

Strumenti di valutazione e verifica dell'efficacia nei trattamenti riabilitativi del terapeuta occupazionale

L'obiettivo di questo articolo è introdurre e commentare alcune scale di valutazione che il terapeuta occupazionale può utilizzare per verificare l'efficacia e gli outcome del processo in terapia occupazionale. I problemi motivazionali causati da eventi critici e da condizioni di fragilità possono portare le persone a evitare l'impegno occupazionale o a fare scelte sbagliate: i dati raccolti sulla volontà di una persona consentono al terapeuta di identificare gli ostacoli motivazionali al funzionamento e successivamente pianificare l'intervento. Le conclusioni, redatte da medici geriatri, si focalizzano sull'importanza della professione.

Di Christian Pozzi (Scuola Universitaria Professionale Svizzera Italiana SUPSI, CH), Pier Carlo Battain (Società Tecnico Scientifica Italiana di Terapia Occupazionale), Alessandro Lanzoni (Nucleo NODAIA, Ospedale Villa Igea, Modena), Elisabetta Romano (Centro Geriatrico Fondazione. Boni, Suzzara, MN), Tullia Vespasiano (Casa di Cura "Madonna dei Boschi", Buttigliera Alta, TO), Noemi Penna (Fondazione Don Gnocchi, Centro IRCSS S. Maria Nascente), Patrizia Ianes (Ospedale Riabilitativo Villa Rosa APSS Trento), Rossella Ghensi (Ospedale Riabilitativo Villa Rosa APSS Trento), Tamara Zamparo (ASUIUD, Istituto di Medicina Fisica e Riabilitazione, Udine), Mirna Pizzoni (ASUIUD, Istituto di Medicina Fisica e Riabilitazione, Udine), Alessandro Morandi (Medico geriatra Fondazione Teresa Camplani Cremona, Presidente European Delirium Association), Andrea Fabbo (Medico geriatra UOC Disturbi Cognitivi e Demenze AUSL Modena- docente corso di laurea Terapia Occupazionale Università di Modena e Reggio Emilia)

"Serve tempo, serve pazienza: la sua domanda di aiuto è inizialmente incentrata sulla sfera motoria ma poi pian piano diventa sempre più chiara, ampia, decisa"

Da una "semplice" riflessione di un collega terapeuta occupazionale

durante un "semplice" processo in terapia occupazionale

"Il modo migliore per fare una cosa è farla" (Earhart, 1897-1937): per questo motivo noi terapeuti occupazionali incessantemente e con costanza coinvolgiamo i nostri pazienti nei loro percorsi riabilitativi. La cura esiste solo se la persona che ricorre alla riabilitazione è presente attivamente nel processo. La nostra capacità tecnico-scientifica può permettere alla persona di "tornare a fare" ma il "cosa fare" dipende esclusivamente da un processo individuale e personale. Ovviamente questa ricerca non può essere svolta in modo isolato e solitario: ogni paziente deve essere incoraggiato, guidato, ascoltato da un'equipe in cui il terapeuta occupazionale trova spazio non solo da un punto di vista prettamente burocratico (sotto forma di "minutaggio") ma anche da un punto di vista scientifico e programmatico lasciando il professionista libero di utilizzare consoni spazi di lavoro e strumenti concettuali di azione.

Questo porta con sé un obbligo da parte del terapeuta: per essere conosciuto e riconosciuto deve innalzare la propria formazione sia dal punto di vista qualitativo sia dal punto di vista quantitativo. Questo articolo vuole essere un primo contributo per mettere in luce alcuni domini valutativi dove il terapeuta occupazionale porta le sue peculiari competenze, come

evidenziato dalla letteratura scientifica di riferimento.

Assessment del terapeuta occupazionale: la specificità dell'intervento

Il focus del trattamento del terapeuta occupazionale è centrato sui livelli di funzionamento della persona nelle attività di vita quotidiana significative nei vari possibili setting di cura. Il profilo professionale esplicita quale sia il soggetto della cura (la persona) e quali i possibili strumenti: attività, occupazioni, strategie ed elaborazione di adattamenti ambientali.

La procedura di valutazione (in inglese *assessment*) di Terapia Occupazionale permette al professionista di concettualizzare, e dunque poter riflettere, sul funzionamento occupazionale del paziente (Trombly, 1993).

