



Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN TERAPIA OCCUPAZIONALE

PRESIDENTE: Ch.mo Prof. Daniele Rodriguez

TESI DI LAUREA

**VALUTAZIONE DEL BISOGNO DI TERAPIA
OCCUPAZIONALE PRESSO L'OSPEDALE DI ASIAGO:
PROPOSTA APPLICATIVA DEL SERVIZIO**

**(OCCUPATIONAL THERAPY NEEDS ASSESSMENT IN ASIAGO
HOSPITAL: PROPOSAL OF SERVICE)**

RELATORE: T.O., Dott.ssa, Prof.ssa Patrizia Ianes

Correlatore: T.O., Dott.ssa Martina Spinato

LAUREANDA: Elena Slaviero

Anno Accademico 2015/2016

INDICE

RIASSUNTO	pag. 1
ABSTRACT	pag. 2
INTRODUZIONE	pag. 3
CAPITOLO 1: LA TERAPIA OCCUPAZIONALE E LA SUA EFFICACIA NELLE PATOLOGIE NEUROLOGICHE ED ORTOPEDICHE	
1.1 Descrizione della Terapia Occupazionale	pag. 5
1.2 La Terapia Occupazionale e l'approccio client-centred	pag. 7
1.3 L'efficacia della Terapia Occupazionale nelle patologie neurologiche	pag. 8
1.4 L'efficacia della Terapia Occupazionale nelle patologie ortopediche	pag. 10
1.5 Valutazione del bisogno di Terapia Occupazionale	pag. 11
CAPITOLO 2: IL CONTESTO DI RIFERIMENTO: LA STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE DI RIABILITAZIONE DEGENZIALE DELL'OSPEDALE DI ASIAGO	
2.1 L'Azienda Sanitaria ULSS n. 3	pag. 13
2.2 La Struttura Semplice Dipartimentale di Riabilitazione Degenziale dell'Ospedale di Asiago	pag. 14
CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI	
3.1 Descrizione del campione	pag. 17
3.2 Strumento di indagine	pag. 17
3.3 Procedura e raccolta dati	pag. 19
CAPITOLO 4: RISULTATI	pag. 21
CAPITOLO 5: DISCUSSIONE	

5.1 Interpretazione e discussione dei risultati	pag. 29
5.2 Proposta di servizio	pag. 33
5.3 Limiti dello studio	pag. 35
CONCLUSIONI	pag. 37
BIBLIOGRAFIA	pag. 39
ALLEGATI	
Allegato 1: questionario	pag. 45
Allegato 2: presentazione telefonata	pag.47

RIASSUNTO

Introduzione – Nella Struttura Semplice Dipartimentale di Riabilitazione Degenziale (S.S.D. di Riabilitazione Degenziale) è ben conosciuta la Terapia Occupazionale (TO), grazie ad una esperienza di una terapeuta occupazionale che ha lavorato nel reparto come borsista; dopo questa esperienza tutta l'equipe lavorativa risente la necessità di questa figura professionale. Infatti, la presenza del terapeuta occupazionale all'interno del team riabilitativo può portare a degli outcome positivi sia nel trattamento delle patologie neurologiche sia nel trattamento di quelle ortopediche.

Scopo – Valutazione del bisogno della TO nel reparto in analisi, al fine di arrivare ad una proposta applicativa del servizio di TO.

Materiali e metodi – E' stata creato un questionario non standardizzato ad hoc, somministrato telefonicamente, a tutti i 234 pazienti degenti nell'anno 2015 nella S.S.D. di Riabilitazione Degenziale. I dati sono stati successivamente raccolti ed elaborati.

Risultati – Rispetto al totale delle persone degenti (234), le interviste effettuate sono state in tutto 181. Delle persone intervistate, tutte hanno dichiarato che nessuno all'interno del reparto ha chiesto loro quali fossero le attività della vita quotidiana più importanti che avrebbero voluto ritornare a svolgere (client-centred practice). Inoltre, dai dati analizzati è emerso che: l'87% delle persone con patologie neurologiche non erano autonome nelle attività della cura di sé una volta rientrate a domicilio. Rispetto alle attività domestiche l'83% ha incontrato delle difficoltà o ha dovuto rinunciare a farle e il 100% non è più tornato a svolgere le attività del tempo libero. Solo il 54% delle persone con patologie ortopediche, ha dichiarato di essere state autonome nelle attività della cura di sé quando sono rientrate a casa; anche queste persone hanno incontrato delle difficoltà nelle aree della produttività e del tempo libero dove rispettivamente il 63% e il 58% hanno dovuto rinunciare a questo tipo di occupazioni.

Conclusioni – I risultati ottenuti dalla valutazione del bisogno di TO hanno dimostrato la necessità della presenza del terapeuta occupazionale all'interno della S.S.D. di Riabilitazione Degenziale. A tale proposito si è voluto effettuare una proposta applicativa del servizio di TO nel reparto preso in analisi.

ABSTRACT

Introduction – In the Struttura Semplice Dipartimentale di Riabilitazione Degenziale (S.S.D. di Riabilitazione Degenziale) the occupational therapy (OT) profession is well-known, thanks to a one-year work experience by an occupational therapist. After this experience, the entire rehabilitation team feels the need of this profession. In fact, the effectiveness of OT intervention in the rehabilitation of individuals with orthopedic and neurological diseases is well demonstrated.

Purpose – Carry out a needs assessment in OT at S.S.D. di Riabilitazione Degenziale with the goal of proposing a potential OT service.

Materials and methods – A non standardized questionnaire was created, followed by a telephone questionnaire to all 234 inpatients admitted in 2015 to S.S.D. di Riabilitazione Degenziale. The data were subsequently collected and processed.

Results – In reference to the total number of individuals (234), the interviews conducted were 181. All interviewees declared that no one on the rehabilitation team asked them which activities of daily living were most important to them and that they would like to return to doing (client-centred practice). Data analysis showed that 87% of people with neurological disease were not independent in self-care activities upon return home. With regard to domestic activities 83% encountered difficulties or had to give them up, furthermore 100% never returned to carry out their previous leisure activities. Only 54% of individuals with orthopedic disorder reported, being independent in activities of self-care upon return home; also these individuals encountered difficulties in the areas of productivity and leisure where respectively 63% and 58% had to give up these types of occupations.

Conclusion – The needs assessment of OT confirmed the necessity of an OT service within S.S.D. di Riabilitazione Degenziale. An OT service for this ward was proposed.

INTRODUZIONE

La Struttura Semplice Dipartimentale di Riabilitazione Degenziale (S.S.D. di Riabilitazione Degenziale) dell'Ospedale di Asiago che fa parte dell'Azienda Sanitaria ULSS n. 3 di Bassano del Grappa, rappresenta il contesto nel quale si è svolto questo studio.

L'idea dello studio è nata dal fatto che nel reparto preso in esame la TO è ben conosciuta, grazie ad una esperienza di una terapeuta occupazionale che ha lavorato nel reparto come borsista. Dopo questa esperienza tutta l'equipe riabilitativa risente la necessità di questa figura professionale, al punto che impropriamente, una fisioterapista gestisce in piccola parte, un programma di TO basato sulle attività della cura di sé.

Le tematiche affrontate nell'elaborazione dello studio hanno riguardato principalmente l'efficacia della TO nelle patologie neurologiche ed ortopediche e la pratica client-centred che rappresenta una parte centrale degli interventi di TO. Ci sono moderate evidenze che supportano l'efficacia dei trattamenti di TO nelle patologie neurologiche ed ortopediche; in particolare le patologie principali che sono state prese in considerazione sono state lo stroke per le patologie neurologiche e la protesi d'anca per quelle ortopediche, essendo queste le patologie più frequenti nel reparto nell'anno considerato.

Per la progettazione dello studio inizialmente si è tenuto un incontro con il Primario e la Caposala della S.S.D. di Riabilitazione Degenziale dell'Ospedale di Asiago, nel quale è stato possibile confrontarsi sul ruolo e sulla possibilità di intraprendere lo studio presentando gli obiettivi e le finalità dello stesso. E' stata necessaria, inoltre, anche la collaborazione da parte della Direzione Medica dell'Ospedale di Asiago che ha concesso di effettuare la raccolta dei dati relativi alle persone.

Lo scopo quindi di questo lavoro è stato quello di fare una valutazione del bisogno di TO nella S.S.D. di Riabilitazione Degenziale dell'Ospedale di Asiago nell'anno 2015, al fine di verificare la possibile necessità della presenza della TO nel reparto in analisi e il tipo di servizio che ne può derivare.

Per la conduzione dello studio è stato creato un questionario non standardizzato ad hoc in quanto dalla ricerca in letteratura non si sono trovati degli strumenti che potevano essere utilizzati per gli obiettivi e le finalità nello specifico per lo studio.

Il questionario ha cercato di affrontare queste tematiche principali: la pratica client-centred, le aree dell'occupazione cura di sé, produttività e tempo libero e il rientro a domicilio.

Il questionario è stato sottoposto tramite un'intervista telefonica a tutti i 234 pazienti degenti nella S.S.D. di Riabilitazione Degenziale nell'anno 2015, per un totale di 181 interviste effettive.

Dalla valutazione del bisogno di TO e da quanto emerso dalla ricerca scientifica, si è potuto cogliere e capire quali sono le necessità e le evidenze che possono portare a giustificare la presenza di un servizio di TO.

A conclusione dello studio infatti, si è voluto presentare una possibile proposta di servizio di TO all'interno della S.S.D. di Riabilitazione Degenziale per cercare di rispondere al meglio alle necessità delle persone che sono emerse dalla valutazione e dall'analisi dei bisogni; questo rappresenta anche uno dei cardini fondamentali della mission che si propone di raggiungere l'Azienda Sanitaria ULSS n. 3.

CAPITOLO 1: LA TERAPIA OCCUPAZIONALE E LA SUA EFFICACIA NELLE PATOLOGIE NEUROLOGICHE ED ORTOPEDICHE

1.1 Descrizione della Terapia Occupazionale

La Terapia Occupazionale (TO) è una professione sanitaria centrata sul cliente il cui obiettivo è quello di promuovere la salute e il benessere attraverso l'occupazione (WFOT, 2012).

Con il termine *occupazione* si intendono le attività di vita quotidiana nelle quali le persone sono coinvolte (“engagement”) (Frame work, 2014).

I compiti della vita quotidiana che una persona svolge possono essere collegati a diverse aree dell'occupazione:

- *cura di sé*: attività che una persona svolge per la propria cura personale come mangiare, vestirsi, l'igiene e gli spostamenti;
- *produttività*: comprende le attività che sono legate al ruolo sociale e/o economico della persona come il lavoro, lo studio, la scuola, le attività domestiche, ecc.;
- *tempo libero*: riguarda quelle occupazioni che sono intraprese per il piacere della persona legate pertanto agli hobby, allo sport, alle uscite, ai viaggi, alla socializzazione, ecc.

