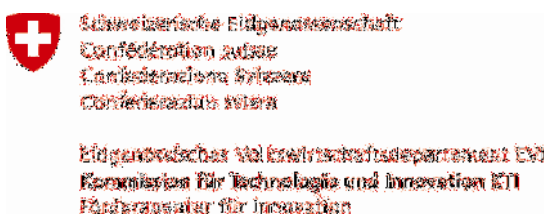


RACCOMANDAZIONI PER LA FORMULAZIONE DEGLI OBIETTIVI IN ERGOTERAPIA

Emmanuelle Rossini
Stefania Moioli
Sylvie Meyer

Finanziamento CTI



Stiftung für Ergotherapie Zürich



Partner di terreno :



ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
Association Suisse des Ergothérapeutes
Associazione Svizzera degli Ergoterapisti

Questo documento deve essere citato in questo modo :

Rossini, E., Moioli, S., & Meyer, S. (2014). Raccomandazioni per la formulazione degli obiettivi in ergoterapia. Berna: Associazione svizzera degli ergoterapisti (ASE). Ricuperato dall'associazione svizzera degli ergoterapisti (ASE) <http://www.ergotherapie.ch>

Raccomandazioni per la formulazione degli obiettivi in ergoterapia

Premessa	4
Introduzione	4
La funzione degli obiettivi nel processo ergoterapico	5
Il contenuto degli obiettivi	7
Il ruolo dei modelli e degli strumenti di valutazione	8
La formulazione degli obiettivi	9
I criteri SMART	10
La valutazione del raggiungimento degli obiettivi con il GAS	12
Conclusione	13
Glossario	14
Riferimenti bibliografici	15

1Premessa

In Ticino, parte italiana della Svizzera, il termine utilizzato per la nostra professione è «ergoterapia». Abbiamo deciso di usare questo termine all'interno del manuale. Ci preme rilevare che nella vicina Italia la nostra professione è nominata “terapia occupazionale” (TO), termine vicino a quello inglese (Occupational Therapist). Entrambi i termini sono uguali e vanno considerato in questo testo come sinonimi. Inoltre l'uso del femminile e del maschile riferito all'ergoterapista è usato indifferentemente.

Introduzione

Il successo di un intervento in ergoterapia dipende dagli obiettivi formulati e dalla possibilità di valutarne il raggiungimento o meno (Bovend'Eerd, Botell & Wade, 2009). Questo successo è inoltre legato alla capacità che l'ergoterapista dimostra nello stabilire, in cooperazione con il cliente², degli obiettivi chiari, realistici, comunicabili, centrati sull'occupazione e che rivestono un senso per la sua vita di tutti i giorni (Bowmann & Mogensen, 2010 ; Pollock, Missiuna, & Rodger, 2010 ; Sumsion & Law, 2006). La formulazione degli obiettivi è una sfida sia per il successo dell'intervento, perché aumenta la motivazione, che per la comunicazione con il cliente e con i molteplici attori del sistema sanitario (Sames, 2010 ; Wade, 2009).

Nelle professioni della sanità, la formulazione degli obiettivi dovrebbe soddisfare una serie di criteri, per esempio dovrebbero contenere delle caratteristiche dette “SMART (Specifico, Misurabile, in Accordo, Realistico, Temporalmente definito)” (Bowman & Mogensen, 2010) oppure rispondere a cinque domande: “chi, cosa, dove, quando e come” (Amini, 2007). I modelli di ergoterapia sottolineano spesso la necessità di stabilire con il cliente e con gli ambienti umani che lo circondano, degli obiettivi chiari, significativi e misurabili, ma non spiegano sempre come farlo. In inglese, diversi autori espongono dei procedimenti interessanti (Bowman & Mogensen, 2010 ; Park, 2009, 2011 ; Sames, 2010). Niente di simile esiste invece in francese e nemmeno in italiano, almeno per quanto è a nostra conoscenza. In tedesco, Scheiber, (1995), Habermann e Kolster (2002), così come Kolster (2001) danno delle indicazioni ma rivolte soltanto ad un ambito di cura.

Lo studio condotto in Svizzera, sulla formulazione degli obiettivi d'intervento da parte di ergoterapisti indipendenti, ha mostrato diversi problemi (Margot-Cattin *et al.*, 2012). Gli obiettivi espressi sono sovente imprecisi e senza criteri di misurazione del loro raggiungimento. Essi sono poco centrati sull'occupazione e sul contesto di vita del cliente. Inoltre, gli ergoterapisti incontrati durante questo studio, esprimono delle difficoltà a volte nell'immaginare questi obiettivi e a volte nel negoziarli con i loro clienti.

Questo manuale fornisce alcune raccomandazioni per ergoterapisti e si prefigge lo scopo di sostenerli nell'elaborazione, la formulazione e la negoziazione degli obiettivi terapeutici. Esso è nato nell'ambito del progetto di ricerca “Goal-phrasing in Swiss

¹ Citazione del manuale: Rossini, E., & Meyer, S. (elaborazione italiana con Moioli, S.). (2013). Raccomandazioni per la formulazione degli obiettivi in ergoterapia. Berna : Associazione svizzera degli ergoterapisti (ASE).

