



Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN TERAPIA OCCUPAZIONALE
PRESIDENTE: Ch.mo Prof. Daniele Rodriguez

TESI DI LAUREA

**DIMISSIONE PRECOCE CON INTERVENTO
DOMICILIARE NEI PAZIENTI CON ICTUS:
REVISIONE DELLA LETTERATURA, RUOLO
DEL TERAPISTA OCCUPAZIONALE E STIMA
DEI COSTI IN UN'AZIENDA SANITARIA**

**EARLY HOME-SUPPORTED DISCHARGE OF STROKE
PATIENTS: A REVIEW OF THE LITERATURE, THE ROLE
OF THE OCCUPATIONAL THERAPIST AND COSTS
ESTIMATE IN A LOCAL HEALTHCARE**

RELATORE: Dott. Emanuele Biasutti
Correlatore: Dott.ssa Tamara Zamparo

LAUREANDO: Gentili Matteo

Anno Accademico 2015/2016

INDICE

RIASSUNTO	1
INTRODUZIONE	3
CAPITOLO I – METODOLOGIA DELLA RICERCA	5
CAPITOLO II – PREMESSE	7
2.1 Ictus: definizione e cenni di epidemiologia	8
2.1.1 Incidenza di ictus in Friuli Venezia Giulia	9
2.2 Definizione dell’assistenza all’ictus	10
2.3 Definizione del quadro normativo italiano relativo ai percorsi del paziente con ictus	11
CAPITOLO III – DIMISSIONI PRECOCI PROTETTE	13
3.1 Definizione di <i>Early Supported Discharge</i> (ESD)	13
3.2 Costo-efficacia dei modelli ESD	15
3.3 Il ruolo del setting riabilitativo nel post ricovero	20
CAPITOLO IV – IL RUOLO DELLA TERAPIA OCCUPAZIONALE NEL PERCORSO RIABILITATIVO DEL PAZIENTE CON ICTUS	23
4.1 Definizione di Terapia Occupazionale	23
4.1.1 Pratiche basate sull’uso terapeutico e sulle occupazioni	25
4.2 Il ruolo della Terapia Occupazionale nelle linee guida dello <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i> (SIGN)	26
4.3 Una possibile proposta per la dimissione precoce: il <i>Reablement</i>	30
CAPITOLO V – STIMA DEI COSTI	31
5.1 Discussione e considerazioni finali	37
CONCLUSIONI	38

BIBLIOGRAFIA	40
ALLEGATO I	45
ALLEGATO II	47
ALLEGATO III	48
ALLEGATO IV	49

RIASSUNTO

Questa Tesi di Laurea si propone di indagare le evidenze ad oggi presenti in letteratura rispetto alla dimissione precoce associata a intervento domiciliare con persone colpite da ictus, approfondendo il ruolo del Terapista Occupazionale e ipotizzando una stima dei costi in un'azienda sanitaria del Friuli Venezia Giulia.

Al fine di individuare gli articoli più significativi è stata condotta una ricerca tramite consultazione delle banche dati *Medline*, *OTseeker* e *Cochrane*, inoltre sono stati consultati testi e linee guida inerenti la Terapia Occupazionale nel trattamento dell'ictus.

Da quanto è stato possibile approfondire, la dimissione precoce sembra essere più vantaggiosa per le condizioni di disabilità medio-lievi (indice di Barthel > 9/20). La modalità organizzativa più efficace è quella caratterizzata da un team multidisciplinare che coordina tutto il percorso riabilitativo (Fearon et al., 2012). Il setting riabilitativo domiciliare nel post ricovero non produce effetti negativi rispetto a ai servizi convenzionalmente forniti nei centri di cura (Hillier e Inglis-Jassiem, 2010). Relativamente al dominio costo-efficacia, l'accesso alle dimissioni precoci protette può contribuire alla riduzione della spesa sanitaria (Krueger et al. 2012).

Dall'analisi dei dati reali e dalla stima dei costi è emerso che un servizio di dimissione precoce e protetta coinvolgerebbe solo una quota limitata di pazienti ricoverati per ictus. Per questi pazienti si è stimato un risparmio nei costi derivato dalla degenza ridotta associato ad una consistente copertura riabilitativa. Tuttavia, i risultati ottenuti in questa stima necessitano di ulteriori approfondimenti in particolare attraverso la misura *Quality-Adjusted Life-Year* (QALY) e l'impiego di riferimenti clinici.

ABSTRACT

The aim of this thesis is to investigate current evidences about effectiveness of an improved rehabilitation process for stroke patients based on the Early Supported Discharge (ESD) concept. In particular I describe the role of the Occupational Therapist and I propose a costs estimate in a Healthcare in Friuli Venezia Giulia.

Relevant studies were found in Medline, OTseeker and Cochrane Library. In addition I consulted texts and guidelines related to Occupational Therapy in stroke treatment.

The greatest benefits of Early Supported Discharge are seen in patients with mild to moderate disability (Barthel index $> 9/20$) and in a co-ordinated ESD team (Fearon et al., 2012). No adverse effect is observed in home-based compared with centre-based rehabilitation in the post-discharge from an inpatient setting (Hillier e Inglis-Jassiem, 2010). Regarding economic analysis, literature shows that the Early Supported Discharge can contribute to reduce health system costs (Krueger et al., 2012).

The analysis of real data and the costs estimate show that an ESD service would engage only a limited fraction of stroke patients. For these patient it has been estimated a reduction in the costs that results from a reduced hospitalization period associated to a substantial home-based rehabilitation.

Nevertheless, the results emerging from this estimate will need further investigations, in particular considering the *Quality-Adjusted Life-Year* (QALY) rates and clinical outcomes.

INTRODUZIONE

La prospettiva di una età media in costante crescita e il conseguente aumento della domanda assistenziale, associate alla necessità di contenere le spese sanitarie, stanno favorendo la ricerca di nuovi modelli riabilitativi. I pazienti colpiti da ictus ricevono convenzionalmente una parte sostanziale della loro riabilitazione in regime di ricovero ospedaliero. Attualmente la letteratura scientifica ha descritto numerosi studi riguardanti modelli organizzativi che prevedono il ricovero in Stroke Unit con dimissione precoce e protetta del paziente a domicilio (*Early Supported Discharge, ESD*). Tali modelli appaiono in grado sia di ridurre la durata del ricovero, pertanto i costi della degenza, sia la disabilità residua e quindi i costi a lungo termine. Tuttavia rimangono interrogativi aperti rispetto ai costi effettivi, all'applicabilità nel nostro SSN e all'integrazione di tali modelli in un percorso Stroke Unit – riabilitazione intensiva postacuta.

Il progetto di ricerca si è sviluppato dall'esigenza di indagare i potenziali effetti in termini di costo-efficacia che potrebbero emergere da una ridotta ospedalizzazione con dimissioni precoci protette che comprendano un percorso riabilitativo domiciliare strutturato, in cui il terapeuta occupazionale può avere un ruolo fondamentale.

Nei capitoli seguenti verrà fornita una panoramica sugli aspetti epidemiologici della patologia e sull'attuale quadro normativo di riferimento che definisce la remunerazione delle prestazioni del SSN. Attraverso la revisione della letteratura verrà descritto il moderno concetto di ESD, esplorando gli effetti promossi da un setting riabilitativo domiciliare precoce, sia in termini di outcome clinici sia come riduzione della spesa sanitaria. Soggetti con diverse condizioni di disabilità, legate alla severità dell'ictus, potrebbero presentare risposte diverse in termini di outcome clinici; ciò si traduce nella necessità di determinare quali siano le caratteristiche più significative che dovrebbero possedere i pazienti da coinvolgere in tale modello.

Infine verrà ipotizzata una stima dei costi tramite una simulazione realistica sui dati relativi ad un'azienda sanitaria del Friuli Venezia Giulia allo scopo di valutare la sostenibilità di un rientro domiciliare precoce dalla fase post-acuta riabilitativa ospedaliera, con un adeguato piano di dimissione in sicurezza a continuità riabilitativa a domicilio.

CAPITOLO I

METODOLOGIA

Materiali e metodi

La ricerca bibliografica è stata condotta utilizzando le banche dati *Medline*, *OTseeker* e *Cochrane*. Sono riportati di seguito i criteri di inclusione in base ai quali sono stati identificati gli articoli.

Criteri di inclusione:

- anno di pubblicazione: ultimi dieci anni,
- lingua di pubblicazione: inglese, italiano,
- tipologia di articolo: revisioni, studi clinici (randomizzati e non), linee guida,
- età dei soggetti superiore o uguale a 18 anni,
- soggetti colpiti da ictus.

Parole chiave

Nella pratica dell'*Evidence-Based Medicine* (EBM) è richiesto di formulare i quesiti clinici, strutturati secondo il modello PICO¹, in una relazione tra paziente, intervento, confronto e outcomes (tabella I).

I termini di ricerca utilizzati possono essere classificati in 4 gruppi.

1. In relazione alla patologia: “*stroke*”.
2. In relazione all'intervento: “*stroke AND Occupational Therapy*”.
3. In relazione al setting riabilitativo: “*length of stay in rehabilitation*”, “*stroke AND length of stay*”, “*home-based AND hospital-based*”, “*Occupational Therapy AND home care services*”.
4. In relazione al costo-efficacia dell'intervento: “*cost-analysis AND Occupational Therapy*”, “*cost-effectiveness AND Occupational Therapy*”.

¹ <http://www.gimbe.org/eb/formulazione.html>

Tabella I. Modello PICO

P	Paziente	Malattia/condizione del paziente	Persona con esiti di ictus
I	Intervento	Esposizione ad un trattamento, un test diagnostico, un fattore di rischio	Riabilitazione ospedaliera breve con ESD
C	Confronto	Eventuale trattamento/test diagnostico/esposizione alternativo	Stroke Unit/riabilitazione ospedaliera tradizionale senza ESD
O	Outcome(s)	Uno o più eventi rilevanti	Costo-efficacia di "I" rispetto a "C"

Modalità di ricerca e risultati

Dalla ricerca iniziale sono emersi numerosi studi successivamente selezionati in relazione al quesito di ricerca della tesi ed ai criteri di inclusione.

Per l'analisi degli studi, nell'ottica di mettere in luce i punti di forza ed i limiti di ogni studio, sono stati scelti lo strumento CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials Statement*, 2010) per gli studi RCT e lo strumento PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) per le revisioni bibliografiche. Le linee guida sono state analizzate tramite l'*AGREE Reporting Checklist*.

Rimando all'allegato I per gli articoli più significativi emersi dalla ricerca, inoltre in bibliografia sono presenti i testi di approfondimento rispetto agli argomenti trattati.

CAPITOLO II

PREMESSE

2.1 Ictus: definizione e cenni di epidemiologia

L'ictus rappresenta a livello mondiale la seconda causa di morte (Lozano et al., 2012) e la terza causa principale di disabilità (Murray et al., 2012). I principali dati emersi dal recente *Global Burden of Disease*² (GBD, 2013) evidenziano che negli ultimi due decenni, nonostante i tassi di mortalità dell'ictus siano diminuiti in tutto il mondo, il numero assoluto di persone colpite dalla patologia è aumentato in modo significativo (tabella II) (Feigin et al., 2015; Feigin et al., 2016).

Tabella II. Impatto globale dell'ictus: 1990 e 2013 (Feigin et al., 2015)

	ICTUS ISCHEMICO			ICTUS EMORRAGICO		
Unità di misura	1990 (milioni)	2013 (milioni)	Incremento (%)	1990 (milioni)	2013 (milioni)	Incremento (%)
DALY's ³	34,2	47,4	38,6	56,0	65,5	17,0
Decessi	2,2	3,3	50,0	2,4	3,2	33,3
Casi incidenti	4,3	6,9	60,5	1,9	3,4	78,9
Casi prevalenti	10,0	18,3	83,0	3,9	7,4	89,7

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'ictus è definito come una sindrome caratterizzata dall'improvviso e rapido sviluppo di sintomi e segni riferibili a deficit focale delle funzioni cerebrali senza altra causa apparente se non quella vascolare; la perdita della funzionalità cerebrale può essere globale (pazienti in coma profondo). I sintomi durano più di 24 ore o determinano il decesso (Hatano, 1976). Gli attacchi ischemici transitori (TIA) sono invece brevi episodi (minori alle 24 ore) di deficit neurologici completamente reversibili con TC cerebrale negativa (Rete Ictus

² Il *Global Burden of Disease* (GBD), traducibile in "impatto globale delle patologie", è una valutazione dell'effetto che malattie, infortuni e fattori di rischio hanno sulla popolazione mondiale (www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/about/en/).

