

# Cost-effectiveness:



il ruolo della Terapia Occupazionale  
in un approccio multidisciplinare

# Contenuti

1. Cost-effectiveness- perchè
2. Piano d'indirizzo per la riabilitazione
3. Efficacia della Terapia Occupazionale
4. Dimissione Anticipata Protetta (DAP)
  - 4.1 Outcome
  - 4.2 Cost-effectiveness
  - 4.3 Organizzazione
  - 4.4 Durata ed intensità
  - 4.5 Pazienti inclusi
  - 4.6 Obiettivi principali
  - 4.7 Contenuti più comuni
  - 4.8 Vantaggi
  - 4.9 Ruolo dell'ambiente
5. Riassunto
6. Prospettive
7. Bibliografia

# 1. Cost-effectiveness- perché?

- ▶ L'invecchiamento della popolazione ed un aumento delle malattie croniche portano ad una nuova sfida per il finanziamento del SS
- ▶ Anche il trattamento dell'ictus, come causa principale di disabilità, richiede un costo elevato per il SS (Ministero della Salute, 17.01.2013)
- ▶ La sanità reagisce con la “spending review”, che richiede una riduzione dei posti letto e dei costi
- ▶ La tendenza va verso il trattamento di pazienti con malattie croniche non più negli ospedali ma sul territorio

## 2. Piano d'indirizzo per la riabilitazione

- ▶ Il percorso riabilitativo dipartimentale trova la sua naturale continuità a livello territoriale, dov'è possibile la verifica reale dell'outcome in termini di attività e partecipazione (ICF)
- ▶ L'ambito territoriale diviene quindi il luogo privilegiato per l'intervento contestuale sulle componenti ambientali e sui fattori personali
- ▶ La restituzione della persona al proprio ambiente di vita è l'obiettivo principale del percorso riabilitativo
- ▶ Il domicilio è il luogo privilegiato per gli interventi di competenza del terapeuta occupazionale (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2011)

# 3. Efficacia della Terapia Occupazionale

Efficacia della terapia occupazionale per pazienti colpiti da ictus (Steultjens et al., 2003):

- ▶ miglioramento delle attività di vita quotidiana primarie e secondarie
- ▶ miglioramento della partecipazione

Efficacia della terapia occupazionale a domicilio (Walker et al., 2004):

- ▶ miglioramento delle attività di vita quotidiana primarie e secondarie
- ▶ miglioramento delle attività di tempo libero

# 4. Dimissione anticipata protetta (DAP)

**Revisione sistematica Cochrane di Fearon et al. (2012):**

- ▶ Confrontazione di outcome e costi del trattamento convenzionale di pazienti con ictus (degenza e terapia ambulatoriale) con outcome e costi della dimissione anticipata protetta (DAP) con seguente terapia interdisciplinare a domicilio
- ▶ Inclusi 14 studi internazionali randomizzati controllati dal 1997 al 2009 della Danimarca, Gran Bretagna, Svezia, Norvegia, Canada, Tailandia e Sud Australia con 1.957 pazienti

## 4.1 Outcome

- ▶ Miglioramento statisticamente significativo ( $p= 0,05$ ) delle attività di vita quotidiana secondarie e della soddisfazione dei pazienti rispetto al servizio domiciliare ( $p= 0,02$ )
- ▶ é più probabile che i pazienti dimessi con la DAP raggiungano una certa indipendenza, possano rimanere a casa a lungo termine e non abbiano bisogno di ripetute degenze
- ▶ Migliori risultati in studi con un team coordinato, riunioni settimanali interdisciplinari e pazienti con disabilità lieve o moderata

## 4.2 Cost-effectiveness

- ▶ Confrontazione dei costi in 7 studi

Outcome:

- ▶ Risparmio dei costi con una mediana del 20% (range -15 a 30) a favore della DAP (Langhorne et al, 2005)
- ▶ I costi risparmiati con una dimissione anticipata sono superiori o simili ai costi per una terapia interdisciplinare a domicilio (Fearon et al., 2012)
- ▶ Possibile trattare un maggior numero di patologie croniche in una società sempre più anziana con lo stesso numero di posti letti e gli stessi o addirittura meno costi per il SS