² La parola “cliente” è usata per rappresentare tutte le **persone** che richiedono il servizio dell'ergoterapista (persona con necessità sanitaria, persona con disagio sociale, gruppi di persone, istituzioni...)

Occupational Therapy”, che è stato condotto dai gruppi di ricerca delle scuole universitarie professionali di Winterthur, Manno e Losanna (sotto la direzione della Prof. Dr. Julie Page) (Cattin et al., 2012; Roos et al. 2010). L’associazione svizzera degli ergoterapisti (ASE) e la Croce Rossa erano partner del progetto, rappresentanti della pratica professionale. Il progetto di ricerca è stato finanziato dalla Commissione per la Tecnologia e l’Innovazione (CTI) e dalla fondazione “Stiftung Ergotherapie Zürich”. Come un altro prodotto di questa ricerca, è stato sviluppato un programma di formazione continua per la formulazione degli obiettivi di trattamento in ergoterapia, che è proposto dall’ASE. Sia queste raccomandazioni che il workshop sono basati sull’evidenza scientifica e sono stati adattati ai bisogni delle singole regioni linguistiche, sia per quanto riguarda la lingua, sia per il contenuto.

La funzione degli obiettivi nel processo ergoterapico

Un obiettivo è comunemente definito come il fine, il proposito, l’intento che si vuole perseguire (Grande Dizionario Hoepli, www.grandidizionari.it/Dizionario_Italiano.aspx?idD=1/ consultato il 08 settembre 2013), oppure come la meta che si vuole raggiungere. Esiste quindi una meta, un bersaglio a cui mirare, ma anche la necessità di compiere un certo sforzo per raggiungerlo. Nella letteratura francofona in ergoterapia, differenti termini o espressioni rispondono a questa definizione: obiettivo, scopo, risultato atteso o anche finalità (Meyer, 2007). Ritroviamo queste similitudini di linguaggio anche nella letteratura italiana (Enciclopedia italiana Treccani, [http://www.treccani.it/vocabolario/obiettivo_\(Sinonimi-e-Contrari\)/](http://www.treccani.it/vocabolario/obiettivo_(Sinonimi-e-Contrari)/) consultato il 08 settembre 2013). In questo manuale è stato scelto il termine “obiettivo”; con l’intento di tradurre il termine “goal”, che è quello più frequentemente ritrovato nella letteratura inglese in tema di TO.

Gli obiettivi s’inseriscono nel processo ergoterapico. Questo può essere rappresentato in modo semplificato in quattro grandi tappe (Figura 1):

- la valutazione del cliente che comprende l’elaborazione del profilo occupazionale e l’esame approfondito delle performance, delle capacità e dell’ambiente nell’ottica di mettere a fuoco i problemi occupazionali,
- la pianificazione dell’intervento che comprende l’elaborazione degli obiettivi e dei mezzi per raggiungerli,
- la messa in pratica dell’intervento che mette all’opera i mezzi concordati e permette l’evoluzione verso il raggiungimento degli obiettivi,
- la ri-valutazione del cliente con la quale si valutano i risultati ottenuti tramite l’intervento e si verifica se si sono raggiunti gli obiettivi prefissati.



Figura 1. Le tappe del processo in ergoterapia

La maggior parte degli interventi in ergoterapia comprende diversi obiettivi che si organizzano nel tempo (Creek & Bullock, 2008 ; Pollock et al., 2010 ; Radomski, 2008). Così vengono elaborati degli obiettivi corrispondenti alle finalità attese alla fine del trattamento. Essi sono raggiunti progressivamente superando diversi scopi detti a breve termine e riguardano delle performance all'interno di alcune attività particolari per le quali il cliente avrà ottenuto un risultato che lo soddisfa entro la fine del trattamento. Anche Park (2009) prevede degli obiettivi a lungo termine che superano la fine dell'intervento pianificato e che corrispondono a delle aspirazioni occupazionali. Anche se queste aspirazioni occupazionali non sono raggiungibili in un futuro prossimo, esse danno un senso agli sforzi inerenti ad ogni raggiungimento d'obiettivo.

A priori, gli obiettivi appaiono al termine del percorso valutativo (Meyer, 2007). Nonostante ciò, nella misura dove il processo in ergoterapia è ricorrente, gli obiettivi possono anche apparire durante la realizzazione del trattamento pianificato, in seguito ad un esame che era stato differito oppure grazie a una nuova opportunità del cliente intravista/emersa durante il percorso terapeutico/riabilitativo (Chisholm & Boyt Schell, 2014; Park, 2009). In questo modo possiamo rappresentare gli obiettivi segnando su un asse temporale i momenti legati alla loro apparizione, i momenti del loro rispettivo raggiungimento così come il tempo che è stato necessario per ottenere i risultati attesi (Figura 2).

