nel numero di sopravvissuti sono inclusi sia i guariti che i pazienti, quindi non è da escludere che ad aumentare sia il numero di pazienti bisognosi di cure.

Spostiamoci ora in Italia. Se consideriamo entrambi i sessi nella fascia d'età tra gli 0 e i 19 anni, i dati relativi all'incidenza a livello europeo collocano l'Italia al secondo posto con un ASR pari a 19,5. Tale dato evidenzia un'incidenza superiore rispetto alla media europea (pari a 15,4), che tuttavia non si traduce in un'elevata mortalità, posizionando l'Italia al decimo posto con un numero pari a 2,8 decessi ogni 100.000 abitanti. Tale osservazione invita ad una riflessione rispetto all'efficienza ed efficacia delle politiche messe in atto dal Ministero della salute e dal Piano Nazionale della Prevenzione, volte a promuovere la salute pubblica e ad incentivare la partecipazione agli screening oncologici erogati dal Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, emerge la capacità da parte del Sistema Sanitario di diagnosticare e trattare in maniera adeguata e tempestiva i pazienti oncologici pediatrici, collocandosi al secondo posto tra i Paesi dell'Unione Europea con il più basso tasso di mortalità, nonostante l'alta incidenza. [9]

1.3 Leucemie

In età pediatrica le forme di cancro più frequenti sono le leucemie e, in particolare, la Leucemia Linfoblastica Acuta (LLA) e la Leucemia Mieloide Acuta (LMA). Queste due tipologie fanno parte dei tumori del sangue, e sono causate dalla proliferazione incontrollata di cellule emopoietiche immature, denominati blasti, prodotte all'interno del midollo osseo.

Queste cellule immature si dividono in diversi tipi, tra cui linfoblasti e mieloblasti, e danno origine alle cellule del sangue. I linfoblasti, raggiunto lo sviluppo, si trasformano in globuli bianchi di tipo linfoide (linfociti), mentre i mieloblasti danno origine ai globuli bianchi di tipo mieloide (granulociti), ai globuli rossi e alle piastrine. Nel caso delle leucemie questi processi sono alterati: i linfoblasti nella LLA, e i mieloblasti nella LMA, proliferano in maniera incontrollata, si accumulano nel sistema nervoso e, circolando nel sangue, raggiungono tessuti e organi.

³ Nel computo dei 100'000 rientra sia la popolazione sana che quella malata. (Proporzione ogni 100'000 abitanti).

Le leucemie possono essere acute o croniche. Queste ultime si manifestano principalmente nell'età adulta, mentre le forme acute sono tipiche dell'età pediatrica e si contraddistinguono da quelle dell'età adulta per la tempestività dei sintomi e per la rapida evoluzione della malattia. [10,11,12,13]

1.4 Tumori del sistema nervoso centrale

I tumori del Sistema Nervoso Centrale fanno parte della famiglia dei tumori solidi e rappresentano la seconda forma di cancro per incidenza e mortalità. Questi tumori sono costituiti da un insieme vasto ed eterogeneo di patologie, che si differenziano per caratteristiche morfologiche, istologiche e in base alle sedi che colpiscono maggiormente. [14]

I gliomi a basso grado sono la tipologia più diffusa in età evolutiva, e si differenziano all'interno della Classificazione Mondiale della Sanità in grado I e II. Il grado I è un tumore benigno, che si contraddistingue per la rallentata proliferazione cellulare e ha una prognosi migliore a lungo termine, mentre il grado II designa tumori più aggressivi e con decorso recidivante.

I gliomi originano dalle cellule gliali, le quali si distinguono in quattro tipi: astrociti, oligodendrociti, cellule ependimali e microglia. Tra queste cellule, le più frequenti sono gli astrociti, che si occupano del funzionamento della barriera ematoencefalica e del risanamento del tessuto nervoso a fronte di eventi lesivi. Qualora gli astrociti iniziassero a proliferare in maniera incontrollata, il glioma risultante prenderebbe il nome di astrocitoma. [15,16]

1.5 Linfoma non-Hodgkin

Al terzo posto troviamo il linfoma non-Hodgkin, che si distingue dal linfoma di Hodgkin (che occupa, invece, il quarto posto) per le caratteristiche delle cellule coinvolte e la modalità di diffusione: da linfonodo a linfonodo nel linfoma di Hodgkin; in modo più casuale nel linfoma non-Hodgkin. [17]

Il linfoma non-Hodgkin racchiude al suo interno un insieme eterogeneo di tumori che originano dal sistema linfatico e che sono accomunati dalla moltiplicazione incontrollata di cellule linfoidi. Queste cellule appartengono ad un tipo di globuli bianchi, e sono distinte in cellule B, T e NK (*natural killer*), il cui compito è la salvaguardia dell'organismo dagli agenti patogeni e l'eliminazione di cellule infette. Dal momento che queste cellule linfoidi si localizzano all'interno dei linfonodi, della milza, del timo e del midollo osseo, il linfoma non-Hodgkin può originare in qualsiasi distretto dell'organismo.

I principali sottotipi sono i linfomi a cellule B mature, i linfomi linfoblastici e i linfomi anaplastici. All'interno dei sottogruppi delle cellule B mature, è presente il linfoma di Burkitt, che da solo, rappresenta oltre l'80% dei casi. [18,19]

CAPITOLO 2: IL RUOLO DELLA TERAPIA OCCUPAZIONALE IN ONCOLOGIA PEDIATRICA: IL GIOCO E IL SUO IMPIEGO

2.1 Prognosi e impatto nella vita quotidiana

Negli ultimi cinquant'anni, *la prognosi* dei pazienti oncologici in età pediatrica ha registrato notevoli miglioramenti. Negli anni '70, nei Paesi ad alto reddito, poco più della metà dei pazienti compresi nella fascia d'età tra gli 0 e i 19 anni sopravviveva a distanza di cinque anni dalla diagnosi, mentre oggi la possibilità di sopravvivenza supera l'80%. Tali miglioramenti si sono osservati nella leucemia linfoblastica acuta (LLA), che ricordiamo essere il tipo di tumore più frequente in età pediatrica, e nel linfoma non-Hodgkin, al terzo posto per incidenza. [20]

Questi progressi non si possono considerare equamente diffusi in tutto il mondo, in quanto, per i Paesi a basso reddito, la percentuale di sopravvivenza è del 30%. Se consideriamo che il 95% delle morti per cancro in età pediatrica avviene nei Paesi sottosviluppati, dove vive quasi il 90% dei bambini del mondo, ci accorgiamo che è proprio in questi contesti che è maggiormente necessario un intervento immediato. [21]

Nel 2018, a fronte di tali disuguaglianze geografiche, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato l'iniziativa *Global Initiative for Childhood Cancer*, con l'obiettivo di alzare al 60% il tasso di sopravvivenza dei bambini con diagnosi di cancro, salvando circa un milione di vite in più nel prossimo decennio. [22]

Questo ambizioso obiettivo è raggiungibile attraverso: la precocità e l'affidabilità della diagnosi, l'accessibilità alle cure e l'erogazione di un trattamento compatibile con il quadro patologico del paziente. A riprova dell'efficacia di queste misure, nei Paesi ad alto reddito, dove vive solo l'11% dei bambini oncologici, vengono svolti numerosi trial sperimentali che permettono di identificare le terapie più appropriate, favorendo l'avanzamento scientifico, garantendo a tutti i bambini le giuste cure e migliorando la prognosi. Al contrario, nei Paesi a basso reddito, risulta complesso fornire diagnosi tempestive a causa della mancanza di personale sanitario qualificato e di adeguate strutture diagnostiche. Il conseguente ritardo nell'accertamento della malattia porta troppo spesso a prediligere cure intensive, nel tentativo di contrastare l'avanzamento del cancro, aumentando il rischio di morte causato dalla tossicità farmacologica.

Tali trattamenti, accompagnati da comorbidità secondarie come malattie infettive e malnutrizione, aggravano le condizioni cliniche del paziente e incrementano il costo delle terapie, contribuendo al fenomeno dell'abbandono terapeutico. Per evitare questo tragico epilogo, si preferisce adattare protocolli meno invasivi, promuovendo la cooperazione tra centri desiderosi di condividere

conoscenze, formare il personale locale e favorire l'accesso ai medicinali essenziali per supportare i contesti più fragili. [21]

Parallelamente all'impegno globale volto al miglioramento dei servizi sanitari, è altrettanto importante comprendere quanto l'inizio di un trattamento oncologico influenzi la vita quotidiana dei pazienti pediatrici, compromettendo la sfera fisica, cognitiva, psicologica e sociale.

Sebbene l'intento delle cure oncologiche sia quello di offrire una prospettiva di vita più lunga e di controllare i sintomi associati alla malattia, diversi studi evidenziano come tali trattamenti possano ridurre la qualità di vita a causa dei molteplici effetti collaterali associati.

Dal punto di vista fisico, tra le manifestazioni più frequenti vi sono la riduzione dell'energia e l'aumento della fatica, accompagnate da sintomi come malessere e dolore, che tendono ad aggravarsi se correlati alla mancanza di sonno. Le alterazioni cognitive e comportamentali emergono principalmente nei pazienti affetti da tumori cerebrali, con ripercussioni sulle funzioni quali la regolazione emotiva, la capacità di apprendimento e il mantenimento dell'attenzione sul compito.

La presenza di questi sintomi compromette fortemente la partecipazione dei bambini nelle attività di vita quotidiana, rendendo complicata la gestione di una routine strutturata e la pianificazione di eventi a lungo termine, costringendoli ad autolimitarsi nel tentativo di risparmiare le energie necessarie per affrontare la giornata.

Soprattutto nei casi di prolungata ospedalizzazione, due ulteriori disturbi collaterali scatenati dalla malattia sono l'ansia e la depressione, che portano all'isolamento del paziente e a un serio degradamento della sua qualità di vita. Appositamente per evitare queste gravi complicazioni, è importante la partecipazione all'ambiente scolastico, lo svolgimento di attività fisica e il supporto da parte dei genitori, poiché questi accorgimenti permettono al bambino di sentire di avere un ruolo attivo nella società, di confrontarsi con i coetanei e di aumentare il suo benessere. [23]

2.2 Terapia occupazionale e qualità di vita

Un aspetto importante da considerare durante l'intero percorso di presa in carico da parte dei professionisti sanitari dovrebbe essere rivolto, oltre al benessere psicofisico, anche alla qualità di vita dei pazienti pediatrici.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la qualità di vita come un concetto multidimensionale, risultante dall'interazione dinamica di più fattori, che non si limitano al benessere fisico e psicologico, ma si estendono al vissuto personale dell'individuo e al suo livello di indipendenza. Quest'ultima, può essere influenzata da elementi esterni, come l'ambiente fisico e sociale, ma anche da ideali interiorizzati, come la cultura. [24]

I concetti appena citati si integrano con gli ambiti di intervento della terapia occupazionale, la quale promuove l'autonomia e la partecipazione attraverso un approccio riabilitativo che si basa sul *fare*, ovvero sullo svolgimento di attività quotidiane che conferiscono valore e significato alla vita.

Durante tutto il processo di presa in carico viene adottato un approccio *client-centred*, che prevede interventi personalizzati sulla base delle priorità espresse dal cliente, ascoltando i suoi interessi, rispettando i suoi valori e coinvolgendolo nella definizione degli obiettivi.

Terapia occupazionale e qualità di vita sono strettamente interconnessi, entrambe mirano a promuovere la salute, il senso di identità e il benessere della persona. [25]

2.3 Terapia occupazionale e oncologia pediatrica

La malattia, gli interventi chirurgici e/o gli effetti collaterali scatenati dalle cure oncologiche possono compromettere le abilità fisiche, neurocognitive e psichiche dei pazienti pediatrici, influenzando negativamente la performance occupazionale, il grado di autonomia e la soddisfazione nelle aree della cura di sé, della produttività e del tempo libero.