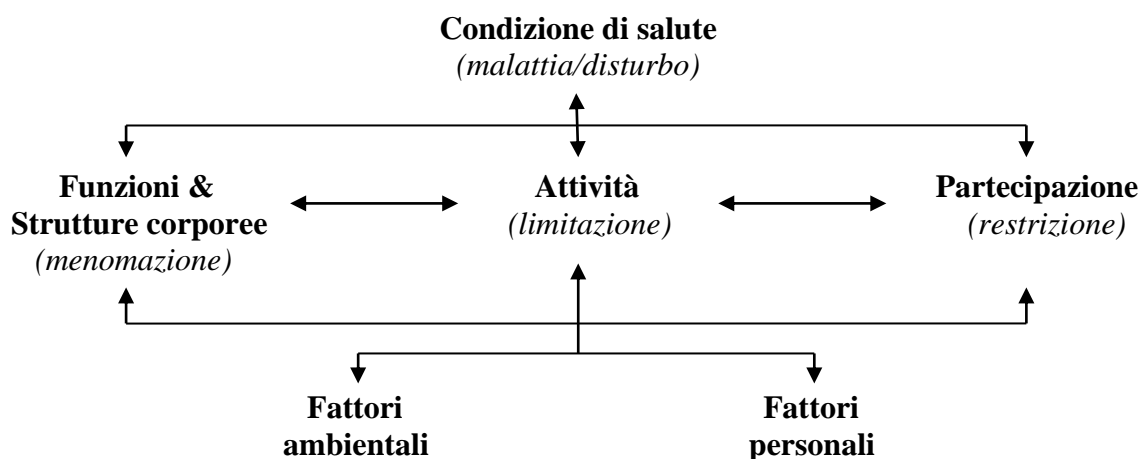
(Townsend & Polatajko, 2007; CAOT, 1997).

Ci sono vari modelli a cui i terapeuti occupazionali possono attenersi, tra questi il modello Person-Environment-Occupation (PEO) considera la *performance occupazionale* come il risultato di un'interazione dinamica tra le persone, le loro occupazioni e l'ambiente nel quale vivono. Questa relazione non è statica ma si modifica nel tempo in base alle situazioni in cui la persona si viene a trovare nel corso della sua vita (Law et al., 1996).

I terapeuti occupazionali progettano degli interventi Occupation-based che possano facilitare il cambiamento o la crescita dei fattori personali del cliente (funzioni e strutture corporee, valori, credenze e spiritualità) e le abilità (motorie, di processo e di interazione sociale), necessari per incrementare la partecipazione (Frame work, 2014).

La TO fa anche riferimento ai concetti utilizzati nell'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF; WHO, 2001; figura 1), che prevede la correlazione fra stato di salute e ambiente, definendo la disabilità come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole. Tramite l'ICF è possibile ricavare informazioni partendo da uno stato considerato di "salute" considerando le funzioni e le strutture corporee, le attività svolte e la partecipazione della persona rispetto alle scelte e alle situazioni della propria vita. L'attività viene intesa come "l'esecuzione di un compito o l'insieme di azioni da parte di un individuo" e la partecipazione come "il coinvolgimento in una situazione di vita". I qualificatori di questa categoria sono due: "performance" e "capacità"; il primo descrive quello che la persona fa nel suo ambiente attuale; il secondo descrive invece, l'abilità dell'individuo nell'eseguire un compito o un'azione. Il terapeuta occupazionale utilizza questi qualificatori per descrivere il funzionamento o la disabilità degli individui rispetto alle attività di vita quotidiana (Haglund & Henriksson, 2003).

Fig. 1 Struttura dell'ICF: componenti e loro interazioni



L'*obiettivo principale* della TO è di consentire alle persone di essere coinvolte nelle attività di vita quotidiana per meglio sostenere la possibilità di scelta e la partecipazione. I terapisti occupazionali raggiungono questo risultato svolgendo un lavoro diretto sulla persona o sul caregiver e/o le comunità sviluppando le loro abilità nel coinvolgimento delle occupazioni che loro vogliono fare, devono fare o ci si aspetta che facciano, o adattando l'occupazione o modificando l'ambiente per meglio supportare il

coinvolgimento occupazionale e incrementare la partecipazione. La TO è praticata in una vasta gamma di *ambiti* pubblici o privati, quali: i centri di riabilitazione, gli ospedali, a domicilio, le scuole, i luoghi di lavoro e le case di riposo (WFOT, 2010).

1.2 La Terapia Occupazionale e l'approccio client-centred

Ad oggi, si ritiene che l'approccio client-centred sia una parte centrale della qualità degli interventi di TO (Kristensen et al., 2011).

Nell'approccio client-centred la persona è coinvolta attivamente nel processo decisionale e l'intervento deve essere mirato in base ai bisogni, ai valori, alle preferenze e alle aspettative della persona e dei suoi caregiver. I terapisti occupazionali ritengono che la pratica client-centred debba essere focalizzata sulla persona che attraverso l'approccio bio-psico-sociale viene vista in una maniera olistica nella quale vengono considerate le componenti fisiche (funzioni, organi, strutture), mentali (stato intellettuale e psicologico) e sociali (vita domestica, lavorativa, economica) e che questo sia assolutamente necessario per sviluppare una buona ed efficace pratica clinica. L'approccio ha un impatto significativo nel processo terapeutico di intervento, negli outcomes funzionali, nel ruolo e nella soddisfazione della persona (Van de Velde et al., 2016).

La caratteristica principale dell'approccio è che la persona partecipa attivamente all'identificazione delle problematiche nella performance occupazionale e alla definizione degli obiettivi, dando delle priorità; è al centro della valutazione, del trattamento e della rivalutazione. Durante l'intero processo terapeutico il terapeuta ascolta e rispetta i valori della persona, adattando gli interventi in base alle sue necessità, conferendogli potere decisionale (Sumsion & Law, 2006).

I terapisti occupazionali enfatizzano l'importanza di ascoltare e rispettare le scelte dei loro clienti come un elemento importante per la motivazione al trattamento (Daniels et al., 2002).

I concetti chiave per la pratica client-centred includono:

- ✓ rispetto delle persone, delle loro famiglie e delle scelte che fanno;
- ✓ focus sulla relazione persona-ambiente-occupazione: la persona viene considerata in maniera olistica;
- ✓ dare informazioni enfatizzando la comunicazione centrata sulla persona;

- ✓ facilitare il processo decisionale della persona;
- ✓ favorire lo sviluppo di partnership con le persone che ricevono il servizio;
- ✓ rendere il servizio accessibile e appropriato per la persona.

(Restall & Ripat, 2008).

I benefici possono includere: maggiore autonomia, autoefficacia (self-efficacy), sicurezza di sé, motivazione, riduzione dell'ansia e una responsabilizzazione che porta a una maggiore partecipazione alla riabilitazione (Rosewilliam et al., 2015).

Anche negli interventi sulle ADL vengono colti i bisogni e i desideri della persona come obiettivi dell'intervento per consentire alla persona stessa di svolgere le attività che sono per lei importanti e significative (Ranner et al., 2016).

1.3 Efficacia della Terapia Occupazione nelle patologie neurologiche

Per dimostrare l'efficacia della pratica della TO nel trattamento delle patologie neurologiche è stata fatta una ricerca in letteratura consultando questi principali Database: PUBMED e OTSEEKER. Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono state: "*Occupational Therapy AND neurological rehabilitation*" e "*Occupational Therapy AND stroke*". Tra tutti gli articoli trovati, quelli analizzati sono stati in totale 44; tra questi, gli articoli che sono stati effettivamente utilizzati per l'elaborazione dello studio sono stati 16.

La ricerca è stata effettuata facendo riferimento allo stroke essendo la patologia più frequente tra quelle neurologiche presenti nel reparto nell'anno considerato.

Lo *stroke* è la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di gravi disabilità a lungo termine negli adulti (Legg et al., 2007).

I sintomi cronici derivanti dallo stroke possono includere: emiparesi, disturbi dell'equilibrio e della mobilità, deficit visivi, perdita della sensibilità, deficit cognitivi, disturbi del linguaggio, fatica e problemi nel processamento sensoriale (Wolf et al., 2015). Queste problematiche possono variare a seconda del danno neurologico e dal potenziale di recupero; circa la metà delle persone che sopravvivono allo stroke (Legg et al., 2007), possono presentare una diminuzione della partecipazione nelle attività di vita quotidiana (ADL) o nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) (Arbesman et al., 2015).

Da quanto affermato sopra si può evincere che la TO è un elemento essenziale nella riabilitazione delle persone dopo lo stroke e che assume un ruolo centrale all'interno del team interdisciplinare (Govender & Kalra, 2007). L'intervento di TO è volto a progettare e implementare delle strategie, delle tecniche e degli adattamenti che possano essere in grado di compensare il nuovo funzionamento dell'individuo, in modo tale che riesca a raggiungere il maggior livello di autonomia possibile (Govender & Kalra, 2007). Essa comporta l'uso di attività in cui la persona viene coinvolta o interventi progettati per raggiungere risultati funzionali che promuovano la salute, prevengano le disabilità, sviluppino, migliorino, mantengano o ripristinino il massimo livello possibile di indipendenza (Turoni et al., 2012).

I terapeuti occupazionali collaborano con le persone, le loro famiglie o i caregiver per determinare quali occupazioni sono necessarie, significative o rilevanti per loro stesse (Nilsen & Geller, 2015). Moderate evidenze supportano che gli interventi di TO aumentano la performance nelle ADL e la partecipazione nelle attività del tempo libero nei pazienti ospedalizzati (Nilsen et al., 2015). Da una revisione sistematica è emersa l'efficacia della TO nella diminuzione del ricovero nelle persone dopo lo stroke. Infatti, la TO focalizzata nelle ADL può aumentare la performance e ridurre il rischio di deterioramento in queste attività (Legg et al., 2007).

Dagli studi revisionati è emerso che:

- ❖ il ruolo principale del terapeuta occupazionale è quello di aumentare l'autonomia nelle attività quotidiane e la partecipazione sociale (Wolf et al., 2015);
- ❖ le attività personali della vita quotidiana (PADL) sono la componente maggiore dei trattamenti delle persone dopo lo stroke; il livello di indipendenza in queste attività è un'importante misura del successo della riabilitazione (Legg et al., 2007);
- ❖ i programmi di riabilitazione ospedaliera basati sulla TO hanno importanti implicazioni prognostiche per i pazienti affetti da stroke. Infatti, questi pazienti coinvolti in attività di TO durante il programma di riabilitazione post-acuta, possono avere un miglioramento significativo nelle prestazioni delle attività di vita quotidiana e nell'indipendenza in tali attività (Landi et al., 2006);
- ❖ gli interventi di TO nella cura di sé, nelle attività domestiche o nel tempo libero possono aumentare le abilità di performance nelle attività considerate (Kristensen et al., 2011);

- ❖ per permettere alla persona di ritornare alla sua quotidianità è indispensabile rendere trasferibile ciò che viene appreso durante il trattamento al contesto di vita (trasferimento). Questo sarà possibile solo attraverso la promozione di attività di vita quotidiana come strumento terapeutico del terapeuta occupazionale (Turoni et al., 2012);
- ❖ la riabilitazione neurologica è una prominente area della pratica e della ricerca nella TO (Rao, 2012).