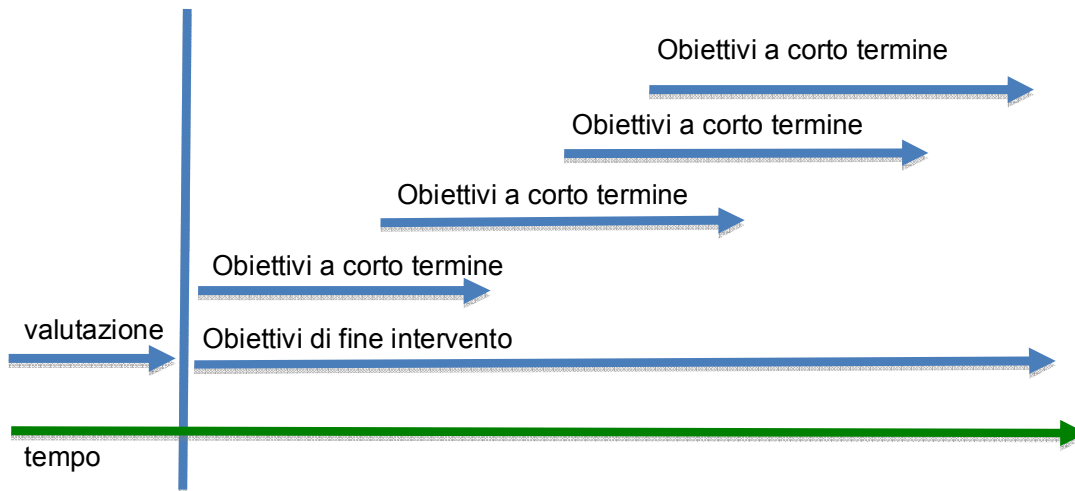


Figura 2. L'asse temporale degli obiettivi all'interno dell'intervento

Il contenuto degli obiettivi

Definire degli obiettivi d'intervento non è una pratica riservata all'ergoterapia. Per diventare specifico alla professione, il loro contenuto deve essere collegato a dei concetti e a dei valori dell'ergoterapia. Per questo, gli obiettivi in TO **si riferiscono a delle occupazioni** che agevolano la partecipazione sociale nella vita quotidiana (basata sull'occupazione). Richiedono per il loro raggiungimento un coinvolgimento – fisico, mentale, verbale, emozionale – del cliente. Si interessano a quello che fa il cliente in un contesto definito (p.es. muoversi per strada con una carrozzina elettrica), ma anche a quello che il cliente dice, pensa o percepisce (p.es. essere meno ansioso all'idea di riprendere il lavoro). Per alcuni autori, gli obiettivi possono essere legati alle funzioni corporee, nel senso della Classificazione Internazionale del Funzionamento (CIF) (OMS, 2001), oppure delle competenze. In questi casi, le funzioni e/o le competenze sono collegate alle performance che permettono (p.es. aumentare la resistenza allo sforzo per portare il cane a spasso) (Radomski, 2008).

La posizione degli obiettivi implica **una collaborazione tra l'ergoterapista e il cliente** come condizione indispensabile alla motivazione del cliente per l'intervento (Baum, Bass-Haugen, & Christiansen, 2005 ; Creek & Bullock, 2008 ; Park, 2009, 2011 ; Pollock et al., 2010 ; Sumsion & Law, 2006). Questo non vuol dire però che il cliente sia necessariamente in grado fin da subito d'identificare gli obiettivi che il terapeuta occupazionale lo aiuterà a raggiungere tenendo conto delle sue difficoltà. Secondo Park (2011) è necessario, durante il percorso di valutazione del processo in ergoterapia, riconoscere le preoccupazioni del cliente (una parte del profilo occupazionale) per poi definire con precisione il quadro concreto delle sue difficoltà e delle sue capacità (al momento dell'esame approfondito). Successivamente, nella tappa di pianificazione del trattamento, degli obiettivi sono discussi e concordati tra il terapeuta occupazionale ed il cliente – o i suoi parenti in particolar modo nel mondo della pediatria – così come sono scelte delle strategie d'azione per raggiungerli (mezzi d'intervento). In una prospettiva centrata sul

cliente, la misurazione del raggiungimento degli obiettivi viene anche questa compiuta assieme al cliente (Park, 2009, 2011 ; Sumsion & Law, 2006).

Per determinare se un obiettivo è raggiunto, è necessaria la messa a fuoco di **un indicatore di riuscita**. Questo ultimo è a volte definito dall'ergoterapista che osserva la performance o la maniera con la quale il cliente realizza l'attività. In altri casi è il cliente stesso che auto-valuta la sua riuscita. In ogni caso, Park (2009) sottolinea quanto è fondamentale analizzare quello che è effettivamente realizzato e non quello che il cliente potrebbe fare. In effetti, disporre di una competenza non implica necessariamente il suo utilizzo in momenti pertinenti. In questo senso, per poter valutare senza ambiguità la riuscita, è auspicabile stabilire degli obiettivi maggiormente specifici e non troppo generici. Inoltre, è consigliabile non giustapporre diverse occupazioni e/o indicatori in uno solo obiettivo. Per esempio, l'obiettivo "realizzare le attività strumentali della vita quotidiana (I-ADL)" è troppo generico e poco preciso. In questo caso, le I-ADL interessate e i loro rispettivi indicatori dovranno essere descritti separatamente all'interno di diversi obiettivi.