A fronte di tali criticità, la terapia occupazionale si concentra sul fornire supporto al bambino affinché possa interiorizzare esperienze positive e rafforzare la fiducia in sé stesso, incentivando una maggiore partecipazione al gioco, alle attività scolastiche e occupazionali. [26]

Le evidenze dimostrano che una presa in carico tempestiva e un monitoraggio regolare, effettuato tramite valutazioni, sono fattori associati ad esiti favorevoli, al fine di ridurre le complicanze legate alla malattia, soprattutto nel caso dei bambini più piccoli o affetti da tumore cerebrale. Le due categorie appena menzionate sono frequentemente correlate a disturbi dello sviluppo e a maggiori effetti nocivi legati al trattamento, di conseguenza, in questi casi saranno utili cicli continuativi di terapia occupazionale nel lungo periodo. [27]

La valutazione può includere il colloquio con i genitori o familiari, volto ad indagare le attività occupazionali maggiormente compromesse, le abitudini e la routine, con l'intento di comprendere quali siano le priorità e i bisogni ai quali dedicarsi nella fase di trattamento con il bambino. [28]

La terapia occupazionale, indipendentemente dall'età, fornisce un supporto individualizzato ai bisogni del paziente oncologico, educandolo alla gestione della fatica fisica e del dolore, all'utilizzo di strategie, e alla pianificazione di una routine quotidiana funzionale.

I trattamenti vengono adattati in funzione dell'evoluzione della malattia e possono includere modifiche all'ambiente o all'occupazione, oppure la proposta di ausili, promuovendo il senso di efficacia personale in tutte le fasi del percorso riabilitativo. [29]

2.4 Significato e valore del gioco

Il *gioco* riveste un ruolo centrale nello sviluppo del bambino, che già dai primi mesi di vita acquisisce competenze attraverso l'interazione con l'ambiente circostante. Ogni esperienza viene interiorizzata e vissuta in maniera assolutamente soggettiva, poiché dipende dal contesto in cui viene svolta l'attività, dalla storia personale e dalla dimensione culturale in cui è inserito l'individuo. Nel 1949, la terapeuta occupazionale Norma Alessandrini forniva la seguente definizione:

«Play is a child's way of learning and an outlet for his innate need of activity. It is his business or his career. In it he engages himself with the same attitude and energy that we engage ourselves in our regular work. For each child it is a serious undertaking not to be confused with diversion or idle use of time. Play is not folly. It is purposeful activity.»

(Norma Alessandrini, *Play – A Child's World* in the American Journal of Occupational Therapy (1), p. 9, 1949) [30]

A tal proposito, il gioco non deve essere considerato esclusivamente un'attività ludica, bensì può rappresentare una modalità attraverso cui il bambino esplora e dà un senso alla realtà che lo circonda. Il gioco nasce dall'interazione dinamica di fattori che permettono al bambino di sperimentarsi in relazione a sé stesso e agli altri. Alla base di tutto vi è la *motivazione*, che origina dal desiderio di voler svolgere un'attività per puro piacere, stimolata da idee che si traducono in azioni e che consentono all'individuo di manipolare oggetti. La replicazione di tale processo, se applicata in maniera *flessibile*, trasforma un apparente momento di svago in un'occasione in cui il bambino può esprimersi rispettando i propri tempi, i propri bisogni e la propria individualità. In questo modo il gioco diventa un aspetto fondamentale dell'esperienza umana, con un ruolo chiave nella promozione della salute e del benessere complessivo.

Le attività ludiche influenzano lo sviluppo cerebrale e, di conseguenza, le capacità fisiche, cognitive e psichiche. Rispetto a queste ultime, diversi studi hanno evidenziato effetti positivi sulla regolazione del comportamento e delle emozioni, oltre che sulla capacità di problem solving e sull'autodisciplina. Alla luce di quanto esposto, risulta evidente come il gioco sia considerato un'occupazione centrale nell'infanzia e quanto sia determinante per lo sviluppo globale del bambino. [31] [32]

2.5 Il gioco come mezzo e come fine

Il gioco, nelle valutazioni e negli interventi di terapia occupazionale, può essere utilizzato sia come un *mezzo* per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici, sia come *fine* della terapia stessa.

Nel caso del gioco come mezzo, l'attività ludica, grazie alla sua capacità di stimolare le abilità motorie, cognitive e psichiche del paziente, è utilizzata per aiutare il recupero, il mantenimento o

l'acquisizione di competenze funzionali. Un esempio può essere la composizione di un puzzle come mezzo per migliorare l'attenzione sostenuta sul compito.

Nel caso del gioco come fine, invece, l'attività ludica rappresenta l'obiettivo centrale, cioè il *focus* dell'intervento riabilitativo che permette al bambino di aumentare la partecipazione alla vita quotidiana. Riprendendo l'esempio precedente, l'obiettivo del trattamento sarà quello di rendere autonomo il bambino nello svolgimento del puzzle, affinché possa intrattenersi, divertirsi e condividere con altri questa specifica attività ludica.

Indipendentemente dall'approccio utilizzato, rimane fondamentale che vengano rispettate le preferenze e le scelte del cliente, promuovendo la sua qualità di vita. [31] [33]

2.6 Modelli teorici di riferimento e valutazioni

Gli strumenti di valutazione offrono ai terapeuti la possibilità di raccogliere informazioni sulla qualità delle performance occupazionali e sulle necessità prioritarie del bambino.

Nel caso dei pazienti oncologici in età pediatrica, tali strumenti possono fornire informazioni rispetto al livello di sviluppo e alla modalità di gioco in relazione a fattori interni ed esterni, consentendo un intervento tempestivo e mirato, con l'obiettivo di ridurre i rischi correlati alle terapie. [34] A supporto di ciò, di seguito sono riportati tre strumenti di valutazione citati nel libro *Play in Occupational Therapy for Children* (Paraham e Fazio, 2^a ed.) [31], utili a guidare il processo di ragionamento dei terapeuti occupazionali e per restituire una visione globale dello sviluppo ludico del paziente.

La selezione degli strumenti di valutazione descritti in seguito è stata guidata dalla necessità di colmare un vuoto rilevato nella letteratura scientifica nell'ambito oncologico pediatrico, che vede principalmente l'utilizzo di valutazioni focalizzate sugli aspetti fisici e sintomatologici, quali la fatica, il dolore e lo stress, trascurando nella maggior parte dei casi la dimensione ludica.

Tra gli strumenti di terapia occupazionale che prendono in considerazione il gioco, gli articoli emersi dalla ricerca bibliografica riportano la *Revised Knox Preschool Play Scale*, il *Takata Play History* e il *Model of Playfulness*, approfonditi di seguito.

2.6.1 REVISED KNOX PRESCHOOL PLAY SCALE

La *Revised Knox Preschool Play Scale* (RKPPS) è uno strumento standardizzato di valutazione osservazionale che analizza il comportamento spontaneo nel gioco, sia in contesti esterni sia interni, nei bambini di età compresa tra gli 0 e i 6 anni. Tale approccio si fonda su quattro dimensioni, che descrivono i comportamenti tipici adottati dai bambini nello svolgimento di attività ludiche in contesti familiari, restituendo alla fine l'età equivalente di gioco che può essere confrontata con l'età cronologica.

La prima dimensione riguarda la *gestione dello spazio*, ovvero la modalità con cui il bambino, esplorando l'ambiente circostante, acquisisce consapevolezza del proprio corpo nello spazio. In quest'area è possibile valutare sia l'attività motoria grossolana, sia l'interesse manifestato nei confronti di diverse attività.

La seconda dimensione si concentra sulla *gestione dei materiali*, osservando la manipolazione fine degli oggetti e la combinazione complessa degli stessi, la durata del coinvolgimento nei confronti dell'attività e lo scopo perseguito.

La terza dimensione, definita *gioco di finzione-simbolico*, analizza la capacità di astrazione del bambino rispetto all'uso degli oggetti, anche attraverso la simulazione di situazioni e ruoli sociali.

Infine, la quarta dimensione si occupa di valutare l'aspetto della *partecipazione*, osservando la modalità di interazione del bambino nei confronti di terzi, la tipologia di linguaggio utilizzata e il livello di cooperazione.[31]

2.6.2 TAKATA PLAY HISTORY

Il *Takata Play History* è un'intervista semi-strutturata affidabile e valida, rivolta ai caregiver dei pazienti pediatrici. Questo strumento analizza le cinque fasi dello sviluppo del bambino, a partire dalla fascia d'età 0 - 2 anni, definita fase *sensoriomotoria*, seguita dalle fasi *simbolica e costruttiva semplice* (2-4 anni), *drammatica e costruttiva complessa* (4-7 anni), *giochi con regole* (7-12 anni) e *ricreativa* (12-16 anni).

Per ogni fase vengono analizzati i *materiali* utilizzati, le *azioni* compiute, le *persone* con cui il bambino socializza durante il gioco e il *contesto* in cui viene svolta l'attività ludica.

Lo strumento si basa sul presupposto che gioco e sviluppo siano strettamente interconnessi e per questa ragione è possibile identificare la presenza di eventuali disfunzioni legate al gioco, oltre a pianificare un intervento terapeutico mirato alle necessità specifiche del paziente in base al suo processo di crescita. [31]

2.6.3 MODEL OF PLAYFULNESS

Il *Model of Playfulness* è un quadro teorico di riferimento che permette ai terapisti occupazionali di valutare il livello di giocosità del bambino come il risultato dell'interazione dinamica di tre componenti.

La prima componente riguarda la *motivazione intrinseca*, che stimola il bambino a giocare spontaneamente, spinto dal desiderio del "fare", indipendentemente da fattori o ricompense esterne.

Il *controllo interno* è, invece, il secondo elemento che permette all'individuo di avere la sensazione di poter scegliere con chi giocare, dove, in che tempi e con quali regole.

Infine, il terzo fattore è la *libertà di sospendere la realtà*, grazie alla quale il bambino ha la possibilità di vivere scenari immaginari, favorito dalla creatività e dalla fantasia, e così distaccandosi momentaneamente dal mondo reale. [31]

2.7 Benefici del gioco nei contesti oncologici

Le attività ludiche applicate ai contesti oncologici possono avere un ruolo cruciale nel migliorare la qualità di vita percepita dai bambini, alleviando i sintomi collaterali legati al trattamento oncologico. Uno dei sintomi più comuni che accompagna il paziente oncologico nel corso dei trattamenti è *l'ansia*, sentimento spesso scatenato da cambiamenti corporei (come la perdita dei capelli, il pallore e il gonfiore al volto) che turbano l'immagine di sé, oppure dalla sensazione di dolore e fatica nello svolgere attività che fino a qualche tempo prima non risultavano complesse, o ancora dalla percezione di avere dinanzi un futuro incerto.

Nel caso dei bambini che sperimentano stati ansiosi, diversi studi hanno dimostrato che lo svolgimento di attività ludiche e ricreative può migliorare lo stato d'animo e ridurre i sentimenti negativi. Tra le più efficaci vi è la pittura, che permette al bambino la massima espressione creativa senza affaticarsi, la composizione di puzzle, che stimola l'interazione con i pari e l'aspetto cognitivo, e la narrazione di racconti, utile come strategia di rilassamento per promuovere la resilienza. [34]

Alcune procedure mediche, come punture lombari, iniezioni intramuscolari ed esami ematici, a cui i bambini oncologici sono spesso sottoposti, possono scatenare sentimenti come paura, sofferenza e sensazione di impotenza. Con l'obiettivo di ridurre il *dolore*, si sono rivelati efficaci i giochi di ruolo e di finzione, che permettono ai pazienti di simulare le pratiche cliniche su pupazzi e bambole, assumendo i ruoli di medici o infermieri, percependo un maggior controllo sugli eventi e favorendo l'aderenza ai trattamenti. Oltre a questi, le attività grafo-pittoriche di gruppo offrono l'opportunità di dare forma ai propri sentimenti, favorendo la socializzazione tramite la condivisione di esperienze e potenziando le strategie di coping. [35]

L'elemento chiave del gioco è che non si tratta di un trattamento farmacologico, bensì di attività non dispendiose e semplici, che permettono ai bambini di eliminare tensioni e timori, oltre ad offrire l'opportunità di esprimere pensieri ed emozioni. Il bambino, quando in grado di gestire le proprie emozioni, si sentirà più libero di sperimentarsi in contesti relazionali, comunicando e svolgendo attività che sostengono lo sviluppo di abilità fisiche, cognitive e psichiche. [34]

CAPITOLO 3: REVISIONE DELLA LETTERATURA E STUDIO RETROSPETTIVO: MATERIALI E METODI

3.1 Rassegna della letteratura scientifica

3.1.1 Strategia di ricerca

Al fine di comprendere se e in quale misura il gioco come fine occupazionale venga utilizzato all'interno degli interventi di terapia occupazionale rivolti ai bambini con patologia oncologica, è stato formulato il seguente quesito di tesi che ha guidato il progetto:

“La letteratura scientifica riconosce l’impiego del gioco come fine occupazionale, e non unicamente come mezzo riabilitativo, nell’ambito della presa in carico del bambino oncologico all’interno dei trattamenti di terapia occupazionale?”