“Nulla esiste fino a che non viene misurato” asseriva il fisico danese Niels Bohr per esaltare il valore scientifico delle osservazioni standardizzate. Tale processo è stato sposato anche dalle pratiche della *evidence-based practice*, pilastro moderno nella ricerca della qualità e dell'innovazione in medicina e in riabilitazione. All'interno della definizione ministeriale del profilo professionale è incluso ed enfatizzato il processo di valutazione, inteso come lo strumento che permette, insieme al resto dell'equipe multidisciplinare, di sviluppare piani di trattamento riabilitativi; tale processo costituisce, de facto, la tappa iniziale del trattamento (Law e MacDermid, 2008).

L'approccio *top-down* è la “chiave” che consente al professionista di osservare l'occupazione umana, sia essa di natura lavorativa, ricreativa o legata alla cura di sé, considerata come esito finale della somma di diversi fattori biologici, psicologici e sociali. Ad esempio considerando un modello *top-down* come l'Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) si evidenzia che il punto di partenza consiste nel definire il contesto della performance centrato sul cliente considerando sia i fattori interni (ruoli, cultura, motivazione...) sia quelli esterni (ambiente, compito, società...). Per far ciò è necessario sviluppare una relazione terapeutica e una collaborazione con il cliente tramite il colloquio. Nell'OTIPM è, infatti, la persona stessa che riporta punti di forza e problemi rilevati in attività per lei significative. Successivamente, tramite l'osservazione dell'occupazione scelta con il cliente e l'analisi della stessa, il terapeuta occupazionale definisce e descrive le azioni del compito che la persona svolge e/o non svolge in modo efficace (Fisher e Jones, 2009).

Al contrario, un approccio *bottom-up* pone il focus sulla valutazione delle funzioni corporee (come la forza, il range articolare, l'equilibrio, le funzioni cognitive etc.) che si ritiene siano i prerequisiti per il successo della performance occupazionale. Utilizzando questo approccio si rischia di non considerare chi è il cliente, di cosa ha bisogno e cosa desidera. Ad esempio, l'approccio *bottom-up* può prevedere inizialmente la somministrazione di test che vanno ad indagare le funzioni motorie, la percezione visiva e l'orientamento spazio-temporale così da individuare i deficit che influenzano la performance occupazionale ancor prima di osservare l'occupazione stessa. In questo nostro articolo cercheremo di riflettere e trasferire conoscenze all'equipe sulle scale di valutazione che ben si sposano con un ragionamento *top-down* e quindi estremamente *client-centred*.

L'utilizzo di scale di valutazione standardizzate, validate e supportate dalla letteratura scientifica è una pratica che migliora la qualità del processo di Terapia Occupazionale e permette di osservare e misurare gli auspicabili progressi del paziente ottenuti mediante il del trattamento (Law e MacDermid, 2008).

L'individuazione delle occupazioni problematiche e valutazione degli outcome in maniera client-centred e occupation based: la Canadian Occupational Performance Measure scale (COPM)

Come abbiamo precedentemente detto, il primo passaggio da compiere nel percorso riabilitativo della persona è quello di guidarla ad esprimere quali siano le occupazioni per lei importanti che attualmente risultano per qualsiasi causa

problematiche. La Misura Canadese della Performance Occupazionale (COPM) può essere uno strumento utile per tale fine.

La COPM è una misura di outcome individualizzata che sostiene una pratica di alta qualità, centrata sul cliente e basata sull'occupazione in quanto il dominio che viene indagato è l'auto-percezione del cliente, inteso come persona protagonista delle cure o il suo caregiver.

La COPM è un'intervista semi strutturata che permette al Terapista Occupazionale di guidare la persona ad individuare le attività quotidiane che vuole fare, deve fare o ci si aspetta che faccia ma che non è soddisfatto del modo in cui le fa, non le può fare o non le fa per qualsiasi motivo, sia esso dettato dalla mancanza di capacità, dalla complessità del compito o dal mancato supporto dell'ambiente fisico e/o sociale. La COPM è stata progettata per cogliere il cambiamento nel tempo dell'auto-percezione del cliente rispetto alla performance delle occupazioni da lui riferite come problematiche e della sua soddisfazione rispetto a tali performance. Essa viene quindi usata come misura di outcome, cioè somministrata alla presa in carico per aiutare a stabilire gli obiettivi dell'intervento e, di nuovo, ad un appropriato intervallo di tempo in modo da determinare e costatarne i progressi.

La prima parte della COPM consiste in un'intervista che aiuta la persona a esplorare le varie occupazioni della sua quotidianità, siano esse di cura di sé, di produttività o del tempo libero, ed a identificare le specifiche performance occupazionali problematiche. Successivamente, attraverso l'attribuzione di un punteggio d'importanza su scala da 1 a 10 per ogni performance problematica, la persona riuscirà mettere in ordine di priorità le varie aree deficitarie che diventeranno oggetto del percorso terapeutico.