1.4 Efficacia della Terapia Occupazione nelle patologie ortopediche

Per dimostrare l'efficacia della pratica della TO nel trattamento delle patologie ortopediche è stata condotta una ricerca in letteratura consultando questi principali Database: PUBMED e OTSEEKER. Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono state: “*Occupational Therapy AND orthopedic rehabilitation*” e “*Occupational Therapy AND total hip replacement*”. Tra tutti gli articoli trovati, sono stati analizzati in totale 16 articoli e di questi quelli che sono stati di interesse per l'elaborazione dello studio sono stati 7.

La ricerca è stata focalizzata su articoli scientifici inerenti la protesi d'anca, essendo la patologia più frequente tra quelle ortopediche presenti nel reparto.

Dopo la *protesi totale dell'anca* l'inabilità nell'eseguire le ADL in autonomia può avere un significativo impatto sulla qualità di vita dell'individuo e della sua famiglia. Il raggiungimento della massima indipendenza funzionale è uno degli obiettivi principali della riabilitazione nella protesi totale dell'anca; questi includono principalmente l'indipendenza nella mobilità, nei trasferimenti, nel lavarsi, nel vestirsi e nelle attività domestiche. Ecco che l'intervento post-operazione è un'importante parte della TO che riveste un ruolo principale all'interno del team interdisciplinare riabilitativo in una stretta integrazione con gli altri membri del team, fornendo consigli pratici che includono: l'esecuzione delle ADL e IADL, le indicazioni sulle posture da evitare, gli adattamenti ambientali e l'educazione dei caregiver per l'eventuale assistenza del paziente. Una valutazione globale pre e post-operazione di TO considera fattori che colpiscono i bisogni e gli obiettivi individuali della persona, includendo le comorbidità, la storia del trauma, le circostanze personali e le abilità funzionali (Bozorgi et al., 2015).

Le persone che sono state soggette ad una frattura dell'anca, possono presentare un'alta percentuale di disabilità e di dipendenza anche dopo l'intervento avvenuto con successo. Queste persone dopo l'intervento possono richiedere una riabilitazione post-acuta in quanto non sono funzionalmente abili nel rientro a domicilio. Il terapeuta occupazionale in questa fase assume un ruolo di primaria importanza; in particolare la maggior parte degli interventi sono dedicati alle attività di vestizione, igiene e nei trasferimenti (Munin et al., 2010).

In letteratura ci sono ancora pochi studi sull'efficacia degli interventi di TO nei pazienti ortopedici; questi studi però ne hanno dichiarato l'importanza (Nilsson & Rogmark, 2011; Drummond et al., 2012). Infatti, è dimostrato che gli interventi di TO dopo la protesi d'anca aumentano la performance nelle ADL e IADL; questo può diminuire il tempo di ricovero e aumentare la possibilità del paziente di ritornare a casa il più autonomo possibile (Hagsten et al., 2009; Hagsten et al., 2004);

Dagli studi revisionati emerge che:

- ❖ gli interventi di TO assieme ai trattamenti di fisioterapia possono influenzare la funzionalità fisica del paziente e questo porta ad una migliore percezione dello stato di salute. Il focus della TO nelle attività è necessario per l'autonomia delle persone nelle ADL e IADL e influenza le abilità del paziente nell'eseguire queste attività, portando anche ad una maggiore sicurezza di sé (Martín-Martín et al., 2015);
- ❖ un trattamento di TO dopo la protesi d'anca aumenta i risultati nelle ADL e IADL (Nilsson & Rogmark, 2011).

1.5 Valutazione del bisogno di Terapia Occupazionale

La valutazione dei bisogni è utile per definire una possibile necessità di un servizio o per stilare un programma riabilitativo (Müllersdorf, 2001).

La valutazione dei bisogni la si può definire multifunzionale in quanto permette di:

- pianificare gli interventi di riabilitazione;
- determinare l'efficacia di un programma riabilitativo;
- mantenere la continuità dei servizi per la persona;
- migliorare le risorse;

- determinare i bisogni del personale;
- garantire una responsabile allocazione delle risorse necessarie;
- favorire una politica di assistenza sanitaria centrata sulla formazione;
- garantire che i servizi vengano forniti in maniera da soddisfare gli standard etici professionali (Cranitch, 2003).

La valutazione dei bisogni quindi è il primo passo da effettuare per verificare l'efficacia di alcuni trattamenti in un specifico campione (Cranitch, 2003).

Dalla ricerca scientifica è stato trovato un numero molto limitato di pubblicazioni relative alla valutazione del bisogno di TO che potevano essere adottate per la valutazione del bisogno di TO nella S.S.D. di Riabilitazione Degenziale oggetto di questo studio. Il materiale consultato ha riguardato ambiti differenti rispetto a quello che si è andato ad indagare in questo studio. Infatti, in uno studio è stata fatta una valutazione del bisogno di TO, attraverso la somministrazione di un questionario, al fine di giustificare una proposta del servizio di TO negli ambulatori di reumatologia (Cranitch, 2003). Anche in un altro studio è stata fatta una valutazione del bisogno di TO, attraverso l'utilizzo di un questionario, somministrato alle persone con limitazioni nell'esecuzione dell'attività e/o restrizioni nella partecipazione causate da un dolore ricorrente (Müllersdorf, 2001). Ciò nonostante hanno fornito comunque degli spunti utili nella stesura di questo elaborato.

Per condurre una valutazione dei bisogni ci possono essere varie modalità, ma non sono presenti delle norme chiare da seguire; per ciascuna circostanza va trovato il metodo più appropriato. Uno dei metodi più efficaci di raccolta dei dati è l'utilizzo di questionari o interviste (Cranitch, 2003). I questionari sono fortemente raccomandati quando si devono valutare i bisogni e sono molto importanti nel fornire dati affidabili per la determinazione delle esigenze delle persone nell'ambito della riabilitazione (Müllersdorf, 2001).

CAPITOLO 2: IL CONTESTO DI RIFERIMENTO: LA STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE DI RIABILITAZIONE DEGENZIALE DELL'OSPEDALE DI ASIAGO

2.1 L'Azienda Sanitaria ULSS n.3

L'Azienda Sanitaria ULSS n. 3 è stata costituita a partire dal 01/01/1995, con la legge regionale n. 6 del 14/09/1994. La sede legale è fissata a Bassano del Grappa (VI).

In quanto ente strumentale della Regione Veneto, l'Azienda Sanitaria ha come missione il compito di erogare i livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale e di realizzare le finalità del Servizio Sanitario Regionale, impiegando le risorse assegnate in modo efficiente, oltre che efficace ed economico. L'Azienda Sanitaria è ispirata a valori quali la promozione e la tutela della salute e l'equità di accesso dei cittadini ai servizi socio sanitari che essa gestisce.

La visione dell'Azienda Sanitaria consiste nell'essere parte di un sistema orientato al continuo miglioramento della qualità dell'assistenza per far fronte ai sempre più complessi bisogni dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze. L'Azienda Sanitaria riconosce che l'assistenza prestata con continuità e attraverso l'integrazione organizzativa e multidisciplinare, è la sua competenza fondamentale (Atto aziendale, 2012).

L'Azienda Sanitaria sopra descritta è costituita da due presidi ospedalieri: l'Ospedale "San Bassiano" con sede a Bassano del Grappa e il Presidio ospedaliero di Asiago, con sede appunto ad Asiago dove si trova la Struttura Semplice Dipartimentale di Riabilitazione Degenziale (S.S.D. di Riabilitazione Degenziale), oggetto di analisi di questo studio.

La gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda Sanitaria segue il modello ordinario dell'organizzazione dipartimentale che persegue le finalità di tutela dell'utente e dell'efficienza organizzativa. Il Dipartimento è costituito da unità operative omogenee, affini o complementari che perseguono fini comuni. Il Dipartimento si caratterizza per una elevata autonomia gestionale, e la diretta assunzione di responsabilità organizzative, economiche e strategiche.

I modelli organizzativi dei Dipartimenti possono essere di diversi tipi:

- strutturali: le unità organizzative appartengono ad un unico Dipartimento;
 - funzionali per obiettivi: le unità operative concorrono ad obiettivi comuni e possono appartenere a più Dipartimenti;
 - transmurale: le unità organizzative sono collocate in strutture fisiche diverse.
- (Calamandrei & Orlandi, 2009).

La S.S.D. di Riabilitazione Degenziale fa parte del Dipartimento internistico strutturale dell'Azienda Sanitaria ULSS n.3.

2.2 La Struttura Semplice Dipartimentale di Riabilitazione Degenziale dell'Ospedale di Asiago

La Struttura Semplice Dipartimentale di Riabilitazione Degenziale (S.S.D. di Riabilitazione Degenziale), è situata al 4° piano dell'Ospedale di Asiago.

La *modalità di accesso* alla S.S.D. di Riabilitazione Degenziale può avvenire nelle seguenti modalità: ricovero proposto dal Medico Specialista Fisiatra Ospedaliero se durante una visita ambulatoriale lo Specialista ne rileva la necessità, ricovero per trasferimento da altre strutture e ricovero proposto dal Medico di base e/o da uno Specialista esterno.

Il reparto accoglie pazienti affetti da *patologie neurologiche ed ortopediche* che necessitano di un intervento riabilitativo intensivo (codice 56), prima di essere trasferiti in una struttura di riabilitazione estensiva o di rientrare a domicilio. E' composto da 21 posti letto disposti in camere da 2 o 4 letti.

La *mission* della S.S.D. di Riabilitazione Degenziale è quella di offrire competenze e servizi integrati finalizzati al recupero della persona nei suoi aspetti funzionali, fisici, cognitivi e psicologici. Per fare ciò utilizza un approccio globale, interdisciplinare e multi professionale alla malattia.

Il servizio offre attività in forma di degenza e ambulatoriale, logopedia (rieducazione delle funzioni corticali superiori, disfagia e comunicazione alternativa) e fisioterapia (riabilitazione neuromotoria e funzionale, riabilitazione neurologica, riabilitazione ortopedica e terapie fisiche).

Come viene descritto dalla carta dei servizi del reparto il *progetto riabilitativo* si basa sul recupero della massima autonomia possibile e l'integrazione del paziente nel contesto familiare e nella vita sociale tenendo conto quindi, della totalità della persona promuovendone la partecipazione attiva al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati nel minor tempo possibile. Inoltre, sono coinvolti in tutto il programma riabilitativo i "caregivers" (parenti, amici, volontari che si occupano della gestione del paziente disabile), attraverso una trasparente descrizione della malattia e delle necessarie scelte terapeutiche. Le caratteristiche del reparto per tanto sono: assenza di orari rigidi di accesso; possibilità dei caregivers di restare a fianco del loro caro, vengono quotidianamente informati sui problemi e sui progressi del paziente, vengono istruiti a collaborare in alcune manovre assistenziali quali l'alimentazione o la deambulazione, concorrono a definire il tipo e la modalità di dimissione, ricevono informazioni utili per il rientro (la gestione) a domicilio.