³ Il *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) è l'unità di misura che combina morbilità e mortalità, usualmente impiegata dall'OMS per misurare l'impatto globale delle patologie (www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/).

FVG, 2015) definiti dall'*American Heart Association* (AHA, 2009) come episodi di disfunzione neurologica causati da ischemia focale dell'encefalo, midollo spinale o della retina senza infarto acuto.

A prescindere dalla classificazione adottata, l'ictus cerebrale viene classicamente distinto in:

- ictus ischemico: rappresenta la forma più frequente interessando circa l'80% dei casi,
- ictus emorragico: comprende circa il 20% dei casi, si distinguono ulteriormente le emorragie intraparenchimali (15%-20% circa) e le emorragie subaracnoidee (3% circa) (SPREAD, 2012).

In Italia l'ictus è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie, causando il 10%-12% di tutti i decessi per anno e rappresenta la principale causa di invalidità (SPREAD, 2012). A livello nazionale sono presenti i dati di prevalenza dello studio *Italian Longitudinal Study on Aging* (ILSA) del Consiglio nazionale delle ricerche, riferiti a soggetti con età compresa tra 65 e 84 anni. Nella popolazione anziana (65-84 anni) italiana il tasso di prevalenza è pari a 6,5% (IC95: 5,8-7,2); superiore nei maschi (7,4%; IC95: 6,3-8,5) rispetto alle femmine (5,9%; IC95: 4,9-6,9) (ILSA, 1997). I dati di prevalenza generale, basati sui dati ILSA per le età comprese tra 65 e 84 anni, su altri studi di popolazione per le altre fasce di età e sui dati di popolazione del censimento 2001, sono riassunti nella tabella III (SPREAD, 2007).

Tabella III. Prevalenza di ictus in Italia⁴

Età	Popolazione	%	Prevalenza di ictus (valori percentuali)	Soggetti con ictus
0-44	31.970.899	56,1	0,065	20.781
45-54	7.589.261	13,3	0,410	31.116
55-64	6.789.720	11,9	1,275	86.569
65-74	5.883.460	10,3	4,500	264.756
75-84	3.522.093	6,2	8,796	309.803
≥85	1.240.321	2,2	16,185	200.746
Totali	56.995.744	100,0	1,603	913.771

⁴ Dati di popolazione basati sui risultati del censimento 2001.

Ogni anno si verificano in Italia (dati estrapolati dalla popolazione del 2001) circa 196.000 ictus, di cui l'80% sono nuovi episodi (157.000) e il 20% recidive, che colpiscono soggetti già precedentemente affetti (39.000) (SPREAD, 2012). Una revisione di Sacco e colleghi (2011) ha analizzato i dati epidemiologici disponibili in sette località del territorio nazionale: in tutte le aree geografiche considerate, l'incidenza di ictus aumenta progressivamente con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne, registrando valori massimi nei soggetti ultraottantenni.

La mortalità acuta (30 giorni) dopo ictus è pari a circa il 20%-25% mentre quella ad un anno ammonta al 30%-40% circa; le emorragie (parenchimali e subaracnoidee) hanno tassi di mortalità precoce più alta (30%-40% circa dopo la prima settimana; 45%-50% ad un mese). Gli infarti lacunari hanno prognosi migliore, in acuto e ad un anno, rispetto a quelli non lacunari, sia in termini di mortalità, sia di disabilità residua, sia di tasso di ricorrenza (SPREAD, 2012).

2.1.1 Incidenza di ictus in Friuli Venezia Giulia

I tassi di incidenza in regione per l'anno 2013 sono riportati nella tabella IV. A questi soggetti, nel 2013, si aggiungono 166 casi identificati dal Registro regionale di mortalità (soggetti deceduti per ictus ma senza ricovero).

Tabella IV. Incidenza dell'ictus in FVG dell'anno 2013 (Rete Ictus FVG, 2015)

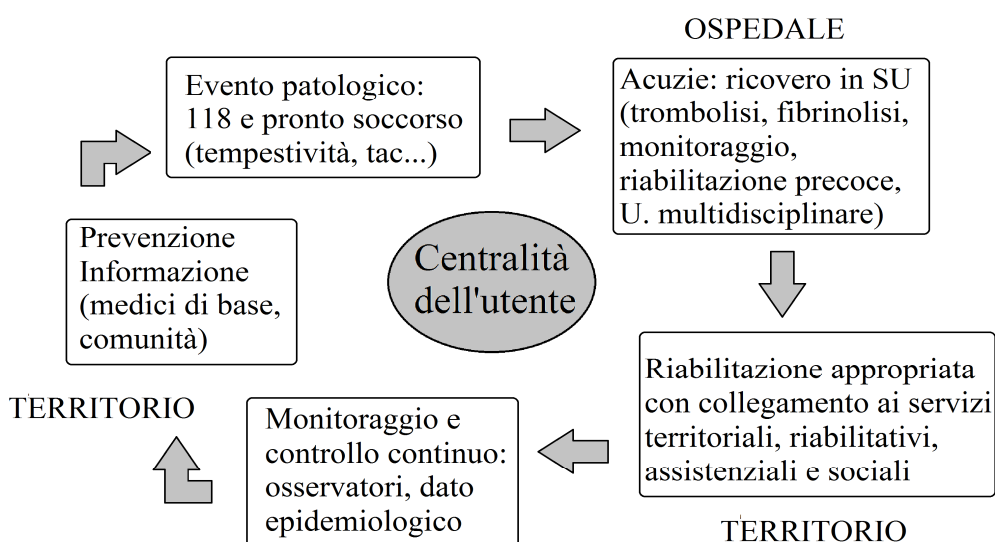
<i>Prov.</i>	Casi incidenti			Tassi grezzi (per 1000 persone/anno)			Tassi standardizzati* (per 1000 persone/anno)		
	Maschi	Femm.	Tot.	Maschi	Femm.	Tot.	Maschi	Femm.	Tot.
GO	132	164	296	1,93	2,27	2,10	1,69	1,77	1,74
PN	229	285	514	1,50	1,78	1,64	1,50	1,68	1,59
TS	216	231	447	1,98	1,89	1,93	1,58	1,37	1,46
UD	429	509	938	1,65	1,84	1,75	1,50	1,59	1,55
FVG	1006	1189	2195	1,71	1,88	1,80	1,53	1,58	1,56

**Standardizzazione diretta per classe di età quinquennale; popolazione standard: Italia da censimento 2011.*

2.2 Definizione dell'assistenza all'ictus

Il concetto di “assistenza dedicata” al paziente con ictus attraverso servizi specializzati ed organizzati in rete è definito nel documento della Conferenza Stato-Regioni del 2005⁵. Nel documento viene descritto il percorso assistenziale declinato nelle fasi pre-ospedaliera, ospedaliera, post-ospedaliera. La rete stroke è disegnata nell'Accordo come un sistema “circolare” di *governance* territoriale, che ruota attorno all'utente (figura I); l'obiettivo è creare un adeguato raccordo tra territorio e ospedale, coinvolgendo i diversi attori territoriali (Farinella et al., 2012). Alla fase di prevenzione concorrono le attività territoriali con particolare riferimento alla medicina generale; al verificarsi dell'evento patologico la rete ictus assicura un tempestivo intervento sul paziente con l'applicazione di tecniche specifiche. Il rapido ricovero in Stroke Unit per la fase acuta permette un trattamento integrato ed un avvio precoce alla riabilitazione. In seguito al superamento dell'acuzie si attiva un raccordo diretto con idonee strutture riabilitative. Il paziente dovrebbe essere successivamente supportato nel reinserimento sociale, avviando un coordinamento tra i servizi territoriali, riabilitativi, assistenziali e sociali (Farinella et al., 2012) tra cui l'Accordo cita esplicitamente la Terapia Occupazionale, prevedendone un attuazione sia a livello territoriale sia, per i pazienti con un buon recupero funzionale, a domicilio (Conferenza Stato-Regioni, 2005).

Figura I. La rete ictus, un processo circolare (Adattata da Farinella et al., 2012)



⁵ “Documento di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale”, prodotto dal gruppo di lavoro nell'ambito dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano.

2.3 Definizione del quadro normativo italiano

Le regole di base del sistema di remunerazione delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale sono state stabilite inizialmente dalla riforma sanitaria del 1992, che introdusse un sistema di tipo prospettico, basato su tariffe per prestazione fissate preventivamente. Le riforme intervenute successivamente hanno confermato le caratteristiche di fondo del sistema, specificandone le modalità di utilizzo.

I criteri per determinare le tariffe, a livello nazionale e regionale, sono definiti per legge e impongono, sia il legame delle tariffe con i costi per produrre le prestazioni secondo modalità efficienti ed appropriate, sia il rispetto dei vincoli dettati dai livelli di finanziamento complessivo del Servizio Sanitario Nazionale. Attualmente il Decreto del Ministero della Salute del 18 ottobre 2012 determina le tariffe nazionali massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale (Ministero della Salute, 2013).

Per quanto riguarda le prestazioni di riabilitazione ospedaliera di malattie e disturbi del sistema nervoso (tabella V), se il ricovero supera il valore soglia, la struttura riceve una tariffa di rimborso abbattuta del 40% rispetto alla tariffa massima della giornata di ricovero ordinario. In caso di ricovero diurno, le tariffe massime si pongono all'80% rispetto alla tariffa di ricovero ordinario entro il valore soglia dei numero di accessi specifico stabilito dalla normativa regionale, e al 40% al di fuori di questo valore soglia (Decreto del Ministero della salute ministeriale 18 ottobre 2012, allegato 2).

Tabella V. Tariffe delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera, per malattie e disturbi del sistema nervoso (Decreto del Ministero della Salute, 2012, allegato 2)

MDC 1 – Malattie e disturbi del sistema nervoso				
Ricovero ordinario, durata di degenza entro valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza oltre valore soglia	Valore soglia	Ricovero diurno, entro valore soglia	Ricovero diurno, oltre valore soglia
Euro per giornata	Euro per giornata	Giorni	Euro per accesso	Euro per accesso
272,70	163,62	60	218,16	130,90

Per l'anno 2014 sono disponibili i dati del rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Ministero della Salute). Per le attività di riabilitazione in regime ordinario delle malattie e disturbi del sistema nervoso, vengono riportati 72.896 dimissioni; 3.050.066 giornate di degenza; 41,8 giorni di degenza media.