Tale quesito nasce dalla necessità di analizzare la letteratura esistente per comprendere se in ambito oncologico pediatrico, gli interventi di terapia occupazionale promuovano e considerino in egual modo il gioco, come fine o come mezzo terapeutico, per il raggiungimento degli obiettivi.

Sulla base del quesito clinico è stata condotta la ricerca bibliografica utilizzando le banche dati di PubMed, MedLine, Scopus e OTseeker, e attraverso la rivista scientifica British Journal of Occupational Therapy. Per delimitare meglio il campo di indagine sono stati definiti i termini MeSH e parole chiave: *“Occupational therapy”, “Neoplasm”, “Oncology”, “Pediatric”, “Play and Playthings”*. Tali termini sono stati combinati tramite gli operatori booleani *“AND”* e *“OR”*.

3.1.2 Criteri di inclusione ed esclusione

Al fine di garantire la coerenza degli studi selezionati rispetto al quesito di tesi, sono stati definiti i seguenti criteri di inclusione ed esclusione, volti a guidare il processo di selezione degli articoli.

Criteri di inclusione:

- Articoli in lingua inglese o italiana;
- Articoli pubblicati tra il 2015 e febbraio 2025;
- Studi condotti su campione di età compresa tra gli 0 ai 18 anni;
- Studi che includono bambini con diagnosi oncologica;
- Studi che descrivono interventi di terapia occupazionale;
- Studi in cui viene trattato il gioco come mezzo e/o come fine terapeutico;
- Studi in cui il gioco viene considerato nella valutazione e/o nel trattamento;
- Studi che includono sia ricerche quantitative che qualitative.

Criteri di esclusione:

- Articoli non redatti in lingua inglese o italiana;
- Articoli pubblicati prima del 2015;
- Studi condotti su popolazioni adulte o non affette da patologia oncologiche;
- Articoli che trattano il gioco privo di finalità terapeutiche;
- Interventi non riferibili alla terapia occupazionale.

3.1.3 Analisi della letteratura

Dalla ricerca bibliografica condotta attraverso la combinazione delle parole chiave con l'utilizzo degli operatori booleani nelle banche dati precedentemente citate, sono emersi 24 articoli. È stata effettuata una prima lettura del titolo e dell'abstract per valutare la corrispondenza rispetto ai criteri di inclusione ed esclusione, e da questa, sono stati esclusi 18 articoli.

Tali articoli sono stati esclusi per i seguenti motivi:

- 4 articoli non facevano riferimento a pazienti pediatrici;
- 10 articoli non facevano riferimento alla terapia occupazionale;
- 4 articoli non consideravano il gioco come mezzo e/o fine terapeutico.

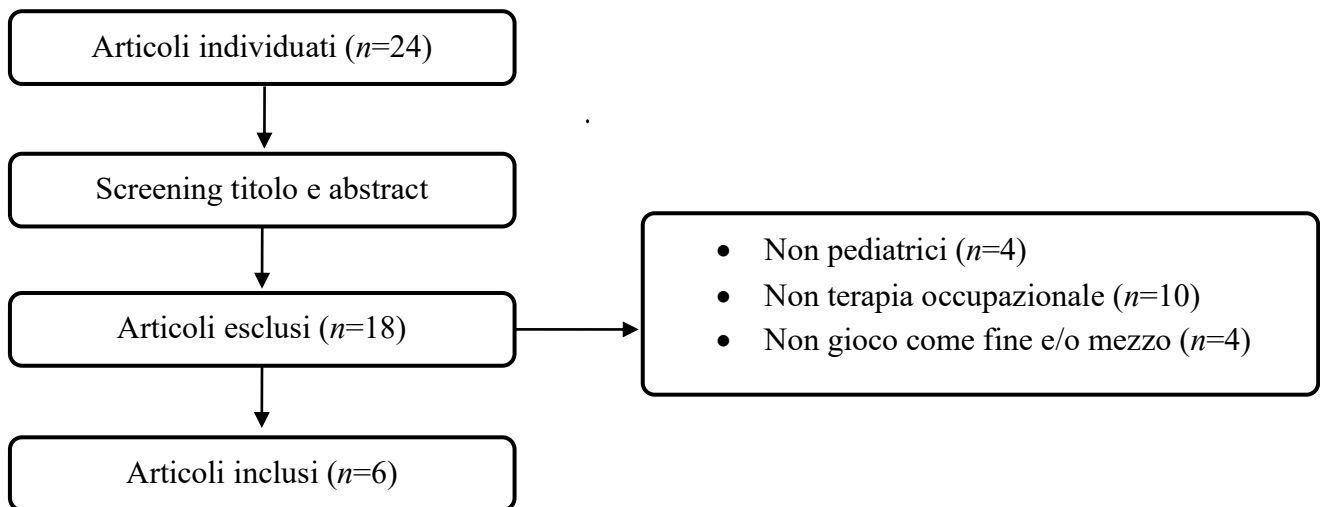


Grafico 1. Diagramma di flusso della letteratura scientifica.

Da questa selezione sono stati ritenuti idonei secondo i criteri di selezione i seguenti articoli scientifici:

1. Gharebaghy S., Mirbagheri S.S., Khazaeli K. (2018), "Occupational Performance in Children Aged 6 to 13 Years with Cancer", *Function and Disability Journal*, Vol. 1, n°1, pag 49-57.
2. Dehghan, L., Dalvand, H., Hadian Rasanani, M. R., & Nakhostin Ansari, N. (2020). [36] "Occupational Performance Outcome for Survivors of Childhood Cancer: Feasibility of the Canadian Occupational Performance Measure", *Occupational Therapy in Health Care*, Vol. 36, n°2, pag184-196. [37]

3. Taverna, L., Bellavere, M., Tremolada, M., Santinelli, L., Rudelli, N., Mainardi, M., Onder, G., Putti, M. C., Biffi, A., & Toso, B. (2021), “Oncological Children and Well-Being: Occupational Performance and HRQOL Change after Fine Motor Skills Stimulation Activities”, *Pediatric Reports*, Vol. 13, n°3, pag 383-400. [38]
4. Mohammadi A, Mehraban AH, Damavandi SA. (2017), “Effect of Play-based Occupational Therapy on Symptoms of Hospitalized Children with Cancer: A Single-subject Study”, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, Vol. 4, n°2, pag168-172. [39]
5. Mohammadi A., Hassani Mehraban A. (2020), “Play-based Occupational Therapy for Hospitalized Children With Cancer: A Short Communication”, *Iranian Rehabilitation Journal*, Vol. 18, n°1, pag 17-22. [40]
6. Mohammadi A., Mehraban A.H., Damavandi S.A., Zarei M.A., Haghani H. (2021), “The effect of play-based occupational therapy on symptoms and participation in daily life activities in children with cancer: A randomized controlled trial”, *British Journal of Occupational Therapy*, Vol. 0, n°0, pag 1–10. [41]

3.2 Obiettivi specifici dello studio retrospettivo

L’analisi critica degli studi ha riportato un numero ridotto di articoli scientifici che rispondessero al quesito iniziale di tesi e, per questa ragione, è emersa la necessità di comparare la letteratura con gli approcci utilizzati nella pratica clinica, attraverso la conduzione di uno studio retrospettivo delle cartelle cliniche di pazienti pediatriche con diagnosi oncologica.

Partendo dalla valutazione, tale studio ha permesso di verificare se nel percorso di presa in carico da parte del servizio riabilitativo, il *tempo libero* fosse oggetto di indagine da parte dei professionisti e, successivamente, se in esso venisse menzionato il gioco come attività significativa e quali tipologie di attività ludiche venissero riportate. Un ulteriore obiettivo era volto ad indagare se, e attraverso quali modalità ed eventuali strumenti, il gioco venisse valutato. Infine, per mantenere l’attenzione sul *focus* del quesito di ricerca iniziale, è stato fondamentale indagare se il gioco venisse considerato il fine dell’intervento riabilitativo.

3.3 Disegno dello studio

Lo studio condotto si configura con un disegno osservazionale retrospettivo, finalizzato all’analisi delle cartelle cliniche riferite al periodo temporale compreso tra il 1° gennaio 2019 e il 31 dicembre 2024 (cinque anni). L’analisi dello studio ha previsto due tipologie di approcci: uno qualitativo, volto ad indagare come il gioco sia stato valutato, e uno quantitativo, riportando quanto frequentemente esso sia stato considerato nella pratica clinica.

3.4 Criteri di inclusione/esclusione

Criteri di inclusione:

- Cartelle cliniche dal 2019 al 2024
- Pazienti di età compresa tra gli 0 e i 18 anni
- Pazienti con diagnosi oncologica
- Pazienti seguiti dal servizio di terapia occupazionale

Criteri di esclusione:

- Cartelle cliniche precedenti al 2019
- Pazienti maggiorenni (>18 anni)
- Pazienti non oncologici
- Pazienti senza presa in carico da parte del servizio di terapia occupazionale

3.5 Strumenti di raccolta dati

L'analisi retrospettiva è stata condotta attraverso l'utilizzo integrato di due strumenti, ovvero l'albero decisionale, che ha guidato la classificazione delle cartelle cliniche attraverso un percorso strutturato, e il foglio di calcolo Excel, che ha permesso di registrare i dati emersi.

3.5.1 Albero decisionale

Con l'obiettivo di ridurre la soggettività e garantire un processo di classificazione uniforme per ogni cartella clinica dello studio sperimentale, è stato sviluppato l'*albero decisionale*. (**Allegato 1 - Albero decisionale che ha guidato la classificazione delle cartelle cliniche.**)

Quest'ultimo si presenta come uno schema a grappolo, costituito da sei domande sequenziali, alle quali per ognuna segue una risposta binaria "Sì" o "No". Nella terza domanda, in caso di risposta affermativa, seguono delle risposte a scelta multipla, volte a specificare la modalità di valutazione utilizzata. Nel progredire delle domande, ogni cartella viene assegnata ad un gruppo specifico e solamente nel caso in cui tutte le risposte presentano esito positivo è possibile proseguire fino alla quinta domanda, che corrisponde al *Gruppo Cinque*, ovvero il fulcro dello studio sperimentale.

Ognuno dei gruppi risponde a delle caratteristiche precise:

- Il *Gruppo Uno* corrisponde alle cartelle nelle quali il paziente è stato preso in carico dal servizio di terapia occupazionale, ma non è stato indagato il tempo libero.
- Il *Gruppo Due* corrisponde alle cartelle nelle quali il tempo libero è stato indagato, ma non sono state menzionate attività ludiche.
- Il *Gruppo Tre* corrisponde alle cartelle nelle quali il tempo libero è stato indagato e sono emerse attività ludiche, ma queste ultime non sono state valutate.

- Il *Gruppo Quattro* corrisponde alle cartelle nelle quali il gioco è emerso tra le attività significative del tempo libero ed è stato valutato attraverso l'uso di strumenti o mediante osservazioni, ma l'obiettivo del trattamento non è legato al gioco.
- Il *Gruppo Cinque* corrisponde alle cartelle nelle quali il gioco è stato valutato ed incluso nel trattamento.