## 4.3 Organizzazione

- ▶ Composizione del team: terapisti occupazionali, fisioterapisti, logopedisti, medici, infermieri, assistenti sociali, case manager (Fearon et al., 2012)
- ▶ Team ospedaliero che esegue anche la terapia a domicilio o fa la consegna al team del distretto
- ▶ Stimolazione dell'esecuzione di attività o esercizi in autonomia, fuori l'orario di terapia (Von Koch et al., 2000)

## 4.4 Durata ed intensità

- ▶ Tempi e frequenza delle sedute di terapia concordati con pazienti e familiari (von Koch et al, 2000)
- ▶ Terapia meno intensiva a casa confronto all'ospedale con un outcome simile se non migliore (Mayo et al., 2000, Widen-Holmqvist et al., 1998)
- ▶ Diminuzione graduale dell'intensità dell'intervento a domicilio (Von Koch et al., 2000, Widen-Holmqvist et al., 1998)

## 4.5 Pazienti inclusi

- ▶ Pazienti affetti da ictus
- ▶ Sintomatologia stabile dal punto di vista medico
- ▶ Autonomia parziale
- ▶ Appartamento privo di barriere architettoniche
- ▶ Appartamento non troppo lontano dall'ospedale o distretto
- ▶ Parente/caregiver a casa

## 4.6 Obiettivi principali

Obiettivi funzionali, raggiungibili e misurabili nel contesto familiare

Autonomia nelle

- ▶ Attività di vita quotidiana
- ▶ Deambulazione
- ▶ Comunicazione

(von Koch et al., 2000b; Widen-Holmqvist et al., 1998)



## 4.7 Contenuti più comuni

- ▶ Attività di vita quotidiana primarie come mangiare, vestirsi, igiene personale, igiene intima, trasferimenti
- ▶ Attività di vita quotidiana secondarie come cucinare, pulire, fare la spesa, giardinaggio
- ▶ Training delle competenze professionali
- ▶ Tempo libero e riposo
- ▶ Attività sociali
- ▶ Linguaggio e comunicazione
- ▶ Locomozione
- ▶ Uso di mezzi pubblici
- ▶ Prevenzione (p.e. evitare contratture)
- ▶ Consulenza di parenti e caregivers (von Koch et al., 2000b; Widen-Holmqvist et al., 1998)

## 4.8 Vantaggi

- ▶ Esecuzione di attività di vita quotidiana rilevanti per i pazienti al posto del training delle funzioni corporee, come spesso proposto in ospedale
- ▶ Ruolo più attivo dei pazienti e migliore definizione degli obiettivi (Widen-Holmqvist & Koch, 2001)
- ▶ Ruoli diversi dei pazienti, aree problematiche più evidenti, influenza positiva sulla capacità di risolvere i problemi, istruzione di strategie per il problem solving (Brewer & Williams, 2010; von Koch et al., 2000; Widen-Holmqvist et al., 1998)

## 4.9 Ruolo dell'ambiente

- ▶ Possibilità di eseguire le attività nell'ambiente familiare anche fuori l'orario di terapia (von Koch et al., 1998)
- ▶ Il contesto familiare facilita l'esecuzione di attività di vita quotidiana per pazienti con deficit cognitivi (Katz e Hartman-Maeir, 2005)
- ▶ Garanzia che le attività imparate nell'ospedale possono essere trasferite in quello che per la persona è l'ambiente domiciliare (Mulder e Hochstenbach, 2001)
- ▶ Migliore istruzione dei familiari (von Koch et al, 2000)

# 5. Riassunto

- ▶ Risparmio dei costi con una mediana del 20% (range -15 a 30) e miglioramento delle ADL secondarie e della soddisfazione dei pazienti a favore della DAP (Langhorne et al, 2005)
- ▶ Il domicilio è il luogo privilegiato per gli interventi di competenza del terapeuta occupazionale (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2011)
- ▶ Con un training intensivo delle attività di vita quotidiana a domicilio sono raggiungibili degli outcome uguali se non migliori con dei costi minori confronto ad un trattamento convenzionale (Fearon et al., 2012; Fisher et al., 2011)