CAPITOLO III

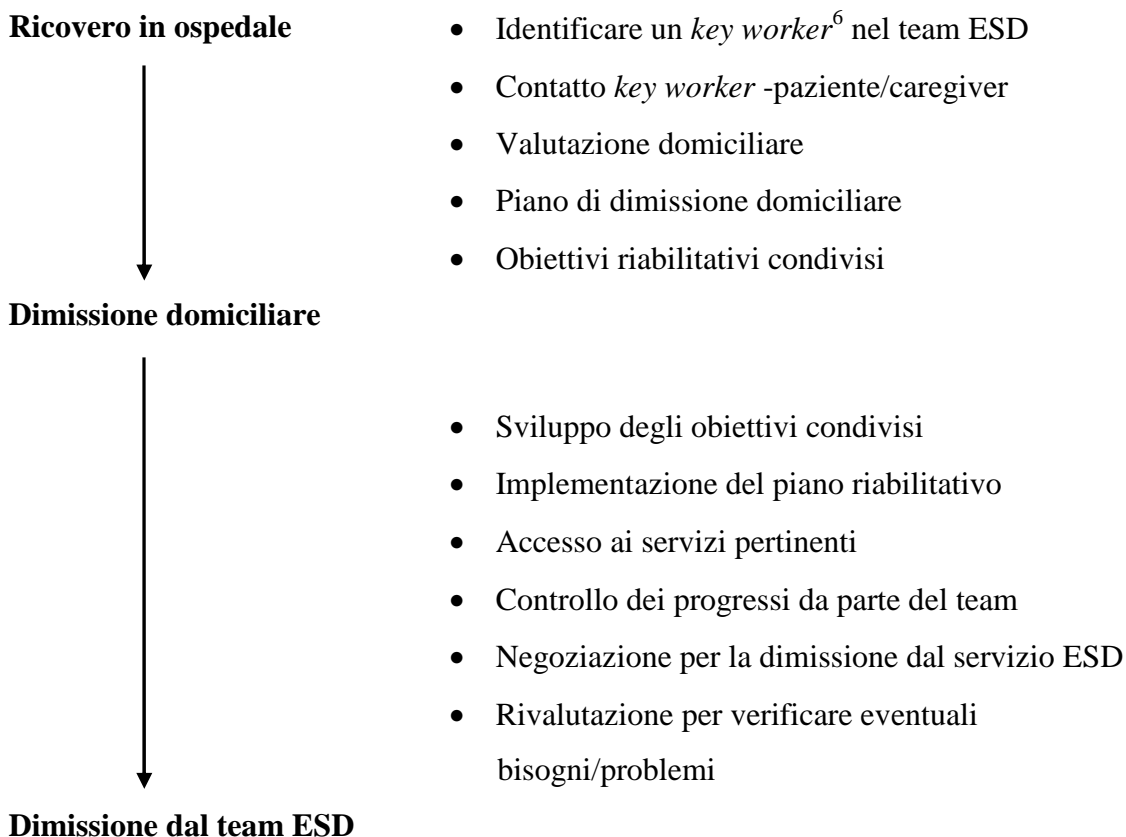
DIMISSIONI PRECOCI PROTETTE

3.1 Definizione di *Early Supported Discharge* (ESD)

Dalla analisi della letteratura, in particolare meta-analisi Cochrane, è stato ampiamente dimostrato che nell'assistenza dell'ictus acuto l'organizzazione in Stroke Unit (SU) risulta vantaggiosa in termini di ridotta mortalità e disabilità, con maggiore numero di pazienti dimessi a domicilio (Quaderni del Ministero della Salute, 2010). Inoltre, a livello internazionale, sono attualmente presenti diversi studi che analizzano i benefici di costo-efficacia prodotti da modelli di cura caratterizzati da una dimissione ospedaliera precoce e protetta (*Early Supported Discharge*, ESD). I servizi ESD sono progettati per accelerare le dimissioni dei pazienti ricoverati in ospedale e si contraddistinguono dalla presenza di un team multidisciplinare che pianifica e coordina le dimissioni ospedaliere offrendo una riabilitazione continua anche dopo il rientro a domicilio del paziente (Fisher et al., 2011). In figura II è illustrato un tipico percorso ESD. Diverse ricerche hanno inoltre valutato servizi di cura il cui obiettivo era la prevenzione del ricovero ospedaliero fornendo un sistema di assistenza domiciliare (Shepperd et al., 2011). Tale modello è stato generalmente definito “*hospital at home*” e può a sua volta prevedere dimissioni precoci associate a servizi domiciliari. È importante sottolineare che il modello “*hospital at home*” è finalizzato a evitare il più possibile un eventuale ricovero ospedaliero pertanto, anche se in alcuni studi viene fatto riferimento a dimissioni precoci protette, esso non sviluppa le caratteristiche distintive che caratterizzano i servizi ESD propriamente detti.

La revisione sistematica condotta da Fearon e colleghi (2012), ha cercato stabilire gli effetti e i costi dei servizi ESD rispetto ai servizi tradizionali. Sono stati individuati 14 RCT (1957 partecipanti) in cui i pazienti con ictus accedevano a cure ospedaliere convenzionali o ad altri servizi alternativi che miravano ad accelerare le dimissioni del paziente dall'ospedale. Tali RCT consideravano come parametri primari: il decesso, la dipendenza fisica e il luogo di residenza. Inoltre, erano considerati parametri secondari relativi a punteggi su ADL, ADL complesse, stato soggettivo di salute, umore e grado di soddisfazione per il servizio di riabilitazione (gli ultimi tre parametri valutati anche per i caregiver).

Figura II. Esempio di percorso di cura con servizio ESD (Langhorne et al., 2007)



I servizi ESD considerati nella revisione sono stati divisi in tre sottogruppi in base al livello di intervento del team. Il più utilizzato è stato quello dove il team coordinava tutte le fasi assistenziali fino alla terapia riabilitativa domiciliare. Il secondo sottogruppo prevedeva il coordinamento della dimissione e delle fasi immediatamente successive. L'ultimo sottogruppo provvedeva al solo il coordinamento della dimissione, rimettendo l'assistenza post-dimissione ai servizi comunitari o di volontariato.

Il gruppo ESD ha evidenziato una riduzione della degenza equivalente a circa sette giorni. I maggiori benefici sono stati rilevati nei pazienti colpiti da ictus di lieve o moderata gravità (indice di Barthel > 9/20). La modalità organizzativa che è sembrata più efficace è stata quella caratterizzata da un team multidisciplinare che ha coordinato tutto il percorso, dalla dimissione all'eventuale terapia riabilitativa domiciliare. Sono riportati miglioramenti nel recupero e mantenimento dell'autonomia nelle attività della

⁶⁶ Il *key worker* o *case manager* è un membro del team multidisciplinare che ha il compito di collegare e fare interagire le diverse figure dell'equipe. In particolare deve garantire la presa in carico dell'utente e della sua famiglia e favorire il coordinamento e la continuità nei trasferimenti dall'ambiente ospedaliero alle dimissioni domiciliari protette (Langhorne et al., 2007).

vita quotidiana mentre non si sono osservati impatti negativi sullo stato d'animo del paziente, del caregiver o sulla percezione del proprio stato di salute.

Una recente pubblicazione a cura del Gruppo di Lavoro Regionale del Friuli Venezia Giulia "Rete Ictus" (2015) ha previsto la possibilità di accedere a dimissioni precoci domiciliari per soggetti con disabilità residua medio-lieve, in alternativa al ricovero prolungato. Il limite temporale per la definizione di dimissione precoce è fissato entro 30 giorni dall'evento. A seguito di dimissione precoce il documento individua inoltre i criteri di accesso al programma riabilitativo delle cure domiciliari (tabella VI).

Tabella VI. Criteri di accesso dei pazienti al programma riabilitativo delle cure domiciliari a seguito di dimissione precoce (Rete ictus, 2015)

CRITERI DI INCLUSIONE
<ul style="list-style-type: none">• Paziente clinicamente stabile• Paziente con disabilità medio-lieve (Barthel index >10; range 0-20)• Contesto socio-familiare adeguato• Servizi attivabili a domicilio

3.2 Costo-efficacia dei modelli ESD

Nel campo economico diverse ricerche hanno enfatizzato l'impatto della durata della degenza ospedaliera sulla spesa sanitaria e la possibile riduzione dei costi associata all'adozione di modelli organizzativi che prevedevano il ricovero in Stroke Unit seguito da dimissioni precoci e protette (Krueger et al. 2012; Saka et al., 2009).

In Canada, nel 2012, Krueger e colleghi hanno valutato l'effettiva riduzione dei costi associata all'adozione di una strategia a livello nazionale per la cura dell'ictus. L'approccio utilizzato mirava a sviluppare sistemi integrati di cura, con l'obiettivo di migliorare qualità dei servizi e stato di salute dei pazienti. Lo studio ha valutato 4 aspetti caratteristici del management canadese: rapidi servizi di valutazione e trattamento della patologia, la terapia trombolitica, l'organizzazione delle Stroke Unit e la dimissione precoce e protetta. Contestualmente all'attuazione di piani di dimissione precoce protetta, lo studio indica che per tutti gli episodi di ictus considerati, i giorni

passati in fase acuta sono diminuiti del 25,9% (166.000) su un totale di 639.000 giorni di degenza in fase acuta. Il numero di giorni trascorsi nelle residenze sanitarie è diminuito del 12,8% (573.000) su un totale di 4,5 milioni. Il numero complessivo di posti letto occupati si sono ridotti: 432 fase acuta e 1553 nelle residenze sanitarie. Uno dei fattori che ha contribuito maggiormente alla riduzione dei costi nella spesa sanitaria è stato l'ottimizzazione dell'accesso alle dimissioni precoci protette; riportando un risparmio di 132,9 milioni di dollari; l'organizzazione delle Stroke Unit ha determinato inoltre un ulteriore taglio di 116,8 milioni di dollari. In entrambi gli ambiti sono stati ridotti sia la durata totale della degenza sia il rischio di ricovero in una residenza sanitaria. A seguito di queste evidenze, lo studio sottolinea che i vantaggi offerti dalle Stroke Unit sono rivolti a tutte le forme di ictus e ipotizza che una diffusione capillare di Stroke Unit, estesa anche alle regioni Canadesi attualmente sprovviste, potrebbe comportare una consistente riduzione dei costi.

L'organizzazione in SU nel sistema sanitario inglese per l'assistenza e la gestione dell'ictus viene raccomandata all'interno delle linee guida nazionali (RCP, 2012); gli aspetti qualificanti che dovrebbero possedere tali strutture sono altresì individuati dalla *Stroke Unit Trialists' Collaboration* (1997) e riportati di seguito:

- la multiprofessionalità dell'èquipe,
- l'approccio integrato medico e riabilitativo,
- la formazione continua del personale,
- l'istruzione del paziente e dei familiari.

Il lavoro di Saka et al. (2009) condotto nel Regno Unito ha valutato il costo-efficacia di un percorso di cura, per pazienti colpiti da ictus ischemico, composto dal ricovero in Stroke Unit seguito da dimissioni precoci protette (SUESD) comparandolo ad altre due strategie di assistenza comprendenti il solo ricovero in Stroke Unit (SUNESD) oppure in un reparto di medicina generale (GWNESD). La ricerca ha definito che il ricovero in Stroke Unit, rispetto a un ricovero in un reparto convenzionale, comporta un miglioramento degli outcome intesi come mortalità e recidive, ma anche una maggiore spesa in termini di costi assoluti. Con tali premesse lo studio di Saka e colleghi ha cercato di indagare l'effettivo rapporto costo-efficacia stabilendo se la maggiore spesa fosse giustificata dai risultati ottenuti. Lo studio si è basato sui dati forniti dal "South

London Stroke Register” includendo 844 pazienti tra il 2001 e il 2006. I principali parametri considerati nella ricerca erano la mortalità e i punteggi nelle ADL misurati tramite l’indice di Barthel. Questi sono stati espressi in termini di valori di qualità di vita salute-correlati per calcolare i QALYs (*Quality-Adjusted Life-Years*) secondo il metodo sviluppato da Van Exel et al. (2004). Per quanto riguarda la durata della degenza, lo studio riporta una media di 34 giorni per i pazienti con dimissioni precoci contro i 42 giorni usuali. Dai risultati del confronto sembrerebbe che il percorso SUESD rappresenti l’opzione migliore in termini di costo-efficacia rispetto alle altre modalità di assistenza considerate. Il solo ricovero in reparto di medicina generale (GWNESD) costituisce la soluzione meno costosa ma anche meno efficace. I risultati sembrano essere vantaggiosi in termini di costo-efficacia anche nel confronto tra ricovero in SUESD rispetto al ricovero in SUNESD con un valore ICER⁷ di £ 17721. Relativamente alla letteratura analizzata, è emerso che il servizio ESD in generale sembrerebbe costituire un efficace percorso di cura soprattutto per pazienti con grado di disabilità moderata corrispondente a un indice di Barthel iniziale > 9/20⁸.

Gli autori riportano inoltre che per alcuni casi ESD, la lunghezza del soggiorno era paragonabile ai pazienti non ESD nonostante il fatto che la lunghezza media della degenza per ESD fosse di 8 giorni inferiore rispetto a quella in strutture convenzionali. Pur essendo il più largo trial fatto sull’ESD, lo studio presenta criticità che riguardano il limite ad un follow-up di un 1 anno dalla dimissione e l’utilizzo di un approccio limitato nel misurare gli outcome (mentre sarebbe preferibile utilizzare i QALYs). I risultati andrebbero inoltre riverificati a 10 anni dall’evento per vedere la persistenza dei vantaggi dell’ESD. Altra limitazione è data dal fatto che il modello non tiene conto delle recidive di ictus perciò si basa sull’ipotesi che i tassi di recidiva per entrambe le due opzioni (SU e GMW) di trattamento siano gli stessi.

Questo studio rappresenta la prima analisi economica nel Regno Unito che valuta il costo-efficacia delle SU seguite da ESD e fornisce un riferimento importante per la comprensione delle implicazioni economiche delle diverse politiche di dimissione. Il

⁷ L’analisi costo-efficacia ha utilizzato come indicatore il rapporto costo-efficacia incrementale (ICER) inteso come il costo aggiuntivo per QALY guadagnato, di una strategia di trattamento rispetto all’altra. Il valore ICER si attesta sotto la soglia massima di costo-efficacia (30.000£ per QALY) prevista dal *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE).