I Gruppi A, B e C sono sottogruppi del Gruppo Cinque e vengono così definiti:

- Il *Gruppo A* include le cartelle in cui il gioco è stato valutato ed incluso nel trattamento, ma utilizzato come *mezzo* riabilitativo.
- Il *Gruppo B* include le cartelle in cui il gioco è stato valutato ed incluso nel trattamento, venendo considerato come *fine* e obiettivo ultimo, ovvero il focus dell'intervento riabilitativo.
- Il *Gruppo C* include le cartelle in cui il gioco è stato valutato ed incluso nel trattamento, venendo considerato sia come *mezzo* che come *fine* riabilitativo.

3.5.2 Foglio di calcolo Excel

Il foglio di calcolo Excel è stato strutturato mantenendo l'ordine delle domande presenti all'interno dell'albero decisionale, in modo da creare continuità nell'utilizzo dei due strumenti.

Tuttavia, il foglio Excel non si limita esclusivamente a riportare in maniera schematica le risposte associate all'albero decisionale, bensì al suo interno vi è la possibilità di inserire informazioni aggiuntive estrapolate dalle cartelle cliniche. Rispetto all'area del *tempo libero*, si possono descrivere le categorie di gioco che sono state menzionate; nell'area *valutativa*, è possibile annotare il nome dello strumento utilizzato e il tipo di gioco osservato, oltre a descrivere l'obiettivo e la modalità di svolgimento del trattamento.

3.6 Procedura e analisi dei dati

La procedura inerente alla raccolta e all'analisi dei dati si è articolata nelle seguenti fasi:

1. Estrazione dei nominativi dei pazienti oncologici presi in carico nel periodo tra il 1° gennaio 2019 al 31 dicembre 2024.
2. Anonimizzazione delle cartelle cliniche da parte della guida di tirocinio.
3. Visione delle relazioni cliniche inerenti all'ambito della terapia occupazionale dei pazienti.
4. Estrazione dei dati utili ai fini dello studio e la loro trascrizione in un file formato Word.
5. Inserimento dei dati all'interno in un foglio di calcolo Excel, utilizzando simultaneamente l'albero decisionale per guidare la classificazione delle cartelle.
6. Controllo della completezza e della coerenza dei dati raccolti.

CAPITOLO 4: ANALISI DELLA LETTERATURA E DEI DATI DELLO STUDIO RETROSPETTIVO

4.1 Analisi della letteratura

L'analisi dei sei studi ha messo in evidenza differenti disegni metodologici, che includono approcci di terapia occupazionale volti all'utilizzo del gioco nelle valutazioni e/o nei trattamenti rivolti ai pazienti oncologici in età evolutiva.

Lo studio di Gharebaghy *et al.* e quello di Dehghan *et al.* presentano un disegno *cross-sectional*. In entrambi è stata utilizzata la *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM) come strumento di valutazione per identificare le attività carenti nelle aree della cura di sé, della produttività e del tempo libero. Il gioco è emerso tra le attività compromesse e prioritarie da recuperare, in quanto centrale per la partecipazione del bambino; tuttavia, tale necessità viene rilevata esclusivamente a livello valutativo e non viene tradotta in un obiettivo terapeutico. [36,37]

Altri due studi, uno condotto da Taverna *et al.* con disegno *post-treatment* e uno studio *single-subject* effettuato da Mohammadi *et al.* (2017) indagano il gioco come *mezzo* terapeutico, con l'obiettivo di migliorare aspetti fisici legati alle limitazioni articolari, l'allenamento della capacità cognitive e il benessere psichico. Il primo studio valuta l'efficacia di un intervento che promuove la manualità fine attraverso lo svolgimento di attività ludiche; il secondo analizza l'impatto del gioco sulla riduzione del dolore, della fatica e dell'ansia. Entrambi gli studi esplorano il potenziale del gioco come *mezzo* nella gestione degli effetti collaterali correlati alla terapia oncologica; tuttavia, non approfondiscono il potenziale del gioco come *fine* dell'intervento. [38,39]

Infine, gli ultimi due studi considerano il gioco sia come *mezzo*, con l'obiettivo di ridurre i sintomi, sia come *fine*, promuovendo la partecipazione attiva del paziente oncologico nei diversi contesti di vita. La *short communication* redatta da Mohammadi *et al.* (2020) descrive un intervento di terapia occupazionale finalizzato a supportare il bambino nel gioco nei contesti ospedalieri, scolastici e casalinghi, con l'obiettivo di facilitare il gioco nonostante le limitazioni legate ai lunghi periodi di ospedalizzazione, oltre a ridurre i sintomi psicologici, come l'ansia e la depressione. [40] In modo analogo, il *randomized controlled trial* condotto da Mohammadi *et al.* (2021) presenta un intervento volto all'utilizzo del gioco per ridurre sintomi come la fatica, il dolore e l'ansia, promuovendo al contempo il coinvolgimento nelle attività ludiche. [41]

4.2 Analisi dei dati dello studio retrospettivo

Affinché lo studio sperimentale retrospettivo potesse essere condotto è stata necessaria la selezione del campione di studio, ottenuto dall'estrazione dei pazienti oncologici pediatrici che sono stati presi in carico dal servizio di terapia occupazionale presso l'IRCCS de La Nostra Famiglia di Conegliano

nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e il 31 dicembre 2024. Al termine di tale estrazione sono state raccolte 80 cartelle cliniche, successivamente anonimizzate e confrontate secondo i criteri di selezione dello studio.

Da un primo controllo sono state escluse 21 cartelle cliniche poiché non conformi al criterio di inclusione relativo all'età, che implica un range compreso tra gli 0 e i 18 anni. Inoltre, sono state escluse ulteriori 18 cartelle cliniche poiché i pazienti non sono stati presi in carico dal servizio di terapia occupazionale.

Le restanti 41 cartelle cliniche sono state classificate, mediante l'utilizzo dell'albero decisionale presentato nel capitolo precedente, in cinque gruppi principali, l'ultimo dei quali articolato in tre sottogruppi.

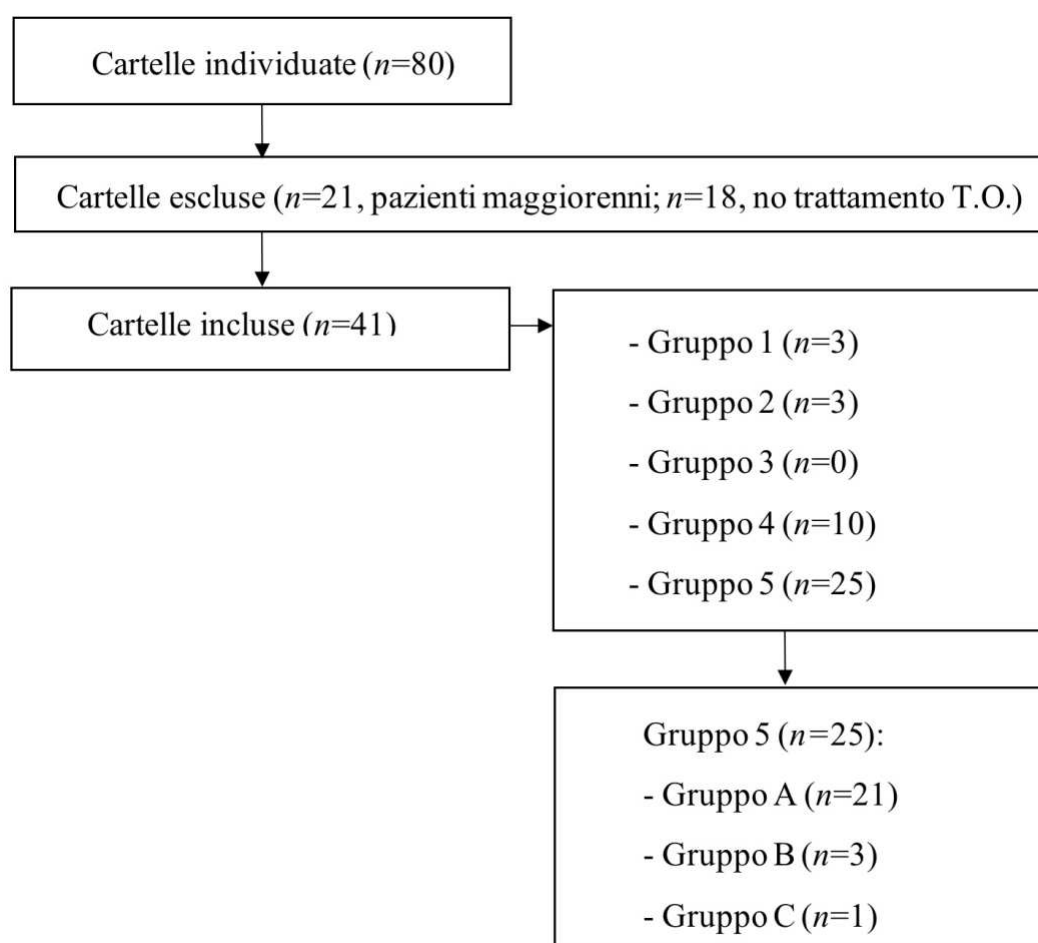


Grafico 2. Diagramma di flusso della selezione delle cartelle cliniche.

A seguito dell'identificazione dei cinque gruppi che guideranno lo studio sperimentale, è emersa la necessità di analizzare come questi si distribuiscono a livello percentuale all'interno del campione totale, considerando esclusivamente le 41 cartelle cliniche incluse e riassumendo i dati all'interno della Tabella 1.

Per quanto riguarda i Gruppi A, B e C, derivati dal Gruppo 5, verrà successivamente dedicato un sottocapitolo specifico, al fine di rendere più chiara la distinzione.

La tabella 1 riporta i dati quantitativi e percentuali relativi alle 41 cartelle cliniche distribuite nei gruppi 1-5, permettendo la consultazione dei valori in maniera ordinata. Gli stessi dati verranno rappresentati di seguito mediante un istogramma (Grafico 3), che offre una traduzione visiva ed immediata dei valori analizzati.

Gruppo	N. cartelle	% sul totale incluso (41)
Gruppo 1	3	7,32%
Gruppo 2	3	7,32%
Gruppo 3	0	0 %
Gruppo 4	10	24,39%
Gruppo 5	25	60,98%
Totale	41	100%

Tabella 1. Tabella con distribuzione quantitativa e percentuale delle 41 cartelle cliniche nei Gruppi 1-5.

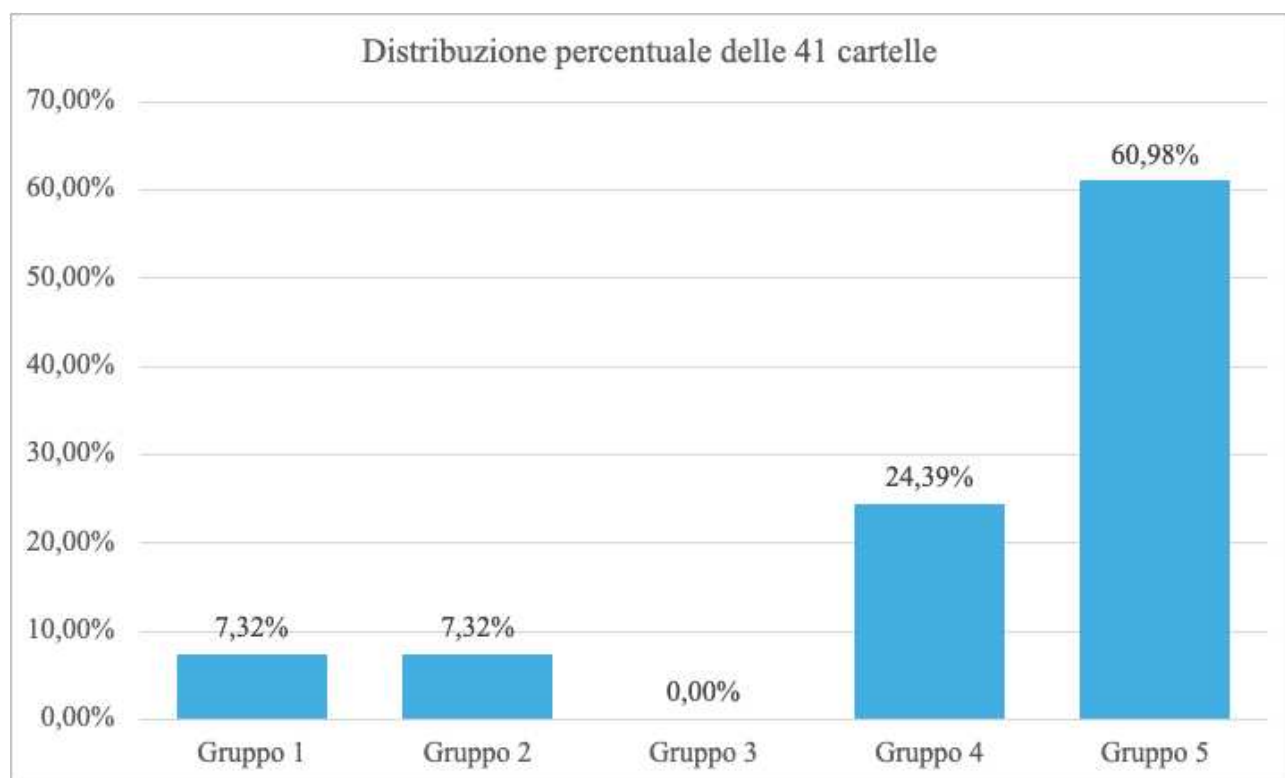


Grafico 3. Istogramma con distribuzione percentuale delle 41 cartelle cliniche nei Gruppi 1-5.

