

GIORNALE ITALIANO DI TERAPIA OCCUPAZIONALE

Gi  
TO

WWW.AITO.IT/SITO

*n°12*

---

*aprile 2014*

---

EVOLVERSI E CRESCERE SEGUENDO I CAMBIAMENTI.  
IL NOSTRO INTERVENTO IN ETÀ EVOLUTIVA

**Direttore Responsabile**

*Gianfrancesco Minetto*  
dir.responsabile.gito@terapiaoccupazionale.it

**Direttore Scientifico**

*Noemi Penna*  
dir.scientifico.gito@terapiaoccupazionale.it

**Vice Direttore Responsabile**

*Yann Bertholom*  
vicedir.responsabile.gito@terapiaoccupazionale.it

**Segreteria**

*Stefania Bandera*  
segreteria.gito@terapiaoccupazionale.it

**Redazione**

*Pier Carlo Battain*  
redazione.gito@terapiaoccupazionale.it

**Responsabili Sezione**

*Anna Petris*  
ricerca.gito@terapiaoccupazionale.it

*Chiara Brunetti*

pratica.gito@terapiaoccupazionale.it

*Ingela Johnson*

libri.gito@terapiaoccupazionale.it

*Noemi Penna*

metodologia.gito@terapiaoccupazionale.it  
pensieri.gito@terapiaoccupazionale.it

*Pier Carlo Battain*

tesi.gito@terapiaoccupazionale.it

**Responsabili Comitato di Lettura**

*Christian Pozzi*  
cp.comitatolettura.gito@terapiaoccupazionale.it

*Federica Aghilarre*

fa.comitatolettura.gito@terapiaoccupazionale.it

**Progetto Grafico**

*Ivan Deboli*  
info@ivandeboli.it

## Sommario

**in questo numero:**

- 03 Editoriale
- 04 Il saluto del Presidente
- 05 Implementare le valutazioni in terapia occupazionale: siamo pronti a raccogliere la sfida di essere centrati sull'occupazione?

**Articoli**

- 13 Terapia occupazionale con il bambino autistico: dalla cognizione sociale alla partecipazione sociale
- 23 Deprivazione occupazionale: allarghiamo gli orizzonti della nostra professione
- 33 L'intervento del Terapista Occupazionale nel reparto di Oncoematologia Pediatrica: dall'approccio empirico ad un metodo basato sull'evidenza
- 45 Il Child Occupational Self Assessment - COSA L'occupazione del bambino al centro della pianificazione dell'intervento
- 53 concorso fotografico

**Pensieri & Comunicazioni**

- 55 Il Gruppo A.G.I.R.E.
- 59 La Qualità dell'integrazione scolastica. 9° Congresso Internazionale Erickson
- 62 Poster presentato al Convegno CNOPUS

**Tesi**

- 65 La valutazione del gioco in Età Evolutiva
- 79 Raccontare il fare Il libro personale nella pratica di Terapia Occupazionale

**87 Recensioni**

- 90 Corsi SAS e COMP
- 93 corso ESI
- 97 Norme per la pubblicazione
- 99 Nel prossimo numero...

Non saprei, da dove cominciare con questo editoriale... inizio dalla partenza. La proposta di essere il direttore di questa rivista mi ha colto impreparato. Da un lato, pensandoci, era prevedibile e quindi attesa, dall'altro la ritenevo improbabile, quindi quando è arrivata mi ha quasi indispettito perché conosco il lavoro, lungo e difficile di mettere assieme i "pezzi" di un giornale. Sono passati quindici anni dall'ultimo numero de "Il bagatto", la prima, piccola rivista di T.O. in Italia. Quell'esperienza era finita proprio per le difficoltà di trovare persone che avevano voglia e piacere di comunicare le loro esperienze.

Ora per non ripetere la fatica, questo nuovo ciclo del Gito nasce da un lavoro insieme: comitato scientifico e gruppo di lettura, costituiti da terapisti occupazionali competenti e generosi che offrono il loro contributo.

È il lato bello della cosa: condividere con tanti colleghi l'esperienza, il piacere di fare.

Tutto facile adesso?

Non proprio: sono qui a scrivere al limite dei tempi tecnici, ogni giorno arrivano notizie, contributi, richieste... Segno di vitalità, ma anche di confusione.