⁸ Tra i fattori che potrebbero aver influito sui risultati dello studio compare il calcolo del costo medio per entrambe le modalità (SU e GMW) in cui non sono stati considerati i differenti livelli di gravità; è ipotizzabile che i casi più compromessi abbiano inciso maggiormente, influenzando il costo totale tra casi gravi e meno gravi.

risparmio sui costi che possono essere generati dalla riduzione della degenza media ospedaliera del soggiorno è in parte compensato dai costi della riabilitazione che tuttavia rimangono all'interno di limiti ragionevoli se confrontati con l'aumento dell'efficacia.

Nello studio condotto da Hofstad e colleghi (2012) in Norvegia, sono stati confrontati tre gruppi di soggetti reduci da ictus. Il campione era formato da 350 pazienti divisi in due gruppi di trattamento sottoposti ad una riabilitazione secondo il modello ESD e un gruppo di controllo che ha ricevuto cure convenzionali. Tra i gruppi ESD è stata condotta una ulteriore distinzione in quanto il gruppo A ha ricevuto la riabilitazione in day hospital mentre il gruppo B ha ricevuto un servizio di riabilitazione domiciliare. Secondo l'approccio ESD utilizzato dagli autori, i pazienti dei gruppi A e B sono stati dimessi a domicilio prima possibile ed in generale dovevano essere in grado di spostarsi ed andare in bagno autonomamente. Durante l'ospedalizzazione e le prime cinque settimane dopo la dimissione, i pazienti venivano assistiti da un team multidisciplinare composto da terapisti occupazionali, fisioterapisti ed infermieri. Il team collaborava con l'assistenza sanitaria territoriale nella pianificazione e implementazione della riabilitazione post-dimissione con funzione centrale di coordinamento e collegamento tra il paziente, i parenti e il personale ospedaliero. I membri del team erano coinvolti nei passaggi assistenziali tra i livelli sanitari comprese le visite a domicilio. A seguito della dimissione i pazienti hanno ricevuto riabilitazione fino a quattro ore al giorno per un massimo di cinque settimane con follow-up a 3 e 6 mesi. Il principale parametro analizzato era la misura Rankin Scale modificata (mRS) che valutava le ADL del paziente attraverso una scala a sette livelli. Gli altri parametri misurati sono riportati in allegato II.

I dati raccolti in questo studio indicano una differenza, non statisticamente significativa, in favore dei gruppi ESD relativamente ai punteggi nelle misure mRS, NIHSS⁹, BI. Nonostante in letteratura fossero già presenti delle evidenze in favore dell'efficacia della modalità ESD nella realtà norvegese (Indredavik et al., 2000), la mancanza di significatività statistica non conferma l'efficacia di tale modello di assistenza. Diversi fattori potrebbero giustificare tali risultati: in primo luogo gli autori riportano la maggiore efficacia della moderna gestione dell'ictus rispetto alle cure di 10-15 anni fa

⁹ *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS): è uno strumento di valutazione sistematica che fornisce una misura quantitativa del deficit neurologico ictus-correlato; in questo studio, viene utilizzata una versione con punteggio massimo 34, che valuta la funzione motoria solo sul lato interessato.

con progressi nella profilassi, nel trattamento acuto mediante trombolisi ed in generale nei servizi di riabilitazione. In secondo luogo vi è la possibilità che gli strumenti quali mRS e BI, localizzati nel dominio attività dell'ICF, non siano particolarmente sensibili nel rilevare dei miglioramenti specifici in termini di funzioni corporee ed altri outcome qualitativi come ad esempio la qualità della vita. Il secondo quesito della ricerca riguardava il confronto dei risultati clinici tra i setting riabilitativi (day hospital o domicilio), anche in questo caso non sono emersi risultati statisticamente significativi tra i gruppi considerati.

Al fine di indagare se vi potessero essere dei vantaggi maggiori per soggetti con moderata disabilità (Fearon et al., 2012) gli autori hanno ipotizzato che alcune sottopopolazioni di pazienti potessero trarre beneficio in modo selettivo dalle due modalità ESD; a tale scopo è stata effettuata un'analisi per sottogruppi dividendo i pazienti secondo il punteggio NIHSS alla baseline (NIHSS 0–1; NIHSS 2–4; NIHSS ≥ 5). L'analisi condotta non ha evidenziato differenze rilevanti, in funzione al grado di iniziale disabilità, nei punteggi mRS a 3 mesi e a 6 mesi.

Per quanto riguarda la durata della degenza non compaiono differenze statisticamente significative tra i 3 gruppi analizzati. Il ricovero medio in Stroke Unit per entrambi i gruppi ESD era di 11,3 giorni mentre il terzo gruppo, cure convenzionali, ha registrato una media di 11,6 giorni. Questi dati sottolineano che nella regione dove è stato condotto lo studio, la maggior parte dei pazienti colpiti da ictus sono dimessi il prima possibile senza ulteriori margini di dimissione precoce dalla Stroke Unit. I pazienti dimessi direttamente a domicilio hanno riportato una degenza media di 8,3 giorni in SU mentre la durata della degenza saliva a 15,4 giorni se i pazienti necessitavano di un posto letto in un'altra struttura. In media i giorni complessivi trascorsi nelle istituzioni (Stroke Unit, reparto di medicina fisica e riabilitativa e servizio di comunità) per i gruppi ESD A (riabilitazione in day hospital) e ESD B (riabilitazione domiciliare) erano rispettivamente 46 e 42,8. Il gruppo di controllo ha registrato invece una degenza media maggiore rispetto ai gruppi ESD con 47,7 giorni totali nei servizi.

Lo studio sembrerebbe possedere una potenza statistica ridotta; in altri termini la sua capacità di cogliere delle differenze sarebbe limitata a causa del campione sottodimensionato. Inoltre un'altra criticità potrebbe essere la scelta della misura mRS che non fornisce chiare indicazioni sul significato del cambiamento dei punteggi.

3.3 Il ruolo del setting riabilitativo nel post ricovero

Una meta-analisi di Hillier e Inglis-Jassiem (2010) ha indagato gli effetti della riabilitazione domiciliare post-ictus in alternativa ai servizi convenzionalmente forniti nei centri di cura (in regime ambulatoriale o day hospital). Il parametro principale valutato dalla meta-analisi era l'indipendenza funzionale misurata tramite l'Indice di Barthel. Secondariamente sono stati rilevati parametri quali: soddisfazione, stress, costo-efficacia. Gli studi inclusi, i parametri considerati e i principali risultati di ciascun RCT sono riassunti in tabella VII. I dati emersi dal confronto tra le due modalità considerate suggeriscono risultati superiori in termini di autonomia funzionale nell'ambito della riabilitazione domiciliare. Questi effetti tuttavia appaiono limitati esclusivamente al primo periodo post-dimissione ospedaliera e non vi sono chiare evidenze della loro permanenza nel lungo termine (6 mesi). I risultati dei singoli RCT suggeriscono la presenza di ulteriori benefici nel dominio costo-efficacia (Young et al., 1993; Bjrkdahl et al., 2006). Dagli studi revisionati, emergono anche considerazioni sulla singola disciplina riabilitativa. Nell'ambito della terapia occupazionale compaiono gli studi di Walker et al. (1999), Gilbertson e colleghi (2000).

La ricerca si basa su un numero di RCT tale da considerare il rischio di bias accettabile, tuttavia un aspetto critico è rappresentato dalla significativa eterogeneità clinica degli studi esaminati comprendendo sia studi con singole discipline che approcci multidisciplinari. Non sono stati differenziati inoltre il tipo di ictus, il grado di disabilità, la presenza di comorbidità, l'intensità dell'intervento. Gli autori hanno concluso suggerendo che la riabilitazione dovrebbe essere maggiormente orientata verso i servizi a domicilio, raccomandando inoltre che la preferenza della persona dovrebbe essere utilizzata per determinare il setting di trattamento individuale.

Tabella VII. Studi inclusi nella meta-analisi di Hillier e Inglis-Jassiem (2010)

STUDI	INTERVENTI	OUTCOMES	RISULTATI
Andersen et al. (2000)	Domicilio (visita medica) vs domicilio (fisioterapia) vs cure convenzionali (ambulatorio, medicina generale)	BI; IEADL; FAI; tassi di riammissione	Tassi di riammissione più bassi nei gruppi domicilio
Baskett et al. (1999)	Domicilio (fisioterapia o terapia occupazionale) vs centro riabilitativo (ambulatorio o day hospital)	MAS; BI; 10mWT, 9HPT, FAT; forza della presa, HAD; GHQ	Ugualmente efficaci
Bjrk Dahl et al. (2006)	Domicilio (fisioterapia o terapia occupazionale) vs centro riabilitativo (ambulatorio)	AMPS; 30mWT; FIM; IAM; NIHSS; BNIS; costi	Ugualmente efficaci; costo dimezzato nel gruppo domicilio
Duncan et al. (1998)	Domicilio (fisioterapia) vs cure convenzionali	FMMA; BI; Lawton; MOS-36; 10mWT; 6 minWT; BBS; JTHF	Ugualmente efficaci
Gilbertson et al., (2000); Gilbertson e Langhorne (2000)	Domicilio (terapia occupazionale) vs cure convenzionali	BI, (N)EADL, COPM; LHS; COOP	Miglioramento delle funzioni, della performance occupazionale e maggiore soddisfazione per il servizio nel gruppo domicilio
Gladman e Lincoln (1994); Gladman et al. (1993)	Domicilio (fisioterapia e terapia occupazionale) vs centro riabilitativo	BI; AMTS; EADL; NHP; +BASE; N-LSI	Nessuna differenza
Lincoln et al. (2004)	Domicilio (team multidisciplinare coordinato) vs centro riabilitativo (ambulatorio, day hospital)	BI; EADL; GHQ-12; EuroQOL; Soddisfazione per il servizio	Minor carico assistenziale per il caregiver e maggiore soddisfazione nel gruppo domicilio

Roderick et al. (2001)	Domicilio (fisioterapia e terapia occupazionale) vs centro riabilitativo (day hospital)	BI; RMI; PGCMS; FAI; PQoL; AMTS; costi	Nessuna differenza
Walker et al. (1999)	Domicilio (terapia occupazionale) vs nessun intervento	BI; EADL; GHQ; CSI; LHS; RMA	Miglioramento nelle ADL; minore carico assistenziale per il caregiver nel gruppo domicilio
Wolfe e Tilling (2000)	Domicilio (team multidisciplinare) vs cure convenzionali (day hospital, ambulatorio)	MI; MMSE; Albert test; FAST; BI; HAD; Rivermead ADL; 5mWT; NHP; CSI	Nessuna differenza
Young and Forster (1991; 1992; 1993)	Domicilio (fisioterapia) vs centro riabilitativo (day hospital-riabilitazione multidisciplinare 2 volte a settimane)	BI; MCA; FAI; NHP; GHQ; stress caregiver; costo- efficacia	Miglioramento della capacità funzionali (salire le scale) e sociali nel gruppo domicilio (a breve e a lungo termine); più conveniente
<p>Outcome: BI, Barthel Index; IEADL, Index of Extended Activities of Daily Living; FAI, Frenchay Activity Index; MAS, Motor Assessment Scale; 10mWT, 10mWalk Test; 9HPT, 9 Hole Peg Test; FAT, Frenchay Arm Test; HAD, Hospital Anxiety and Depression; GHQ, General Health Questionnaire; AMPS, Assessment of Motor and Process Skills; FIM, Functional Independence Measure; IAM, Instrumental Activity Measure; NIHSS, National Institute of Health Stroke Scale; BNIS, Barrow Neurological Institute Screening; FMMA, Fugl–Meyer Motor Assessment; MOS_36, Medical Outcomes Study 36 items; BBS, Berg Balance Scale; JTHF, Jebsen Test of Hand Function; (N)EADL, (Nottingham) Extended Activities of Daily Living; COPM, Canadian Occupational Performance Measure; LHS, London Handicap Scale; COOP, Dartmouth COOP Charts; AMTS, Abbreviated Mental Test Score; NHP, Nottingham Health Profile; BASE, Brief Assessment of Social Engagement; N-LSI, Nottingham version of Life Satisfaction Index; EuroQOL, European Quality of Life; RMI, Rivermead Mobility Index; PGCMS, Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale; PQoL, Perceived Quality of Life; CSI, Carer Strain Index; RMA, Rivermead Motor Assessment; MI, Motricity Index; MMSE, Mini-Mental State Examination; FAST, Frenchay Aphasia Screening Test; MCA, Motor Club Assessment.</p>			

CAPITOLO IV

IL RUOLO DELLA TERAPIA OCCUPAZIONALE NEL PERCORSO RIABILITATIVO DEL PAZIENTE CON ICTUS

4.1 Definizione di Terapia occupazionale

La terapia occupazionale è una professione centrata sulla persona che promuove la salute e il benessere attraverso l'occupazione. L'obiettivo principale della terapia occupazionale è quello di rendere le persone capaci di partecipare alle attività della vita quotidiana. I terapeuti occupazionali raggiungono questo risultato lavorando con le persone e le comunità, aumentando le loro abilità per incrementare il coinvolgimento nelle occupazioni che vogliono fare, devono fare o ci si aspetta che facciano, oppure modificando l'occupazione o l'ambiente per meglio supportare la partecipazione nelle occupazioni (WFOT, 2012). Il supporto della salute e della partecipazione tramite l'occupazione viene posto come principio fondamentale e descrive il pieno senso del dominio della professione (tabella VIII). Il contributo rappresentativo della terapia occupazionale è l'applicazione dei valori base, delle conoscenze e delle abilità per aiutare il cliente (persone, organizzazioni e popolazioni) ad impegnarsi in attività di tutti i giorni o in occupazioni che vuole o deve fare (Roley et al., 2008).