La valutazione globale dei bisogni del paziente (socio-economici, affettivi, assistenziali e sanitari), avviene mediante l'utilizzo di tecniche standardizzate (Valutazione Multidimensionale) e la forte integrazione di professionalità che collaborano con pari dignità alla definizione di un progetto assistenziale personalizzato. Il *team multidisciplinare* è composto dalle seguenti figure professionali: fisiatra, fisioterapista, infermiere, logopedista, operatore socio sanitario, assistente sociale, tecnico ortopedico, neuropsicologo. Nello specifico nel reparto operano oltre ai coordinatori Infermieristico e Tecnico, n. 10 infermieri, n. 10 O.S.S., n. 8 fisioterapisti, una logopedista e un amministrativo.

Da Marzo 2013 a Gennaio 2014 è stata presente una terapeuta occupazionale che ha avuto accesso per il lavoro nel reparto dapprima come tirocinio volontario e poi come borsista.

Attualmente è presente una fisioterapista che durante il suo lavoro svolge le alzate, le attività di igiene personale, la vestizione e segue alcuni pazienti con patologie neurologiche durante l'alimentazione. I pazienti che sono inseriti in quello che nel reparto viene definito "programma di Terapia Occupazionale", vengono segnalati dagli Operatori Socio Sanitari.

Nel reparto c'è una stanza denominata di Terapia Occupazionale che viene utilizzata per alcune attività pomeridiane (es. tombola, attività a tema), scelte dalla terapeuta, a cui i pazienti decidono se voler partecipare o meno. In questa stanza è presente una cucina, attualmente non in uso.

Tutti i pazienti al momento della *dimissione* ricevono una relazione sanitaria contenente i dati essenziali del ricovero, i risultati degli accertamenti più significativi e tutte le indicazioni per la prosecuzione delle cure da portare al proprio medico curante.

Per tutti i pazienti che dopo la dimissione necessitano di una prosecuzione di cure presso la stessa o altre strutture ASL o a domicilio, viene predisposta una documentazione adeguata per favorire il collocamento e la continuità delle cure.

Tutta la documentazione relativa al ricovero viene raccolta nella cartella clinica: la persona interessata, dopo la dimissione, può farne richiesta.

CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI

3.1 Descrizione del campione

Per la realizzazione dello studio sono stati presi in considerazione tutti i pazienti ricoverati presso la S.S.D. di Riabilitazione Degenziale dell'ospedale di Asiago nell'anno 2015. I pazienti sono affetti da *patologie neurologiche* ed *ortopediche* che necessitano di un intervento riabilitativo intensivo (codice 56), prima di essere trasferiti in una struttura di riabilitazione estensiva o di rientrare a domicilio.

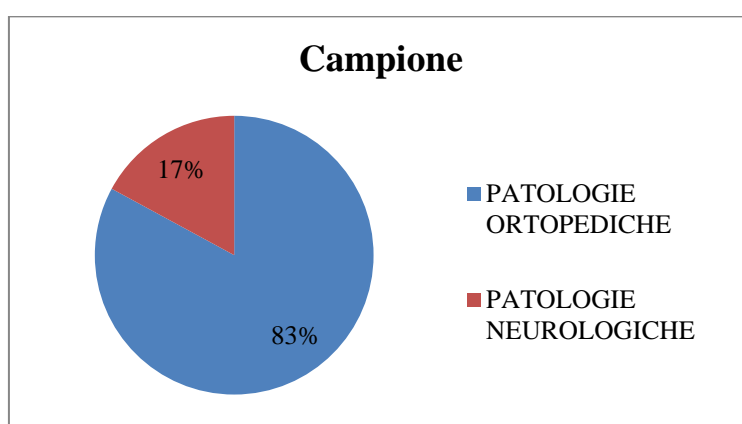


Grafico 1

3.2 Strumento di indagine

Questo studio è stato condotto attraverso la somministrazione di un *questionario ad hoc non standardizzato* (Allegato 1), sottoposto in forma di intervista telefonica. E' stato creato nello specifico per questo studio in quanto dalla ricerca fatta in letteratura non si sono trovati dei lavori simili che potevano essere utilizzati per gli obiettivi e le finalità dello stesso. L'unico strumento che si era preso in considerazione è stato lo strumento di valutazione *Assessment of Life Habits (LIFE-H)* che valuta la qualità della partecipazione sociale delle persone attraverso le loro attività di vita quotidiana. Però a causa dei lunghi tempi di somministrazione (dai 30 ai 60 minuti), non è stato possibile utilizzare (Noreau, 2004).

Il questionario ad hoc è composto da 25 item a risposta chiusa, quindi la persona era tenuta a rispondere "sì" oppure "no". E' stato realizzato pensando ai domini principali

della TO: la *pratica client-centred* e le aree dell'occupazione *cura di sé, produttività e tempo libero*.

Per l'ambito della *cura di sé* si sono indagate le aree dell'igiene personale, della vestizione, degli spostamenti e dei trasferimenti. I principi alla base delle domande poste alle persone sono stati:

- l'autonomia della persona nel contesto ospedaliero e in seguito domiciliare;
- la possibilità della persona di apprendere delle strategie per raggiungere un maggior grado di autonomia;
- l'aiuto da parte di qualcuno all'interno del reparto che l'ha aiutata a raggiungere questo obiettivo;
- la preoccupazione della persona legata al fatto di avere qualcuno del reparto che si occupasse di aiutarla nel raggiungimento di una maggiore autonomia.

Per i domini della *produttività* e del *tempo libero* le domande formulate hanno riguardato le seguenti tematiche:

- la difficoltà della persona una volta rientrata a casa, a svolgere tutto quello che era abituata a fare prima dell'evento;
- la volontà di riprende a fare le sue attività quotidiane;
- l'aiuto di qualcuno all'interno del reparto che l'ha aiutata nel raggiungimento di questo obiettivo.

Nel questionario inoltre, si sono indagati altri due aspetti:

- la presenza di qualcuno all'interno del reparto che abbia posto l'attenzione nel chiedere ai pazienti quali attività fossero per loro importanti ritornare a svolgere (*pratica client-centred*);
- quali informazioni sono state date ai pazienti al momento della dimissione e se queste includevano delle indicazioni su cosa avrebbe potuto fare la persona una volta rientrata a casa per essere facilitata nello svolgimento delle attività di vita quotidiana (ad esempio nell'igiene personale, nella vestizione, nell'alimentazione).

3.3 Procedura e raccolta dati

Il 29 Dicembre 2015 si è tenuto un incontro con il Primario e la Caposala della S.S.D. di Riabilitazione Degenziale dell'Ospedale di Asiago, nel quale è stato possibile confrontarsi sul ruolo e sulla possibilità di intraprendere lo studio, presentando l'obiettivo e le finalità dello stesso.

L'obiettivo dello studio è quello di condurre una valutazione del bisogno di TO nel reparto preso in esame, attraverso la somministrazione di un questionario ad hoc non standardizzato, alle persone afferenti nel reparto nell'anno 2015, per dimostrare la necessità della presenza della figura del terapeuta occupazionale al fine di arrivare ad una proposta applicativa del servizio di TO.

Considerata l'esperienza positiva precedente della presenza di un terapeuta occupazionale, il Primario, la Caposala e tutta l'equipe lavorativa risentono la necessità di arricchire il team riabilitativo con questa figura professionale. Risulta però necessario a tale proposito, l'elaborazione di uno studio che possa dimostrare attraverso dei risultati oggettivi l'effettiva necessità della presenza del terapeuta occupazionale nella S.S.D. di Riabilitazione Degenziale.

Prima di iniziare il lavoro è stata inviata, il 4 Febbraio 2016, una lettera alla Direzione Medica dell'Ospedale di Asiago per ottenere il consenso all'accesso dei dati sensibili dei pazienti. E' stato accertato che l'approvazione da parte del Comitato Etico non era richiesta per condurre questo studio, in quanto valuta la necessità di interventi standard di TO e non va a contrastare i trattamenti di regime che attualmente vengono effettuati nel reparto in analisi.

Dopo aver ricevuto il consenso dalla Direzione Medica si è potuto procedere con la raccolta dei dati.

La raccolta dei dati è stata effettuata presso la S.S.D. di Riabilitazione Degenziale dal 18 Febbraio all'8 Marzo 2016. Sono state prese in considerazione tutte le 234 cartelle cliniche dei pazienti ricoverati nel reparto nell'anno 2015. I dati raccolti sono stati suddivisi in:

- ✚ dati anagrafici: nome, cognome, data di nascita, numero di telefono;
- ✚ provenienza: trasferimento da un altro reparto o proveniente da domicilio;
- ✚ data di ingresso;
- ✚ data di dimissione;
- ✚ giorni di degenza;

- ✚ diagnosi;
- ✚ data dell'evento;
- ✚ tipo di trattamento ricevuto;
- ✚ quadro clinico alla dimissione;
- ✚ per ogni paziente è stato indicato anche se era stato inserito nel programma di Terapia Occupazionale.

I dati raccolti sono stati utilizzati per procedere con la somministrazione del questionario e fare le relative telefonate. Per ogni passo successivo del lavoro non è stata inserita alcuna informazione identificativa dei pazienti; i dati trattati sono stati inseriti in maniera del tutto anonima.

Prima di iniziare con le interviste telefoniche per la somministrazione del questionario, è stata preparata una presentazione (Allegato 2), in modo tale che fosse chiaro ai pazienti da chi ricevevano la telefonata e il motivo.

Le interviste telefoniche sono state iniziate il 24 Giugno e terminate il 21 Luglio 2016.

CAPITOLO 4: RISULTATI

Per l'analisi dei dati raccolti dalla somministrazione telefonica del questionario ad hoc non standardizzato, è stata svolta un'analisi quantitativa che ha incluso l'utilizzo di percentuali (Portney & Watkins, 2009).

Da quanto emerso dalla raccolta dati si evidenziano queste principali caratteristiche:

	Totale	Femmine	Maschi	Età media	Giorni degenza medi	Pazienti inseriti nel programma di TO
Patologie ortopediche	194	102	92	72	21	0
Patologie neurologiche	40	17	23	66	38	33

Tabella 1

Le interviste telefoniche hanno avuto una durata media di 7-10 minuti. Le domande del questionario sono state formulate in modo tale che le persone rispondessero “sì” o “no” alla domanda. In alcuni casi però le persone, soprattutto quelle con patologie ortopediche, dilungavano nelle risposte relative alle attività della vita quotidiana, affermando di quanto fosse importante per loro la continuità della “ginnastica” iniziata durante il loro periodo di degenza in ospedale.

Rispetto al totale delle persone (234), le telefonate con la relativa somministrazione del questionario sono state in tutto 181 (77%), di queste 158 (87%) risposte di persone con patologie ortopediche e 23 (13%) risposte di persone con patologie neurologiche.

Le motivazioni per cui alle altre persone (53) non è stato possibile somministrare il questionario sono:

- 4 decedute;
- 2 non raggiungibili al momento della telefonata;
- 7 auto dimesse;
- 2 non disponibili;
- 2 degenti in un'altra struttura;
- 2 residenziali in casa di riposo;
- 34 non rintracciabili.

A 10 persone non è stato possibile somministrare direttamente il questionario per motivi che non sono stati specificati; il questionario è stato quindi somministrato ai caregiver (mogli o figli) che si sono resi disponibili al momento della telefonata; prima di procedere è stato accertato che sia stata una persona che abbia assistito quotidianamente il paziente durante tutto il periodo di degenza.