L'indicatore di riuscita può misurare il raggiungimento dell'obiettivo in diversi modi (Bovend'Eerd et al, 2009 ; Bowman & Mogensen, 2010 ; Moyers & Dale, 2007 ; Park, 2009) :

- la realizzazione della performance: interamente, parzialmente, il numero di ripetizioni...;
- la qualità della performance o del suo risultato: la quantità di errori, i tremori, la precisione del gesto, l'applicazione, le esitazioni, lo sforzo, la rapidità, la fluidità del gesto, la sicurezza, il livello di coinvolgimento, la precipitazione...;
- la percezione o i sentimenti del cliente: il dolore, la fatica, il piacere, la soddisfazione, il malessere, la sicurezza, la noia, il benessere, l'ansietà, la frustrazione ...;
- le condizioni temporali: la durata, la frequenza (sempre, a volte, mai)...;
- l'assistenza: la natura dell'aiuto (fisico, verbale, sorveglianza), la presa d'iniziativa, la cooperazione, la quantità di aiuti necessari, gli ausili tecnici, le modificazioni ambientali necessarie...

Degli indicatori che non si limitano alla realizzazione efficace di una performance ma che descrivono tale performance in un modo differenziato e maggiormente qualitativo si prestano a degli interventi dove il miglioramento è lento. In tal senso, degli indicatori che portano sulla percezione del cliente o dei suoi parenti sono pertinenti a delle situazioni dove la performance stessa non è modificata dall'intervento terapeutico (p.es Paul accetta che la sua moglie lo assista nei trasferimenti).

Il ruolo dei modelli e degli strumenti di valutazione

I modelli sviluppati in ergoterapia o nei quadri di riferimento applicati all'ergoterapia definiscono degli elementi della persona, dell'occupazione o dell'ambiente all'interno dei quali gli obiettivi possono essere espressi. Per esempio, il quadro concettuale dell'associazione americana dei terapisti occupazionali definisce gli ambiti occupazionali nei quali gli obiettivi possono essere descritti: le attività della vita quotidiana di base (B-ADL) e strumentali (I-ADL), il riposo e il sonno, la formazione, il lavoro, il tempo libero, il gioco, la partecipazione sociale (AOTA, 2008). L'ICF, da parte sua, permette di precisare le funzioni

mentali, sensoriali e dell'apparato locomotore legate al movimento, a partire dalle quali gli obiettivi sono articolabili (OMS, 2011). Sovente, i modelli e i quadri facilitano la scelta di obiettivi tipici della professione nella misura in cui propongono loro stessi degli obiettivi generici che l'ergoterapista preciserà con il cliente a seconda delle condizioni di salute e della sua situazione generale così come a seconda dei suoi ambiti di vita.

Diversi strumenti di misura sono stati sviluppati per sostenere la produzione degli obiettivi. Così la Misura Canadese del Rendimento Occupazionale (MCRO) (Law et al., 2011), il *Perceived Efficacy and Goal Setting System* [PEGS] (Missiuna, Pollock, & Law, 2004), ma anche gli strumenti di valutazione del modello dell'occupazione umana come il *Child Occupational Self Assessment* [COSA] o l'*Occupational Performance History Interview II* [OPHI II] (Kielhofner 2008), permettono d'identificare gli obiettivi attraverso il discorso del cliente stesso.

I modelli, i quadri di riferimento o gli strumenti di misura sono sostenibili quando sono centrati sull'occupazione, ma anche quando sono centrati sulle funzioni. In quest'ultimo caso, l'obiettivo preciserà l'occupazione svolta attraverso queste funzioni (p.es. Zazie aumenta il controllo posturale del tronco per reggere la posizione seduta senza l'appoggio sugli arti superiori in modo da potersi vestire rapidamente). La sfida consiste nel saper formulare chiaramente gli obiettivi in modo che possano in seguito essere trasmessi verbalmente e trascritti all'interno del dossier dei clienti (Sames, 2010).

La formulazione degli obiettivi

Da un punto di vista del contenuto, gli obiettivi hanno una prospettiva occupazionale, sono centrati sulla persona, sono considerati nel contesto di vita e comportano un indicatore di riuscita. Questi diversi elementi si ritrovano da un punto di vista della sintassi all'interno della loro formulazione orale e scritta.