L'istogramma del Grafico 3, attraverso la sua rappresentazione grafica, consente di visualizzare la distribuzione delle cartelle cliniche nei cinque gruppi di studio ed illustrare la presenza di disomogeneità. Il Gruppo 5, infatti, rappresenta oltre la metà del totale, con una percentuale pari a 60,98%; seguito dal Gruppo 4 che costituisce, con il suo 24,39%, più della metà restante del campione. Al terzo posto per incidenza si trovano i Gruppo 1 e 2, con una percentuale pari al 7,32%. Il rimanente gruppo è il meno rappresentativo con il suo 0%.

4.2.1 Il Gruppo 5

Il Gruppo 5 comprende le 25 cartelle cliniche nelle quali il gioco è stato valutato ed incluso nel trattamento di terapia occupazionale, indistintamente come fine o come mezzo, e dalle quali è stato possibile individuare tre sottogruppi, ovvero il Gruppo A, il Gruppo B e il Gruppo C.

Tali sottogruppi rivestono un ruolo fondamentale per garantire la validità dello studio e, in particolare, il Gruppo B costituisce il gruppo centrale dell'analisi retrospettiva, inglobando le 3 cartelle cliniche (12%) nelle quali il gioco è stato utilizzato come fine terapeutico, consentendo di ottenere dati quantitativi significativi per rispondere al quesito di tesi iniziale.

Parallelamente all'individuazione delle cartelle del Gruppo B, è possibile individuare le 21 cartelle cliniche (84%) che appartengono al Gruppo A, nelle quali il gioco è stato impiegato come mezzo riabilitativo all'interno dei trattamenti di terapia occupazionale.

Dalla classificazione delle cartelle cliniche del Gruppo 5 nei sottogruppi A e B, è ora possibile individuare il Gruppo C, costituito dalla rimanente cartella clinica (4%), nella quale viene trattato il gioco sia come mezzo che come fine di trattamento.

Considerata l'importanza centrale del Gruppo 5, che consente di approfondire l'utilizzo del gioco dall'analisi delle cartelle cliniche, si riporta di seguito un grafico riassuntivo che evidenzia la distribuzione dei sottogruppi A, B e C.

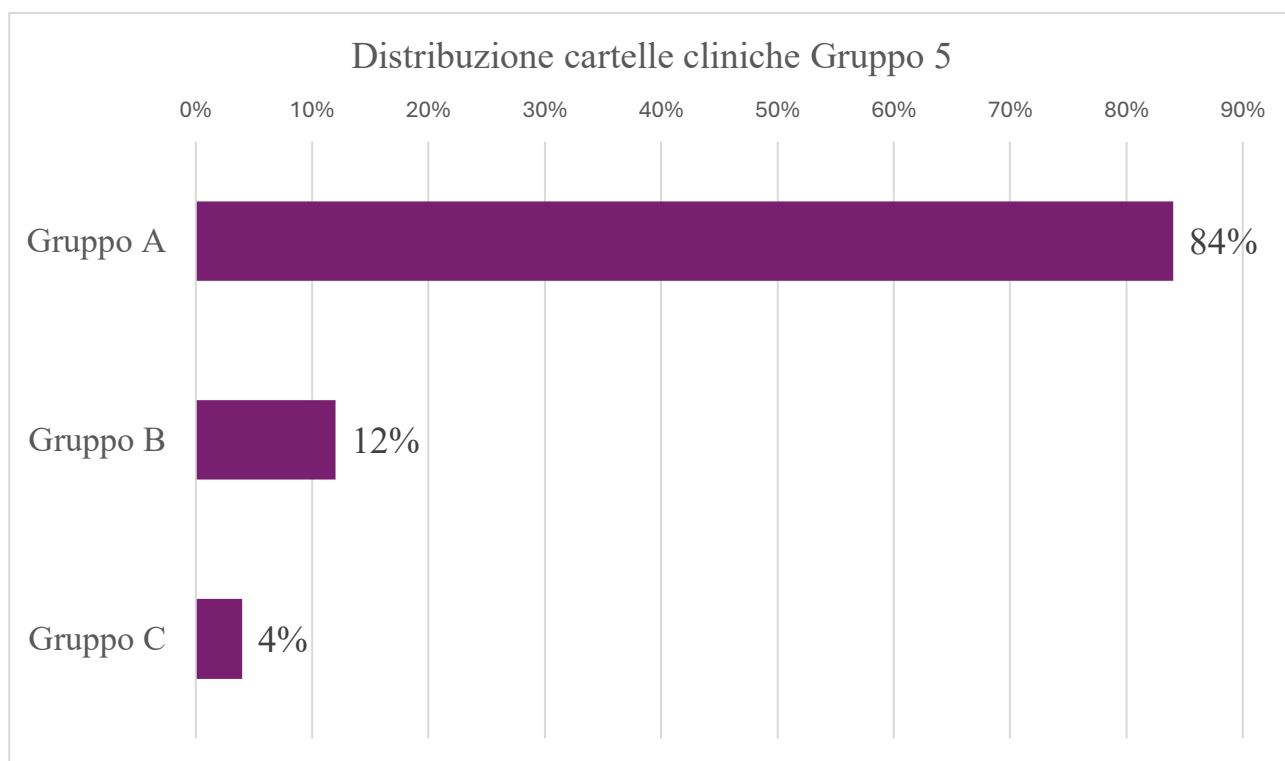


Grafico 4. Distribuzione delle cartelle cliniche appartenenti al Gruppo 5.

Dal grafico possiamo notare come il Gruppo A (gioco come mezzo) sia il più rappresentato, con 21 cartelle cliniche su 25 totali, mentre il Gruppo B (gioco come fine) è minoritario, comprendendo tre cartelle cliniche. Solamente una cartella appartiene al Gruppo C, nel quale coesistono entrambi gli approcci.

4.3 Analisi quantitativa

I dati su cui verranno effettuate le analisi quantitative e qualitative dei prossimi capitoli faranno riferimento alle 41 cartelle cliniche conformi ai criteri di inclusione ed esclusione.

Nelle sezioni seguenti verranno riportati i risultati quantitativi delle aree indagate tramite l'utilizzo dell'albero decisionale (Allegato 1) ed il foglio di calcolo Excel; strumenti che sono risultati essenziali per comprendere l'integrazione del gioco negli interventi di terapia occupazionale, permettendo la classificazione delle cartelle cliniche con rigore metodologico.

Specificatamente, attraverso questa analisi verranno considerati i dati quantitativi emersi dal file Excel, nel quale sono stati esaminati i seguenti ambiti:

- Valutazione del tempo libero: indagine sugli interessi ludici del bambino relativi all'area del tempo libero.
- Menzione del gioco: riferimenti al gioco nell'area del tempo libero.

- Valutazione del gioco: valutazione delle competenze ludiche del bambino.
- Gioco incluso nel trattamento: effettiva integrazione del gioco nelle sedute di trattamento.
- Gioco come fine del trattamento: il gioco rappresenta l'obiettivo centrale del trattamento, volto a favorire la partecipazione ludica.

4.3.1 Valutazione del tempo libero

Tempo libero	N	%
Si	38	92,68%
No	3	7,32%
Totale	41	100

Dall'analisi delle 41 cartelle cliniche esaminate, possiamo notare come nel 92,68% dei casi, il tempo libero sia stato indagato, evidenziando una forte attenzione da parte dei terapisti rispetto a quest'area occupazionale. In questo modo è stato individuato il Gruppo 1, rappresentato da 3 cartelle cliniche.

4.3.2 Menzione del gioco

Menzione del gioco	N	%
Si	35	92,10%
No	3	7,90%
Totale	38	100

Dai dati raccolti possiamo notare come in quasi la totalità delle cartelle cliniche in cui è stato indagato il tempo libero, il gioco sia stato menzionato, risultando un elemento essenziale ed imprescindibile nella vita dei pazienti oncologici in età pediatrica. Da tale informazione possiamo ricavare il Gruppo 2, rappresentato dalle 3 cartelle cliniche nelle quali il gioco non è emerso tra le attività significative nell'item del tempo libero.

4.3.3 Valutazione del gioco

Valutazione del gioco	N	%
Si	35	100%
No	0	0%
Totale	35	100

Dalle 35 cartelle cliniche analizzate possiamo notare come, nel 100% dei casi, i terapisti non si siano limitati a raccogliere dati rispetto al gioco, ma abbiano deciso di approfondire le attività ludiche attraverso valutazioni, osservazioni e/o test.

4.3.4 Gioco incluso nel trattamento

Gioco incluso nel trattamento	N	%
Si	25	71,43%
No	10	28,57%
Totale	35	100

Nel 71,43% dei casi, corrispondente al Gruppo 5, il gioco è stato incluso nel trattamento, mentre nel restante 28,57%, riconducibile al Gruppo 4, l'obiettivo è stato correlato ad altre aree. Sebbene precedentemente il gioco sia stato oggetto di valutazione in tutte le cartelle analizzate, possiamo notare come lo stesso non sia necessariamente integrato all'interno del percorso riabilitativo.

4.3.5 Gioco come fine del trattamento

Gioco come fine del trattamento	N	%
Si	4	16%
No	21	84%
Totale	25	100

Il gioco è stato considerato il fine dell'intervento riabilitativo solamente nel 16% dei casi, ovvero in 4 cartelle su 25 totali, andando a costituire i sottogruppi del Gruppo 5, rispettivamente il Gruppo B (3 cartelle) e il Gruppo C (1 cartella), evidenziando come l'attività ludica venga raramente tradotta nell'obiettivo finale del trattamento di terapia occupazionale. Il restante 84%, ovvero le 21 cartelle cliniche rimanenti che trattano il gioco come mezzo riabilitativo, corrispondono al Gruppo A.

Al fine di garantire la riproducibilità dei dati, di seguito è riportato l'istogramma rappresentante la distribuzione delle risposte agli item analizzati nella fase quantitativa.