Detto questo, è un grande piacere esserci, è significativo che questo primo numero esca in un periodo dell'anno, dove ci sono tante energie che ci aiutano nel nostro quotidiano.

C'è ancora la difficoltà, nel nostro lavoro di terapisti occupazionali, di dire, di spiegare e quindi queste pagine vorrebbero diventare l'espressione del nostro sentire, oltre che del nostro fare, perché non si possa più dire che: tra il sentire, il pensare e il fare, c'è di mezzo il mare.

**Direttore responsabile G.I.T.O./**

*Gian Francesco Minetto*  
Giornalista Pubblicista,  
Terapista Occupazionale  
Studio del Casalino Verona

# Gito

# T.O.

## Lettera del saluto del Presidente

Carissimi lettori, vorrei iniziare ringraziando tutti i colleghi che, dal primo numero del G.I.T.O. uscito del Dicembre 2008, ci hanno permesso di essere qui ora a scrivere queste righe. Pubblichiamo oggi con una copertina nuova, semplice ma diretta: meno foto ma più spazio alle parole, al contenuto. Questo vuole essere un G.I.T.O. che ripercorre la linea mantenuta dagli ultimi numeri permettendo, allo stesso tempo, di valorizzare l'esperienza italiana e aprendo le sue pagine, in futuro non troppo lontano, anche agli studenti.

Il nostro primo desiderio è quello di stimolare un cambiamento attraverso la scrittura, il confronto con la Società Scientifica e la partecipazione attiva agli eventi interdisciplinari. Scrivere è una performance, è l'esecuzione di un compito che ci permette di sentirci realizzati all'interno di un'identità professionale sempre più consolidata. Scrivere per presentare un problema, per analizzare ed interpretare risultati, per presentare una ricerca, per presentare il proprio lavoro; scrivere per dar voce alla professione: questo desiderio deve coinvolgere ognuno di noi al di là dei ruoli istituzionali. Scrivere vuol dire aprire nuovi momenti di riflessione e di confronto a dimostrazione di quanto il ruolo del terapeuta occupazionale sia insostituibile in ogni struttura.

Il primo passo per affermare questa professione è condividere con la Società Scientifica materiali divulgativi da inserire nella nostra rivista oppure relazioni da presentare ai convegni. Dobbiamo ribadire la nostra specificità, attraverso un linguaggio e una terminologia

### **Presidente SITO/**

*Yann Bertholom  
Centro abilitativo per l'età evolutiva:  
"Il Paese di Oz" dell'ANFFAS Trentino onlus*

chiari, condivisi ed applicati. Il percorso del terapeuta occupazionale diventa fondamentale e quindi anche scrivere e contribuire attivamente alla produzione di letteratura scientifica. L'impegno nella scrittura è fondamentale perché, senza di esso, il pensiero rimane virtuale, incostante e invisibile, semplicemente non è efficace. Il GITO è un invito alla scrittura, alla produzione di letteratura. Questo processo deve iniziare sin dalla formazione universitaria e diventare una "forma mentis" che prosegue arricchendosi con la pratica clinica e la formazione continua. Chiudere la porta al confronto non garantisce alcuna sicurezza, e la storia lo ha dimostrato. L'unico modo per accrescere il riconoscimento della professione non è costruire muri alti, ma creare spazi aperti nei quali tutti possano dialogare e sentirsi partecipi allo stesso modo. Lo spazio al dibattito e al dialogo è certamente rischioso, ma rappresenta la giusta strada per un crescita costante della professione: essa è sufficientemente ricca di evidenza scientifica per sostenere un confronto apprezzabile.

Un Sito Web nuovo, funzionale e completo è parte di questo percorso, è un "luogo" di interazione con tutto ciò che circonda la Terapia Occupazionale. La pratica basata sull'occupazione rappresenta una prospettiva emergente ed importante per la Terapia Occupazionale in Italia. La professione, come già espresso prima, sta iniziando a ricevere il suo giusto riconoscimento: questo portale ci aiuterà ad affermare e promuovere la nostra identità: dalla teoria alla pratica. Al suo interno ci sarà uno spazio "Archivio", dove i colleghi soci potranno recuperare tutti i primi numeri, importante per noi era mettere a disposizione di tutti quanto pubblicato fin'ora.

