



La stimolazione motoria e sensoriale nella disabilità

Indicatori di valutazione dell'attività

Dott.ssa Elisabetta Scanferla

Indice

1. Disabilità e salute	p. 3
2. ID e apprendimento motorio	p. 7
3. Disabilità ed attività fisica	p. 9
4. Disabilità intellettiva, fitness e wellness	p. 12
5. La valutazione degli esiti dei trattamenti	p. 14
6. Indicatori di valutazione	p. 16
7. Costruzione di uno strumento di valutazione	p. 18
8. Uno strumento di valutazione	p. 20
Conclusioni	p. 22
Bibliografia	p. 23

STIMOLAZIONE MOTORIA E SENSORIALE NELLA DISABILITA': INDICATORI DI VALUTAZIONE

1. Disabilità e salute

Nel corso degli ultimi decenni la definizione di disabilità è notevolmente cambiata. Sono stati sviluppati diversi documenti e convenzioni internazionali, che ne offrono una nuova visione e che mirano a regolare le politiche nazionali.

Per prime ricordiamo la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948 e la Dichiarazione sui diritti delle persone mentalmente ritardate (1971), che hanno messo in primo piano i diritti delle persone disabili, in un'ottica di uguaglianza.

Successivamente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 1980, ha presentato la "Classificazione internazionale delle menomazioni, delle disabilità e dell'handicap - ICIDH". Questo nuovo modello ha portato un cambiamento nella concettualizzazione della disabilità, quale fenomeno multidimensionale.

Nel novembre del 2001, invece, OMS ha pubblicato la Classificazione del funzionamento, delle disabilità e della salute (International Classification of functioning, disability and health- ICF) che è stata riconosciuta da 191 Paesi, tra i quali anche l'Italia. Secondo la dichiarazione della stessa OMS, tramite comunicato stampa (WHO, 2001), l'ICF stimola lo spostamento del focus che tradizionalmente si basava sui tassi di mortalità rintracciabili all'interno delle popolazioni, all'analisi della vita delle persone, "delle modalità con cui esse si trovano a convivere con le loro patologie e cercano di migliorare le proprie condizioni di vita in vista di un'esistenza produttiva ed arricchente". (Nota, Rondal, Soresi, 2002).

Nel manuale di presentazione dell'ICF viene chiarito che il suo obiettivo è proporre un linguaggio uniforme a livello internazionale ed offrire un quadro "all'interno del quale descrivere la salute e gli ambiti ad essa connessi, come l'educazione e il lavoro". L'ICF considera due diverse dimensioni umane:

- quella del funzionamento organico e delle strutture anatomiche;

- quella relativa attività svolte ed ai livelli di partecipazione.

L'ICF è quindi costituita da due parti principali, ognuna delle quali, a sua volta, composta da due "sotto-componenti".

La prima parte dell'ICF si riferisce all'accertamento del funzionamento e delle disabilità attraverso una classificazione delle funzioni e delle strutture corporee, delle attività quotidiane e dei livelli di partecipazione.

La seconda parte riporta tutti quei fattori di contesto che possono potenzialmente influenzare in modo significativo la vita delle persone, sia nelle componenti fisiche e sociali degli ambienti di vita, che nei fattori personali (il sesso, la razza, l'età, gli stili di vita, le abitudini, le strategie di coping possedute, il background sociale, educativo e professionale, ecc.).

Nonostante tali cambiamenti, le persone con disabilità rappresentano ancora un gruppo vulnerabile e svantaggiato.

I problemi che queste persone devono affrontare sono numerosi e toccano vari settori di vita; fra questi, ritroviamo delle criticità anche nell'ambito della salute.

La letteratura ci dice che la prevalenza di adulti in sovrappeso ed obesi con disabilità intellettiva (ID) è pari o superiore rispetto alla popolazione generale (Rubin et al. 1998; Harris et al. 2003; Jansen et al. 2004; Yamaki 2005; Melville et al. 2006; Rimmer e Yamaki 2006).