Si passa quindi alla fase di vera e propria misurazione dell'auto-percezione della persona rispetto alla sua performance: per ogni attività viene chiesto di assegnare due punteggi su una scala da 1 a 10, uno riferito alla percezione di performance e uno alla soddisfazione rispetto a tale performance.

L'assegnazione dei punteggi d'importanza, performance e soddisfazione viene (o deve venire) facilitata dall'utilizzo delle scale visuo-analogiche sulle quali sono riportati i 10 punteggi e i riferimenti di significato dei valori estremi (per esempio, performance: 1 non riesco a farlo per niente, 10 riesco a farlo estremamente bene). I punteggi di performance e soddisfazione costituiscono la baseline dalla quale inizia il percorso terapeutico e su tali punteggi vengono calcolati i due valori medi di performance e soddisfazione appunto.

Ad un appropriato intervallo di tempo, o al termine del percorso di trattamento, viene chiesto alla persona di riassegnare i punteggi di performance e soddisfazione per ogni attività indicata come problematica e affrontata durante il percorso di terapia occupazionale, e si calcoleranno i due punteggi medi. Tali punteggi definiscono l'outcome e permettono di evidenziare i progressi fatti, se ad essi vengono sottratti i punteggi medi iniziali.

Nelle situazioni in cui la persona non è in grado di rispondere per problemi cognitivi o di linguaggio è comunque possibile somministrare la COPM a persone significative dell'ambiente sociale del cliente che possono essere intervistate con due ottiche diverse: come proxy o come altro rispondente.

La COPM è uno strumento di valutazione client-centered in quanto aumenta il coinvolgimento della persona nel processo terapeutico coinvolgendola fin dall'inizio nel processo di terapia occupazionale: è la persona che indica quali sono le attività problematiche, è la persona che assegna i punteggi d'importanza e mette in ordine di priorità le attività, è la persona che esprime il suo punto di vista rispetto alla sua performance ed esprime il suo livello di soddisfazione rispetto alla situazione. La COPM è uno strumento occupation-based in quanto indaga le aree di performance occupazionale della cura di sé, produttività e tempo libero come outcome primari, basandosi sul modello teorico di terapia occupazionale Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E).

La COPM è uno strumento utile per il terapeuta occupazionale in quanto può essere utilizzata per tutti gli stadi di sviluppo della vita con persone che sperimentano qualunque tipo di disabilità, permette di quantificare performance e soddisfazione auto-percepita dei problemi identificati dal cliente e di rivalutarle al termine del percorso terapeutico.

La valutazione dell'autonomia di base nel servizio di Terapia Occupazionale

L'invio ai vari servizi di Terapia Occupazionale differisce da regione a regione. Questo, come si può intuire, crea un primo ostacolo all'introduzione di una nuova professione nata da D.M. nel 1997, ma già presente oltre oceano sin dal 1917. Il terapeuta occupazionale lavora in regime ambulatoriale, o di ricovero o territoriale e le persone che necessitano di riabilitazione accedono al servizio tramite una richiesta del medico responsabile del progetto riabilitativo individuale (P.R.I.). La richiesta riguarda la valutazione e il trattamento di terapia occupazionale inerente le attività della vita quotidiana. Nelle prossime righe l'interesse verte sulle autonomie nelle ADL di base (B/ADL), ossia quelle attività che riguardano la cura personale (l'igiene personale, l'uso del wc, l'abbigliamento, l'alimentazione) i trasferimenti e la mobilità. La loro valutazione concorre ad individuare il livello di indipendenza della persona.

Ma come avviene la valutazione di queste competenze da parte del terapeuta occupazionale? Il primo aspetto da affrontare non è, come si potrebbe pensare, l'osservazione della performance ma è il colloquio che permette al terapeuta occupazionale di raccogliere informazioni circa:

- la storia della persona (pre e post evento clinico);
- le sue aspettative, le sue occupazioni significative e le sue routine;
- la sua storia familiare e la sua attuale condizione sociale ed abitativa.

In terapia occupazionale non è ammessa l'impostazione di trattamenti stereotipati, rigidi, non flessibili: questo deve avvenire anche nella valutazione e nel successivo trattamento delle B/ADL poiché, riflettendo fenomenologicamente su noi stessi, riconosciamo che le nostre abitudini nel vestirci, lavarci, farci la barba o truccarci sono estremamente diverse da quelle di nostri familiari o conoscenti. L'obiettivo permane quello di creare maggiore indipendenza e maggiore autonomia di scelta possibile.