Colgo l'occasione di questa nuova iniziativa per ricordare a tutti i Soci quanto sia fondamentale una "partecipazione" attiva e concreta alla comunità professionale di cui si fa parte: quella della Terapia Occupazionale. La S.I.T.O. non è solo un Consiglio Direttivo, esso non può che essere un semplice interprete delle scelte che Noi Terapisti Occupazionali Soci prendiamo durante le assemblee o in collaborazione con i nostri Referenti Regionali S.I.T.O.! Nelle parole di F. Dostoevskij tutta l'essenza del nostro invito a non fermarvi, ma a procedere contribuendo alla nostra crescita professionale: "L'importante sta nella vita, solo nella vita, nel processo della sua scoperta, in questo processo continuo e ininterrotto, e non nella scoperta stessa."

## Implementare le valutazioni in terapia occupazionale:

*siamo pronti a raccogliere la sfida di essere centrati sull'occupazione?*

—  
*Implementing occupational therapy evaluations:  
Are we prepared to meet the challenge and be occupation-centered?*

# Implementare le valutazioni in terapia occupazionale:

**siamo pronti a raccogliere la sfida di essere centrati sull'occupazione?**

**Implementing occupational therapy evaluations: Are we prepared to meet the challenge and be occupation-centered?**

**Autore/**

Anne G. Fisher

**Traduzione a cura di/**

Francesca Ciol

Mirna Pizzoni

Tamara Zamparo

In qualità di terapisti occupazionali affrontiamo costantemente la sfida di essere centrati sull'occupazione (occupation-centered). **Essere centrati sull'occupazione significa collocare l'occupazione in una posizione centrale e usare la nostra comprensione dell'essere umano come essere occupazionale, per**

**guidare il nostro ragionamento professionale (Fisher 2013; Nielson, 1988; Yerxa, 1998).**

Questo ragionamento riconosce che impegnare una persona nell'occupazione è:

1. il centro della nostra attenzione quando eseguiamo le nostre valutazioni di terapia occupazionale
2. il metodo principale di intervento
3. l'esito desiderato degli interventi erogati dai servizi di terapia occupazionale.

Guardando più da vicino queste idee e usando l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (World Health Organization [WHO], 2001) come una struttura per capire più approfonditamente la nostra prospettiva centrata sull'occupazione (occupation-centered), possiamo prontamente vedere che essa enfatizza il fatto che i servizi di terapia occupazionale devono essere focalizzati sui nove domini della componente Attività e Partecipazione. In altre parole, essendoci nella componente Attività e Partecipazione dell'ICF soltanto un elenco di categorie e di sottocategorie, quando un terapeuta usa l'ICF, è libero di definire ciò che considera "attività" e ciò che considera "partecipazione" (WHO, 2001). Per noi terapisti occupazionali, con la nostra prospettiva occupation-centered, che pone l'occupazione in una posizione centrale, tutti i compiti e le azioni diventano "partecipazione"

in quanto impegniamo la persona (la coinvolgiamo) nella performance di compiti e azioni che normalmente si presentano nella vita quotidiana dei nostri clienti (Fisher, 2006, 2013; WHO, 2001). Più specificatamente, per le nostre valutazioni e interventi, noi enfatizziamo l'uso di metodi basati sull'occupazione (occupation-based) e quando valutiamo o interveniamo, il nostro focus immediato si concentra sulla performance occupazionale del cliente (siamo occupation-focused) (Fisher, 2013).

Quando offriamo un servizio di terapia occupazionale di qualità, tutta l'attività significativa è a livello di "partecipazione" perché, per definizione, "occupazione" sono tutte le attività in cui la persona è coinvolta (Fisher, 2006; Townsend & Polatajko, 2007). Le persone sono coinvolte nelle performance di compiti quotidiani correlati all'area occupazionale delle attività di vita quotidiana (ADL) personali e domestiche, del lavoro/scuola/produttività e del gioco/tempo libero, che vengono eseguite in una gran varietà di contesti: casa, luoghi di lavoro, scuola, ambienti esterni, edifici pubblici e ospedali.