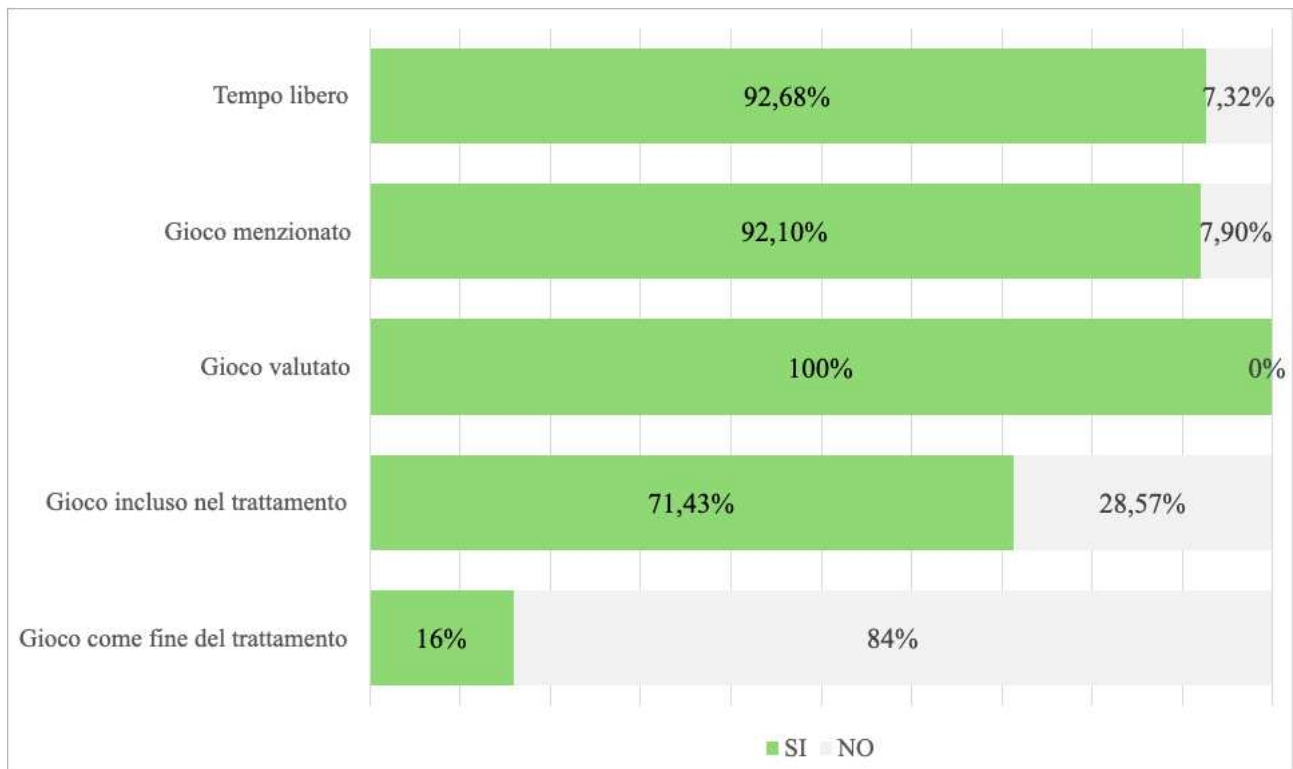


Grafico 5. Distribuzione delle risposte “Sì” e “No” agli item analizzati nella fase quantitativa.

4.4 Analisi qualitativa

Affinché lo studio sperimentale potesse far emergere maggiori informazioni rispetto all’utilizzo del gioco negli interventi di terapia occupazionale rivolti ai pazienti pediatrici oncologici, si è ritenuto utile approfondire i dati precedentemente riportati nell’analisi quantitativa, integrandoli con quelli emersi nell’analisi qualitativa.

L’analisi qualitativa si basa sulle informazioni raccolte nelle aree esaminate nel file Excel e guidate dall’albero decisionale (Allegato 1), con l’obiettivo di fornire una visione più ampia e approfondita della tematica, illustrando una vasta variabilità di approcci centrati sul gioco. Questa analisi, infatti, consente non solo di comprendere se il gioco venga utilizzato nei trattamenti di terapia occupazionale, ma fornisce anche informazioni rispetto ai metodi di valutazione utilizzati, attraverso interviste, test specifici e/o osservazioni, oltre a valutare la coerenza tra gli obiettivi prefissati e i trattamenti che ne conseguono.

Nello specifico, le informazioni raccolte nelle 41 cartelle cliniche analizzate sono state guidate, tramite gli strumenti di raccolta dati, dalle seguenti domande:

- Quali categorie di gioco sono state menzionate?
- Quali metodi di valutazione sono stati utilizzati?

- Qual è l'obiettivo del trattamento?
- Qual è la modalità di svolgimento del trattamento?

Nei prossimi sotto capitoli analizzeremo i dati emersi dalle domande guida appena menzionate.

4.4.1 Categorie di gioco menzionate

In ciascuna delle cartelle cliniche analizzate sono emerse differenti ed eterogenee tipologie di gioco, che sono state raggruppate all'interno del foglio di calcolo Excel nelle seguenti categorie: gioco senso-motorio, gioco simbolico, gioco costruttivo, gioco imitativo, gioco libero, gioco strutturato, gioco da tavolo e gioco ricreativo.

Per ogni categoria, di seguito sono stati riportati i giochi che sono stati menzionati nell'area del tempo libero all'interno delle cartelle cliniche.

Categoria di gioco	Giochi riportati nelle cartelle cliniche
Gioco sensomotorio	Didò, giochi luminosi, tattili e sonori (lavagna luminosa)
Gioco simbolico	Bambole, peluche
Gioco costruttivo	Giochi ad incastro, Lego, puzzle, perline, macchinine
Gioco imitativo	Cucinetta, pentoline
Gioco libero	Altalena, palla, monopattino, bicicletta, nascondino, tappeto elastico, scivolo
Gioco strutturato	Videogiochi (PlayStation, Wii, Nintendo, computer)
Gioco da tavolo	Carte, UNO, Monopoli, Indovina chi, gioco dell'oca, Dama, Dobble, Clark, Labirinto magico
Gioco ricreativo	Disegno, lettura, colorare

4.4.2 Metodi di valutazione

Dall'analisi delle cartelle cliniche sono emersi differenti approcci metodologici utili alla valutazione del gioco da parte del terapeuta occupazionale. In particolare, viene privilegiato l'utilizzo del *CMOP-E (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement)*, un modello teorico che mette in relazione tre componenti: persona, occupazione e ambiente. Quest'ultimo è stato utilizzato dai terapisti come quadro di riferimento per condurre l'intervista iniziale, rivolgendo l'attenzione all'area dell'occupazione, nella quale possiamo raccogliere le informazioni riguardanti il tempo libero, con l'obiettivo di indagare la presenza e il ruolo del gioco nella quotidianità del bambino.

Dall'analisi non sono emersi strumenti standardizzati o test specifici riferiti al gioco; pertanto, le valutazioni condotte dai terapisti si sono basate prevalentemente sull'osservazione durante le attività ludiche o giochi specifici, tra cui *carte, Salva le scimmie, Labirinto magico, Indovina chi, Clark, Tap Tap, puzzle, Bicchieri sprint, Lego e bici a tre ruote*.

4.4.3 Obiettivi di trattamento

Gli obiettivi prefissati dai terapisti e documentati nelle cartelle cliniche differiscono in base all'utilizzo che viene fatto del gioco, ovvero se considerato come mezzo riabilitativo o fine terapeutico.

Nel caso in cui il gioco venga utilizzato come mezzo riabilitativo per il miglioramento, l'acquisizione o il mantenimento di abilità motorie, cognitive e psichiche del paziente, gli obiettivi si articolano nelle seguenti aree:

Abilità motorie:

- Destrezza manuale
- Bimanualità
- Controllo posturale
- Stimolazione propriocettiva
- Sviluppo di abilità fine e grosso motorie

Abilità cognitive:

- Potenziamento dell'analisi visiva
- Capacità di progettazione
- Organizzazione spaziale degli strumenti di lavoro
- Attenzione sostenuta sul compito

Nel caso in cui il gioco venga considerato come fine occupazionale, gli obiettivi si focalizzano su:

- Partecipazione più autonoma e soddisfacente nell'ambito del tempo libero
- Continuità nello svolgimento di attività ludiche
- Implementazione e diversificazione delle attività del tempo libero

4.4.4 Modalità d'intervento riabilitativo

L'analisi delle cartelle cliniche ha permesso di individuare un'ampia varietà di giochi utilizzati nel contesto del trattamento, o proposti come indicazioni terapeutiche, che sono stati adattati alle necessità cliniche dei pazienti oncologici pediatrici. Le attività documentate nei molteplici trattamenti

sono varie, spaziando da giochi strutturati ad attività libere e venendo utilizzate in base all'obiettivo dell'intervento, come mezzo o fine terapeutico.

I giochi emersi dall'analisi qualitativa relativa a quest'area di indagine sono molteplici e possono essere suddivisi secondo le seguenti categorie:

Gioco come mezzo:

- Gioco sensomotorio: palla, altalena, trampolino, bici, campana, amaca e giochi a pancia in su, oscillazioni sopra il pallone Bobath, peluche/pulsanti/libretti che emettono luci e suoni, palline/tavolette/oggetti sensoriali, manipolazioni di materiali vari (pasta di sale, riso, stoffe), pongo, Didò
- Gioco costruttivo: Pyssla, perline e braccialetti, macchinine, Lego, Jenga, Tap Tap, Tangram, Robot Vigo con chiodini e martello, trottole, pinze, Meccano, lavorazione del legno e realizzazione di cornici
- Giochi simbolico: bambole, cucinetta
- Giochi da tavolo: Labirinto magico, Salva le scimmie, Penguin panic, Dobble, L'allegro chirurgo, Shangai, Smiley Games
- Gioco ricreativo: colorare, pitturare, origami

Gioco come fine:

- Gioco sensomotorio: libretti sensoriali, giochi sonori e strumenti musicali (maracas, tamburo), manipolazione di oggetti quotidiani (pasta, riso, stoffe, cotone), pongo
- Gioco costruttivo: costruzioni Lego Duplo, origami, realizzare braccialetti, pyssla
- Gioco simbolico: pentoline e giochi da cucina, macchinine, bambole
- Giochi da tavolo: Salva le scimmie, Penguin panic, Dobble, Smiley Games

In conclusione, l'analisi quantitativa e quella qualitativa, insieme, offrono una visuale più ampia e approfondita rispetto l'utilizzo del gioco da parte del terapeuta occupazionale nell'ambito di intervento dell'oncologia pediatrica, permettendo di cogliere sfumature che singolarmente non potrebbero restituire.

CAPITOLO 5: DISCUSSIONE

5.1 Discussione della letteratura

Sulla base del quesito iniziale, nel quale ci si interrogava sulla presenza di studi che riguardassero l'utilizzo del gioco come fine occupazionale e non unicamente come mezzo riabilitativo, l'analisi della letteratura scientifica ha permesso di creare una cornice chiara rispetto al panorama attuale. Esaminando i sei studi inerenti all'utilizzo del gioco negli interventi di terapia occupazionale rivolti ai pazienti oncologici in età pediatrica, sono emerse alcune criticità e contraddizioni.

Se riprendiamo lo studio di Gharebaghy *et al.* e quello di Dehghan *et al.* [36,37], possiamo notare un'importante contraddizione nella fase di valutazione, nella quale emerge il gioco come attività prioritaria e maggiormente compromessa, ma non vi è un conseguente intervento mirato al recupero dell'attività ludica. In questo caso si evidenzia una disconnessione tra l'approccio teorico, dove viene riconosciuta l'importanza del gioco, e la mancanza di una continuità nella pratica clinica.

Analizzando ora gli studi che utilizzano nella pratica clinica il gioco come mezzo terapeutico, ovvero quello condotto da Taverna *et al.* e quello di Mohammadi *et al.* (2017) [38,39], si sono potuti osservare dei buoni risultati che dimostrassero l'efficacia del gioco volto alla riabilitazione di funzioni specifiche. Tuttavia, non è stata considerata la vera natura del gioco, che permette al bambino di sperimentarsi con spontaneità e piacere nei confronti dell'attività ludica.

L'approccio utilizzato negli studi di Mohammadi *et al.* (2020, 2021) [40,41], che consideravano l'importanza del gioco come mezzo e come fine, può essere considerato come un tentativo di superamento delle limitazioni precedentemente espresse, poiché riconosce il valore del gioco sia dal punto di vista strumentale, che come obiettivo occupazionale.