Tale premessa risulta valida a prescindere dallo strumento valutativo scelto: ad esempio la Functional Independence Measure, la Barthel Index e l'Indice di Katz. L'attenzione del terapeuta occupazionale verrà posta sulle capacità della persona di svolgere i passaggi posturali (ad esempio dalla posizione supina nel letto alla stazione eretta), i trasferimenti dal letto alla carrozzina e di controllare il tronco durante le occupazioni (ad esempio durante l'igiene al lavandino).

A seguito della valutazione il terapeuta occupazionale sarà in grado di definire il grado di autonomia/indipendenza e gli eventuali obiettivi raggiungibili. Sarà inoltre suo compito integrare nel processo riabilitativo il caregiver per capire e comprendere a sua volta i suoi obiettivi, le sue aspettative, le sue paure o gioie per renderlo attivo nel cambiamento verso l'autonomia e/o la partecipazione del familiare in trattamento.

Ma quale occupazione? Il questionario della volizione del modello di occupazione umana

Oltre la descritta valutazione delle B/ADL, il terapeuta occupazionale è tenuto alla valutazione e recupero, attraverso il processo in terapia occupazionale, delle attività personali e significative delle persone protagoniste del percorso riabilitativo: infatti ogni uomo e ogni donna possiede in sé l'istinto ad agire basato sulle proprie conoscenze, capacità e sulle esperienze della vita. Ma quando un evento critico si inserisce nel corso della vita di una persona, arrestandola e annullando tutto ciò

che è vissuto esperienziale, come possiamo aiutarla a impegnarsi nuovamente in attività significative, a sperimentare soddisfazione, competenza e favorire la percezione soggettiva della qualità di vita?

Il Modello di Occupazione Umana (MOHO) (Kielhofner, 2007), concettualizza gli esseri umani come costituiti da tre sottoinsiemi in relazione fra loro: la volizione, l'abitudine, e la capacità di performance. Questi tre elementi interagiscono con l'ambiente e strutturano ciò che scegliamo di fare, come organizzare le nostre vite e ciò che siamo in grado di fare. Quando una interferenza (malattia, trauma, situazioni critiche, ecc.) rompe l'equilibrio tra i tre sottoinsiemi, la persona può sperimentare una perdita di volizione cioè una perdita di interesse verso l'occupazione. Kielhofner attribuisce un ruolo molto importante alla volizione nella costruzione della persona in quanto attraverso di essa ognuno sceglie ciò che ritiene importante (valori), ciò che percepisce come capacità personale (causalità personale) e ciò che procura piacere (interessi). Questi tre elementi costituiscono il contenuto dei sentimenti, dei pensieri e delle decisioni di ogni persona rispetto l'impegno in occupazioni. Proviamo a chiarire ulteriormente questi concetti chiave:

Causalità personale: si riferisce al senso di competenza ed efficacia della persona che si sperimenta attraverso le proprie abilità fisiche, intellettuali e sociali; i pensieri e i sentimenti scaturiti dal senso di efficacia sperimentato nelle abilità personali, completano la causalità personale. Non necessariamente si esprime il senso di competenza attraverso le parole. Infatti molte volte sono le azioni che comunicano la voglia di sfida, di impegno di fronte ai problemi. Al contrario, nel caso di perdita dell'efficacia la persona tenderà a risparmiare energie nel fare, a rinunciare, a diventare passivo e dipendente.

Valori: sono un insieme coerente di convinzioni interiorizzate che modellano ciò che una persona ritiene importante e significativo svolgere. I valori derivanti dalla cultura, la percezione di sé stessi, il riconoscimento da parte degli altri, stabiliscono cosa si deve fare, come lo si deve realizzare e con quali obiettivi. La perdita di valori da parte di una persona porterà alla diminuzione di significatività di un'attività con diminuzione della spinta volitiva.

Interessi: si riferiscono a quello che risulta piacevole fare nella vita di una persona. La soddisfazione e il piacere nel fare generano esperienze positive nel comportamento occupazionale che insieme alla consapevolezza del piacere creano una predisposizione e un'anticipazione di piacere futuro.

Ambiente: le caratteristiche dell'ambiente nel quale si svolgono le occupazioni influenzano la volizione e le persone trovano motivazione in ambienti differenti; pertanto si rende necessario osservare come l'ambiente e le sue componenti influiscano sul comportamento occupazionale di ognuno. L'ambiente è costituito da spazi (es. posto di lavoro, di studio, setting di terapia, domicilio), dagli oggetti presenti nell'attività, dall'ambiente sociale (es. gruppi, persone), da forme occupazionali ovvero da sequenze di azioni vincolate da regole che si riferiscono ad attività, che siano riconoscibili e ben definite.