*In ospedale, per esempio, le persone con disabilità possono avere limitazioni nelle loro abilità di intraprendere la performance di compiti della vita quotidiana di cui hanno bisogno e che vogliono svolgere e possono altresì esprimere desideri di coinvolgimento occupazionale dopo la dimissione.*

*Detto in altre parole, le persone hanno bisogni e desideri di partecipazione ovunque esse siano, e il nostro ruolo peculiare, come membri del team sanitario, è rendere abili i nostri clienti di impegnarsi nei compiti della vita quotidiana di cui hanno bisogno e vogliono realizzare per la più piena partecipazione nella società, a prescindere se in quel momento siano ospedalizzati, vivano in una casa di riposo o vivano nella propria abitazione.*

Ritornando alla nostra prospettiva occupation-centered, che enfatizza l'approccio centrato sul cliente, focalizzato sull'occupazione e basato sul coinvolgimento nell'occupazione quale nostro metodo primario di valutazione e intervento (Fisher, 2013), possiamo vedere quanto sia importante considerare attentamente come noi, nel nostro ruolo peculiare di terapisti occupazionali, effettivamente valutiamo i nostri clienti. Quando applichiamo le nostre valutazioni, è cruciale considerare sia la prospettiva del cliente, sia la qualità della sua performance occupazionale osservata. La prospettiva del cliente ci fornisce "la visione dall'interno", ovvero ciò che per il cliente significa occupazione, ciò che costituisce la sua esperienza durante l'occupazione (es. soddisfazione, gioia, scoraggiamento) e ci indica quali performance occupazionali egli vuole privilegiare nella valutazione e nell'intervento di terapia occupazionale. Ma "la visione dall'interno" deve essere completata da una "visione dall'esterno" basata sull'osservazione delle performance

di quei compiti che il cliente ha scelto e a cui ha dato priorità. Solamente allora possiamo, assieme al cliente, identificare quali aspetti della performance occupazionale siano più supportivi o limitanti il suo massimo coinvolgimento occupazionale possibile. Dunque, i servizi di terapia occupazionale di alta qualità devono includere un'intervista di terapia occupazionale minuziosa, focalizzata a comprendere il cliente dalla propria prospettiva. Questa intervista può essere integrata con l'uso di interviste standardizzate come il Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko, & Pollock, 2005) o il Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS) (Missiuna, Pollock, & Law, 2004). Questi strumenti sono particolarmente di aiuto per rendere il cliente capace di identificare a quali performance dare priorità e quali obiettivi client-centered stabilire in terapia occupazionale.

L'intervista, comunque, deve essere seguita da una osservazione dell'occupazione e dalla valutazione della qualità della performance occupazionale. Se effettivamente vogliamo implementare in modo valido una valutazione occupation-based e valutare la persona in termini di partecipazione, essa deve essere coinvolta nel "fare". Altresì, queste valutazioni devono svolgersi in contesti naturali dove i compiti della vita quotidiana sono tipicamente eseguiti. Se la persona è un paziente in ospedale, dobbiamo ricordarci che i pazienti in ospedale hanno bisogni

occupazionali a cui noi possiamo indirizzarci, in relazione a compiti della vita quotidiana che sono solitamente eseguiti in ospedale (es. vestirsi, lavarsi, mangiare). Dobbiamo però anche riconoscere che le future performance occupazionali della persona si svolgeranno al di fuori del setting ospedaliero, così, appena la persona sarà capace, dovremo promuovere la realizzazione delle nostre valutazioni (osservazioni) in altri ambienti comunitari rilevanti per il cliente con cui stiamo lavorando (es. case, luoghi di lavoro, scuole). Quando implementiamo la nostra valutazione basata sull'osservazione della performance occupazionale, possiamo usare analisi di performance standardizzate come l'Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (Fisher & Jones, 2011a, 2011b), la versione scolastica dell'AMPS (School AMPS) (Fisher, Bryze, Hume, & Griswold, 2005), e/o l'Evaluation of Social Interaction (ESI) (Fisher & Griswold, 2010). Tutti questi strumenti sono centrati sul cliente (client-centered), basati sull'occupazione (occupation-based) e focalizzati all'occupazione (occupation-focused). L'AMPS è adatto soltanto se il cliente, durante l'intervista di terapia occupazionale, ha dato priorità alle ADL. Lo School AMPS è appropriato soltanto se il bambino, o i suoi genitori/insegnanti (il cliente) danno priorità alla performance di compiti scolastici (es. tagliare, incollare, disegnare, scrivere, far di calcolo). Infine, l'ESI è appropriato soltanto se il cliente