Il terapeuta occupazionale possiede una prospettiva *occupation-centered*, che pone l'occupazione in una posizione centrale, attraverso la quale tutti i compiti e le azioni diventano "partecipazione" in quanto il terapeuta impegna la persona nella performance di compiti e azioni che normalmente le si presentano nella vita quotidiana. Più specificatamente, le valutazioni e gli interventi dovrebbero utilizzare strumenti basati sull'occupazione (*occupation-based*) ed il cui focus immediato è l'occupazione della persona (*occupation-focused*) (Fisher, 2014).

Tabella VIII. Aspetti del dominio di terapia occupazionale (Framework per la pratica clinica della Terapia Occupazionale: dominio e processo, seconda edizione, Roley et al., 2008)

Aree di occupazione	Fattori della persona	Abilità di performance	Schemi di performance	Contesto ambiente	Esigenze delle attività
Attività del vivere quotidiano (ADL)	Valori, convinzioni spiritualità	Abilità senso-percettive	Abitudini	Culturale	Oggetti utilizzati e loro proprietà
Attività strumentali del vivere quotidiano (IADL)	Funzioni del corpo	Abilità motorie e prassiche	Routine	Personale	Esigenze dello spazio
Riposo e sonno	Strutture del corpo	Abilità di regolazione delle emozioni	Ruoli	Fisico	Esigenze sociali
Istruzione		Abilità cognitive	Rituali	Sociale	Sequenze e ritmo
Lavoro		Abilità sociali e di comunicazione		Temporale	Azioni richieste
Gioco				Virtuale	Funzioni del corpo richieste
Tempo libero					Strutture del corpo richieste
Partecipazione sociale					
Tutti gli aspetti del dominio interagiscono per supportare l'impegno, la partecipazione e la salute. Questa tabella non implica alcuna gerarchia					

4.1.1 Pratiche basate sull'uso terapeutico e sulle occupazioni

Gli approcci utilizzati dal terapeuta occupazionale durante la valutazione e l'intervento vengono comunemente distinti tra quelli basati sulla pratica e quelli basati sull'uso terapeutico dell'attività (tabella IX). Una pratica basata sull'uso terapeutico dell'attività presuppone solitamente un modello medico all'interno del quale i bisogni della persona vengono considerati da una prospettiva deficitaria e lo scopo dell'intervento è la riduzione della menomazione, mentre la pratica basata sulle occupazioni presuppone un modello occupazionale nel quale i bisogni sono considerati da una prospettiva di performance e impegno occupazionale e lo scopo dell'intervento è l'abilitazione occupazionale (Polatajko et al., 2015).

Tabella IX. Comparazione tra un approccio basato sull'occupazione e uno sull'uso terapeutico delle attività (Polatajko et al., 2015)

Pratica basata sull'occupazione	Pratica basata sull'uso terapeutico
<p>Valutazione: si considerano le problematiche della performance e dell'impegno nelle occupazioni che sono importanti per il cliente: misure per lo sviluppo occupazionale, la performance e l'impegno ad esempio il <i>Canadian Occupational Performance Measure</i> (COPM) (Law et al., 2005)</p>	<p>Valutazione: si considerano le funzioni e le strutture del corpo, le componenti della performance, l'impatto della disabilità sull'occupazione, ad esempio misure del ROM, della percezione visiva, dello sviluppo motorio (goniometro)</p>
<p>Intervento: si indirizza ai problemi occupazionali per migliorare la performance o l'impegno nelle occupazioni importanti per il cliente, attraverso la presa in carico dei problemi della persona, dell'ambiente o delle occupazioni, da soli o combinati, ad esempio: <i>Cognitive Orientation to daily</i></p>	<p>Intervento: si indirizza alle menomazioni e alle componenti deficitarie della performance per ridurre i danni, per recuperare abilità in modo da permettere una performance occupazionale ottimale, ad esempio integrazione sensoriale (SI), <i>Neurological Developmental Treatment</i></p>

<p><i>Occupational Performance (CO-OP)</i> (Polatajko & Mandich, 2004), modifiche domestiche, propugnatione per l'accessibilità sul lavoro.</p>	<p>(NDT), psicoterapia.</p>
<p>Risultati: Aumento della performance o dell'impegno occupazionali.</p>	<p>Risultati: Menomazione diminuita, abilità aumentate.</p>

4.2 Il ruolo della Terapia Occupazionale nelle linee guida dello Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

Le linee guida prodotte dallo *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN, 2010) forniscono informazioni e raccomandazioni sulla gestione, riabilitazione e prevenzione dei pazienti con ictus. In questa ricerca, sono state scelte queste linee guida per la presenza di raccomandazioni esplicitamente riferite al ruolo del terapeuta occupazionale. Il documento inoltre adotta un metodo strutturato e riproducibile dove la forza delle raccomandazioni è legata al livello dell'evidenza secondo quanto riportato negli allegati III e IV. Gli elementi chiave che caratterizzano l'intervento del terapeuta occupazionale nella riabilitazione dei pazienti con ictus sono riportati nella tabella X mentre le raccomandazioni SIGN sulla riabilitazione dell'ictus, suddivise per fasi di intervento, sono riassunte nella tabella XI.

Tabella X. Elementi chiave della terapia occupazionale (SIGN, 2010)

VALUTAZIONE	INTERVENTO
<ul style="list-style-type: none">▪ Utilizzare l'analisi dell'attività: tutte le componenti dell'attività vengono scomposte e identificate assieme alle limitazioni individuali emerse durante l'esecuzione del compito▪ Valutare le abilità che impattano sull'attività attuale (motorie, cognitive, sensoriali, psicosociali)▪ Valutare le abilità di performance negli ambiti della cura di sé, produttività e tempo libero▪ Valutare l'ambiente sociale (es. famiglia o amici)▪ Valutare l'ambiente fisico (es. domicilio o posto di lavoro)	<ul style="list-style-type: none">▪ Aiutare ogni paziente a raggiungere il massimo livello di indipendenza possibile▪ Recuperare le abilità fisiche, sensoriali, percettive, cognitive attraverso le attività e la pratica▪ Promuovere l'utilizzo di attività significative e mirate all'obiettivo▪ Insegnare nuove strategie per raggiungere il massimo livello di indipendenza funzionale▪ Valutazione e consulenza di attrezzature e adattamenti per migliorare l'indipendenza funzionale▪ Valutazione e consulenza su posture e posizionamenti▪ Valutazione e consulenza sulle problematiche di mobilità (come la guida)▪ Facilitare il trasferimento delle cure dalla fase acuta attraverso la riabilitazione e la dimissione▪ Lavorare e collaborare all'interno del team multidisciplinare▪ Educare paziente e caregiver agli aspetti più importanti della cura dell'ictus▪ Collaborare con gruppi di supporto e di volontariato

Tabella XI. Fasi del percorso riabilitativo della persona con ictus

Fasi dell'intervento riabilitativo	Definizione WFOT	Dimensione ICF	Sintesi delle raccomandazioni SIGN
Fase acuta: Prevenzione del danno secondario e delle conseguenti menomazioni	La terapia occupazionale è una professione centrata sul cliente che promuove la salute e il benessere attraverso l'occupazione. L'obiettivo principale della terapia occupazionale è quello di rendere le persone capaci di partecipare alle attività della vita quotidiana.	Strutture e funzioni del corpo Fattori personali e ambientali	<p>B I pazienti colpiti da ictus che necessitano di ricovero ospedaliero dovrebbero essere ammessi in una Stroke Unit gestita da un team multidisciplinare coordinato e specializzato nella cura dell'ictus.</p> <p>B Il core del team multidisciplinare dovrebbe includere un numero appropriato di personale infermieristico, medico, fisioterapico, di terapia occupazionale, logopedico e di assistenza sociale.</p> <p>B I pazienti e i caregiver devono avere un coinvolgimento attivo nelle prime fasi del processo riabilitativo.</p> <p>C I pazienti devono essere messi in posizione seduta, se la loro condizione medica lo permette.</p> <p>B I pazienti dovrebbero essere mobilizzati il prima possibile dopo l'ictus.</p>
Riabilitazione intensiva		Strutture e funzioni del corpo	<p>B La <i>Constraint Induced Movement Therapy</i> può essere presa in considerazione per gli individui accuratamente selezionati con almeno 10 gradi di estensione delle dita con equilibrio e abilità cognitive intatti.</p>
Riabilitazione estensiva o intermedia	I terapisti occupazionali raggiungono questo risultato lavorando con le persone e le comunità, aumentando le loro abilità per incrementare il coinvolgimento nelle	Attività e Partecipazione Fattori personali e ambientali	<p>B Tutti i pazienti che hanno problemi con le attività della vita quotidiana dopo l'ictus dovrebbero avere accesso ad un terapeuta occupazionale con conoscenze specifiche e competenze nella cura delle patologie neurologiche. Il trattamento di terapia occupazionale dovrebbe essere basato su una valutazione centrata sui problemi del singolo paziente.</p> <p>B Un training personale sulle ADL, condotto da terapisti occupazionali, è raccomandato come parte del programma di riabilitazione dei pazienti ricoverati.</p>

	occupazioni che vogliono fare, devono fare o ci si aspetta che facciano, oppure modificando l'occupazione o l'ambiente per meglio supportare la partecipazione nelle occupazioni (WFOT, 2012).		A Un training personale sulle ADL, condotto da terapisti occupazionali, è raccomandato come parte di un programma di riabilitazione dei pazienti nelle comunità.
Mantenimento e/o prevenzione della progressione della disabilità		Partecipazione Fattori personali e ambientali	<p>D Le visite pre-dimissione dovrebbero essere intraprese per i pazienti che ne fanno richiesta.</p> <p>A La riabilitazione a domicilio o ambulatoriale (paziente esterno o in day hospital) dovrebbe essere considerata per i pazienti con ictus.</p> <p>A I pazienti con ictus, all'interno delle comunità, dovrebbero avere accesso a servizi di riabilitazione specializzati.</p> <p>GPP Nel percorso riabilitativo dovrebbero essere indagate fin da subito le attività lavorative e le relazioni con il datore di lavoro. Una volta stabilite le esigenze lavorative, i pazienti dovrebbero avere adeguate valutazioni sulle capacità di soddisfare le esigenze dell'impiego attuale o potenziale.</p>
WFOT: <i>World Federation of Occupational Therapists</i> ; ICF: <i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>			

4.3 Una possibile proposta per la dimissione precoce: il *Reablement*

In letteratura il termine *Reablement* definisce i servizi che aiutano persone con problemi di salute fisica o mentale, ad adattarsi alla malattia facendo acquisire o recuperare le competenze necessarie per le attività della vita quotidiana.

Rispetto alle cure domiciliari convenzionali il focus viene posto sul ripristino delle abilità funzionali, valorizzando ciò che le persone possono fare, in modo da prevenire la dipendenza assistenziale (SCIE, 2011). Il servizio è tipicamente fornito da un team di cura multidisciplinare che interviene con molteplici visite domiciliari per un tempo solitamente compreso tra le 6 e le 12 settimane (Cochrane et al., 2016). L'intervento si caratterizza per essere:

- centrato sulla persona,
- interdisciplinare,
- diretto,
- intensivo,
- domiciliare,
- focalizzato sulle attività della vita quotidiana (Tuntland et al., 2014).