Yamaki (2005), in uno studio svolto su un campione di americani adulti con ID, ha trovato che la prevalenza combinata di sovrappeso e obesità è del 64%, mentre la prevalenza di obesità del 35%. In specifico, il problema riguarda:

- le persone che vivono in contesti di comunità (ambienti cioè meno restrittivi);
- i soggetti con alti livelli di funzionamento cognitivo;
- le donne;
- gli anziani;
- le persone con specifiche sindromi genetiche, ad esempio chi ha la sindrome di Down o di Prader-Willi.

Un altro problema significativo per la categoria considerata sono le malattie cardiovascolari (CVD), che rappresentano una delle più comuni cause di morte tra le persone con ID (Beange et al. 1995; Yamaki 2005; Draheim 2006; Iacono & Sutherland 2006; Haveman 2007).

Tali patologie sono fortemente correlate con la mancanza di attività fisica e la cattiva alimentazione. Infatti, i dati in letteratura indicano che solo il 10 % delle persone con ID svolge attività fisica un minimo di 3 giorni a settimana, inoltre gran parte delle attività del tempo libero sono sedentarie (Hoge & Dattilo 1995).

Altre ricerche ci offrono i seguenti dati: sono stati documentati bassi livelli di attività fisica (Frey et al. 2008), come scarso fitness cardiovascolare (Pitetti et al. 2001; Gillespie 2003), bassa forza muscolare e resistenza (Mercer & Lewis 2001; Pitetti & Yarmer 2002; Onyewadume 2006).

Un ulteriore problema consiste nell'idea secondo cui la disabilità è sinonimo di cattivo stato di salute, quindi i problemi che possono presentarsi su questo versante vengono considerati "normali". Per tale motivo, le attività di promozione e prevenzione sono, come afferma il Dipartimento della salute e dei servizi umani degli Stati Uniti, poco enfatizzate o trascurate tra i professionisti della salute (Department of Health & Human Services, US 2000); una conseguenza sarebbe la maggior insorgenza di patologie croniche in età precoce, rispetto ai coetanei non disabili.

Invece, gli effetti benefici di una regolare attività fisica per le persone con disabilità intellettiva sono dimostrati da varie ricerche.

Ad esempio, Heidi, Temple & Temple (2012) hanno considerato la condizione degli adolescenti con ID, dimostrando che impegnarsi in una regolare attività fisica migliora:

- la capacità cardiorespiratoria,
- il fitness muscolare
- la salute delle ossa,
- la composizione corporea

Ha anche un effetto positivo:

- sui biomarker della salute cardiovascolare e metabolica;
- sulla riduzione i sintomi di ansia e depressione (U.S. Department of Health Human Services 2008).

I giovani con disabilità intellettiva dovrebbero, al pari dei coetanei non disabili, svolgere ogni giorno un'ora o più di attività fisica quantomeno moderata, includendo sia esercizi di aerobica che attività di potenziamento muscolare; tali indicazioni sono state fornite attraverso le linee guida per l'esercizio fisico del 2008, dal Dipartimento Usa della salute e dei servizi umani.

Nel proporre un'attività fisica, è utile sviluppare programmi in ambienti inclusivi e coinvolgere coetanei, al fine di promuovere la socializzazione e rendere l'attività divertente. In tal modo può aumentare la motivazione dei giovani con disabilità intellettive a impegnarsi nell'esercizio (Lotan et al. 2006; Rimmer & Rowland 2008; Johnson 2009).

2. ID e apprendimento motorio

Riprendendo i dati presenti in letteratura, possiamo leggere che il ritardo delle prestazioni motorie osservato in bambini con deficit lieve è correlato al loro ridotto funzionamento intellettuale. Secondo Diamond (2000), lo sviluppo motorio, infatti, è spesso compromesso quando lo sviluppo cognitivo è danneggiato.