ha dato priorità alle performance occupazionali che implicano comunicazione e interazione sociale o che sono correlate al comportamento sociale e alle relazioni. Diversamente, il terapista occupazionale deve usare strumenti di analisi della performance non standardizzati. In conclusione, credo che una valutazione di terapia occupazionale raggiunga la massima qualità se include un'intervista di terapia occupazionale minuziosa e una osservazione accurata della qualità della performance occupazionale: omettere una o l'altra (o entrambe) non è né saggio né etico.

#### ◇ **Note alla traduzione**

*Nel testo compare il termine **cliente** come da testo originale (Fisher, 2009). Esso comprende:*

- **la persona:** *colei che ha richiesto o è stata segnalata al servizio di terapia occupazionale come portatrice di bisogni occupazionali;*
- **la costellazione del cliente:** *sia la persona che coloro che vivono, lavorano o sono strettamente connesse con la persona segnalata per l'intervento di terapia occupazionale e che sperimentano problemi di performance occupazionale in relazione all'interazione con essa;*

- **il gruppo cliente:** *persone che condividono problemi di performance occupazionale simili (ad esempio il personale di una casa di riposo che interagisce con gli ospiti oppure utenti con la stessa diagnosi).*

#### **Riferimenti bibliografici**

Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Early Online, 1–12.

Fisher, A. G. (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, A. G. (2006). Overview of performance skills and client factors. In H. M. Pendleton, & W. Schultz-Krohn (Eds.), *Pedretti's occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction* (6th ed., pp. 372–402). St. Louis MO: Mosby Elsevier.

Fisher, A. G., Bryze, K., Hume, V., & Griswold, L. A. (2005). *School AMPS: School Version of the Assessment of Motor and Process Skills* (2nd ed.). Ft. Collins CO: Three Star Press.

Fisher, A. G., & Griswold, L. A. (2013). Performance skills: Implementing performance analyses to evaluate quality of occupational performance. In B. B. Schell, G. Gillen, M. Scaffa, & E. Cohn (eds.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (12th ed., pp. 249–264). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Fisher, A. G., & Griswold, L. A. (2010). *Evaluation of Social Interaction* (2nd ed.). Ft. Collins, CO: Three Star Press.

Fisher, A. G., & Jones, K. B. (2011a). *Assessment of Motor and Process Skills: Development, standardization, and administration manual* (7th ed. revised). Ft. Collins, CO: Three Star Press.

Fisher, A. G., & Jones, K. B. (2011b). *Assessment of Motor and Process Skills: User manual* (7th ed. revised). Ft. Collins, CO: Three Star Press. Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2005). *Canadian Occupational Performance Measure* (4th ed.). Toronto, Ontario: Canadian Association of Occupational Therapists.

Missiuna, C., Pollock, N., & Law, M. (2004). *Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. Nielson, C. (1998). The issue is: How can the academic culture move toward occupation-centered education? *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 386–387.

Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. Ottawa, Canadian Association of Occupational Therapists. World Health Organization (2001).

International classification of functioning, disability and health: IC. Geneva: Author.

Yerxa, E. J. (1998). Occupation: The keystone of a curriculum for a self-defined profession. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 365–372.