Nella pianificazione di un servizio *Reablement*, dovrebbe essere previsto il coinvolgimento del terapeuta occupazionale (IRISS, 2011). I terapeuti occupazionali possono essere membri principali del team o in alternativa lavorare in collaborazione con un servizio *Reablement* (SCIE/COT, 2011).

Il *Reablement* sembrerebbe abbassare i costi sanitari riducendo il bisogno di una assistenza convenzionale continuativa, tuttavia attualmente non vi sono forti evidenze sulla riduzione della spesa dell'assistenza sanitaria (IRISS, 2011).

CAPITOLO V

STIMA DEI COSTI

Per valutare la sostenibilità di un rientro domiciliare precoce dalla fase post-acuta riabilitativa ospedaliera con un adeguato piano di dimissione in sicurezza a continuità riabilitativa a domicilio, è stata eseguita una simulazione realistica sui dati relativi ad un'azienda per l'assistenza sanitaria del Friuli Venezia Giulia che rimarrà anonima per riservatezza.

La riabilitazione in Friuli Venezia Giulia può essere svolta in strutture ospedaliere e anche in strutture residenziali. Nel 2015, è stato delineato un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale dell'Ictus (PDTA, Rete Ictus FVG, 2015).

L'azienda sanitaria presa come riferimento ha un bacino di utenza di circa 250.000 residenti. È servita da Distretti Sanitari e da un ospedale che offre tutte le attività e le specialità necessarie alle fasi acuta e riabilitativa ospedaliera del PDTA. Per le caratteristiche dell'azienda presa in considerazione e del suo ospedale, un'eventuale "fuga" di pazienti verso altre aziende sanitarie è improbabile e comunque trascurabile. Per tali motivi riteniamo che l'analisi effettuata in base ai dati provenienti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) registrati nei database aziendali sia affidabile.

Per gli scopi di questo studio, sono stati richiesti alla direzione aziendale i dati relativi alle Schede di Dimissione Ospedaliera di tutte le persone residenti nel territorio dell'azienda, ricoverate nel 2015 in reparti per acuti dell'ospedale di riferimento con diagnosi di ictus¹⁰.

Di queste persone è stato richiesto il numero di decessi nel reparto per acuti e il numero di trasferimenti in reparti riabilitativi.

Nell'azienda di riferimento per questo studio, il PDTA nella sua fase riabilitativa post-acuta viene assicurato da due strutture riabilitative ospedaliere (una dedicata esclusivamente alla riabilitazione intensiva e l'altra sia alla riabilitazione intensiva che estensiva) e dalla Residenza Sanitaria Assistenziale dove viene svolta una riabilitazione estensiva.

¹⁰ Codice International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification (ICD-9-CM): 430, 431, 432, 433, 434, 436.

L'azienda ha fornito per ogni persona i seguenti dati:

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| ▪ ID Assistito anonimo | ▪ Divisione di dimissione |
| ▪ Età | ▪ Codice DRG ¹¹ |
| ▪ Progressivo SDO | ▪ Descrizione DRG |
| ▪ Anno di dimissione | ▪ Regime di ricovero |
| ▪ Ospedale | ▪ Diagnosi principale |
| ▪ Data di accettazione | ▪ Diagnosi secondaria |
| ▪ Data di dimissione | ▪ Intervento 1 |
| ▪ Giornate di degenza (0 forzate a 1) | ▪ Intervento 2 |
| ▪ Importo della degenza | ▪ Modalità di dimissione |

In base ai dati estratti dal sistema informativo aziendale nel 2015 risultano 570 dimissioni dai reparti per acuti di persone residenti nel territorio della stessa azienda sanitaria per diagnosi principale di ICTUS, per un totale di 543 utenti.

Per valutare la validità di questi dati si è calcolato il numero di casi incidenti attesi in base ai dati epidemiologici riportati dal recente PDTA (Rete Ictus FVG, 2015). Il tasso grezzo di incidenza in questa regione è di 180 casi/100.000 abitanti/anno, pertanto nella popolazione residente nel territorio di riferimento per l'azienda sanitaria presa in considerazione si attendono 439 casi incidenti, dato inferiore al numero registrato di 543.

Si è quindi proceduto ad una analisi caso per caso dei dati aziendali per escludere i casi di ictus probabilmente non “veri” primi episodi. Si è potuto eseguire tale valutazione grazie al codice anonimo identificativo del singolo paziente.

Grazie a questa analisi dettagliata, dal calcolo di ricovero in reparto per acuto per ictus, sono stati esclusi i seguenti casi:

- ricoveri ripetuti consecutivi con stessa diagnosi (es: prima neurologia poi chirurgia vascolare, prima medicina poi chirurgia vascolare, prima neurologia poi clinica neurologica, prima terapia intensiva poi neurochirurgia o neurologia o medicina, prima neurologia poi medicina, prima neurologia o medicina poi neurochirurgia o terapia intensiva);

¹¹ Diagnosis Related Groups (DRG): Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi.

- soggetti ricoverati in chirurgia vascolare per endoarteriectomia o con meno di 4 giorni di degenza o con diagnosi di occlusione senza menzione di infarto cerebrale;
- un soggetto ricoverato in chirurgia vertebro-midollare e uno in ortopedia in quanto l'ictus non era la causa di ricovero;
- ricoveri in regime di day hospital in quanto non rappresentano un ricovero per ictus in fase acuta;
- ricoveri per ictus di durata < 4 giorni (la gran parte di questi erano per interventi vascolari o per procedure diagnostiche invasive).

Dopo questa rilettura dei casi, verosimilmente non primi ricoveri per ictus acuto, sono stati individuati 477 casi, dato più vicino ai 439 attesi. Di questi 8 persone avevano ricoveri ripetuti ma a distanza di mesi, con lunghezza di degenza compatibile con nuovo evento ictale o con diagnosi diversa (es. ictus ischemico e emorragico).

Le seguenti tabelle riassumono il numero di persone residenti nell'azienda sanitaria presa in considerazione dimesse per verosimile ictus acuto nel 2015 dall'ospedale per acuti e il loro destino alla dimissione.

Tabella XII. Persone residenti nell'azienda sanitaria presa in considerazione (circa 250.000 residenti) dimesse per ictus nel 2015 dall'ospedale per acuti e destino alla dimissione.

<i>Destinazione</i>	<i>N° dim.</i>		
ORDINARIA AL DOMICILIO	262	54,93%	
DECEDUTO/A	80	16,77%	
ORDINARIA PRESSO UNA R.S.A.	72	15,09%	Percorso riabilitativo 26,21%
TRASF. AD ALTRO IST. PUBBL. O PRIV. DI RIABIL.	53	11,11%	
TRASF. AD ALTRO REGIME RIC. NELLO STESSO IST.	4	0,84%	
ORDINARIA CON ATTIV. ASSIST. DOMIC. INTEGRATA	3	0,63%	
VOLONTARIA	1	0,21%	
TRASF. AD ALTRO IST. PUBBL. O PRIV. PER ACUTI	1	0,21%	
AL DOMICILIO CON ATTIV. OSPEDALIZZ. DOMICILIARE	1	0,21%	
TOTALI	477	100,00%	

Tabella XIII. Numero di persone residenti nell'azienda sanitaria presa in considerazione (circa 250.000 residenti) dimesse per ictus nel 2015 dall'ospedale per acuti e destino alla dimissione, esclusi i deceduti.

<i>Destinazione</i>	<i>N° dim.</i>	
ORDINARIA AL DOMICILIO	262	65,99%
ORDINARIA PRESSO UNA R.S.A.	72	18,14%
TRASF. AD ALTRO IST. PUBBL. O PRIV. DI RIABIL.	53	13,35%
		Percorso riabilitativo 31,49%
TRASF. AD ALTRO REGIME RIC. NELLO STESSO IST.	4	1,01%
ORDINARIA CON ATTIV. ASSIST. DOMIC. INTEGRATA	3	0,76%
VOLONTARIA	1	0,25%
TRASF. AD ALTRO IST. PUBBL. O PRIV. PER ACUTI	1	0,25%
AL DOMICILIO CON ATTIV. OSPEDALIZZ. DOMICILIARE	1	0,25%
TOTALI MENO DECEDUTI	397	100,00%

Come riportato in tabella XIII, le persone che hanno beneficiato di una fase riabilitativa nel loro percorso post-ictus sono il 31,5%, rispettivamente 13,35% in setting ospedaliero e 18,14% in setting residenziale.

Coloro che dopo un ricovero in reparto per acuti hanno avuto un ricovero ospedaliero riabilitativo (53 residenti) sono stati accolti come illustrato nella tabella seguente:

Tabella XIV. Setting riabilitativo alla dimissione da reparto per acuti

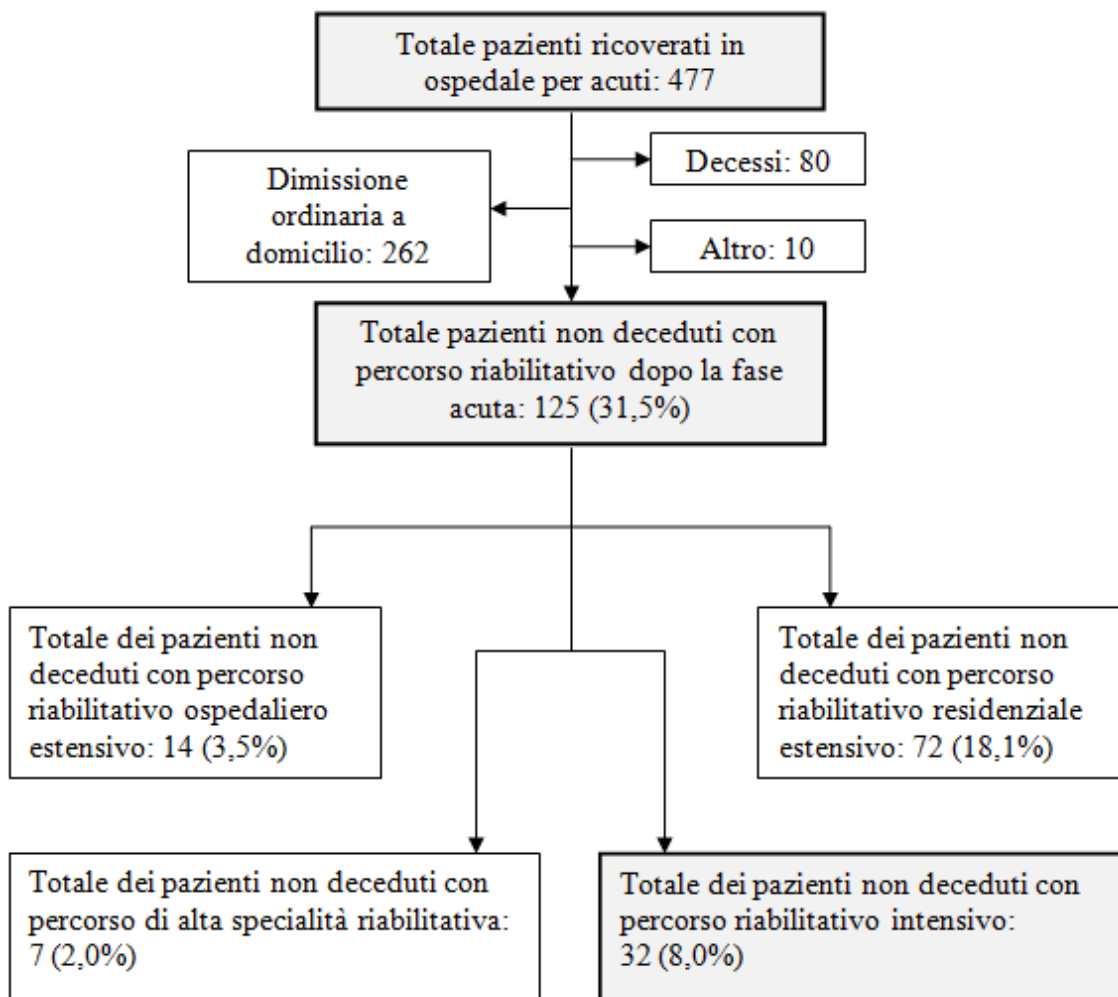
Setting riabilitativo	Struttura operativa	N° dim.
Ospedale riabilitativo	Riabilitazione intensiva	32
	Unità Gravi Cerebrolesioni	7
	Riabilitazione intensiva/estensiva	14

Di questi, 32 hanno avuto un ricovero presso una struttura ad alta intensità riabilitativa, quindi, verosimilmente, presentavano un miglior potenziale di recupero e potrebbero essere i candidati ottimali alla dimissione precoce con continuità riabilitativa.