Si è inoltre osservato che esiste una stretta relazione fra corteccia prefrontale e cervelletto, mentre in precedenza il primo era considerato importante soprattutto per le capacità cognitive complesse, mentre la seconda per le capacità motorie, in modo completamente distinto; ora c'è evidenza di una stretta relazione sia in partecipanti tipici (Awh et al. 1996; Jonides et al. 1997) che in persone con danni cerebrali (Schmahmann & Sherman 1998), in quanto le carenze nello sviluppo cognitivo sembrano essere associate con disabilità motorie.

Oltre alle abilità motorie più o meno complesse, per svolgere attività fisica è necessario possedere le funzioni esecutive, le quali comprendono la formazione di obiettivi, la programmazione e l'esecuzione di progetti, il controllo dell'attenzione e la perseverazione su un determinato compito.

L'importanza di tutte queste abilità è fondamentale, in ogni ambito di vita, tuttavia manca ancora forte evidenza sperimentale per quanto riguarda il collegamento diretto tra funzioni cognitive nei bambini con ID e prestazioni motorie; pochi studi hanno utilizzato disegni cross-sezionali (Wuang et al. 2008; Hartman et al. 2010). Pertanto, non è chiaro se una disabilità nelle funzioni cognitive è responsabile delle prestazioni motorie deficitarie o se un'altra variabile contribuisce all'effetto.

Con l'obiettivo di intervenire su questi aspetti e portare dei miglioramenti, si possono elaborare interventi mirati (Lotan et al. 2004; Shin et al. 2009; Shih et al. 2010). Westendorp et al. (2011) hanno dimostrato l'esistenza di una relazione tra lo sviluppo delle abilità motorie e la partecipazione allo sport organizzato nei bambini con ID. Il loro studio ha mostrato una correlazione positiva tra capacità di controllo dell'oggetto e partecipazione, sostenendo l'idea che lo sviluppo del controllo dell'oggetto (ad esempio del gesto di lanciare) può contribuire alla futura partecipazione sportiva dei bambini.

Per portare benefici sull'apprendimento motorio in partecipanti tipici si può utilizzare il focus

attentivo indotto da istruzioni o feedback. In particolare, si è osservato che se l'attenzione è rivolta agli effetti dei movimenti del performer sugli ambienti, l'apprendimento motorio è generalmente migliore, rispetto all'attenzione diretta verso i movimenti stessi (cioè indurre una messa a fuoco interna di attenzione) o nessun avviso di messa a fuoco (condizioni di controllo).

Wulf (2001) ha spiegato l'effetto del focus interno rispetto a quello esterno mediante l'ipotesi dell'azione vincolata: secondo quest'ultima un focus interno (sul corpo) induce un controllo cosciente, che interferisce con i meccanismi automatici di controllo motorio, solitamente atti a controllare efficacemente ed efficientemente i movimenti. Al contrario, concentrandosi sull'effetto del movimento, si promuove una modalità più automatico di controllo. Essa consente l'utilizzo di processi di controllo inconsci, veloci e riflessivi, che non producono tale limitazione (Wulf et al. 2001, 2010b; Lohse et al. 2010).

I risultati delle ricerche più recenti hanno mostrato che il vantaggio di apprendimento delle istruzioni mediante focus attenzionale esterno si generalizza a bambini con disturbi mentali: dirigere l'attenzione dei partecipanti al movimento dell'attrezzo piuttosto che al proprio corpo portava un apprendimento più efficace. (Chiviakowsky, Wulf & Ávila 2013)

3. Disabilità ed attività fisica

L'attività sportiva per le persone con disabilità intellettivo-relazionale si sta dimostrando un valido strumento per ottenere innumerevoli benefici; in specifico, come affermato da Croce (2013), si assiste a:

- lo sviluppo di potenzialità individuali,
- l'acquisizione e/o l'incremento di capacità ed abilità,
- la valorizzazione personale,
- l'inclusione in contesti che favoriscono l'instaurarsi di relazioni significative.

Inoltre, lo sport offre la possibilità di:

- sperimentare la continuità della propria identità nel tempo,
- imparare a controllare le proprie energie,
- sviluppare una maggiore autoconsapevolezza,
- rafforzare la fiducia nelle proprie capacità.