*Articoli*

*Pensieri  
& Comunicazioni*

*Tesi*

*Recensioni*

***Terapia occupazionale  
con il bambino  
autistico:  
dalla cognizione  
sociale alla  
partecipazione sociale***

***Primi risultati sulla validità  
del metodo SAS***

—

***Occupational Therapy with autistic  
children: from the social cognition  
to the social participation***

# Terapia occupazionale con il bambino autistico: dalla cognizione sociale alla partecipazione sociale

**Primi risultati sulla validità del metodo SAS**

**Occupational Therapy with autistic children: from the social cognition to the social participation**

## **Autori/**

**Emmanuelle Rossini**  
terapista occupazionale  
insegnante ricercatrice SUPSI  
emmanuelle.drecq@supsi.ch

**Evelyne Thommen**  
terapista occupazionale  
dottore in psicologia,  
ricercatrice HES-SO Losanna

**Corinne Cattelan**  
terapista occupazionale  
assistente di ricerca SUPSI

**Angela Di Fulvio**  
pedagogista, terapista occupazionale,  
assistente di ricerca EESP

**Nicola Rudelli**  
pedagogista  
assistente di ricerca EESP

**Melissa Zecchin**  
psicologa  
assistente di ricerca  
IRRCS E. Medea, La Nostra Famiglia

**Parole chiave/**  
SAS, autismo, terapia occupazionale,  
partecipazione sociale, cognizione  
sociale

**Keywords/**  
SSD, autism, occupational therapy,  
social participation, social cognition

L'autismo è una delle psicopatologie odierne più frequenti. Tocca 1 bambino su 150 nascite (Fombonne E., 2009). Una problematica centrale ritrovata in tutti i tipi di disturbo dello spettro autistico (DSA) è l'implicazione diretta che quest'atipico funzionamento ha sulla partecipazione sociale della persona stessa ma anche su quella di tutta la sua famiglia.

Le nuove conoscenze derivate dagli studi di neuropsicologia e neurofisiologia, così come l'evoluzione del paradigma stesso della TO, implicano una riflessione da parte dei terapisti occupazionali, sui metodi utilizzati con queste persone.

La nostra riflessione personale ci ha portato allo sviluppo della metodologia SAS (Sviluppo Abilità Sociale). Questo metodo si appoggia da una parte sulla teoria della simulazione incarnata del Professore Gallese (Gallese V., 2006) e dall'altra parte sulle nuove conoscenze legate allo sviluppo normativo della cognizione sociale. **Il SAS si svolge prevalentemente in un setting di gruppo e si prefigge come scopo principale la promozione di una soddisfacente partecipazione sociale. Per raggiungere questa finalità, il SAS lavora da una parte direttamente con i ragazzi**

**con DSA sviluppando in modo evolutivo le abilità di cognizione sociale, dall'altra parte lavora direttamente con i famigliari all'interno di un'educazione genitoriale di gruppo.**

**Il metodo è stato sottoposto a una prima ricerca scientifica elvetico-italiana finanziata dal FNS (Fondo Nazionale Svizzero per la ricerca scientifica) che ne ha rilevato l'efficacia nei bambini con DSA di età compresa tra i 4 e i 10 anni. È inoltre in questo momento in corso una seconda ricerca a protocollo quasi sperimentale, sempre finanziata dal FNS, che mette a confronto il metodo di TO, SAS, con un metodo comportamentale del tipo ABA (Applied Behavior Analysis). Entrambi i metodi sono applicati a bambini con DSA di età compresa tra i 2 e i 4 anni.**

Oggi 1 bambino su 150 nascite sviluppa nella prima infanzia un DSA (Disturbo dello Spettro Autistico) (Fombonne E., 2009). È attualmente una delle psicopatologie più studiate nel mondo della sanità. Questo interesse crescente, per questo disturbo neuro-evolutivo molto complesso, nasce sicuramente in parte dalle importanti conseguenze che esso ha sulla qualità di vita della persona stessa e della sua famiglia. In particolar modo, una delle ripercussioni più preoccupanti del disturbo è un rischio elevato di

disadattamento sociale e scolastico (Hsiao M.-N., Tseng W.-L., et al. 2013). Questo dato porta la comunità scientifica a progredire nelle sue conoscenze per meglio capire i meccanismi alla base del DSA. Queste ricerche dovrebbero permettere di sviluppare ulteriori indicazioni e linee guide per gli operatori della sanità. In questo modo, le persone affette da DSA e il loro entourage avrebbero maggiori strumenti alla loro disposizione per scegliere i percorsi riabilitativi più consoni alle loro esigenze. E' all'interno di questa sfida che le ricerche inerenti al metodo di TO (Terapia Occupazionale), SAS (Sviluppo Abilità Sociale), si iscrivono.