Continuum volizionale: ogni individuo mostra personali caratteristiche di volizione. Il senso di capacità ed efficacia, il maggiore interesse, la soddisfazione che ne deriva e l'abilità di investire e realizzare valori in ciò che risulta più significativo per l'individuo vengono raccolti nel concetto di continuum volizionale. Questo concetto derivato dalla sequenza dello sviluppo umano, identificato per la prima volta da Reilly (1974) diventa lo schema di riferimento per comprendere il livello volizionale di una persona e per valutarne i cambiamenti. Si suddivide in tre livelli:

- l'esplorazione rappresenta il livello base della volizione (interagire con l'ambiente, piacere nel farlo) e si esprime in ambienti relativamente sicuri e stimolanti dove il rischio di fallimento è assente;
- la competenza è il livello di volizione sul quale le persone costruiscono il senso di efficacia e il piacere di fare, generati nello stadio dell'esplorazione (spinta a coinvolgersi attivamente nell'ambiente e a influenzarlo);
- l'acquisizione rappresenta il livello volitivo più alto nel quale le persone tentano di padroneggiare nuove abilità e/o forme/compiti occupazionali e di mostrare una performance costante rispondente alle richieste dell'ambiente.

I tre livelli descrivono la progressione della spinta volitiva della persona come processo unico per ogni individuo. Attraverso

l'osservazione di un individuo impegnato in un'attività (cura di sé, lavoro/studio o tempo libero/gioco) si può apprendere molto sulla sua spinta volitiva; ad esempio il coinvolgimento in un'attività implica il sentirsi a proprio agio durante il suo svolgimento o il sentire che è importante o provare piacere durante il suo svolgimento. Di contro la persona non mostra volizione quando non si sente sicura o non prova piacere o non riconosce significato all'attività (figura 1).

Incremento del senso di abilità e di controllo	Livello di Sviluppo Volitivo	Paziente: _____ Data: _____ Setting: _____	PUNTEGGIO VQ				
			Bisogno di più supporto → Bisogno di meno supporto				
Acquisizione	Cerca sfide	N/O	P	E	C	S	
	Cerca ulteriori responsabilità	N/O	P	E	C	S	
	Investe energie/emozioni/attenzione aggiuntiva	N/O	P	E	C	S	
	Porta a compimento un'attività/ottiene un risultato	N/O	P	E	C	S	
Competenze	Tenta di correggere gli errori	N/O	P	E	C	S	
	Tenta di risolvere problemi	N/O	P	E	C	S	
	Mostra orgoglio	N/O	P	E	C	S	
	Rimane impegnato	N/O	P	E	C	S	
	Indica obiettivi	N/O	P	E	C	S	
Esplorazione	Mostra che l'attività è speciale/significativa	N/O	P	E	C	S	
	Mostra preferenze	N/O	P	E	C	S	
	Prova cose nuove	N/O	P	E	C	S	
	Inizia azioni/compiti	N/O	P	E	C	S	
	Mostra curiosità	N/O	P	E	C	S	

Figura 1 – Questionario della Volizione – Continuum Volizionale. Model of Human Occupational (MOHO) G. Kielhofner, 2007.

Traduzione a cura del Gruppo di Studio di Terapia Occupazionale Collage, 2017

N/O = Non osservabile

P = Passivo: non mostra il comportamento neanche con supporto, organizzazione o incoraggiamento

E = Esitante: mostra il comportamento con una grande quantità di supporto, organizzazione o incoraggiamento

C = Coinvolto: mostra il comportamento con una minima quantità di supporto, organizzazione o incoraggiamento

S = Spontaneo: mostra il comportamento senza supporto, organizzazione o incoraggiamento

Interpretazione dei Livelli Volizionali

Livello di Esplorazione: la persona ha il desiderio di impegnarsi nell'ambiente per provare piacere e divertimento e di fare scoperte in situazioni a basso rischio.

Livello di Competenze: la persona ha intenzione di interagire attivamente e influenzare l'ambiente, allenare le abilità e incontrare una performance standard.

Livello di Acquisizione: la persona si sforza di aumentare la propria capacità di svolgere un compito impegnativo e di avere degli outcome di successo nella performance.