Un obiettivo correttamente espresso è una frase che comprende un soggetto (**Chi**), che, la maggior parte delle volte, è il cliente stesso, o a volte una terza persona come un parente o il datore di lavoro - in nessun caso il terapeuta (Meyer, 2007 ; Park 2009, 2011 ; Pollock, et al, 2010). Un verbo d'azione (**Cosa**) (Sames (2010) ne propone una serie) permette inoltre di descrivere la performance occupazionale ricercata e di garantire la sua osservabilità in modo da poterla valutare. In questo senso, la formulazione "essere capace" è inammissibile poiché siamo interessati alla realizzazione effettiva della performance e non alla potenziale facoltà di realizzazione di essa. Alcuni complementi d'oggetto precisano su che cosa porta l'obiettivo, per esempio, "alzare dei carichi", "alzare le braccia", "alzare il suo partner". Dei complementi circostanziali (**Come, Quando, Dove**) finalizzano la formulazione in modo che ognuno sappia come la performance deve essere realizzata, quando e dove il determinato risultato è atteso. Queste circostanze sono delle variabili dell'ambiente: "su una superficie irregolare", "dei vestiti con dei bottoni", "con l'aiuto di un ausilio particolare". Sono anche il grado di assistenza necessaria: "con l'aiuto fisico di una persona", "con la supervisione di sua madre". Sono inoltre anche il luogo all'interno del quale il comportamento è atteso: "una sala da bagno dell'ospedale", "l'ascensore del suo palazzo". Le caratteristiche temporali chiarificano a volte la frequenza dell'azione a volte la scadenza entro la quale il risultato sarà ottenuto: "entro quattro sedute, Zazie infilerà il suo pull sempre nel senso corretto".

Nella misura in cui l'elaborazione degli obiettivi s'iscrive nella pratica centrata sul cliente, la formulazione è fatta con un linguaggio comprensibile dal cliente stesso e per tutto il suo ambiente umano (Bowmann & Mogensen, 2010 ; Radomski, 2008 ; Pollock, et al, 2010 ; Radomski, 2008). Gli esposti sono sufficientemente differenziati e senza equivoci per evitare che i partner che accedono al dossier oppure i partner con i quali l'ergoterapista ha delle interazioni, facciano degli errori d'interpretazione o delle confusioni (Gateley & Borcharding, 2012). Park (2009) propone di prediligere delle forme redazionali positive e non negative. Secondo lui, orientarsi verso la soppressione di un comportamento è meno motivante che mirare all'emergenza di una nuova performance (p.es. "mangia in modo sano quattro volte alla settimana" al posto di "evita i fast-food quattro volte alla settimana"). Per finire, notifichiamo che nella misura in cui l'indicatore di riuscita può avvalersi della valutazione stessa del cliente, la sua formulazione lo tradurrà: la riuscita è oggettivabile attraverso la soggettività del cliente (p.es. Giulio è soddisfatto del telecomando gestibile col mento della sua carrozzina elettrica).

I criteri SMART

La formulazione scritta degli obiettivi può appoggiarsi su diversi metodi ma la più frequentemente riscontrata è il metodo SMART (Gateley & Borcharding, 2012 ; Sames, 2010). SMART è un acronimo inglese composto di regole descritte da Locke e i suoi colleghi (1968) per definire le caratteristiche di un "buon" obiettivo:

- **Specifico** (*specific*),
- **Misurabile** (*measurable*)
- **Accettato dal cliente** (*agreed*)
- **Realistico** (*realistic*)
- **Temporalmente definito** (*timed*)

Un obiettivo è specifico se è espresso in maniera concreta, chiara e precisa. Un obiettivo è misurabile quando esiste un indicatore che permette di verificarne il suo raggiungimento. Questo non vuole obbligatoriamente dire che uno strumento di misura o una misura sono specificati (p.es. aumentare la flessione del gomito di 30 gradi), nemmeno che l'osservatore "vede" la performance (p.es. entrare nella vasca) poiché può essere comunicato dal cliente stesso. Questa misura può riportare la qualità percepita dal cliente della sua propria performance (p.es. ha piacere a prendere un bagno ogni settimana). Con il termine "obiettivo accettato", in ergoterapia è generalmente necessario intenderlo come "obiettivo negoziato". Un obiettivo è realistico quando è raggiungibile in un tempo definito che prende in considerazione le condizioni di salute del cliente e le circostanze ambientali. Temporalmente definito significa che sarà raggiunto entro una determinata scadenza.

E' importante notare che l'elaborazione degli obiettivi all'interno di una seduta di trattamento risponde alle stesse regole di formulazione che reggono la messa in luce degli obiettivi del trattamento. In particolar modo, sono specifici alle attività proposte nella seduta. L'ergoterapista rimane il garante che questi obiettivi specifici di sedute siano in coerenza con gli obiettivi a corto o lungo termine stabiliti in precedenza assieme al cliente.

Esempi

Matthieu ha perso la vista dopo un'infezione del nervo ottico. Desidera (A) poter fare la spesa dove la faceva in precedenza. Questo sembra, per la sua ergoterapista, realistico (R) con i trasporti pubblici ma dopo un periodo di allenamento:

Tra un mese (T), Matthieu (chi) prende da solo (come) il bus (cosa) sotto casa sua che lo porta fino al supermercato alla periferia della città (S) (dove). L'ergoterapista lo verifica (indicatore di riuscita) nell'ultimo allenamento (M).