Focalizzando l'analisi sulle caratteristiche del ricovero, la lunghezza media della degenza delle persone residenti in azienda ricoverate in setting ospedaliero intensivo è stata nel 2015 di 47 giorni.

Il seguente schema (figura III) riassume il flusso dei pazienti residenti ricoverati per ictus nel 2015.

Figura III. Pazienti ricoverati per ictus (2015), residenti nel territorio dell'azienda e loro percorso riabilitativo



In modo realistico per la realtà italiana ed in sintonia con il PDTA per l'ictus friulano, si è ipotizzato un modello di percorso con dimissione precoce dopo 30 giorni di degenza riabilitativa ospedaliera intensiva. Inoltre, al fine di poter assicurare una buona riabilitazione in termini quantitativi e qualitativi, si è ipotizzata continuità riabilitativa domiciliare di 8 settimane, 5 giorni la settimana, 2 ore al giorno. Sulla base della degenza media reale e dell'ipotesi di dimissione precoce si sono stimati i risparmi e i costi.

Tabella XV. Costi per riabilitazione a domicilio.

		<i>Note per il calcolo</i>
N. ricoveri in riabilitazione intensiva	32	Vedi sopra
N. ore di riabilitazione a domicilio	80	2 ore/die per 5 gg/sett, per 8 settimane
N. ore per raggiungere domicilio	40	1/2 ora di andata e 1/2 ora di ritorno per 40 uscite
N. di ore totali/paziente per riabilitazione a domicilio compreso viaggio	120	
Numero di ore totali per la riabilitazione domiciliare	3840	120 ore x 32 pazienti; 80 ore di riabilitazione + 20 ore di viaggio
Costo orario terapeuta	23,74	Costo fornito dall'azienda sulla base di uno stipendio lordo annuo di 37033,31 per un monte ore teorico lavorativo di 1560
Costi per terapisti	91161,60	Costo orario per numero di ore totali
Spese mezzo trasporto	25600,00	Calcolato per una FIAT Panda 1200 con tabelle ACI: 0,4euro/km Percorrenza media 50 km per uscita, 25 andata e 25 ritorno. Totale 40 uscite per 32 utenti
Costi totali per riabilitazione domiciliare	116761,60	Costi per terapisti + per mezzo di trasporto

Tabella XVI. Costi per l'eccedenza di giornate di degenza oltre ai 30 giorni

		<i>Note per il calcolo</i>
N. ricoveri in riabilitazione intensiva	32	Vedi sopra
Degenza media giorni	47	Dati forniti dall'azienda
Giorni totali di degenza eccedente 30 gg	544	(Degenza media – degenza voluta) x 32 ricoveri; (47 – 30) x 32
Costo medio complessivo ricovero	12013,32	Calcolato come media degli importi di ogni ricovero nel reparto di riabilitazione intensiva fornito dall'azienda
Costo medio giornaliero ricovero	255,60	Calcolato come costo medio dei ricoveri / degenza media in giorni (12013,32/47)
Risparmi giornate eccedenza	139046,40	Costo medio giornaliero di ricovero x giornate degenza eccedenti i 30 giorni

5.1 Discussione e considerazioni finali

Dalla stima dei costi, emerge quindi un risparmio di 22284,80 Euro¹².

In generale, si può osservare che il numero dei pazienti a cui si fornirebbe un servizio ESD (32) rappresenta il 25,6% del totale dei soggetti attualmente sottoposti a percorso riabilitativo dopo la fase acuta (125). Se invece si considerano tutti i soggetti ricoverati in ospedale per acuti (397), escludendo i decessi, i pazienti target costituirebbero una componente limitata all'8,1%.

La stima proposta porterebbe ad un risparmio di 17 giornate di degenza, in aggiunta l'intervento di terapia riabilitativa domiciliare sarebbe strutturato in un setting familiare e significativo per il paziente. La durata dell'intervento sarebbe estesa ad 8 settimane per 5 giorni la settimana; corrispondenti ad un totale di 80 sedute di un'ora.

Il numero di terapisti da coinvolgere in questo tipo di servizio è di 2,5 unità (3840 ore di lavoro/1560 ore di orario teorico annuale di tecnico della riabilitazione al netto di ferie, festività, assenze per aggiornamenti, malattia, infortunio).

In questa stima non è stato possibile accedere ai punteggi relativi all'indice di Barthel: la mancanza di un riferimento clinico sul grado di disabilità potrebbe comportare delle variazioni rispetto ai risultati del modello descritto in precedenza. In particolare andrebbe confermato il livello di disabilità dei 32 candidati in modo da verificare l'effettiva appartenenza ad un target ottimale ESD (indice di Barthel > 9/20; Fearon et al., 2012).

L'analisi costi-utilità, analogamente a quanto fatto nella ricerca di Saka et al. (2009), andrebbe ulteriormente sviluppata tramite il calcolo relativo al QALY accertando così la reale superiorità rispetto alle altre modalità assistenziali.

¹² Costi per giorni di degenza eccedenti i 30 (139046,40€) - Costi totali per riabilitazione domiciliare (116761,60€)

CONCLUSIONI

Questo studio ha permesso di analizzare le evidenze attualmente disponibili in letteratura rispetto alla dimissione precoce associata ad intervento domiciliare in pazienti con ictus, definendo il ruolo della Terapia Occupazionale all'interno del percorso di cura.

In generale la dimissione ospedaliera precoce e protetta viene fornita da servizi progettati per accelerare le dimissioni dei pazienti ricoverati in ospedale. Tali servizi sono caratterizzati dalla presenza di un team multidisciplinare che pianifica e coordina le dimissioni offrendo una riabilitazione continua anche dopo il rientro a domicilio (Fisher et al., 2011). Il setting riabilitativo nel post ricovero non comporta effetti negativi ma produce invece risultati superiori in termini di autonomia funzionale nell'ambito della riabilitazione domiciliare. Questi effetti tuttavia sembrerebbero limitati esclusivamente al primo periodo post-dimissione ospedaliera senza chiare evidenze della loro permanenza nel lungo termine (Hillier e Inglis-Jassiem, 2010). La dimissione precoce sembra essere più vantaggiosa rispetto all'usuale intervento, in particolare per le condizioni medio-lievi (indice di Barthel > 9/20) riportando miglioramenti nel recupero e mantenimento dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana. La modalità organizzativa che è sembrata più efficace è stata quella caratterizzata da un team multidisciplinare che ha coordinato tutto il percorso, dalla dimissione all'eventuale terapia riabilitativa domiciliare (Fearon et al., 2012). Lo studio proposto da Hofstad e colleghi (2012) in Norvegia ha fissato una degenza media di circa 11 giorni in Stroke Unit escludendo possibilità di ulteriori margini di dimissione precoce. Per quanto riguarda invece la degenza nella fase post-acute sono stati osservati tempi complessivi di istituzionalizzazione più ristretti per i soggetti sottoposti a dimissioni precoci protette, tuttavia non è stato chiarito quali potrebbero essere i limiti temporali ottimali da considerare in questa fase. Ad una riduzione della degenza ospedaliera lo studio non associa differenze statisticamente significative in termini di outcome funzionali pertanto è lecito pensare che a parità di esito si debbano considerare i modelli assistenziali con miglior rapporto costo-efficacia. Relativamente al dominio costo-efficacia lo studio proposto da Krueger e colleghi (2012) nella realtà canadese identifica l'ottimizzazione dell'accesso alle dimissioni precoci protette come uno dei fattori che ha contribuito maggiormente alla riduzione dei costi nella spesa sanitaria riportando un risparmio di 132,9 milioni di dollari, riducendo sia la durata totale della

degenza sia il rischio di ricovero in una residenza sanitaria. Nel contesto inglese, lo studio di Saka et al. (2009), rappresenta la prima analisi economica che valuta il costo-efficacia delle Stroke Unit seguite da dimissioni precoci fornendo un riferimento importante per la comprensione delle implicazioni economiche delle diverse politiche di dimissione. Dalla ricerca si evince che il risparmio sui costi che possono essere generati dalla riduzione della degenza media ospedaliera del soggiorno è in parte compensato dai costi della riabilitazione che tuttavia rimangono all'interno di limiti ragionevoli se confrontati con l'aumento dell'efficacia.

Dall'analisi dei dati reali e dalla stima dei costi è emerso che un servizio ESD coinvolgerebbe solo una quota modesta di pazienti ricoverati per ictus. Questo effetto sembra essere direttamente legato alla ridotta presenza di pazienti target con caratteristiche precedentemente descritte. Nonostante ciò, per tali pazienti, si è osservato un risparmio virtuale frutto di una degenza ridotta rispetto a quella attuale. Inoltre la continuità riabilitativa ipotizzata in associazione alle dimissioni precoci fornirebbe una copertura di 40 sedute a domicilio erogate nell'arco di 8 settimane. I risultati ottenuti in questa stima sono difficilmente paragonabili con altri studi sul territorio nazionale e necessitano di ulteriori approfondimenti in particolare attraverso l'impiego della misura QALY.

I dati di questa Tesi di Laurea potrebbero trovare applicabilità in nuovi modelli riabilitativi che rispondano alla necessità di contenere le spese sanitarie senza abbassare la qualità dei servizi erogati. La terapia occupazionale nell'ottica di un piano riabilitativo a domicilio per i pazienti con ictus viene supportata dalle evidenze presenti in letteratura e prevista esplicitamente all'interno dell'Accordo documento della Conferenza Stato-Regioni del 2005¹³. Le linee guida dello *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN, 2010) forniscono informazioni riferite al ruolo del terapeuta occupazionale sulla gestione, riabilitazione e prevenzione dei pazienti con ictus.

Nella futura ricerca, ulteriori studi potrebbero approfondire gli effetti ottenibili dai modelli ESD, in particolar modo per le condizioni di disabilità medio-lievi, poiché i benefici ipotizzati, non compromettono la qualità delle cure.

¹³ “Documento di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale”, prodotto dal gruppo di lavoro nell'ambito dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano.

BIBLIOGRAFIA

Bjrkdahl A., Nilsson A.L., Grimby G., Sunnerhagen K.S., “Does a short period of rehabilitation facilitate functioning after stroke? A randomized controlled trial”. *Clin. Rehabil.*, 2006, 20:1038–49.

Candelise L., Gattinoni M., Bersano A. et al., “PROSIT Study Group. Stroke-unit care for acute stroke patients: an observational follow-up study.” *Lancet*, 2007, 369: 299-305.

Casazza S., Consoli D., De Falco F.A., Delfini R., Lenzi G.L. et al., “Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura della patologia cerebrovascolare”. *Quaderni del Ministero della Salute*. Marzo-aprile 2012.

Reperibile al 10 agosto 2016 all’indirizzo internet:

<http://www.quadernidellasalute.it/archivio-quaderni/index.php>

Cochrane A., Furlong M., McGilloway S., Molloy D. W., Stevenson M., Donnelly M., “Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults”. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2016.

Consoli D., De Falco F.A., Lenzi G.L., Micieli G. et al., “Organizzazione dell’Assistenza all’Ictus: le Stroke Unit”. *Quaderni del Ministero della Salute*. Marzo-aprile 2010.

Reperibile al 10 agosto 2016 all’indirizzo internet:

<http://www.quadernidellasalute.it/archivio-quaderni/index.php>

Decreto del Ministero della Salute del 18 ottobre 2012, “Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”. Reperibile al 10 agosto 2016 all’indirizzo:

<http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/01/28/13A00528/sg>

Di Carlo A., et al., for the ILSA working group, “Stroke in an Elderly Population. Incidence and Impact on Survival and Daily Function. The Italian Longitudinal Study on Aging”. *Cerebrovasc. Dis.*, 2003, 16: 141-150.

Easton J.D., et al., "Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American

Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease. The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists". *Stroke*, 2009, 40(6): 2276-2293.

Farinella D., Saitta P., Signorino G., "Sanità e governance territoriale: il caso dell'assistenza integrata all'ictus", ed. Franco Angeli s.r.l., 2012, Milano.

Fearon P., Langhorne P., Early Supported Discharge Trialists, "Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients". *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2012, 9.

Feigin V.L., et al., GBD 2013 Writing Group, GBD 2013 Stroke Panel Experts Group, "Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990-2013: The GBD 2013 Study". *Neuroepidemiology*, 2015, 45(3): 161-76.