Somministrazione del Questionario della Volizione (VQ)

Per somministrare il VQ è necessaria una buona comprensione del modello MOHO e del concetto di volizione da parte dei terapisti occupazionali. Il criterio di utilizzo dello strumento non deve basarsi sulla disabilità della persona ma sul

riconoscimento dei suoi problemi motivazionali. Dovranno essere compilate le schede inerenti agli item sulla volizione e alle caratteristiche ambientali per evidenziare come le differenze tra gli ambienti influiscano sulla persona. Le osservazioni possono riguardare l'impegno in attività relative alla vita quotidiana in base al livello di partecipazione dell'individuo. Sebbene il VQ sia stato progettato per persone con bassa funzionalità cognitiva, con l'ultima revisione dello strumento sono stati aggiunti elementi volitivi più impegnativi per utilizzarlo con una più ampia popolazione. Il terapeuta occupazionale deve considerare che lo strumento ha lo scopo di conoscere la spinta volizionale e non l'abilità della persona. Attraverso l'osservazione del comportamento occupazionale si deve comprendere il desiderio/domanda della persona, la sua fiducia e la soddisfazione nel fare mentre il livello di abilità mostrato (qualità della performance) non dovrebbe influenzare il risultato dell'osservazione stessa.

Gli item del VQ, che non si riferiscono alla qualità della performance, si focalizzano sulla volontà di svolgere per il meglio l'attività scelta, di affrontare/risolvere problemi ed errori per raggiungere gli obiettivi migliorando il proprio impegno nelle performance occupazionali.

Nella conduzione dell'osservazione è molto importante la relazione tra il terapeuta e la persona per dare e ricevere il supporto emotivo e l'incoraggiamento necessari per affrontare l'attività (sostegno verbale, gestuale, visivo); il terapeuta occupazionale affiancandosi nell'attività dovrà garantire alla persona di esprimere il proprio impegno e di limitare l'intervento solo se risulta necessario per mantenere l'orientamento al compito della persona stessa. La quantità di supporto verrà misurato durante la compilazione della scheda che definirà attraverso quattro punti il comportamento esibito dalla persona: spontaneo, coinvolto, esitante, passivo. Il livello del continuum volizionale in cui si colloca la persona, emergerà dal punteggio ricevuto.

Applicare il Questionario della Volizione

Caso clinico: Caterina è una signora di 75 anni, vedova, senza figli molto affezionata alla cognata che la definisce una donna attiva e molto indipendente. La signora affettivamente legata alla famiglia della cognata, amava preparare il pranzo al nipote al rientro dalla scuola. Recentemente Caterina è ricoverata in una clinica riabilitativa perché recentemente uno stroke le ha causato una emiparesi sinistra. La terapeuta occupazionale che la segue nelle cure riabilitative per mantenere la partecipazione nelle attività quotidiane, osserva un comportamento occupazionale caratterizzato da scarsa iniziativa, scarsa volontà di impegnarsi, carenza di energia e necessità di continuo incoraggiamento; la terapeuta sostiene che l'emiparesi non giustifica il livello di dipendenza di Caterina nella cura personale. La signora viene osservata con il Questionario della volizione in tre sessioni, per rilevare il livello di volizione durante il pasto, la vestizione e l'attività di cucina.

Item	Setting pranzo				Setting vestizione				Setting cucina			
Mostra curiosità	P	E	C	S	P	E	C	S	P	E	C	S
Inizia azioni	P	E	C	S	P	E	C	S	P	E	C	S
Prova cose nuove	P	E	C	S	P	E	C	S	P	E	C	S
Mostra orgoglio	P	E	C	S	P	E	C	S	P	E	C	S
Cerca sfide	P	E	C	S	P	E	C	S	P	E	C	S
Cerca ulteriori responsabilità	P	E	C	S	P	E	C	S	P	E	C	S
Cerca di correggere gli errori	P	E	C	S	P	E	C	S	P	E	C	S
Cerca di risolvere i problemi	P	E	C	S	P	E	C	S	P	E	C	S
Mostra preferenze	P	E	C	S	P	E	C	S	P	E	C	S
Porta a compimento l'attività	P	E	C	S	P	E	C	S	P	E	C	S
Rimane impegnato	P	E	C	S	P	E	C	S	P	E	C	S
Investe energie/emozioni	P	E	C	S	P	E	C	S	P	E	C	S
Indica obiettivi	P	E	C	S	P	E	C	S	P	E	C	S
Mostra che l'attività è significativa	P	E	C	S	P	E	C	S	P	E	C	S

Tabella 1 – Caso clinico. **Legenda:** P passivo, E esitante, C coinvolto, S spontaneo