Non si può dimenticare che praticare uno sport, oltre ai vantaggi sopra esposti, risponde al "bisogno di normalità", offrendo la possibilità di uno sviluppo e di una funzionalità il più possibile vicini alle normali richieste dei contesti di vita.

Al fine di elaborare progetti di attività fisica per persona con disabilità intellettiva, e per ipotizzare uno strumento di valutazione delle stesse, è utile chiarire alcuni concetti, relativi allo sviluppo psicomotorio.

Schema Corporeo: coscienza immediata delle posizioni e degli stati del corpo che permettono all'individuo di relazionarsi con il mondo esterno.

Immagine Psico - Corporea: percezione e vissuto emotivo dell'individuo rispetto al proprio corpo, correlata alla formazione dello schema corporeo.

Movimento: espressione di una corporeità globale, risultato di una costante integrazione tra mente e corpo.

Coordinazione Motoria: controllo e regolazione dell'attività di movimento.

Come si può osservare, le definizioni esposte si rifanno al concetto di Unità Psicofisica; questo, a sua volta, è basilare per l'educazione psicomotoria, che rivolgere l'attenzione alla centralità del corpo e dell'azione.

Affinchè vi sia uno sviluppo psicomotorio armonico, servono alcuni fondamentali prerequisiti:

- integrità fisica e coordinazione motoria;
- capacità attentive a vari livelli a seconda delle attività da svolgere (controllo del proprio corpo, mantenimento dell'equilibrio e capacità di concentrazione);
- capacità discriminative sia sul piano visivo che uditivo, per l'orientamento spazio-temporale;
- pensiero simbolico e capacità di astrazione;
- capacità comunicative e relazionali.

Le persone con disabilità spesso manifestano quelli che vengono chiamati “influssi di disturbo”:

- fatica;
- emozione;
- caduta dell'attenzione;
- minor concentrazione.

Questi aspetti sono legati soprattutto a fattori emozionali e relazionali, quindi si possono correggere attraverso strategie volte a ridestare la curiosità e l'attenzione, rinforzando l'autostima e la motivazione a partecipare.

Altra difficoltà presente in tale gruppo consiste nella presenza di movimenti “non evoluti”:

- **INCONSISTENZA:** variazione ad ogni ripetizione dell'esercizio, dell'uso della mano o del piede preferito, del grado di forza, equilibrio, ritmo ecc;
- **PERSEVERANZA:** incapacità di arrestarsi nel momento giusto e di eseguire con precisione un determinato numero di movimenti;
- **ASIMMETRIA:** deficit di coordinazione bilaterale manifestato quando i due arti dovrebbero contribuire equamente nel mantenimento dell'equilibrio o nella produzione

di forza;

- CARENZA DI EQUILIBRIO DINAMICO: incapacità di mantenere il controllo posturale del corpo in relazione alla forza di gravità;
- PRESENZA DI MOVIMENTI ESTRANEI: organizzazione temporale del movimento disturbata da movimenti eccessivi o irrilevanti;
- DIFFICOLTA' A MANTENERE IL RITMO DEL MOVIMENTO;
- DIFFICOLTA' A CONTROLLARE LA FORZA;
- INAPPROPRIATA PROGRAMMAZIONE DEL MOVIMENTO: problemi relativi all'interazione di ritmo esecutivo e forza in compiti motori complessi. (Comitato Italiano Paralimpico)

4. Disabilità Intellettiva, Fitness e Wellness

Al giorno d'oggi, parlando di attività fisica e salute, si fa riferimento anche ad altri concetti, oltre a quelli già proposti. Ad esempio, si possono ritrovare i termini fitness e wellness.

Come riporta Croce (2013), il primo deriva dall'aggettivo inglese "fit", tradotto col termine idoneità, capacità, preparazione fisica e stato di forma fisica, ma sempre più frequentemente definisce in generale lo stato di benessere fisico o la forma fisica dell'individuo.