Nella seguente tabella si espongono i risultati degli item proposti nel questionario con i relativi risultati ottenuti, distinguendo per ogni domanda le risposte ottenute dalle persone con patologie ortopediche (158), piuttosto che dalle persone con patologie neurologiche (23).

	PERSONE CON PATOLOGIE ORTOPEDICHE		PERSONE CON PATOLOGIE NEUROLOGICHE	
	SI (%)	NO (%)	SI (%)	NO (%)
CLIENT-CENTRED PRACTICE				
<i>Durante il suo ricovero in ospedale, le è stato chiesto quale attività fosse importante per lei ritornare a svolgere?</i>		100		100
CURA DI SE'				
<i>Quando era in ospedale, veniva aiutato per lavarsi e vestirsi?</i>	80	20	91	9
<i>(SE SI) Avrebbe voluto essere stato aiutato a trovare delle strategie per raggiungere una maggiore autonomia?</i>	95	5	90	10
<i>(SE SI) C'è stato qualcuno del reparto che l'ha aiutato in questo?</i>		100	74	26
<i>(SE NO) Avrebbe voluto che qualcuno del reparto se ne occupasse?</i>	100		100	
<i>A casa ha avuto bisogno di aiuto da parte di un'altra persona in questo tipo di attività?</i>	46	54	87	13

<i>Quando era in ospedale, veniva aiutato negli spostamenti e nei trasferimenti?</i>	56	44	91	9
<i>(SE SI) Avrebbe voluto essere stato aiutato a trovare delle strategie per raggiungere una maggiore autonomia?</i>	94	6	90	10
<i>(SE SI) C'è stato qualcuno del reparto che l'ha aiutato in questo?</i>		100	79	21
<i>(SE NO) Avrebbe voluto che qualcuno del reparto se ne occupasse?</i>	100		100	
<i>A casa ha avuto bisogno di aiuto da parte di un'altra persona in queste attività?</i>	22	78	70	30
PRODUTTIVITA'				
<i>Quando è rientrato a casa, si è trovato in difficoltà a svolgere tutte quelle faccende domestiche che era abituato a fare?</i>	63	37	83	17
<i>(SE SI) Le sarebbe piaciuto riprendere a farle?</i>	85	15	89	11
<i>(SE SI) C'è stato qualcuno del reparto che lo ha aiutato a trovare delle strategie per raggiungere una maggiore autonomia nelle faccende domestiche che lei riteneva importanti?</i>		100		100
<i>(SE NO) Avrebbe voluto che qualcuno se ne occupasse?</i>	100		100	
<i>Prima del ricovero lavorava?</i>	4	96	35	65
<i>(SE SI) E' rientrato al lavoro una volta tornato a casa?</i>	100		37	63
<i>(SE NO) Le sarebbe piaciuto riprendere?</i>			40	60
<i>(SE SI) C'è stato qualcuno del reparto che lo ha aiutato a trovare delle strategie per raggiungere una maggiore autonomia nelle attività lavorative?</i>				100
<i>(SE NO) Avrebbe voluto che qualcuno del</i>			100	

<i>reparto se ne occupasse?</i>				
TEMPO LIBERO				
<i>Quando è rientrato a casa, ha dovuto rinunciare a fare qualcosa che faceva nel suo tempo libero?</i>	58	42	100	
<i>(SE SI) Le sarebbe piaciuto riprendere a farlo?</i>	97	3	96	4
<i>(SE SI) C'è stato qualcuno del reparto che lo ha aiutato a trovare delle strategie per raggiungere una maggiore autonomia nelle attività del tempo libero che lei riteneva importanti?</i>		100		100
<i>(SE NO) Avrebbe voluto che qualcuno se ne occupasse?</i>	100		100	
INDICAZIONI PER IL RIENTRO A DOMICILIO				
<i>C'è stato qualcuno del reparto che le ha parlato di cosa avrebbe potuto fare a casa in modo da facilitarla in quello che faceva durante lo svolgimento delle sue attività di vita quotidiana?</i>	71	29	74	26

Tabella 2

Dai grafici si evidenziano i seguenti risultati.

- Autonomia dei pazienti nell'area della cura di sé in ospedale

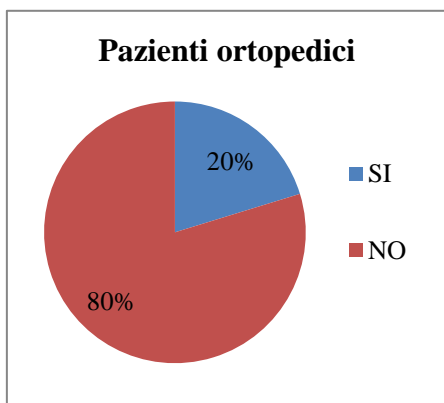


Grafico 2

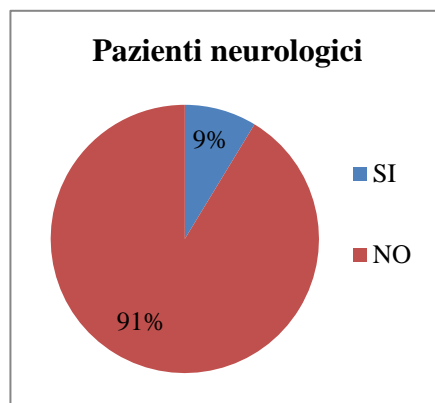


Grafico 3

Come dimostrano i grafici, la maggior parte dei pazienti **ortopedici** (80%) e **neurologici** (91%), quando erano ricoverati in ospedale, non erano autonomi nelle attività della cura di sé.

- Autonomia delle persone nell'area della cura di sé a casa

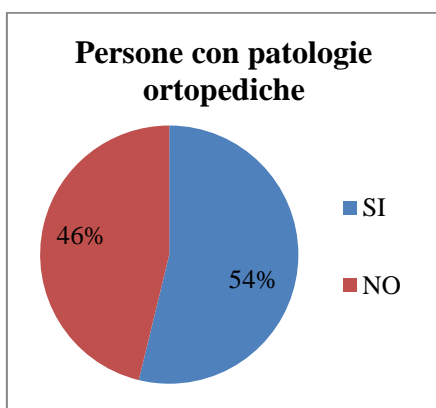


Grafico 4

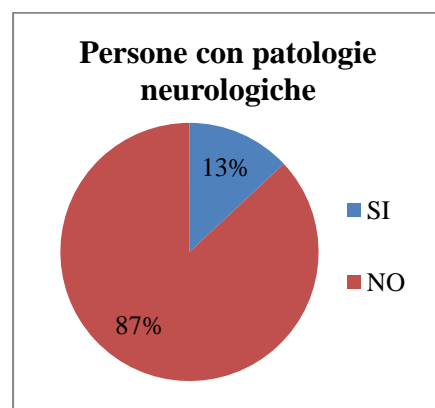


Grafico 5

Dal grafico 4 si può notare che il 46% delle persone con patologie **ortopediche**, una volta rientrati a casa, non erano autonomi nelle attività della cura di sé.

Il grafico 5 dimostra invece che la maggior parte delle persone con patologie **neurologiche** (87%), hanno avuto la necessità di aiuto da parte di un'altra persona in queste attività una volta rientrate a domicilio.

E' stata fatta un'ulteriore analisi riguardo le persone che sono state inserite nel programma di Terapia Occupazionale ed è emerso che:

Totale risposte persone con patologie neurologiche	23
Persone inserite nel programma di TO	15
Persone non autonome nelle ADL a casa	12

Tabella 3

Dall'analisi dei dati emerge quindi che l'80% (12 persone su 15), delle persone che sono state inserite nel programma di TO, non sono state autonome a svolgere le ADL una volta rientrate a domicilio.

➤ Autonomia delle persone nell'area della produttività una volta rientrati a casa

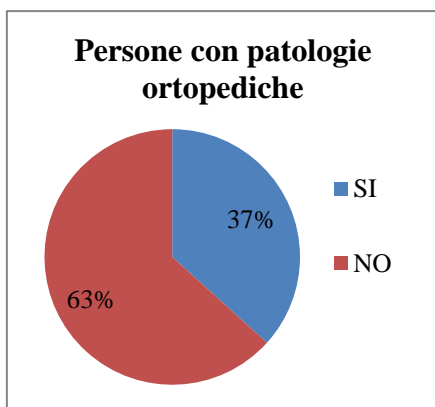


Grafico 6

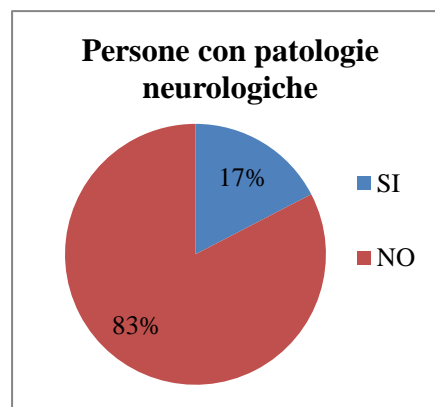


Grafico 7

Dai grafici si evince che più della metà delle persone con patologie **ortopediche** (63%) e la maggior parte delle persone con patologie **neurologiche** (83%), hanno incontrato delle difficoltà nell'ambito della produttività, una volta rientrati a casa.

➤ Autonomia delle persone nell'area del tempo libero una volta rientrati a casa

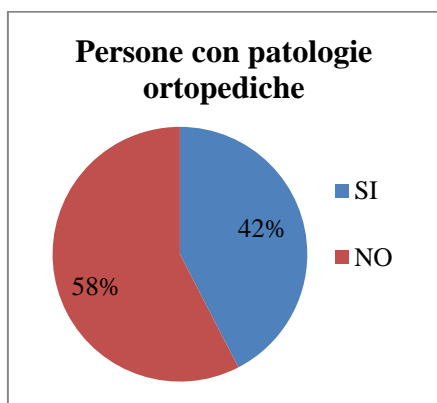


Grafico 8

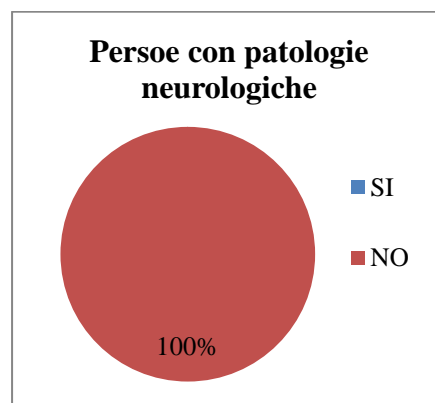


Grafico 9

Come dimostra il grafico 8 poco più della metà delle persone con patologie **ortopediche** (58%) e tutte le persone con patologie **neurologiche** (100%), hanno incontrato delle difficoltà o hanno dovuto rinunciare a praticare le attività del tempo libero.

CAPITOLO 5: DISCUSSIONE

5.1 Interpretazione e discussione dei risultati

Lo scopo di questo lavoro era di valutare il bisogno di TO nella S.S.D. di Riabilitazione Degenziale dell'Ospedale di Asiago, attraverso la somministrazione di un questionario ad hoc non standardizzato, al fine di arrivare ad una proposta applicativa del servizio di TO nel reparto in analisi.