Al momento della seduta del 6 gennaio (T), Matthieu accompagnato dalla sua ergoterapista prende senza assistenza (M) il biglietto del bus e all'arrivo del bus (S) si orienta (S) in modo efficiente (M) verso una delle porte senza essere disturbato (M) dagli altri passeggeri.

Matilde è un'adolescente affetta da anoressia. Desidera partecipare al coro della sua scuola. Dopo discussione (A) con l'ergoterapista sulla fattibilità e il coinvolgimento di Matilde (R) è stato fissato un obiettivo a corto termine:

Matilde (chi), entro due settimane (T), avrà fatto le pratiche per essere iscritta al coro che la sua scuola (cosa) propone ogni venerdì sera della settimana (S) (quando). Farà vedere la sua iscrizione (M) (indicatore di riuscita).

Jeremy ha 7 anni. Presenta un disturbo della coordinazione motoria. In un colloquio con Jeremy, i suoi genitori e la sua ergoterapista, il ragazzo esprime il suo desiderio di intraprendere un'attività musicale – la batteria. Tutti concordano (A) sul fatto che si tratta di un obiettivo a lungo termine che necessita di un lavoro precedente sulla coordinazione motoria (R) per il quale è necessario consultare un esperto.

Entro la prossima seduta, tra 3 settimane (T) (Quando), Jeremy et i suoi genitori (chi) avranno preso contatto (come) con un professore di batteria per verificare la sua disponibilità a insegnare al ragazzo la batteria accettando di ricevere inoltre la sua ergoterapista ogni 3 sedute (S) (cosa). Daranno il numero di telefono di tale professore (indicatore di riuscita) affinché l'ergoterapista possa mettersi in contatto (M).

Marco è fruttivendolo. Alla fine del mese di giugno ha avuto un incidente alla sua mano dominante tagliando la legna. Ha un'amputazione delle dita lunghe al livello dell'interfalangea prossimale e del pollice al livello dell'interfalangea. Le prime falangi delle cinque dita sono fratturate. Poiché la raccolta della frutta inizia a mi-settembre, ha bisogno di condurre il suo trattore e la sua motocicletta (desiderio del cliente). L'ergoterapista pensa che sia possibile (R), ma occorre lavorare intensamente la sua sensibilità, la mobilità del mignolo, del pollice e delle articolazioni metacarpo-falangee. Inoltre bisogna migliorare la forza di prensione e la resistenza allo sforzo della mano (strategie di trattamento). Il cliente e l'ergoterapista decidono (A) assieme dell'obiettivo.

A metà settembre (T) (Quando), Marco (chi) conduce il suo trattore e la sua motocicletta (S) (cosa) per almeno due ore (M) (indicatore di riuscita) al giorno e si sente sicuro e al suo agio (M) (indicatore di riuscita).

Durante la seduta (T), Marco riesce a prendere 12 volte una boccia di 710 g appoggiata davanti a lui su un tavolo (M) (indicatore di riuscita) (S). Inoltre lancia fino a tre metri di distanza (S) (M) (R).

Il metodo SMART non è specifico all'ergoterapia nonostante ciò, applicato a questa professione, lo diventa grazie alla formulazione degli obiettivi centrati sull'occupazione.

All'interno di ogni trattamento in ergoterapia, sono definiti diversi obiettivi SMART. Quando tutti questi sono raggiunti, l'intervento è considerato dal terapeuta occupazionale come riuscito. Lo strumento GAS (Goal Attainment Scale) (Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994) permette di evidenziare questa riuscita.

La valutazione del raggiungimento degli obiettivi con il GAS

Il Goal Attainment Scale [GAS] (Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994) è uno strumento conosciuto nella letteratura. Esso dà delle indicazioni quantitative del raggiungimento degli obiettivi indipendentemente dalla loro natura, a patto che siano espressi e che comprendano un indicatore di riuscita.

Il GAS si presenta come una tabella dotata di cinque scale dal -2 al +2. Su ogni scala, è possibile esporre una performance alterata del cliente, individuata inizialmente durante la valutazione approfondita (stato di base), dandogli il valore -1 (linea blu nella figura 3). Di seguito, per ogni "stato di base", sono discussi e sono trascritti nella tabella degli obiettivi graduati, con rispettivi valori -2, 0, +1, e +2. Il valore -2 indica che il cliente perde una performance che possedeva all'inizio dell'intervento. I valori 0, +1 e +2 indicano una progressione. Bovend'Eerd, Botell et Wade, (2009) illustrano come i valori possono essere articolati meglio aggiungendo, togliendo o cambiando gli aiuti esterni necessari per la realizzazione degli obiettivi o ancora intervenendo sui criteri qualitativi della performance attesa (tempo, resistenza allo sforzo, agilità, fiducia, etc.).