Collegandolo all'attività fisica per le persone con disabilità, assume due significati:

- fitness specifico, ovvero la capacità di svolgere un particolare compito motorio indipendentemente dallo stato di forma fisica del soggetto;
- fitness generale, quando viene identificato con lo stato generale di salute, forma fisica e benessere dell'organismo.

La sua pratica, di solito, mira a migliorare la condizione di salute piuttosto che avere fini di prestazione sportiva.

Con il termine wellness, invece, ci si riferisce ad uno stile di vita che mette in primo piano il benessere e l'equilibrio psicofisico della persona, ed utilizza attività fisiche e sportive, ma anche altre pratiche ed una alimentazione corretta. Le attività di wellness, quindi, non prevedono l'agonismo e lo stress da esso causato.

Le persone con disabilità intellettiva spesso vivono una mancanza di fitness e wellness, a causa delle loro patologie, alla vulnerabilità biologica, alla comorbilità somatica e psicopatologica associata, ma anche per problemi nell'accesso alle attività disponibili nel territorio, infatti raramente vengono proposti progetti di prevenzione e stili di vita fisica e psicologica salutari.

Per ovviare ai problemi riscontrati, occorre affrontare in specifico tre aspetti:

1. Sostegno alla motivazione: è necessario motivare costantemente i soggetti, affinché le

pratiche di fitness e wellness diventino regolari e, di conseguenza, efficaci.

2. Sviluppo di abilità: servono programmi di apprendimento delle abilità motorie sia semplici che complesse, da strutturare nel tempo e nello spazio.

3. Ricerca e offerta di opportunità: devono essere rese disponibili delle opportunità, così come trasporti, competenze, materiali e ambienti adeguati, per garantire una reale fruibilità delle attività proposte

5. La valutazione degli esiti dei trattamenti

Ogni intervento per le persone con disabilità, oltre ad essere sostenuto dalle teorie presenti in letteratura, deve essere verificato empiricamente, in modo da stimarne la reale efficacia nei confronti del campione di riferimento.

A tal riguardo, si entra nel merito dell'accertamento degli esiti dei trattamenti, definito da Fuhrer (1987) in termini di “ciò che si dovrebbe ottenere tramite i servizi di riabilitazione alle persone, nonché il modo di identificazione e misurazione di questi risultati”.

“Queste operazioni dovranno essere sistematiche e finalizzate a stimare l’efficacia, l’efficienza e la soddisfazione per i risultati ottenuti e dovranno permettere di rilevare la misura, nel tempo, delle differenze che si possono riscontrare nelle capacità e nelle prestazioni di coloro che hanno beneficiato di servizi ed interventi”.

La valutazione dell’efficacia dei programmi di abilitazione/riabilitazione prevede perciò la misurazione della quantità di decremento delle disabilità o di incremento delle attività che possono essere svolte dai soggetti beneficianti.

Un problema relativo alla valutazione, che si può ritrovare in particolare in riferimento alla popolazione delle persone con disabilità, consiste nella stima della soddisfazione dei soggetti stessi: se si considerano anche i loro desideri e aspettative, ci si trova davanti a una componente soggettiva altamente diversificata (dati vari tipi e gravità di disabilità); talvolta può presentarsi, anche in maniera implicita, una richiesta di intervento mossa soltanto dal desiderio di veder mantenuto lo status quo, o di ridurre la probabilità di future e più consistenti difficoltà e sofferenze. In questi casi, la difficoltà sta nel fatto che l’accertamento dell’efficacia dell'intervento non può essere misurata osservando cambiamenti e miglioramenti facilmente documentabili. Questo accade soprattutto in presenza di persone con forme gravi e progressive di disabilità, per le quali non si può aspirare al perseguimento di una piena autonomia.

Inoltre, data l’enorme variabilità esistente anche all’interno di una stessa tipologia di persone con la stessa disabilità, un intervento risultato efficace per una persona può non funzionare per un’altra.