I risultati ottenuti con lo studio hanno fatto emergere la necessità della presenza di un servizio di TO basato sulla pratica client-centred e che possa promuovere il più alto livello di autonomia e partecipazione possibile in tutte le aree dell'occupazione che rappresentano il focus della pratica e degli interventi di TO.

I risultati ottenuti dalla prima domanda del questionario hanno dimostrato che nel reparto non è stato usato un *approccio client-centred*, in quanto nessuna delle persone intervistate, incluse quelle inserite nel programma di TO, hanno dichiarato che non è mai stato chiesto loro quali fossero le attività di vita quotidiana importanti che avrebbero voluto ritornare a svolgere. Il fatto che nel reparto non venga applicato l'approccio client-centred rappresenta un dato molto significativo per questo studio, in quanto mette in evidenza che il percorso riabilitativo effettuato attualmente non si basa sulle priorità e sulle aspettative della persona che permetterebbero invece un maggior recupero e una maggiore autonomia della persona stessa non soltanto nell'ambiente ospedaliero ma anche in vista del rientro a domicilio. Infatti, si ritiene che tale approccio abbia un impatto significativo nel processo terapeutico di intervento, negli out come funzionali, nel ruolo e nella soddisfazione del cliente, oltre ad essere una parte centrale della qualità degli interventi di TO (Van de Velde et al., 2016; Kristensen et al., 2011; Sumsion & Law, 2006).

Dall'elaborazione dei risultati relativi alle domande che hanno riguardato le *aree dell'occupazione* (cura di sé, produttività e tempo libero) è emerso che per quanto riguarda le persone con patologie ortopediche, nessuna delle tre aree sono state prese in considerazione durante il loro periodo di degenza. Una parte delle persone con patologie neurologiche (65%) invece, è stata inserita nel programma di TO basato solo sulle attività della cura di sé. Questo aspetto risulta essere molto significativo rispetto allo

scopo dello studio in quanto le persone vengono reinserite nel loro contesto di vita familiare e di partecipazione sociale, non avendo raggiunto l'autonomia nel senso più ampio del termine.

Dall'analisi delle risposte ottenute dalle *persone con patologie ortopediche*, è emerso che le maggiori problematiche riguardano le *attività domestiche* e del *tempo libero*. Infatti, più della metà delle persone hanno dovuto rinunciare o si sono trovate in difficoltà a svolgere questo tipo di occupazioni una volta rientrate a domicilio. Questi dati sono comprensibili, dato che tutte le persone intervistate hanno dichiarato di non aver avuto nessuno all'interno del reparto che si sia occupato di aiutarle in questo tipo di attività. Questi sono stati dei risultati molto importanti per la conduzione dello studio in quanto hanno fatto emergere che gli interventi riabilitativi effettuati attualmente nel reparto non considerano la persona e le sue occupazioni in una maniera olistica.

Anche per quanto riguarda la sfera della *cura di sé*, sebbene in misura più piccola, si sono riscontrate delle difficoltà da parte delle persone, in quanto solamente il 54% delle persone hanno dichiarato di essere state autonome in queste attività una volta rientrate a domicilio.

Il raggiungimento della massima indipendenza funzionale è uno degli obiettivi principali della riabilitazione e anche del reparto in analisi e questi includono principalmente: l'indipendenza nella mobilità, nei trasferimenti, nel lavarsi, nel vestirsi e nelle attività domestiche. Ecco che la TO diventa un'importante parte all'interno del team interdisciplinare riabilitativo in una stretta integrazione con gli altri membri del team (Bozorgi et al., 2015). Gli interventi di TO aumentano la performance nelle ADL e IADL; questo può diminuire il tempo di ricovero e aumentare la possibilità del paziente di ritornare a casa il più autonomo possibile (Hagsten et al., 2009; Hagsten et al., 2004). Durante l'intervista telefonica per la somministrazione del questionario è emerso che molte persone con patologie ortopediche hanno enfatizzato l'importanza della continuità con la ginnastica iniziata durante il ricovero per il recupero della funzione compromessa, ponendo solo in un secondo momento l'attenzione in quelle che erano le problematiche legate allo svolgimento delle attività di vita quotidiana, riportate comunque come fondamentali e significative. Infatti, senza tralasciare la professionalità presente all'interno del reparto, i pazienti vengono dimessi con l'ottimizzazione delle capacità residue, ma non viene presa in considerazione l'autonomia nel senso più ampio del termine. Ad esempio, prendendo in considerazione la deambulazione, non è detto

che ad un'efficace abilità nella marcia in un ambiente protetto (es. palestra), corrisponda poi nel post-dimissione una reale capacità di affrontare tutte le attività di vita quotidiana. Questo può avere un notevole impatto sia sulla qualità di vita della persona, sia su chi lo assiste. Probabilmente alle persone non è mai stato spiegato quale potesse essere il ruolo del terapeuta occupazionale e l'importanza di utilizzare le attività di vita quotidiana per il raggiungimento del più alto livello di autonomia possibile, cosa che invece i terapeuti occupazionali fanno nella prima fase del processo valutativo che coincide nell'intervista iniziale. Il focus della TO nelle attività è necessario per l'esecuzione delle ADL e IADL e influenza le abilità della persona in queste attività, portando anche ad una maggiore autonomia e sicurezza di sé (Martín-Martín et al., 2015).

Per quanto riguarda l'analisi delle risposte ottenute dalle *persone con patologie neurologiche* è risultato che le difficoltà riscontrate riguardano tutte le aree dell'occupazione.

L'87% delle persone una volta rientrate a domicilio, non sono state autonome nelle attività della *cura di sé*. Una parte di queste (65%) era stata inserita nel programma di TO, dove la fisioterapista le aiutava nelle attività della cura di sé. Di queste, comunque l'80% ha dichiarato di non essere state autonome in questo tipo di attività una volta dimesse. Questi sono dati molto importanti per la conduzione dello studio, in quanto anche da quanto emerso dalla letteratura le attività personali della vita quotidiana (PADL) sono la componente maggiore dei trattamenti di TO dopo lo stroke e questi risultano essere efficaci nell'aumentare la performance e ridurre il rischio di deterioramento in queste attività (Legg et al., 2007).

Dati altrettanto significativi si possono notare dall'analisi delle risposte alle domande riguardanti le sfere della *produttività* e del *tempo libero*, dove rispettivamente l'83% e il 100% delle persone hanno dichiarato di aver avuto delle difficoltà o hanno dovuto rinunciare allo svolgimento di queste attività. Questi risultati sono comprensibili dato che tutte le persone hanno dichiarato di non aver avuto qualcuno che si sia occupato di aiutarli in questo tipo di occupazioni.

Quindi emerge che, anche per le persone che erano state inserite nel programma di TO, non sono state prese in considerazione in maniera olistica e non sono state considerate tutte le aree dell'occupazione e l'importanza che queste potevano avere per la persona.

Come accennato nel Capitolo 1, ci sono moderate evidenze che supportano che gli interventi di TO aumentano la performance nelle ADL e la partecipazione nelle attività del tempo libero nei pazienti ospedalizzati (Nilsen et al., 2015), e gli interventi nella cura di sé, nelle attività domestiche o nel tempo libero possono aumentare le abilità di performance in queste attività (Kristensen et al., 2011).

Lo scopo quindi della TO è proprio quello di aiutare gli individui a raggiungere il maggior livello possibile di autonomia, partecipazione e qualità di vita attraverso il coinvolgimento in occupazioni che sono significative per la persona (Nilsen et al., 2015).

L'ultima domanda del questionario è stata posta alle persone per capire se al momento della dimissione hanno ricevuto delle indicazioni su cosa avrebbero potuto fare a casa in modo tale da essere facilitate nello svolgimento delle loro attività di vita quotidiana. La maggior parte (70%) ha risposto affermando che le indicazioni ricevute hanno riguardato principalmente dei consigli per la continuità con la ginnastica o dei consigli a carattere generale ma, non nello specifico riguardo le attività di vita quotidiana. Il 30 % delle persone ha dichiarato di non aver ricevuto delle indicazioni da parte del personale riabilitativo.

Per permettere alla persona di ritornare alla sua quotidianità con il più alto livello di autonomia possibile, è indispensabile rendere trasferibile ciò che viene appreso durante il trattamento al contesto di vita (trasferimento). Questo sarà possibile solo attraverso la promozione di attività di vita quotidiana come strumento terapeutico del terapeuta occupazionale (Turoni et al., 2012). Inoltre, questo può diminuire il tempo di ricovero e aumentare la possibilità del paziente di ritornare a casa il più autonomo possibile (Hagsten et al., 2009; Hagsten et al., 2004).

Riassumendo, dai risultati dello studio è emerso che:

- ✚ attualmente i trattamenti riabilitativi effettuati nel reparto non si basano sull'approccio client-centred;
- ✚ non vengono considerate tutte e tre le aree dell'occupazione (cura di sé, produttività e tempo libero) per le persone con patologie ortopediche, mentre per le persone con patologie neurologiche vengono prese in considerazione

solamente le attività della cura di sé per i pazienti che vengono inseriti nel programma di TO;

- ✚ infine, non vengono date ai pazienti al momento della dimissione, delle indicazioni e/o consigli che li potrebbe facilitare nello svolgimento delle attività di vita quotidiana (ADL e IADL).

5.2 Proposta di servizio

Dall'analisi dei risultati dello studio e da quanto emerso dalla letteratura, si è arrivati alle seguente proposta di servizio di Terapia Occupazionale (TO):

OBIETTIVO

Promuovere il più alto livello di autonomia, partecipazione e qualità di vita possibile dei pazienti ospedalizzati, attraverso il coinvolgimento in occupazioni che sono importanti e significative per la persona, considerando le aree dell'occupazione (cura di sé, produttività e tempo libero) e utilizzando un approccio client-centred.

AMBITO

Riabilitazione post-acuta dei pazienti ortopedici e neurologici.

CONTESTO

Struttura Semplice Dipartimentale di Riabilitazione Degenziale dell'ospedale di Asiago.

METODO

I trattamenti di TO dovranno essere basati su specifiche evidenze scientifiche (EBP), essere strutturati secondo il processo terapeutico della pratica della TO e fare riferimento ai modelli della pratica clinica utilizzando gli specifici strumenti di valutazione.

Seguendo il processo terapeutico della pratica della TO, ci sono diversi strumenti di valutazione, standardizzati e non, che il terapeuta occupazionale ha a disposizione; di seguito vengono citati alcuni esempi seguendo il processo della pratica clinica.