In conclusione, dalla ricerca scientifica non sono emersi articoli che trattano, nella valutazione e/o nell'intervento, il gioco esclusivamente come fine occupazionale e obiettivo centrale dell'intervento riabilitativo. Possiamo quindi affermare, dalle evidenze analizzate, che il gioco come fine viene utilizzato in maniera limitata, al contrario del gioco come mezzo, che ritroviamo menzionato in tutti gli articoli.

5.2 Interpretazione dei risultati dello studio

L'obiettivo dello studio sperimentale retrospettivo è stato quello di analizzare se il gioco, come il *focus* dell'intervento riabilitativo, rappresenti un approccio utilizzato dai terapisti occupazionali nella loro pratica clinica.

5.2.1 Discussione dell'analisi quantitativa

Analizzando i dati quantitativi, il primo item riporta un dato incoraggiante: nel 92,68% delle cartelle cliniche è stata effettuata la valutazione del *tempo libero* da parte del terapeuta occupazionale,

testimoniando quanto l'indagine di tale area possa risultare essenziale nella vita dei bambini, anche in un contesto oncologico.

Dalle cartelle nelle quali è stato indagato il tempo libero, nel 92,10% dei casi è stato riportato il gioco tra le attività significative, sottolineando come questo rivesta un ruolo fondamentale nella vita del bambino e confermando al contempo le informazioni emerse dalla letteratura, che sottolineano il ruolo cruciale delle attività ludiche e il loro impatto positivo sulla qualità di vita del paziente.

A sostegno di tale dato è emerso che nel 100% dei casi in cui il gioco è stato menzionato nell'item del tempo libero all'interno del quadro di riferimento *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* (CMOP-E), esso è stato successivamente valutato mediante osservazioni libere o strutturate.

Questa informazione evidenzia la coerenza metodologica da parte dei terapisti occupazionali, che non si sono limitati a raccogliere il dato, ma lo hanno tradotto in informazioni qualitative e quantitative. Una percentuale così elevata è giustificata dal fatto che la menzione di un'attività, in questo caso riferita al gioco, senza una restituzione finale risulterebbe priva di significato e di utilità a livello clinico.

Al contrario, non sono emersi dati positivi nell'item relativo all'utilizzo del gioco nel trattamento, dove si registra una perdita significativa del 28,57% delle cartelle cliniche nelle quali precedentemente il gioco era stato valutato. In questa fase subentrano diversi fattori che guidano il terapeuta nella scelta di includere o meno il gioco all'interno dell'intervento riabilitativo, come le tempistiche e le motivazioni che sottendono alla presa in carico da parte del servizio IRCCS, che in alcuni casi si limita all'area valutativa. Un'ulteriore possibilità da considerare è che, in uno scenario in cui il paziente è stato valutato e non sono emerse significative difficoltà legate al gioco, questo non si sia tradotto in un obiettivo.

Dall'analisi delle cartelle cliniche in cui il gioco è stato incluso nel trattamento, ovvero nel 71,43% dei casi, sono emerse importanti criticità rispetto al suo utilizzo come fine occupazionale. Il gioco considerato come obiettivo terapeutico rappresenta un approccio estremamente minoritario, documentato esclusivamente nel 12% dei casi (3 cartelle su 25), una netta differenza rispetto all'uso del gioco come mezzo riabilitativo, che costituisce l'84% (21 cartelle su 25). Il rimanente 4% è rappresentato da una singola cartella in cui è stato adottato un approccio integrato che considera il gioco simultaneamente come mezzo e fine terapeutico.

Questa importante disparità tra i due approcci evidenzia come nella pratica clinica attuale il gioco venga ancora prevalentemente utilizzato come strumento riabilitativo per migliorare le funzioni del paziente, piuttosto che essere riconosciuto come occupazione significativa su cui intervenire in modo diretto. Le motivazioni che possono sottendere alla scelta di prediligere un approccio di tipo

funzionale possono essere correlate alle condizioni cliniche dei pazienti oncologici che, come emerso dalla letteratura, si scontrano quotidianamente con sfide fisiche e psicologiche. La riduzione dell'energia, la fatica, il dolore e le conseguenti difficoltà attentive ed emotive possono compromettere la partecipazione al gioco da parte del bambino, spingendo il terapeuta a scegliere di utilizzarlo come mezzo per migliorare tali funzioni, piuttosto che come obiettivo finale. Il gioco come fine rimane pertanto un fenomeno residuale, circoscritto a pochi casi. Questo dato è cruciale perché risponde alla domanda di ricerca alla base dello studio, sottolineando come il gioco come fine occupazionale sia presente nella pratica clinica, pur non rappresentando un approccio consolidato.

5.2.2 Analisi qualitativa

I dati emersi dall'analisi qualitativa hanno permesso di approfondire il ruolo del gioco negli interventi di terapia occupazionale rivolti ai pazienti oncologici pediatrici, fornendo una visione più ampia dei dati numerici emersi dall'analisi quantitativa e rivelando un'ampia sfera ludica.

I giochi emersi sono stati suddivisi in otto categorie: gioco sensomotorio, simbolico, costruttivo, imitativo, libero, strutturato, da tavolo e ricreativo. Queste categorie testimoniano la varietà degli approcci adottati dai terapisti occupazionali e la versatilità del gioco, oltre a come il gioco può essere adattato ai bisogni del paziente.

Dal punto di vista valutativo, emerge il CMOP-E come quadro di riferimento per indagare l'area occupazionale relativa al tempo libero, come emerge anche in letteratura; tuttavia, si evidenzia una lacuna strumentale, dovuta alla mancanza di test o quadri di riferimento specifici per valutare il gioco tradotti e validati in italiano, mettendo in luce una criticità rilevante che porta i terapisti a prediligere l'osservazione di attività ludiche o giochi strutturati, rispetto all'utilizzo di valutazioni standardizzate. Questa lacuna strumentale potrebbe in parte spiegare perché il gioco viene più frequentemente utilizzato come *mezzo* piuttosto che come *fine*: poiché in assenza di strumenti specifici per documentare il potenziale del gioco, risulta più difficile per i terapisti giustificare e strutturare interventi che abbiano il gioco come obiettivo riabilitativo.

Il ricorso all'osservazione clinica durante le attività ludiche, pur rappresentando una competenza professionale fondamentale, potrebbe risultare meno convincente in contesti clinici che richiedono documentazioni oggettive e misurabili degli *outcome*.

Spostandoci sugli obiettivi terapeutici, sono stati documentati una maggior quantità di obiettivi funzionali correlati al gioco come mezzo riabilitativo. Tale risultato potrebbe riflettere una schiera di motivazioni più ampie, che non dipendono esclusivamente dalla preferenza del terapeuta, ma possono essere influenzate da fattori contestuali come tempistiche, ambienti e materiali disponibili. A tal proposito, un aspetto emerso dall'esperienza di tirocinio riguarda le tempistiche di presa in carico,

che possono portare il terapeuta a prediligere obiettivi funzionali specifici e raggiungibili in tempi brevi. Al contrario, gli obiettivi legati al gioco come fine possono richiedere percorsi terapeutici più prolungati e adattati nel tempo in base alla crescita e alle necessità del paziente.

Un ulteriore elemento da considerare è rivolto alle priorità e alle aspettative espresse dalla famiglia e dal paziente stesso che, in un'ottica *client-centered*, orientano il ragionamento clinico del terapeuta occupazionale. Qualora venga espressa la preferenza per obiettivi funzionali, oppure per attività scolastiche o legate alla cura di sé, verrà data la priorità a tali aspetti, ponendo in secondo piano la dimensione della partecipazione ludica.

Nei contesti clinici osservati durante il tirocinio, che sono gli stessi delle cartelle, il gioco, specialmente se svolto in gruppo, risulta difficile da riprodurre nella stanza di terapia occupazionale, dove il setting è tendenzialmente individuale e condizionato da spazi e risorse, limitando inevitabilmente lo svolgimento di tali attività.

L'analisi relativa alle modalità di trattamento sottolinea la capacità dei terapeuti occupazionali di saper adattare le stesse attività fornendo significati terapeutici completamente diversi a seconda dell'obiettivo perseguito. A sostegno di tale affermazione notiamo come ad esempio le attività sensoriali e i Lego compaiono sia nelle categorie di gioco come mezzo che di gioco come fine, testimoniando la versatilità di queste attività e la competenza dei professionisti nel differenziare il loro uso in base alla scelta di trattamento.

5.2.3 Discussione integrata dei risultati

Ponendo l'attenzione ai risultati emersi dallo studio retrospettivo, la combinazione dei dati quantitativi e qualitativi ha permesso di notare come nell'analisi quantitativa venga documentata la scarsa presenza del gioco come fine terapeutico (12%), mentre l'analisi qualitativa rivela la vasta presenza di attività ludiche, suggerendo che la limitata presenza di dati numerici non riflette una povertà di approcci o competenze professionali.

La scarsa presenza del gioco come fine terapeutico non deriva da un disinteresse professionale verso questa dimensione, ma piuttosto da una strutturazione della pratica clinica che predilige approcci funzionali. Questo potrebbe essere il risultato di molteplici fattori come pressioni temporali, che prediligono interventi a breve termine, la carenza di strumenti valutativi specifici per il gioco, aspettative istituzionali che promuovono *outcome* misurabili e il fatto che nel Centro riabilitativo in cui sono state raccolte le cartelle cliniche vengono spesso inviati bambini con patologie oncologiche con il fine di fornire delle valutazioni e indicazioni terapeutiche.

CAPITOLO 6: CONCLUSIONI

6.1 Sintesi dei risultati principali

Il presente studio ha indagato il ruolo del gioco nel processo degli interventi di terapia occupazionale rivolti ai pazienti oncologici in età pediatrica con l'obiettivo di comprendere se e come il gioco venga utilizzato come fine occupazionale nella pratica clinica, oltre che come mezzo riabilitativo.

Dalle informazioni emerse dall'analisi della letteratura possiamo constatare che tale ambito è, ad oggi, poco esplorato. Nonostante la presenza di studi recenti, come quelli condotti da Mohammadi *et al.* (2020, 2021) [40,41], che promuovono trattamenti integrati del gioco come fine e come mezzo riabilitativo, in letteratura non sono presenti studi che propongono interventi dedicati esclusivamente al gioco come obiettivo finale.

Lo studio retrospettivo ha confermato questa tendenza nella pratica clinica. I dati quantitativi hanno mostrato che, sebbene il 92,68% delle cartelle cliniche includesse una valutazione del tempo libero e il gioco fosse riconosciuto come attività significativa nel 92,10% dei casi, solo nel 12% degli interventi il gioco viene tradotto in obiettivo occupazionale. Al contrario, l'84% degli interventi utilizzava il gioco esclusivamente come mezzo riabilitativo e il restante 4% documenta un approccio integrato, evidenziando una netta predominanza di trattamenti rivolti al recupero funzionale. In aggiunta, l'analisi qualitativa ha permesso di individuare un'ampia varietà di attività ludiche adattate ai bisogni del bambino, che sono state suddivise in otto categorie: gioco senso motorio, simbolico, costruttivo, imitativo, libero, strutturato, da tavolo e ricreativo. Per quanto riguarda l'area valutativa, viene menzionato esclusivamente il CMOP-E, strumento utilizzato dai terapisti come quadro di riferimento per condurre l'intervista iniziale. Emerge di conseguenza una lacuna strumentale nella valutazione del gioco, dovuta all'assenza di strumenti tradotti e validati in italiano, che porta i terapisti a prediligere osservazioni libere o strutturate al fine di raccogliere dei dati.

6.2 Risorse e limiti dello studio

Un limite di questo studio riguarda l'eterogeneità della documentazione clinica, poiché ogni terapeuta ha redatto la propria relazione secondo uno stile ed un livello di dettaglio differente, influenzando la capacità di rilevare in maniera uniforme tutte le informazioni.

Un secondo limite riguarda la raccolta dei dati, condotta presso un unico Centro di riferimento e rivelando di conseguenza una sola realtà riabilitativa.

Volgendo l'attenzione al numero del campione, circoscritto a 41 cartelle cliniche, esso si può considerare adeguato a uno studio retrospettivo; tuttavia, potrebbe essere ampliato con l'obiettivo di aumentare l'affidabilità dei risultati e consentire analisi statistiche più approfondite.