Tipologie di efficacia, ambiti e condizioni di valutazione.

<i>Descrizioni operazionali di efficacia</i>	<i>Ambiti di valutazione</i>	<i>Condizioni necessarie</i>
<i>Discrepanza tra risultati attesi e ottenuti</i>	Gli obiettivi sono stati raggiunti?	Pubblicizzazione degli obiettivi (descrizione operativa e prognosi)
<i>Discrepanza tra standard previsti e realizzati</i>	Procedure, tecniche utilizzate, risultati sono di buona qualità?	Esistenza di uno standard accreditato facile da utilizzare
<i>Valutazione della significatività</i>	Livelli di deterioramento e di disagio che si potrebbero ipotizzare se quegli interventi non fossero realizzati	Disponibilità di misure relative all'evoluzione naturale delle menomazioni e delle disabilità
<i>Valutazione dei livelli di soddisfazione</i>	I servizi sono facilmente accessibili e graditi?	Conoscenza delle aspettative e stime di soddisfazione

6. Indicatori di valutazione

Per effettuare una valutazione delle attività di stimolazione motoria e sensoriale, svolte in ambiente naturale, è necessario elaborare uno strumento ad hoc, con specifici indicatori; a tal fine si può far riferimento ad alcuni strumenti presenti in letteratura, già validati e studiati appositamente per la popolazione di riferimento.

Uno degli strumenti da cui prendere spunto è l'*ICF Checklist*, che quindi considera tutti gli aspetti presenti nel manuale International Classification of Functioning.

Le parti di interesse sono, in specifico, la B, relativa alle funzioni corporee, divise in mentali, sensoriali e di percezione del dolore, più la valutazione della mobilità delle giunture, della forza muscolare, del tono muscolare e dei movimenti involontari. Anche la sottocomponente B4, relativa a cuore, pressione e respirazione può venire presa in considerazione, per valutare un miglioramento delle funzioni vitali grazie all'allenamento.

Altra parte di interesse è la C, relativa alle menomazioni delle strutture corporee; in questa sezione è richiesto di indicare gravità, cambiamento, localizzazione della menomazione per ogni distretto corporeo elencato.

Passando alla parte 2 della check list, ritroviamo la sezione relativa alle limitazioni alle attività; di maggior interesse è la sottoscale riguardante la mobilità.

Dato il tipo di popolazione per cui si è interessati ad elaborare uno strumento di valutazione, è utile riprendere anche l'allegato 1 della ICF checklist, che raccoglie informazioni sullo stato di salute; infatti, i soggetti con disabilità intellettiva possono frequentemente presentare problemi legati a questa sfera, in grado di influenzare significativamente la condizione vissuta.

Un altro strumento da cui prendere spunto è il *SIP – Sickness Impact Profile*, in particolare le sezioni b. e c., relative rispettivamente al controllo della mobilità e all'autonomia psichica e comunicazione.

In generale, la SIP è un questionario usato per ottenere delle valutazioni globali circa lo stato di salute. Prende in considerazione 12 ambiti: lavoro, tempo libero, emozioni, affetti, casa, sonno, riposo, alimentazione, deambulazione, mobilità, comunicazione ed interazioni sociali. Nelle

istruzioni viene chiesto di indicare con una croce solo le affermazioni che descrivono l'attuale condizione di salute del soggetto.

7. Costruzione di uno strumento di valutazione

Le attività oggetto di interesse, svolte in ambiente naturale, prevedono specifiche abilità.

Da un lato ritroviamo le abilità motorie, necessarie per muoversi nell'ambiente e per superare i vari ostacoli presenti nel contesto naturale; dall'altra sono necessarie abilità quali l'attenzione, la vigilanza, l'orientamento.

Per valutare l'efficacia di un progetto di montagnaterapia rivolto alla disabilità occorre condurre una valutazione di tali abilità in due momenti: prima dell'attivazione del progetto (pre-test) e subito dopo il suo svolgimento (post-test). In tal modo è possibile osservare gli eventuali cambiamenti nelle abilità oggetto di indagine.