- ❖ Presa in carico;
- ❖ valutazione iniziale:
 - colloquio: uno strumento a disposizione del terapeuta occupazionale per questa prima parte del processo può essere il *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*, che viene somministrato in forma di intervista semistrutturata. Può essere applicato sia all'inizio, sia alla fine del trattamento, è basato sulla pratica client-centred e considera le tre aree dell'occupazione (cura di sé, produttività e tempo libero), all'interno delle quali la persona identifica quali sono le attività che sono maggiormente difficili per lei, assegnando un punteggio del livello di importanza, performance attuale e di soddisfazione. Rappresenta uno strumento utile per la definizione degli obiettivi di trattamento e di misurazione degli outcome finali (Dedding et al., 2004);
 - osservazione della performance occupazionale: gli strumenti di valutazione a disposizione del terapeuta occupazionale in questo caso possono essere: l'*ADL-focused Occupation-based Neurobehavioral Evaluation (A-ONE)*, che è uno strumento di valutazione standardizzato che valuta la performance nelle ADL, ma può essere applicato solamente a persone con patologie neurologiche; inoltre, il terapeuta occupazionale che vuole utilizzarlo deve prima fare un corso di calibrazione a pagamento (Árnadóttir & Fisher, 2008). Un altro strumento di valutazione della performance occupazionale potrebbe essere l'*Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)*, utilizzato per la valutazione delle ADL, può essere applicato a tutti i tipi di pazienti ma anche in questo caso, il terapeuta occupazionale deve fare un corso di abilitazione a pagamento (Park & Fisher, 1994). Uno strumento di valutazione che può essere applicato con tutti i tipi di pazienti e che ogni terapeuta occupazionale può utilizzare è il *Performance Quality Rating Scale (PQRS)* che si basa sull'osservazione del comportamento per valutare la qualità della performance occupazionale (Martini et al., 2014);
- ❖ definizione degli obiettivi: può basarsi su diversi metodi, tra questi quello più frequente è il metodo *SMART* che definisce che le caratteristiche per la definizione di un buon obiettivo devono essere: Specifiche, Misurabili, Raggiungibili, Rilevanti e Misurabili nel Tempo. Un altro strumento può essere il *Goal Attainment Scale (GAS)* che dà delle indicazioni quantitative del

raggiungimento degli obiettivi indipendentemente dalla loro natura, a patto che siano espressi e che comprendano un indicatore di riuscita (Rossini et al., 2014);

- ❖ implementazione del piano di intervento (trattamento): basato su interventi occupation-based, basati quindi sull'utilizzo delle occupazioni per aumentare il più possibile il livello di autonomia nelle performance che le persone ritengono importanti (Wolf et al., 2015);
- ❖ rivalutazione: attraverso gli stessi strumenti utilizzati durante la valutazione iniziale (es. COPM, PQRS) in modo tale da poter mettere a confronto i risultati ottenuti e vedere se c'è stato un miglioramento a livello della performance occupazionale da parte della persona.

L'efficacia del servizio di Terapia Occupazionale sarà strettamente legata a questi aspetti e richiederà una forte integrazione con gli altri professionisti in un'interdisciplinarietà che preveda la persona al centro del progetto riabilitativo.

5.3 Limiti dello studio

Ci sono alcuni limiti associati allo studio. Tra questi un aspetto che ha influito molto sull'elaborazione di questo lavoro è stato quello di non aver trovato in letteratura degli studi o dei questionari che potevano essere utilizzati per la valutazione del bisogno di TO nel reparto in esame, per questo c'è stata la necessità di creare un questionario ad hoc. Inoltre, un altro limite dello studio lo si può ricondurre all'aspetto temporale nel quale si è effettuata la raccolta dei dati riferibile all'anno 2015; in quanto, a sostenere maggiormente i risultati ottenuti sarebbe stato interessante considerare un fascia temporale più ampia. Infine, un altro limite dello studio riguarda il fatto che le telefonate per la somministrazione del questionario non sono state registrate in quanto le domande erano a risposta chiusa, quindi la persona era tenuta a rispondere "sì" oppure "no". Però, molte delle persone intervistate andavano oltre a quella che era la domanda posta, ecco che sarebbero state utili le registrazioni per poi trascrivere con precisione ed avere delle prove effettive su quello che è stato riferito dalle persone.

CONCLUSIONI

Lo scopo dello studio era quello di fare una valutazione del bisogno di TO nella S.S.D. di Riabilitazione Degenziale dell'Ospedale di Asiago, attraverso la somministrazione di un questionario ad hoc non standardizzato, al fine di arrivare ad una proposta applicativa del servizio di TO nel reparto in analisi.

I risultati ottenuti con lo studio hanno fatto emergere la necessità della presenza di un servizio di TO basato sulla pratica client-centred e che possa promuovere il più alto livello di autonomia e partecipazione possibile in tutte le aree dell'occupazione che rappresentano il focus della pratica e degli interventi di TO.

Dai risultati dello studio è emerso che i trattamenti effettuati attualmente nel reparto non si basano sull'approccio client-centred che considera le priorità e le aspettative della persona che potrebbero portare invece, ad un maggior recupero e ad una maggiore autonomia della persona non soltanto nell'ambiente ospedaliero ma anche in vista di un rientro a domicilio. Infatti, si ritiene che l'approccio abbia un impatto significativo nel processo terapeutico di intervento, negli outcome funzionali, nel ruolo e nella soddisfazione della persona. L'approccio è considerato una parte centrale della pratica degli interventi di TO.

Inoltre, i risultati dimostrano che per le persone con patologie ortopediche non vengono prese in considerazione nessuna delle tre aree dell'occupazione (cura di sé, produttività e tempo libero); mentre, per le persone con patologie neurologiche viene considerata solamente l'area della cura di sé per le persone che vengono inserite nel programma di TO. Questo aspetto è risultato essere molto significativo rispetto allo scopo dello studio, in quanto fa emergere, che le persone vengono reinserite nel loro contesto di vita familiare e di partecipazione sociale, non avendo raggiunto l'autonomia nel senso più ampio del termine. La TO utilizza le attività della vita quotidiana, tenendo presente di tutte le aree dell'occupazioni che la persona riferisce maggiormente significative e/o problematiche, come agente terapeutico per cercare di aiutare la persona a raggiungere il maggiore livello possibile di autonomia e di partecipazione sociale.

Infine, è emerso che al momento della dimissione, non vengono date ai pazienti delle indicazioni e/o consigli che li potrebbero facilitare nello svolgimento delle loro attività di vita quotidiana (ADL e IADL). L'obiettivo principale della riabilitazione è di permettere alla persona di ritornare alla sua quotidianità con il più alto livello di autonomia possibile e per fare questo è indispensabile rendere trasferibile ciò che viene

appreso durante il trattamento al contesto di vita (trasferimento); questo rappresenta una parte fondamentale nel processo di intervento della TO. Inoltre, sarà possibile solo attraverso la promozione di attività di vita quotidiana come strumento terapeutico del terapeuta occupazionale.

Da queste considerazioni è evidente che il servizio di TO nella S.S.D. di Riabilitazione Degenziale sarebbe fondamentale nel trattamento delle persone per il raggiungimento del maggior livello di autonomia e partecipazione possibile, sia nel contesto ospedaliero, sia nella prospettiva della dimissione per un rientro a domicilio.

Inserire la figura professionale del terapeuta occupazionale all'interno dell'equipe riabilitativa della S.S.D. di Riabilitazione Degenziale dell'Ospedale di Asiago potrebbe essere una possibilità per l'Azienda Sanitaria ULSS n.3, di incrementare i servizi offerti, contribuendo al miglioramento dello stato di salute e di benessere delle persone, non solo nell'ambiente ospedaliero ma anche per permettere un rientro a domicilio che sia il più ottimale possibile. Questo perché la persona viene stimolata ad essere il più autonoma possibile e ad essere più consapevole e responsabile del proprio percorso riabilitativo. Inoltre, il beneficio che ne può derivare non riguarda solamente il miglioramento della qualità di vita della persona, ma anche il contesto familiare nel quale la persona vive.

In conclusione dello studio si è voluto proporre un servizio di Terapia Occupazione all'interno della S.S.D. di Riabilitazione Degenziale dell'Ospedale di Asiago, strettamente legato ai principi della pratica della TO, che prevede una forte integrazione con tutte le altre figure professionali presenti nella realtà operativa sopra citata, creando un'interdisciplinarietà che pone la persona al centro del progetto riabilitativo.

BIBLIOGRAFIA

1. Árnadóttir G., Fisher A. G., (2008), “*Rasch analysis of the ADL Scale of the A-ONE*”, American Journal of Occupational Therapy, Vol. 62, pag. 51–60
2. Amini D. A., Kannenberg K., et al., (2014), “*Occupational Therapy Framework: Domain & Process (3rd ed.)*”, American Journal of Occupational Therapy, Vol 68 (Suppl. 1), pag S1-S48
3. Arbesman M., Lieberman D., Berlanstein D. R., (2015), “*Method for the Evidence-Based Reviews on Occupational Therapy and stroke*”, American Journal of Occupational Therapy, Vol. 69, n. 1, pag. 1-5
4. Azienda Sanitaria ULSS n.3, Bassano del Grappa, (2012), “*Atto aziendale*”, Regione Veneto
5. Bozorgi A. A. J., Ghamkhar L., Kahlaee A. H., Sabouri H., (2015), “*The effectiveness of Occupational Therapy supervised usage of adaptive devices on functional outcomes and independence after total hip replacement in Iranian elderly: a Randomized Controlled Trial*”, Occupational Therapy Int., Vol. 23, pag. 143-153
6. Calamandrei C., Orlandi C., (2009), “*La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell’infermiere con funzioni manageriali*”, Mc Gray-Hill, Milano, pag. 47-48
7. Carta dei Servizi (2015), S.S.D. di R.D. Ospedale di Asiago, Revisione n. 8
8. Daniels R., Winding K., Borell L., (2002), “*Experiences of Occupational Therapists in stroke rehabilitation: dilemmas of some Occupational Therapists in inpatient stroke rehabilitation*”, Scandinavian Journal of Occupational Therapy, Vol 9, pag 167-175
9. Dedding C., Cardol M., et al., (2004), “*Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centred outcome measurement*”, Clinical Rehabilitation, Vol. 18, n. 6, pag. 660-667
10. Drummond A., Coole C., Brewin C., Sinclair E., (2012), “*Hip precautions following primary total hip replacement: a national survey of current Occupational Therapy Practice*”, British Journal of Occupational Therapy, Vol. 75, n. 4, pag. 164-170
11. Drummond A., Legg L., (2008), “*ADL work*”, British Journal of Occupational Therapy, Vol. 71, n. 3