Il campione temporale esteso dal 2019 al 2024 e l'approccio metodologico misto, che integra sia l'analisi quantitativa che qualitativa, rappresentano delle risorse per lo studio, fornendo una visione ampia e approfondita dei dati analizzati. A ciò si aggiunge l'utilizzo di strumenti e criteri chiari, che garantiscono la riproducibilità dello studio. Dal punto di vista della ricerca scientifica, un limite è rappresentato dalla scarsa quantità di studi inerenti all'argomento analizzato. Tuttavia, il seguente progetto costituisce una risorsa volta a colmare un vuoto nella letteratura italiana e a fornire una base di riflessione critica sugli approcci attuali in ambito oncologico pediatrico.

6.3 Proposte per futuri approfondimenti

Dallo sviluppo di questo studio si possono aprire molteplici prospettive future volte ad approfondire il tema del gioco ed il suo ruolo nell'ambito oncologico pediatrico; a partire dallo sviluppo di protocolli valutativi tradotti in italiano, volti a promuovere la partecipazione del bambino attraverso il gioco, aiutando di conseguenza i terapisti occupazionali nel valutare in maniera standardizzata questa dimensione occupazionale.

Nuove ricerche scientifiche potrebbero estendere lo studio ad altri contesti clinici, come day-hospital e reparti ospedalieri di oncologia pediatrica, consentendo di verificare se i dati emersi siano specifici del contesto analizzato o rappresentino un fenomeno più ampio.

Al fine di approfondire tale ambito, l'implementazione di percorsi formativi specifici rivolti a terapisti occupazionali, sia attraverso corsi di aggiornamento professionale che all'interno dei programmi universitari, rappresenta un elemento cruciale per promuovere una maggiore consapevolezza e competenza nel ruolo del gioco nel processo riabilitativo oncologico pediatrico.

Considerando che il gioco è l'occupazione centrale nella vita del bambino, da tali lacune emerge la necessità di dimostrare l'importanza dell'attività ludica come fine di un intervento di terapia occupazionale, affinché i bambini oncologici non siano privati di uno strumento essenziale per il loro sviluppo, il loro benessere e la conoscenza di loro stessi e del mondo che li circonda. Colmare questa mancanza permetterà di creare un approccio maggiormente centrato sul cliente, migliorando considerevolmente la qualità di vita dei pazienti in trattamento.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. World Health Organization (2024), Cancer. Disponibile on-line all'indirizzo: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
2. Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro – AIRC (2025), Le metastasi, le domande più frequenti. Disponibile on-line all'indirizzo: <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/cose-il-cancro/metastasi>
3. World Health Organization (WHO) (2025), Cancer. Disponibile on-line all'indirizzo: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
4. Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) (2023), Quando il cancro colpisce i bambini. Disponibile on-line all'indirizzo: <https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/la-fase-delle-terapie/quando-il-cancro-colpisce-i-bambini>
5. International Agency for Research on Cancer (IARC) (2017), International Incidence of Childhood Cancer, Volume 3, Highlights. Disponibile on-line all'indirizzo: <https://iicc.iarc.fr/about-iicc-3/highlights/>
6. Pisani P., Parodi S., Magnani C. (2013), “Le cause e i fattori di rischio delle neoplasie pediatriche”, *Epidemiologia & Prevenzione*, Vol. 37, Suppl. 1, pag 1-296
7. World Health Organization (WHO) (2025), Childhood cancer. Disponibile online all'indirizzo: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children?utm_source
8. Ferlay J., Ervik M., Lam F., Colombet M., Mery L., Piñeros M., Znaor A., Soerjomataram I., Bray F. (2023), *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Disponibile on-line all'indirizzo: <https://gco.iarc.fr/today>
9. Associazione Italiana Oncologia Medica (2024), I numeri del cancro in Italia 2024. Disponibile on-line all'indirizzo: https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2024/12/2024_NDC-def.pdf
10. Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) (2021), Leucemia. Disponibile online all'indirizzo: <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori/leucemia>
11. Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) (2023), Leucemia linfoblastica acuta del bambino. Disponibile online all'indirizzo: <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori-pediatrici/leucemia-linfoblastica-acuta-bambino>
12. Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) (2023), Leucemia mieloide acuta del bambino. Disponibile online all'indirizzo: <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori-pediatrici/leucemia-mieloide-acuta-bambino>
13. Pan American Health Organization (2014), Early Diagnosis of Childhood Cancer. Disponibile on-line all'indirizzo: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34850>

14. Damodharan S., Puccetti D. (2023), “Pediatric Central Nervous System Tumor Overview and Emerging Treatment Considerations”, Brain Sciences, Vol. 13, n° 7, pag1106.
15. Associazione Italiana Ematologia Oncologia Pediatrica (AIEOP) (2024), Tumori cerebrali. Disponibile on-line all’indirizzo:<https://www.aieop.org/web/famiglie/schede-malattia/tumori-cerebrali/>
16. Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) (2023), Astrocitoma del bambino. Disponibile on-line all’indirizzo:<https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori-pediatrici/astrocitoma-del-bambino>
17. Martin P., Leonard J.P. (2024), Panoramica sui linfomi. Disponibile on-line all’indirizzo:<https://www.msmanuals.com/it/professionale/ematologia-e-oncologia/linfomi/panoramica-sui-linfomi>
18. Associazione Italiana Ematologia Oncologia Pediatrica (AIEOP) (2024), Linfoma non-Hodgkin. Disponibile on-line all’indirizzo: <https://www.aieop.org/web/famiglie/schede-malattia/linfoma-non-hodgkin/>
19. Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) (2023), Linfoma non-Hodgkin. Disponibile on-line all’indirizzo: <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori/linfoma-non-hodgkin>
20. National Cancer Institute – NCI (2024), Child and Adolescent Cancers Fact Sheet. Disponibile on-line all’indirizzo: <https://www.cancer.gov/types/childhood-cancers/child-adolescent-cancers-fact-sheet>
21. Lam C.G., Howard S.C., Bouffet E., Pritchard-Jones K. (2019), “Science and health for all children with cancer”, Science, Vol. 363, n° 6432, pag 1182–1186.
22. World Health Organization (2021), Cure All framework: WHO Global Initiative for Childhood Cancer. Increasing access, advancing quality, saving lives. Disponibile on-line all’indirizzo: <https://www.who.int/initiatives/the-global-initiative-for-childhood-cancer>
23. Bakker A., Streefkerk N., Bakker A., van Gorp M., van Litsenburg R., Grootenhuis M., Irestorm E. (2023), “A systematic review of health-related quality of life in children and adolescents during treatment for cancer”, EJC Paediatric Oncology, Vol. 2.
24. Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) (2024), Cosa vuol dire qualità della vita. Disponibile on-line all’indirizzo: <https://www.airc.it/news/cosa-vuol-dire-qualita-della-vita>
25. Associazione Italiana Terapisti Occupazionali (AITO) (s.d.), La terapia occupazionale ti aiuta. Disponibile on-line all’indirizzo: <https://www.aito.it/aito/la-terapia-occupazionale-ti-aiuta>

26. Hatcher Foundation (2023), Occupational Therapy: How It Can Help Pediatric Oncology Patients. Disponibile on-line all'indirizzo: <https://www.hatcherfoundation.org/about/news/occupational-therapy-how-it-can-help-pediatric-oncology-patients>
27. Sparrow J., Dagen H., Harris A., Schwartzberg S., Weathers L., Kibby M., Harman J. L., Jacola L. M. (2023), "Occupational Therapy: An Essential Component of Support for Young Children With Cancer", OTJR: occupation, participation and health, Vol.43, n°2, 211–217.
28. American Occupational Therapy Association (2020), "AOTA 2020 Occupational Therapy Code of Ethics", The American Journal of Occupational Therapy, Vol. 74, Supplemento 3, pag 1-13.
29. Dolgoy N., Driga A., Brose JM. (2021), "The Essential Role of Occupational Therapy to Address Functional Needs of Individuals Living with Advanced Chronic Cancers", Seminars in oncology nursing, Vol. 37, n° 4.
30. Alessandrini N. (1949), "*Play – A Child's World*". In the American Journal of Occupational Therapy Association (1949), American Journal of Occupational Therapy, Vol.3, n 1, American Occupational Therapy Association, New York, pag 9
31. Parham L.D., Fazio L.S., (2008), *Play in Occupational Therapy for Children* (2^a ed.), Mosby Elsevier, St. Louis, Mo.
32. Kuhaneck H., Bundy A., Fabrizi S., Lynch H., Moore A., Román-Oyola R., Stagnitti K., Waldman-Levi A. (2024), "Play as Occupation: The State of Our Science and a Research Agenda for the Profession", The American Journal of Occupational Therapy, Vol. 78, n° 4.
33. Lynch H., Moore A. (2016), "Play as an Occupation in Occupational Therapy", British Journal of Occupational Therapy, Vol. 79, n° 9, pag 519–520.
34. Ibrahim H.A., Arbianingsih, Amal A.A., Huriati (2020), "The Effectiveness of Play Therapy in Hospitalized Children with Cancer: Systematic Review", Journal Of Nursing Practice, Vol.3, n°2, pag 233-243
35. Scarponi, D., & Pession, A. (2016), "Play Therapy to Control Pain and Suffering in Pediatric Oncology", Frontiers in pediatrics, 4, 132.
36. Gharebaghy S., Mirbagheri S.S., Khazaeli K. (2018), "Occupational Performance in Children Aged 6 to 13 Years with Cancer", Function and Disability Journal, Vol. 1, n°1, pag 49-57.
37. Dehghan, L., Dalvand, H., Hadian Rasanani, M. R., & Nakhostin Ansari, N. (2020), "Occupational Performance Outcome for Survivors of Childhood Cancer: Feasibility of the Canadian Occupational Performance Measure", Occupational Therapy in Health Care, Vol. 36, n°2, pag184-196.
38. Taverna, L., Bellavere, M., Tremolada, M., Santinelli, L., Rudelli, N., Mainardi, M., Onder, G., Putti, M. C., Biffi, A., & Tosetto, B. (2021), "Oncological Children and Well-Being: Occupational

Performance and HRQOL Change after Fine Motor Skills Stimulation Activities”, *Pediatric Reports*, Vol. 13, n°3, pag 383-400.

39. Mohammadi A, Mehraban AH, Damavandi SA. (2017), “Effect of Play-based Occupational Therapy on Symptoms of Hospitalized Children with Cancer: A Single-subject Study”, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, Vol. 4, n°2, pag168-172.
40. Mohammadi A., Hassani Mehraban A. (2020), “Play-based Occupational Therapy for Hospitalized Children With Cancer: A Short Communication”, *Iranian Rehabilitation Journal*, Vol. 18, n°1, pag 17-22.
41. Mohammadi A., Mehraban A.H., Damavandi S.A., Zarei M.A., Haghani H. (2021), “The effect of play-based occupational therapy on symptoms and participation in daily life activities in children with cancer: A randomized controlled trial”, *British Journal of Occupational Therapy*, Vol. 0, n°0, pag 1–10.

ALLEGATO 1

0. Il paziente ha effettuato Terapia Occupazionale?

- NO → Cartella esclusa
- SÌ → Proseguire con la domanda 1

1. Il tempo libero viene indagato?

- NO → GRUPPO 1
- SÌ → GRUPPO 2

2. Nel tempo libero è stato menzionato il gioco?

- NO → GRUPPO 2
- SÌ → GRUPPO 3

3. Il gioco è stato valutato?

- NO → GRUPPO 3
- SÌ → GRUPPO 4

3.1 Quale modalità di valutazione è stata effettuata?

Test/questionario

Osservazione

Intervista

4. Il gioco è stato incluso nel trattamento?

- NO → GRUPPO 4
- SÌ → GRUPPO 5

5. Il gioco è stato il *fine* del trattamento?

- NO → GRUPPO A (GIOCO COME MEZZO)
- SÌ → GRUPPO B (GIOCO COME FINE)
- GRUPPO C (COME MEZZO E FINE)

Allegato 1. Albero decisionale per la classificazione delle cartelle cliniche.