Nel fare ciò, è necessario utilizzare uno strumento che si dimostri valido a livello di costruito, di contenuto, di criterio ed attendibile.

L'attendibilità è un indice di costanza e di precisione della misurazione che uno strumento di diagnosi e valutazione è in grado di fornire; indica quanto le risposte, raccolte mediante somministrazione dello strumento, sono simili a quelle fornite dagli stessi soggetti ai medesimi quesiti in tempi diversi o ad altri loro raggruppamenti rintracciabili all'interno dello stesso strumento.

Esistono quattro tipi di attendibilità, che si possono ottenere in modi differenti:

- alpha: indice della coerenza esistente tra gli item; rappresenta una stima dell'omogeneità degli stessi riguardo la loro capacità misurativa.
- split-half: coerenza con la quale parti diverse del medesimo strumento forniscono indicazioni simili.
- valutata tramite il confronto con strumenti paralleli.
- test-retest: si calcola applicando ad uno stesso campione il medesimo strumento in due momenti distinti e correlando i risultati raccolti. È una stima della stabilità attribuibile a quanto è stato oggetto di misurazione e valutazione.

La validità si riferisce all'accuratezza con cui un test esamina un dato costruito. In campo

psicometrico generalmente si fa riferimento a tre tipologie di validità: di contenuto, di criterio e di costruito.

La prima si riferisce all'effettiva capacità dello strumento di valutare, nel suo insieme e nelle singole parti, l'ambito o gli ambiti di indagine.

La seconda si riferisce alla sua capacità di fornire correlazioni significative con le manifestazioni comportamentali della persona, alla quale il medesimo strumento è stato proposto, con le sue capacità, prestazioni e problemi.

L'ultima si riferisce alla capacità della valutazione di rimanere coerente con le aspettative teoriche e con i risultati che la ricerca di settore, di volta in volta, riesce ad evidenziare.

In letteratura, ad oggi, non esiste uno strumento ad hoc per la valutazione degli aspetti motori e sensoriali in ambito naturale, quindi il primo obiettivo di questo studio è di elaborare un test adeguato e procedere alla sua validazione.

Per ottenere uno strumento ad hoc si può partire prendendo spunto da altri test già utilizzati, inserendo item specifici.

Considerando gli strumenti sopra citati, è possibile elaborare un test, da sottoporre ad operatori e volontari dei progetti di montagnaterapia, riguardante ogni singolo partecipante disabile.

Al fine di ottenere tutte le informazioni necessarie, una prima parte dello strumento prevede domande sulla diagnosi, sull'età e sulla condizione generale di salute del soggetto.

Solo in una seconda sezione si può passare alle domande relative alla sfera motoria e sensoriale, utilizzando una scala Likert.

Le risposte fornite saranno frutto dell'osservazione diretta dei soggetti con disabilità, prima dell'inizio del progetto, per valutare la situazione iniziale, e dopo la sua conclusione, per ottenere informazioni su eventuali cambiamenti.

8. Uno strumento di valutazione

(vedi allegato 1)

Lo strumento elaborato è costituito da due parti, la prima da compilare a cura dell'operatore referente del soggetto con disabilità, poiché è composta da domande circa la diagnosi ed i disturbi attuali di quest'ultimo; la seconda parte, invece, raccoglie items sulle capacità motorie e sensoriali, a cui possono rispondere operatori e volontari, in seguito ad un'osservazione diretta del soggetto di interesse.

La prima parte, quindi, raccoglie informazioni generali sulla persona disabile, al fine di ottenere un quadro di riferimento della sua situazione. Alla luce di tali aspetti si potranno successivamente interpretare i risultati ricavati dall'intero test.

La seconda parte indaga in specifico i temi oggetto di interesse dello studio, proponendo domande sulle capacità dimostrate dal soggetto durante le attività in ambiente naturale. Questa sezione si compone di items relativi alla sfera motoria, sensoriale, ma anche emotiva. Questo ultimo aspetto può essere rilevante al fine di comprendere se e come gli stati emotivi influenzano le prestazioni del soggetto.