Lettura dati: nella prima sessione osservativa Caterina deve consumare il pasto nel refettorio insieme agli altri ospiti. La signora sceglie di sedersi in un tavolo da sola e di non interagire. In questo contesto gli item sono nel complesso esitanti nonostante il sostegno importante della terapeuta occupazionale. Nella seconda sessione osservativa Caterina deve indossare la tuta per recarsi in terapia. La terapeuta sottolinea gli errori di procedura, offre supporto con suggerimenti, ma Caterina pur dimostrandosi collaborativa sembra sopraffatta dal compito. Anche in questo contesto gli item sono nel complesso esitanti. Nella terza e ultima osservazione Caterina partecipa a un gruppo di cucina con altre tre donne e insieme decidono di confezionare gli gnocchi. La spinta volitiva si evidenzia fin dall'inizio dell'attività, Caterina inizia l'interazione sociale sedendosi al tavolo insieme alle donne e iniziando a lavorare senza il supporto della terapeuta. L'impegno nell'attività è mantenuto per tutto il tempo, Caterina sorride, comunica e risulta molto vivace. In questo contesto gli item sono prevalentemente spontanei.

Si può dedurre dalle osservazioni che Caterina si mostra molto motivata quando incontra forme occupazionali familiari, relativamente semplici e culturalmente significative. Quando percepisce un compito non significativo, complesso, diventa passiva, non ha più il controllo della propria performance, si sente confusa e senza obiettivi. I fattori ambientali che possono sostenere la volizione di Caterina si ritrovano negli spazi e negli oggetti conosciuti, familiari, sperimentati. Le forme occupazionali significative e significanti (es. cucina) e il gruppo sociale con l'incoraggiamento e il sostegno aiutano Caterina nell'espressione di un comportamento occupazionale caratterizzato da spontaneità e da una minor necessità di supporto, organizzazione e incoraggiamento.

Conclusioni: la volizione influenza le nostre azioni, i nostri pensieri, la nostra vita occupazionale; determina la visione del

mondo, le opportunità e le sfide che presenta; guida la scelta occupazionale e le esperienze da fare in base ai valori, gli interessi e il senso di competenza. Da qui l'importanza di stabilire il livello di partecipazione nelle occupazioni non solo considerando abilità fisica e/o procedurale, ma accogliendo e valutando anche condizioni di sfiducia personale verso il senso di competenza, la mancanza di motivazione o energia. Il compito della terapia occupazionale è quello di guidare la persona verso la ricerca di nuove prospettive di vita; guidarla nel ristabilire l'equilibrio con l'ambiente e sostenerla nella sfida emotiva e fisica che ogni persona affronta in modo soggettivo in base al vissuto della propria vita.

La valutazione della performance occupazionale: Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)

Dopo aver ragionato e riflettuto sull'importanza della volizione per la persona che compie un'azione e aver compreso che la volizione cambia e si determina in base a diversi domini personali diventa fondamentale, nel processo di ragionamento clinico in terapia occupazionale, conoscere e quindi misurare il livello della performance occupazionale della persona. Questo ci permette di migliorare le nostre decisioni rispetto a programmi specifici per ogni singolo utente.

Infatti, in qualità di professionisti abbiamo il dovere etico di misurare e documentare il nostro lavoro a partire da una baseline iniziale fino all'outcome raggiunto. Nel processo del ragionamento clinico, dopo aver incontrato la persona, identificato con lei il contesto delle performance occupazionali e i suoi obiettivi, si procede con l'osservazione della performance (Fisher, 2009). A tale proposito il terapeuta occupazionale può utilizzare l'Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) come strumento di valutazione peculiare nel caso in cui la persona abbia individuato le attività di vita quotidiana (AVQ) personali e strumentali come priorità nel suo percorso riabilitativo. Questa è, infatti, una valutazione strutturata che permette di misurare la qualità della performance delle AVQ a partire dal livello funzionale globale della performance occupazionale. L'AMPS comprende 125 compiti AVQ standardizzati e l'osservazione avviene su attività concordate con la persona in base alla familiarità, rilevanza culturale, significatività e grado di challenge (Fisher e Bray Jones, 2010a e 2010b) in un contesto reale e significativo.

La performance della persona viene valutata assegnando un punteggio alla qualità delle abilità di performance secondo i criteri di impaccio e/o aumento dello sforzo fisico, efficacia, rischi per la sicurezza e necessità di assistenza. Le abilità di performance si suddividono in 16 abilità motorie (azioni che riguardano muovere sé stessi e gli oggetti del compito) e 20 abilità di processo (azioni che riguardano: selezionare, interagire e utilizzare strumenti e materiali del compito, intraprendere e concludere fasi dell'attività, modificare la propria performance per risolvere eventuali problemi che intervengono). Le abilità motorie e di processo sono state definite secondo i termini di attività e partecipazione, in tal modo si distinguono dai fattori personali, ambientali e delle funzioni corporee sottostanti (Fisher, 2009; World Health Organization, 2001).