# 6. Prospettive

- ▶ Attualmente mancata offerta di una terapia interdisciplinare a domicilio nel Servizio Sanitario dell'Alto Adige
- ▶ Obiettivo del nuovo Piano Sanitario Provinciale dell'Alto Adige (2016-2020): Potenziare la riabilitazione orientata al domicilio e al modello dell'assistenza condivisa (Piano Sanitario Provinciale dell'Alto Adige, 2016)

# 7. Bibliografia

- ▶ Brewer, L., & Williams, D. (2010). A review of early supported discharge after stroke. *Reviews in Clinical Gerontology*, 20(4), 327-337.
- ▶ Fearon, P., Langhorne, P., & Early Supported Discharge Trialists. (2012). Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 9, CD000443.
- ▶ Fisher, R. J., Gaynor, C., Kerr, M., Langhorne, P., Anderson, C., Bautz-Holter, E., Walker, M. F. (2011). A consensus on stroke: early supported discharge. *Stroke*, 42(5), 1392-1397.
- ▶ Katz, N., & Hartman-Maeir, A. (2005). Higher-level cognitive functions; awareness and executive functions; enabling engagement in occupation. In N. Katz editor (Ed.), *Cognition and occupation across the lifespan: models for intervention in occupational therapy*. (pp. 3-25). Bethesda, MD: The American Therapy Association Inc.
- ▶ Langhorne, P., Taylor, G., Murray, G., Dennis, M., Anderson, C., Bautz-Holter, E., Wolfe, C. (2005). Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. *Lancet*, 365, 501-506.
- ▶ Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Cote, R., Gayton, D., Carlton, J., Buttery, J., & Tamblyn, R. (2000). There's no place like home: an evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke*, 31(5), 1016-1023.
- ▶ Ministero della Salute. (17.01.2013). Ictus. Scaricato il 27.04.2013, da [http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1\\_5.jsp?lingua=italiano&id=28&area= Malattie\\_cardiovascolari](http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=28&area= Malattie_cardiovascolari).

# 7. Bibliografia

- ▶ Mulder, T., & Hochstenbach, J. (2001). Adaptability and flexibility of the human motor system: implications for neurological rehabilitation. *Neural Plast*, (8), 131-140.
- ▶ Piano Sanitario Provinciale dell'Alto Adige. (2016). Scaricato il 20.08.2016, da <http://provincia.bz.it/sanita/service/pubblicazioni.asp>
- ▶ Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2011). La conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Scaricato il 04.05.2013, da <http://www.studiolegalemarcellino.it/attachments/article/72/Accordo%20Stato%20Regioni%20Piano%20di%20indirizzo%20Riabilitazione.pdf>.
- ▶ Steultjens, E. M., Dekker, J., Bouter, L. M., van de Nes, J. C., Cup, E. H., & van den Ende, C. H. (2003). Occupational therapy for stroke patients: a systematic review. *Stroke*, 34(3), 676-687.
- ▶ von Koch, L., Widen-Holmqvist, L., Wottrich, A. W., Tham, K., & de Pedro-Cuesta, J. (2000). Rehabilitation at home after stroke: a descriptive study of an individualized intervention. *Clinical Rehabilitation*, 14(6), 574-583.
- ▶ Walker, M. F., Leonardi-Bee, J., Bath, P., Langhorne, P., Dewey, M., Corr, S., Parker, C. (2004). Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of community occupational therapy for stroke patients. *Stroke*, 35(9), 2226-2232.
- ▶ Widen-Holmqvist, L., von Koch, L., Kostulas, V., Holm, M., Widsell, G., Tegler, H., de Pedro-Cuesta, J. (1998). A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm. *Stroke*, 29(3), 591-597.
- ▶ Widen-Holmqvist, L., & von Koch, L. (2001). Environmental factors in stroke rehabilitation. *British Medical Journal*, 322(7301), 1501-1502



# Grazie per l'attenzione