Un'ultima domanda aperta, separata dal resto dello strumento, chiede di descrivere liberamente vissuti e sensazioni esperite, oltre a riflessioni sulla persona disabile che si sta considerando. In tal modo si vuole offrire al compilante la possibilità di aggiungere elementi che ritiene significativi. L'analisi di questa parte ovviamente sarà distinta, raccolta come dato qualitativo, come spunto di riflessione.

Lo strumento dovrà essere sottoposto ad operatori e volontari prima dell'inizio del progetto di montagnaterapia e dopo la sua conclusione, seguendo un'ottica test-retest. In tal modo, per ogni partecipante e per l'intero gruppo, si potrà valutare la presenza di cambiamenti in una o più aree di indagine.

In termini metodologici, l'obiettivo ultimo è elaborare uno strumento valido ed attendibile da utilizzare per la verifica dell'efficacia dei progetti di montagnaterapia rivolti a persone disabili; una volta fatto ciò, sarà possibile svolgere ricerche empiriche sul campo.

A questo punto, può essere utile riprendere la suddivisione delle tipologie di efficacia riportate

in “La valutazione delle disabilità”, vol.1 di Nota e Soresi; per iniziare a valutare il progetto, le domande che si dovrebbe porre il ricercatore sono le seguenti:

Gli obiettivi del progetto sono stati raggiunti?

Procedure, tecniche utilizzate, risultati sono di buona qualità?

Quali livelli di deterioramento e di disagio si potrebbero ipotizzare se quegli interventi non fossero stati realizzati?

Il progetto è risultato accessibile e gradito da partecipanti e famiglie?

È quindi necessario stabilire in partenza degli obiettivi chiari e misurabili, individuando i benefici previsti dell'attività, in modo da ipotizzare dei miglioramenti attesi.

Infine, al di là delle misurazioni, occorre valutare la soddisfazione dei partecipanti e dei loro familiari circa il progetto stesso e la sua accessibilità (in termini di tempi, luoghi, aspetto economico, ecc.).

Conclusioni

In conclusione, si può affermare che le attività di montagnaterapia hanno i seguenti aspetti positivi:

- Prevedono attività fisica, fondamentale per il benessere di ogni persona, in modo particolare di chi ha una disabilità (promozione della salute);
- Si svolgono in ambienti inclusivi (attività normalizzante);
- Sono solitamente presenti dei pari non disabili (socializzazione);

Lo scopo di una valutazione più specifica ha l'obiettivo di rispondere ad un'ulteriore domanda:

L'attività porta miglioramenti misurabili nella sfera motorio-sensoriale?

Lo strumento proposto può aiutare a rispondere alla domanda. Dovrà però essere somministrato e validato su un campione sufficientemente ampio; successivamente si potrà adattare e testare su più campioni di ricerca.

Solo a questo punto si potranno ricavare i primi risultati specifici.

Bibliografia

Associazione nazionale famiglie di persone con disabilità intellettiva e/o relazionale (2013). *I disabili e lo sport: una trattazione psicologica*.

Chiviacosky, S., Wulf, G. & Ávila, L. T. G. (2013). *An external focus of attention enhances motor learning in children with intellectual disabilities*. *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 57, 627–634.

Croce, L. (2013). *Disabilità Intellettiva, Fitness e Wellness: considerazioni cliniche e pedagogiche*. *La rosa blu*, 6-7.

Heidi, I., Temple, S. & Temple, V. A. (2013). *Efficacy of a Peer-Guided Exercise Programme for Adolescents with Intellectual Disability*. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, Vol. 25, 319–328.

Marks, B., Sisirak, J. & Chang Y. C. (2013). *Efficacy of the HealthMatters Program Train-the-Trainer Model*. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, Vol. 26, 319–334.

Nota, L., Soresi, S. (2002). *La valutazione delle disabilità*. Vol. 1.