L'AMPS è quindi uno strumento occupation-centred, fondamentale per facilitare una documentazione occupation-focused e un intervento occupation-based nella pratica quotidiana.

Il punteggio AMPS può essere usato come misura dell'outcome in quanto fornisce evidenza di un cambiamento nella performance occupazionale della persona dopo l'intervento di Terapia Occupazionale. Lo strumento AMPS è stato standardizzato secondo il modello dell'analisi di Rasch multidimensionale e la sua validità e affidabilità sono supportate da numerose pubblicazioni. Gli studi effettuati hanno evidenziato l'assenza di bias legate all'età dell'utente, al genere, alla cultura di appartenenza e alle categorie diagnostiche. Per garantire la validità e l'affidabilità è previsto un corso di abilitazione di 5 giorni ed un successivo percorso di calibrazione.

Conclusioni

La geriatria, quella vera, riconosce già da tempo come la terapia occupazionale possa essere considerata una disciplina da

inserire nell'ambito della riabilitazione agli anziani ma con difficoltà all'implementazione sul territorio nazionale legato alla scarsa presenza in Italia di terapisti occupazionali operanti in setting geriatrici, a differenza di quanto accade nel contesto internazionale.

Gli strumenti di valutazione che la terapia occupazionale utilizza partono dagli stessi principi e dalla stessa filosofia che è alla base della valutazione multidimensionale geriatrica o "comprehensive geriatric assessment (CGA)" di cui ci sono ampie evidenze nella letteratura scientifica internazionale. Infatti robuste evidenze scientifiche hanno ampiamente dimostrato che la valutazione e la "cura" dell'anziano (prevalentemente "fragile" o a rischio di fragilità) basata sulla valutazione multidimensionale riduce la mortalità, previene lo sviluppo della disabilità o un suo aggravamento dopo un evento acuto, riduce il tasso di ricorso alla istituzionalizzazione dopo il ricovero in ospedale, migliora le condizioni psico-fisiche della persona ed in definitiva riduce i costi economici e sociali. Per la possibile concomitante presenza di problemi fisici, cognitivi e del tono dell'umore, di disagi economici e socio-assistenziali, solo la valutazione multidimensionale permette un inquadramento globale della persona definendo le differenze fra un invecchiamento "normale" ed un invecchiamento che porta con sé fragilità e disabilità. La condizione di fragilità (che in geriatria è il contrario della "resilienza") è intesa come una maggiore vulnerabilità dell'individuo ad eventi stressanti (sia di natura "fisica" che "psichica" o "ambientale/sociale") ed essa comporta una limitazione delle attività della vita quotidiana dovuta ad un deterioramento delle condizioni di salute e dello stato funzionale che può portare facilmente, se non "intercettata" e sottoposta ad interventi correttivi di assistenza e cura (non solo di tipo sanitario), ad esiti negativi come la comparsa della non autosufficienza. Infatti lo stato funzionale dell'individuo non coincide con le sue patologie, ma è il frutto dell'interazione tra queste e altri fattori quali condizioni economiche, sociali (isolamento e povertà), ambientali e neuropsicologiche.

Gli scopi e

BIBLIOGRAFIA

- Fisher AG. (2009), *Occupational Therapy Intervention Process Model. A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based Interventions*, Fort Collins, CO, Three Star Press.
- Fisher AG. (2013), *Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different?*, Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 20 (3): 162–173.
- Fisher AG., Bray Jones K. (2009), *Occupational therapy intervention process model*.
- Fisher AG., Bray Jones K. (2010a), *Assessment of Motor and Process Skills. Vol 1 – Development, standardization, and administration manual*, 7th ed. Revised, Three Star Press.
- Fisher AG., Bray Jones K. (2010b), *Assessment of Motor and Process Skills. Vol 2 – Development, standardization, and administration manual*, 7th ed. Revised, Three Star Press.
- Kielhofner G. (2007), *Model of Human Occupation: Theory and Application*, The Point Wolter's Kluwer.
- Law M., MacDermid J. (2008), *Evidence-Based Rehabilitation: A Guide to Practice*, Slack Incorporated.
- Reilly M. (1974), *Playas exploratory learning*, Beverly Hills, CA, Sage.
- Trombly C. (1993), *Anticipating the future: assessment of occupational function*, The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association, 47:253-257.
- World Health Organization (2001), ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health.