+ 2					
+ 1					
0					
- 1 stato di base					
- 2					
Valore ottenuto					

Figura 3. Il GAS

Il GAS si adatta a tutte le clientele ed è compatibile con tutti i modelli e i quadri di riferimento applicati. Il GAS è compatibile con interventi di durata molto variegata, e con situazioni di prevenzione, di mantenimento o di recupero. La sua pertinenza, la sua specificità e la sua sensibilità dipendono dell'abilità del terapeuta di porre degli obiettivi negoziati, adattati al cliente e al suo ambiente, e abbastanza accurati. Gli obiettivi SMART rispondono bene allo strumento GAS.

Il GAS è lo strumento scelto dall'Associazione Svizzera degli Ergoterapisti (ASE) per raccogliere delle informazioni sui risultati di trattamento degli ergoterapisti nella pratica di libero professionista all'interno della procedura dell'assicurazione qualità. La versione del GAS proposta dall'ASE è scaricabile sul suo sito <http://www.ergotherapie.ch>.

Conclusione

Queste raccomandazioni hanno l'ambizione di sostenere gli ergoterapisti nell'elaborazione e nella formulazione degli obiettivi d'intervento in ergoterapia, considerando che quello che si concepisce chiaramente si articola in seguito più facilmente.

La sfida in ergoterapia è oggi di essere sistematicamente centrato sul cliente e le sue occupazioni. Stabilire esplicitamente degli obiettivi a carattere SMART è l'occasione di cogliere questa sfida coinvolgendo il cliente in un progetto che è adatto alle sue esigenze e che lo motiva ad andare incontro ai suoi interessi nello svolgimento delle occupazioni che desidera, deve o ha bisogno di fare. Considerare la soggettività del cliente nell'elaborazione degli indicatori di riuscita degli obiettivi si presta particolarmente bene per una clientela per la quale il coinvolgimento occupazionale e la partecipazione sono fragili. Rinforza inoltre maggiormente la presa in considerazione della soddisfazione del cliente stesso.

Formulare esplicitamente, oralmente o per iscritto degli obiettivi d'intervento favorisce la comunicazione con i parenti e con i partner del sistema sanitario, mostrando loro il focus d'interesse dell'ergoterapia e su quale tipologia di problemi concentra i suoi interventi.

La professione necessita una tale chiarezza in un ambiente, dove occorre regolarmente rendere conto del proprio lavoro ai clienti e alle istanze finanziarie. L'ergoterapia potrà sempre meno accontentarsi di stabilire degli obiettivi vaghi e/o formulati con un vocabolario biomedico poiché tale terminologia porta a confusioni importanti nella comprensione delle differenze inter-professionali e tace troppo spesso le ripercussioni delle disfunzioni descritte nella vita di tutti i giorni.

Glossario

Abilità: ciò che il cliente dimostra nelle azioni che svolge (Townsend, E. A., & Polatajko, H. J., 2007).

Ambiente: inerenti ai fattori esterni, fisici, socio-culturali e temporali, che richiedono e influenzano la performance (Meyer, 2013).

Azione: insieme di movimenti (fisici o mentali) che formano un pattern preciso e riconoscibile (prendere, spingere...) (Townsend, E. A., & Polatajko, H. J., 2007).

Compito: azioni messe assieme per raggiungere una specifica fine (Townsend, E. A., & Polatajko, H. J., 2007).

Funzione: componente fisica, psichica che permette l'azione (Meyer, 2013).

Modello: insieme di costrutti e di proposte teoriche centrate sull'occupazione che hanno lo scopo di illustrare e guidare il processo e la pratica in ergoterapia (Duncan, 2011).

Occupazione: attività o serie di attività della vita quotidiana che riveste un valore significativo per la persona (Townsend, E. A., & Polatajko, H. J., 2007). Le aree occupazionali sono le ADL (attività del vivere quotidiana), le I-ADL (attività strumentali), il riposo e il sonno, l'istruzione, il lavoro, il gioco, il tempo libero e la partecipazione sociale (AOTA, 2008).

Partecipazione: coinvolgimento attraverso l'attività, nelle situazioni di vita socialmente contestualizzate (Meyer, 2013).

Performance: la scelta, l'organizzazione e la realizzazione di diverse occupazioni, attività o compiti in interazione con l'ambiente (Meyer, 2013).

Profilo occupazionale: sintesi delle informazioni che descrivono la storia occupazionale della persona comprendente i suoi interessi, valori e bisogni (AOTA, 2008).

Quadro di riferimento: insieme di concetti sviluppati in ambiti diversi dell'ergoterapia e che si applicano in ergoterapia quando sono usati in modo pertinente (Duncan, 2011).