Feigin, V. L., Norrving, B., George, M. G., Foltz, J. L., Roth, G. A., Mensah, G. A., "Prevention of stroke: a strategic global imperative". *Nat. Rev. Neurol.*, 2016, 12(9): 501-12.

Fisher A.G., "Implementare le valutazioni in terapia occupazionale: siamo pronti a raccogliere la sfida di essere centrati sull'occupazione?". *G.I.T.O.*, 2014, pagg. 5-9.

Fisher R. J., Gaynor C., Kerr M., Langhorne P., Anderson C., Bautz-Holter E. et al., "A consensus on stroke early supported discharge". *Stroke*, 2011, 42(5): 1392-1397.

Gilbertson L., Langhorne P., Walker A., Allen A., Murray G., "Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital: randomized controlled trial". *BMJ*, 2000, 320: 603-6.

Hatano S., "Experience from a multicentre stroke register: a preliminary report". *B. World. Health Organ.*, 1976, 54(5), 541.

Hillier S., Inglis-Jassiem G., "Rehabilitation for community-dwelling people with stroke: home or centre based? A systematic review". *Int. J. Stroke*, 2010, 5(3), 178-186.

Hofstad H., Gjelsvik B., Næss H., Eide G., Skouen J., "Early supported discharge after stroke in Bergen (ESD Stroke Bergen): three and six months results of a randomised

controlled trial comparing two early supported discharge schemes with treatment as usual". BMC Neurol., 2014, 14:239.

Hofstad H., Naess H., Moe-Nilssen R., Skouen J., "Early supported discharge after stroke in Bergen (ESD Stroke Bergen): a randomized controlled trial comparing rehabilitation in a day unit or in the patients' homes with conventional treatment". Int. J. Stroke, 2012, 8:582-7.

Institute for Research and Innovation in Social Services (IRISS), "Effectiveness of reablement services", 2011.

Reperibile al 10 agosto 2016 all'indirizzo:

<https://www.iriss.org.uk/resources/insights/effectiveness-reablement-services>

Krueger H., Lindsay P., Cote R., Kapral M. K., Kaczorowski J., Hill M. D., "Cost avoidance associated with optimal stroke care in Canada". Stroke, 2012, 43(8), 2198-2206.

Law M., Baptiste M., Carswell A., McColl M., Polatajko H., Pollock N., "The Canadian Occupational Performance Measure (COPM)" (4th ed.). CAOT Publications ACE, 2005, Ottawa.

Langhorne P., Holmqvist L.W., "Early supported discharge after stroke." J. REHABIL. MED., 2007, 39: 103–108.

Lozano R., Naghavi M., Foreman K., Lim S., Shibuya K., Aboyans V., et al., "Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010". Lancet, 2012, 380: 2095–128.

Ministero della Salute Documento di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale. Accordo della Conferenza Stato Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 3 febbraio 2005.

Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione sanitaria, "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, Dati SDO 2014". Roma, giugno 2015.

Murray C.J.L., Vos T., Lozano R., Naghavi M., Flaxman A.D., Michaud C., et al., "Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions,

1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010". *Lancet*, 2012, 380: 2197–223.

Polatajko H. J., Almeida P., Pontes T., "Pratica basata sull'occupazione, pratica centrata sul cliente: un imperativo in terapia occupazionale". G.I.T.O., 2015, pagg. 21-32.

Polatajko H. J., Mandich A., "Enabling Occupation in children: The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance(CO-OP) approach". CAOT Publications ACE, 2004, Ottawa.

Rete ICTUS FVG, "Percorso assistenziale per la presa in carico del paziente con ictus cerebrale". Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, 2015. Reperibile al 10 agosto 2016 all'indirizzo internet:

https://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/FOGLIA38/allegati/21082015_Pubblicazione_PERCORSO_ICTUS.pdf

Roley S.S., DeLany J.V., Barrows C.J., et al., "Occupational therapy practice framework: domain e process 2nd edition". *Am. J. Occup. Ther.*, 2008, 62(6): 625.

Sacco S., Stracci, F., Cerone, D., Ricci, S., Carolei, A., "Epidemiology of stroke in Italy". *Int. J. Stroke*, 2011, 6(3): 219-227.

Saka Ö., Serra V., Samyshkin Y., McGuire A., Wolfe C.C., "Cost-effectiveness of stroke unit care followed by early supported discharge. *Stroke*, 2009, 40(1), 24-29.

Shepperd S., et al. "Hospital at home early discharge." *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2009, (1),CD000356.

Smith L. et al., *Management of Patients With Stroke: Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning: a National Clinical Guideline*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010, vol. 118.

Reperibile al 10 agosto 2016 all'indirizzo: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf>

Social Care Institute of Excellence (SCIE) and College of Occupational Therapists (COT) "Reablement: a key role for occupational therapists. At a glance Briefing 46". London, 2011.

Reperibile al 10 agosto 2016 all'indirizzo:

<http://www.scie.org.uk/publications/ataglance/ataglance46.asp>

Social Care Institute for Excellence (SCIE) “Reablement: emerging practice messages”, 2011.

Reperibile al 10 agosto 2016 all’indirizzo:

<http://www.scie.org.uk/reablement/emerging-practice-messages/>

Spread: Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion, “Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento”. A cura del comitato scientifico SPREAD ITALIA. V Edizione 2007. Reperibile al 10 agosto 2016 all’indirizzo: <http://www.siapav.it/pdf/SPREAD%202007.pdf>

Spread: Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion: “Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento”. A cura del comitato scientifico SPREAD ITALIA .VII Edizione 2012. Reperibile al 10 agosto 2016 all’indirizzo: <http://www.iso-spread.it/index.php?azione=volume&azionec=3>

The Italian Longitudinal Study on Aging Working Group, “Prevalence of chronic diseases in older Italians: comparing self-reported and clinical diagnoses”. *International Journal of Epidemiology*, 1997, 26: 995-1002.

Walker M., Gladman J., Lincoln N., Siemonsma P., Whiteley T., “Occupational therapy for stroke patients not admitted to hospital: a randomized controlled trial”. *Lancet*, 1999, 354:278–80.

World Federation of Occupational Therapists, “Definition of Occupational Therapy for Member Organisation”, 2012. Reperibile al 10 agosto 2016 all’indirizzo: www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/did/608/Default.aspx

Young J., Forster A., “Day hospital and home physiotherapy for stroke patients: a comparative cost-effectiveness study”. *J. ROY. COLL. PHYS. LOND.*, 1993, 27:323–6.

ALLEGATO I

Fearon P., Langhorne P., Early Supported Discharge Trialists, "Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients". Cochrane Database Syst. Rev., 2012, 9.

Hofstad H., Gjelsvik B., Næss H., Eide G., Skouen J., "Early supported discharge after stroke in Bergen (ESD Stroke Bergen): three and six months results of a randomised controlled trial comparing two early supported discharge schemes with treatment as usual". BMC Neurol., 2014, 14:239.

Hofstad H., Naess H., Moe-Nilssen R., Skouen J., "Early supported discharge after stroke in Bergen (ESD Stroke Bergen): a randomized controlled trial comparing rehabilitation in a day unit or in the patients' homes with conventional treatment". Int. J. Stroke, 2012, 8:582-7.

Hillier S., Inglis-Jassiem G., "Rehabilitation for community-dwelling people with stroke: home or centre based? A systematic review". Int. J. Stroke, 2010, 5(3), 178-186.

Langhorne P., Holmqvist L.W., "Early supported discharge after stroke." J. REHABIL. MED., 2007, 39: 103–108.

Krueger H., Lindsay P., Cote R., Kapral M. K., Kaczorowski J., Hill M. D., "Cost avoidance associated with optimal stroke care in Canada". Stroke, 2012, 43(8), 2198-2206.

Saka Ö., Serra V., Samyshkin Y., McGuire A., Wolfe C.C., "Cost-effectiveness of stroke unit care followed by early supported discharge. Stroke, 2009, 40(1), 24-29.

Linee guida

Spread: Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion, "Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento". A cura del comitato scientifico SPREAD ITALIA. V Edizione 2007.

Spread: Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion: "Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento". A cura del comitato scientifico SPREAD ITALIA .VII Edizione 2012.

Smith L. et al., Management of Patients With Stroke: Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning: a National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010, vol. 118.

ALLEGATO II

Outcome primari e secondari dello studio condotto da Hofstad e colleghi in Norvegia
(Hofstad et al., 2012)

Tempo	Strumenti
Prima o all'inclusione	E-stroke, NIHSS
Subito dopo l'inclusione	AMPS, TIS, PASS, TUG, FAC, NRS, MMSE, Standardized five-meter walking test, valutazione logopedica
7 giorni dopo l'inclusione o prima, se dimessi dalla Stroke Unit	NIHSS, mRS, BI, SCQ, SHC
3 mesi dopo l'inclusione	NIHSS, mRS, BI, soddisfazione del paziente, AMPS, TIS, PASS, TUG, FAC, NRS, Standardized five-meter walking test, valutazione logopedica
6 mesi dopo l'inclusione	NIHSS, mRS, BI, soddisfazione del paziente, AMPS, TIS, PASS, TUG, FAC, NRS, Standardized five-meter walking test
12 mesi dopo l'inclusione	NIHSS, mRS, BI, SIS, RSS, PGIC, SF-36, soddisfazione del paziente, valutazione logopedica, valutazione cognitive e neuropsicologica
24 mesi dopo l'inclusione	mRS, BI, PGIC, SF-36
<p>E-stroke, Bergen NORSTROKE Registry; NIHSS, National Institute of Health Stroke Scale; AMPS, Assessment of Motor and Process Skills; TIS, Trunk Impairment Scale; PASS, Postural Assessment Scale for Stroke; TUG, Timed Up-and-Go; FAC, Functional Ambulation Categories; NRS, Numeric Rating Scale; MMSE, Mini-Mental State Examination; Standardized five-meter walking test; valutazione logopedica; mRS, Modified Rankin Scale; BI, Barthel ADL Index; SCQ, Self-Administered Comorbidity Questionnaire; SHC, Subjective Health Complaints; SIS, Stroke Impact Scale; RSS, Relative Stress Scale; PGIC, Patient Global Impression of Change; SF-36, Short Form 36 Health Survey.</p>	

ALLEGATO III

Livello di evidenza del *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, 2010)*

LIVELLO DI EVIDENZA	
1	Revisioni sistematiche e meta-analisi di RCT o singoli RCT
1++	Rischio di errori molto basso
1 +	Rischio di errori basso
1 -	Rischio di errori elevato
2	Revisioni sistematiche e meta-analisi di studi epidemiologici di caso/controllo o di coorte o singoli studi di caso/controllo o di coorte
2 ++	Rischio di errori molto basso, probabilità molto bassa di fattori confondenti, elevata probabilità di relazione causale tra intervento e effetto
2 +	Rischio di errori basso, bassa probabilità presenza fattori di confondimento, moderata probabilità di relazione causale tra intervento e effetto
2-	Rischio di errori elevato, i risultati dello studio non sono affidabili, esiste un elevato rischio che la relazione intervento/effetto non sia causale
3	Disegni di studio non analitici come report di casi e serie di casi.
4	Opinione di esperti

ALLEGATO IV

Grado delle raccomandazioni del *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN, 2010)

GRADO DELLE RACCOMANDAZIONI	
<i>Nota:</i> il grado di raccomandazione si riferisce alla forza delle prove su cui si basa la raccomandazione. Non riflette l'importanza clinica della raccomandazione.	
A	Almeno una meta-analisi o revisione sistematica o RCT valutato 1++ e direttamente applicabile alla popolazione target <i>oppure</i>
	Il corpo delle evidenze disponibili consiste principalmente in studi valutati 1+ direttamente applicabili alla popolazione target e con risultati coerenti per direzione e dimensione dell'effetto
B	Il corpo delle evidenze include studi valutati 2++ con risultati applicabili direttamente alla popolazione target e con risultati coerenti per direzione e dimensione dell'effetto
	Evidenze estrapolate da studi valutati 1++ o 1+
C	Il corpo delle evidenze include studi valutati 2+ con risultati applicabili direttamente alla popolazione target e con risultati coerenti per direzione e dimensione dell'effetto.
	Evidenze estrapolate da studi valutati 2++
D	Evidenze di livello 3 o 4
	Evidenze estrapolate da studi valutati 2+
GPP	Good Practice Point: migliore pratica raccomandata sulla base dell'esperienza del gruppo di sviluppo delle linee guida