12. Haglund L., Henriksson C., (2003), "*Concepts in Occupational Therapy in relation to the ICF*", Occupational Therapy International, Vol 10, n. 4, pag 253-268
13. Hagsten B., Svensson O., Gardulf A., (2004), "*Early individualized post-operative Occupational Therapy training in 100 patients improves ADL after hip fracture: a Randomized Trial*", Acta Orthopaedica Scandinavica, Vol. 75, n. 2, pag. 177-183
14. Hagsten B., Svensson O., Gardulf A., (2009), "*Health-related quality of life and self-reported ability concerning ADL and IADL after hip fracture: a Randomized Trial*", Acta Orthopaedica, Vol. 77, n. 1, pag. 114-119
15. Kielhofner G., Mallinson T., et al., (2001), "*Psychometric Properties of the Second Version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II)*", American Journal of Occupational Therapy, Vol. 55, pag. 260-267
16. Kristensen H., Persson D., Nygren C., Boll M., Matzen P., (2011), "*Evaluation of evidence within Occupational Therapy in stroke rehabilitation*", Scandinavian Journal of Occupational Therapy, Vol 18, pag 11-25
17. Gillen G., (2015), "*What is the evidence for the effectiveness of interventions to improve occupational performance after stroke?*", American Journal of Occupational Therapy, Vol. 69, pag. 1-3
18. Govender P., Kalra L., (2007), "*Benefits of Occupational Therapy in stroke rehabilitation*", Expert Rev. Neurotherapeutics, Vol. 7, n°8, pag. 1013-1019
19. Landi F., Cesari M., Onder G., Tafani A., Zamboni V., Cocchi A., (2006), "*Effects of an Occupational Therapy program on functional outcomes in older stroke patients*", Gerontology, Vol. 52, pag. 85-91
20. Laver-Fawcett A., (2012), "*Activity Card Sort*", British Journal of Occupational Therapy, Vol. 75, n. 10, pag. 482
21. Law M., Cooper B., Strong S., Stewart D., Rigby P., Letts L., (1996), "*The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance*", Canadian Journal of Occupational Therapy, Vol. 63, n. 1, pag. 9-23
22. Legg L., Drummond A., et al., (2007), "*Occupational Therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomized trials*", British Medical Journal, pag. 1-8

23. Martìn-Martìn L. M., Valenza-Demet G., et al., (2015), "*Effect of Occupational Therapy on functional and emotional outcomes after hip fracture treatment: a Randomized Controlled Trial*", *Clinical Rehabilitation*, Vol. 28, n. 6, pag. 541-551
24. Martini R., Polatajko H., et al., (2014), "*The performance quality rating scale (PQRS): reliability, convergent validity, and internal responsiveness for two scoring systems*", *Disability and Rehabilitation*, Vol. 37, pag. 231-238
25. Müllersdorf M., (2001), "*Needs Assessment in Occupational Therapy. Studies of Persons with Long-Term/Recurrent Pain*", *Acta Universitatis Upsaliensis. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine* 1065, pag. 1-88
26. Munin MC., Putman K., et al., (2010), "*Analysis of rehabilitation activities within skilled nursing and inpatient rehabilitation facilities after hip replacement for acute hip fracture*", *American Journal Physical Medicine Rehabilitation*, Vol. 89, n. 7, pag. 530-540
27. Nilsen D., Geller D., (2015), "*The role of Occupational Therapy in stroke rehabilitation*", *American Occupational Therapy Association*
28. Nilsen D., Gillen G., Arbesman M., Lieberman D., (2015), "*Occupational Therapy interventions for adults with stroke*", *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 69, n. 5, pag. 1-3
29. Nilsson I., Rogmark C., (2011), "*Hemiarthroplasty for displaced femoral neck fracture: good clinical outcome but uneven distribution of Occupational Therapy*", *Disability and Rehabilitation*, Vol. 33, pag. 2329-2332
30. Noreau L., Desrosiers J., et al., (2004), "*Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities*", *Disability and Rehabilitation*, Vol. 26, n. 6, pag. 346-352
31. Park S., Fisher A. G., (1994), "*Using the Assessment of Motor and Process Skills to Compare Occupational Performance Between Clinic and Home Settings*", *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 48, pag. 697-709
32. Portney L. G., Watkins M. P., (2009), "*Foundations of clinical research. Applications to practice (3rd ed.)*", New Jersey: Prentice Hall
33. Rao A. K., (2012), "*Occupational Therapy in neurological disorders: looking Ahead to the American Occupational Therapy Association's Centennial Vision*", *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 66, pag. e119-e130

34. Ranner M., Von Koch L., Guidetti S., Tham K., (2016), "*Client-centred ADL intervention after stroke: occupational therapists' experiences*", Scandinavian Journal of Occupational Therapy, Vol. 23, n. 2, pag. 81-90
35. Restall G., Ripat J., (2008), "*Applicability and clinical utility of the Client-Centred Strategies Framework*", CAOT Publications ACE, Vol 75, n. 5, pag 288-300
36. Richards L. G., Latham N. K., Jette D. U., Rosenberg L., Smout R. J., DeJong G., (2005), "*Characterizing Occupational Therapy in stroke rehabilitation*", Arch Phys Med Rehabilitation, Vol. 86, pag. S51-S60
37. Rosewilliam S., Roskell C. A., Pandyan A., (2015), "*A systematic review and synthesis of the quantitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation*", Clinical Rehabilitation, Vol. 25, n. 6, pag. 501-514
38. Rossini E., Moioli S., Meyer S., (2014), "*Raccomandazioni per la formulazione degli obiettivi in ergoterapia*", Berna: Associazione svizzera degli ergoterapisti (ASE), Recuperato dall'associazione svizzera degli ergoterapisti (ASE), disponibile online al sito <http://www.ergotherapie.ch>
39. Scapin M., Frigo R., (2015), "*Standard di Prodotto/Servizio S.S.D. di R.D.*", Revisione n. 8, Asiago
40. Smallfield S., Karges J., (2009), "*Classification of Occupational Therapy interventions for inpatient stroke rehabilitation*", American Journal of Occupational Therapy, Vol. 63, pag. 408-413
41. Sumsion T., Law M., (2006), "*A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice*", Canadian Journal of Occupational Therapy, Vol. 73, n. 3, pag. 153-162
42. Townsend, E., & Polatajko, H. (2007), "*Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision of health, well-being, & justice through occupation*", Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE
43. Turoni F., Bertozzi L., Carnaroli S., (2012), "*La Terapia Occupazionale come strumento riabilitativo nel trattamento dei pazienti affetti da stroke: revisione della letteratura*", Scienza Riabilitativa, Vol. 14, n. 2, pag. 5-12
44. WFOT, World Federation Occupational Therapy (2012), "*Definition on Occupational Therapy*", disponibile online al sito <http://www.wfot.org>
45. WFOT, World Federation Occupational Therapy (2010), "*Statement on Occupational Therapy*", disponibile online al sito <http://www.wfot.org>

46. Wolf T. J., Chuh A., Floyd T., McInnis K., Williams E., (2015), "*Effectiveness of Occupation-Based intervention to improve areas of occupation and social participation after stroke: an Evidence-Based Review*", American Journal of Occupational Therapy, Vol. 69, n. 1, pag. 1-9
47. Van de Velde D., Devisch I., De Vriendt P., (2016), "*The client-centred approach as experienced by male neurological rehabilitation clients in Occupational Therapy. A qualitative study based on a grounded theory tradition*", Disability and Rehabilitation, Vol 38, n. 16, pag 1567-1577

ALLEGATO 1: QUESTIONARIO

1. Durante il suo ricovero in ospedale, le è stato chiesto quali *attività della vita quotidiana* fossero importanti per lei ritornare a svolgere?
2. Quando era in ospedale, veniva aiutato/a per *lavarsi e vestirsi*?
 - Avrebbe voluto essere aiutato/a a trovare delle strategie per raggiungere una maggiore autonomia?
 - C'è stato qualcuno del reparto che l'ha aiutato/a a fare questo?
 - (SE NO) Avrebbe voluto che qualcuno del reparto se ne occupasse?
 - Una volta rientrato/a *a casa* ha avuto bisogno di aiuto da parte di un'altra persona per lavarsi e vestirsi?
3. Veniva aiutato/a negli *spostamenti e trasferimenti*? (es. quando doveva alzarsi dal letto, andare in bagno, ecc.)
 - Avrebbe voluto essere aiutato/a a trovare delle strategie per raggiungere una maggiore autonomia?
 - C'è stato qualcuno del reparto che l'ha aiutato/a a fare questo?
 - (SE NO) Avrebbe voluto che qualcuno del reparto se ne occupasse?
 - Una volta rientrato/a *a casa* ha avuto bisogno di aiuto da parte di un'altra persona negli spostamenti e trasferimenti?
4. Quando è rientrato/a a casa, ha dovuto rinunciare a fare qualcosa che faceva nel suo *tempo libero*? (es. andare nell'orto, nel giardino, tagliare la legna, ricamare, ecc.)
 - Le sarebbe piaciuto riprendere a farlo?
 - C'è stato qualcuno del reparto che l'ha aiutato/a a trovare delle strategie per raggiungere una maggiore autonomia nelle attività del tempo libero che riteneva importanti?
 - (SE NO) Avrebbe voluto che qualcuno del reparto se ne occupasse?
5. Quando è rientrato/a a casa, si è trovato/a in difficoltà a svolgere tutte quelle *faccende domestiche* che era abituato/a a fare? (es. fare da mangiare, lavare, stirare, fare la spesa, ecc.)
 - Le sarebbe piaciuto riprendere a farle?
 - C'è stato qualcuno del reparto che l'ha aiutato/a a trovare delle strategie per raggiungere una maggiore autonomia nelle faccende domestiche che lei riteneva importanti?

- Avrebbe voluto che qualcuno del reparto se ne occupasse?
6. Prima del ricovero *lavorava*?
- Se si, è rientrato/a al lavoro una volta tornato/a a casa?
 - (SE NO) Le sarebbe piaciuto riprendere?
 - C'è stato qualcuno del reparto che l'ha aiutato/a a trovare delle strategie per raggiungere una maggiore autonomia nelle attività lavorative?
 - (SE NO) Avrebbe voluto che qualcuno del reparto se ne occupasse?
7. Al momento della dimissione, c'è stato qualcuno che le ha parlato di cosa avrebbe potuto fare a *casa* in modo da essere *facilitato/a nello svolgimento delle sue attività di vita quotidiana*?

ALLEGATO 2: PRESENTAZIONE TELEFONATA

Buongiorno, la chiamo della Struttura Semplice Dipartimentale di Riabilitazione Degenziale dell'Ospedale di Asiago. Parlo con il/la Sig. re/ra "X"?

Sono Slaviero Elena e sto conducendo un progetto assieme a questo reparto per la mia tesi di laurea, con lo scopo di incrementare i servizi offerti dal reparto. Avrei bisogno di porle alcune domande riguardo il suo periodo di degenza in questo reparto e successivamente il rientro a casa.

Avrebbe 5 minuti da dedicarmi?

RINGRAZIAMENTI

Voglio innanzitutto ringraziare la mia relatrice Prof.ssa Patrizia Ianes, e la mia correlatrice Martina, che si sono sempre rese disponibili nell'aiutarmi per l'elaborazione della mia tesi.

Ringrazio la Direzione Medica dell'Ospedale di Asiago, il Primario Dott. Scapin e la Caposala Patrizia, della S.S.D. di Riabilitazione Degenziale che hanno permesso la realizzazione di questo studio.

Un grazie speciale lo dedico alla mia famiglia che mi ha sostenuta e incoraggiata in ogni momento del mio percorso.

Voglio ringraziare inoltre, le mie compagne, Sara e Sabrina, con le quali ho condiviso questo percorso di studi, affrontando e sostenendoci a vicenda nei momenti difficili ma anche condividendo molte gioie e soddisfazioni.

Infine, un grazie sincero va a tutte le persone che, in misura minore o maggiore, mi sono state vicine in questo mio percorso di studi del quale sono molto soddisfatta e vado fiera di aver intrapreso.

A tutti voi **GRAZIE**