Valutazione: approccio che permette di ottenere, interpretare e giudicare le informazioni inerenti alle performance occupazionali. Quest'approccio mira a gerarchizzare i problemi e i bisogni del cliente, a pianificare e modificare i trattamenti così come a stimare il valore di questi ultimi (Meyer, 2013)

Riferimenti bibliografici

- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2008). Occupational therapy framework : domain and concern (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625-683.
- Amini, D. (2007). Functional Goal Writing for Occupation-Based Practice Measure [power point slides]. Greensboro, NC
- Baum, C. M., Bass-Haugen, J., & Christiansen, C. H. (2005). Person-Environment-Occupation-Performance : A Model for Planning Interventions for Individuals and Organizations. In C. H. Christiansen, C. M. Baum, & J. Bass-Haugen, *Occupational Therapy : Performance, Participation, and Well-Being* (3rd ed.). Thorofare : Slack Incorporated.
- Bovend'Eerd, T., J., H., Botell, R., E., & Wade D., T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling : a practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 352-361.
- Bowmann, J. & Mogensen, L. (2010). Writing occupation-focused goals. In M. Curtin, M. Molineux, & J. Supyk-Mellson (Eds.). *Occupational therapy and physical dysfunction : enabling occupation* (6th ed., pp. 95-109). Edinburgh : Churchill Livingstone.
- Chisholm, D., & Boyt Schell, B. (2014). Overview of occupational therapy process and outcomes. In B. Schell, G. Gillen, M. Scaffa, & E. Cohn (Eds.), *Willard and Spacksman's occupational therapy* (12th ed., pp. 266-280). Philadelphia, PA : Lippincott, Williams & Wilkins.
- Creek, J., & Bullock, A. (2008). Planning and implementation. In J. Creek & L. Lougher (Eds.), *Occupational therapy and mental health* (4th ed. pp. 109-131). Edinburgh : Churchill Livingstone, Elsevier.
- Duncan, E. (2011). *Skills for practice in occupational therapy*. Edinburgh : Churchill Livingstone.
- Gateley, C., & Borcharding, S. (2012). *Documentation manual for occupational therapy : Writing soap notes* (3rd ed.). Thorofare, NY : Slack.
- Habermann, C. & Kolster, F. (2002). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation : theory and application* (4th ed.). Baltimore, MD : Williams and Wilkins.
- Kiresuk, T., Smith, A., & Cardillo, J. (1994). *Goal Attainment Scaling : Applications, theory and measurement*. Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates.
- Kolster, F. (2001). *Therapieziele in der Neurologie. Unterricht – Konzeption – Anwendung*. Neue Reihe Ergotherapie. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e V. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., Mccoll, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2011). *La mesure canadienne du rendement occupationnel* (4e éd.). Ottawa : Association canadienne des ergothérapeutes.
- Locke, E.A., Shaw, K.N., Saari, L.M. & Latham, G.P. (1981) Goal setting and task performance : 1969-1980. *Psychological Bulletin*, 90, 125-152.

- Margot-Cattin, I., Meyer, S., Demurger, M., Galli, C., Kuster, E., Moiola, S., ... Page, J. (2012). La rédaction des objectifs en ergothérapie : les résultats de l'analyse. In M-H Izard (Ed.). *Expériences en ergothérapie* (25ème série, pp. 100- 111). Montpellier : Sauramps Medical.
- Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne : Haute école de travail social et de la santé.
- Meyer, S. (2013). De l'activité à la participation. Bruxelles: De Boeck.
- Missiuna C., Pollock N., & Law M. (2004). *The Perceived Efficacy and Goal Setting (PEGS) System Manual*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Moyers, P. J., & Dale, L. M. (2007). *The guide to occupational therapy practice* (2nd ed.). Bethesda, MD : American Occupational Therapy Association.
- Organizzazione Mondiale Della Sanità (2001). *ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Gardolo (TN): Edizioni Erickson.
- Park, S. (2009). Goal setting in occupational therapy : a client centered perspective. In E. Duncan. *Skills for practice in occupational therapy* (pp. 105-122). Edinburgh : Churchill Livingstone.
- Park, S. (2011). Setting and evaluating person-centered goals : an outcome of occupational analysis. In L. Mackenzie & G. O'Toole (Eds.), *Occupation analysis in practice* (pp 312-328). Chichester : Wiley-Blackwell.
- Pollock, N., Missiuna, Ch., & Rodger, S. (2010). Occupational goals setting with children and families. In S. Rodger. *Occupation-centered practice with children* (pp 114-134). Chichester : Willey Blackwell.
- Radomski, M. V. (2008). Planning, Guiding, and documenting. In C. Trombly & M. V. Radomski (Eds.), *Occupational therapy for physical dysfunction* (6th ed., pp 40-63). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Roos, K., Page, J., Demurger, M., Rossini Drecq, E., Galli, C., Kuster, E... Meyer, S. (2010). Das Formulieren von Zielen durch Schweizer ErgotherapeutInnen : ein Forschungsprojekt in vielen Sprachen. *Ergotherapie*, 10, 35-37
- Sames, K. (2010). *Documenting occupational therapy practice* (2nd ed.). Prentice Hall.
- Scheiber, I. (1996). *Ergotherapie in der Psychiatrie*. Troisdorf: Bildungsverlag.
- Sumsion, T., & Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 153-162.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling Occupation 2. Advancing Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications
- Wade, D. T. (2009). Goal setting in rehabilitation : an overview of what, why and how. [Editorial Introductory]. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 291-295.