Le difficoltà sociali della persona con DSA, che inglobano le difficoltà d'imitazione, d'empatia, della teoria della mente, sarebbero una conseguenza diretta di una mancanza di comprensione immediata, esperienziale degli altri nel mondo sociale (Bernier R., & Dawson G., 2009). La nozione di "comprensione esperienziale" degli altri riveste per la TO un input importante di riflessione. Secondo queste teorie, lo sviluppo delle competenze sociali passerebbe attraverso un contatto percettivo motorio e si svilupperebbe all'interno di una reciprocità imitativa dei gesti, delle mimiche e dei vocalizzi di altrui. Questa reciprocità molto precoce rileva come le prime competenze di comprensione emotiva dell'altro si sviluppino ben prima che il bambino si possa esprimere attraverso

il linguaggio. Esiste quindi una comprensione implicita degli altri che precede quella esplicita (Larzul S., 2010). La cognizione sociale si sviluppa in un primo momento attraverso delle abilità socio-percettive e in un secondo momento tramite delle competenze socio-cognitive. Queste nuove conoscenze giustificano ulteriormente la necessità di intervenire in maniera precoce presso i bambini che presentano un DSA. Le abilità che porteranno ognuno di noi a sapersi adattare all'ambiente circostante, e quindi a sapersi anche proteggere rispettando la propria personalità e individualità, iniziano a svilupparsi fin dal primo anno di vita. Queste acquisizioni sono indotte in parte dai meccanismi di "riflessioni esperienziale" permesso dal sistema neuronale a specchio. Queste esperienze sono alla base dello sviluppo dell'intersoggettività (Gallese V., 2006). Inoltre la cognizione sociale permette lo sviluppo della comunione affettiva che è l'elemento comunicativo indispensabile, al contrario di una sola comunicazione effettiva, ad un'integrazione riuscita all'interno di un gruppo sociale (Pineda J. A., A. R. Moore, et al., 2009). Conoscendo l'implicazione che una malcomprensione di se stesso e degli altri ha sulla partecipazione sociale, cappiamo come il nostro intervento in TO debba trovare una risposta pertinente che interagisce direttamente su questi meccanismi specifici della cognizione sociale. Il lavoro specifico sulla cognizione

sociale riveste un'importante chiave di lettura. Ci avviciniamo in questo senso al pensiero che afferma che un intervento in TO nell'ambito dei DSA deve concentrarci sulla promozione della partecipazione di ogni persona e del suo entourage (Rodger S., Ashburner J., et al., 2010).

Il metodo SAS, sviluppata dalla signora Rossini, è nato dall'esigenza di trovare un approccio che aiutasse, direttamente, i bambini affetti da DSA e i loro famigliari, ad affrontare le difficoltà sociali specifiche all'autismo. Visto la complessità del disturbo autistico e la complessità stessa della condizione umana, il metodo è integrato all'interno di una visione transdisciplinare. Questa visione riconosce che una rete specialistica, famiglia compresa, deve superare i confini dei propri campi d'expertise per mirare ad una piena comprensione dei fenomeni più complessi. Nell'illustrazione I si vede come il metodo SAS si integra, nello studio del Trampolino, all'interno di un modello più complesso che integra, in particolar modo l'intervento specifico in logopedia, ALECS.

Il metodo SAS si suddivide in 4 tappe distinte e predilige un setting di gruppo. Utilizza inoltre i principi dell'approccio centrato sulla famiglia cercando di sviluppare una resilienza familiare. Questo processo di resilienza permette la creazione di un nuovo equilibrio tra ruoli, relazioni, impegni di ogni

membro di la famiglia. Favorisce quindi uno sviluppo possibile del ciclo di vita familiare (Menazza C., Bacci B. & Vio, C., 2010). Sviluppare una resilienza familiare, non vuole dire far credere ai genitori che sono esperti dei loro figli, cosa impossibile di per sé, bensì renderli consapevoli di possedere il potenziale al loro interno per trovare le risorse necessarie all'affrontare la loro quotidianità. In questo senso, sono riconosciuti come fattori aiutanti delle famiglie (Menazza C., Bacci B. & Vio, C., 2010) :

- Il dialogo e la consulenza con famigliari, amici e professionisti
- La rete tra famiglie che vivono le stesse esperienze
- L'uso di servizi specializzati per diagnosi, intervento riabilitativo e counseling.

Il gruppo SAS si svolge quindi coinvolgendo attivamente la famiglia tramite due strumenti specifici : il quaderno sociale del SAS e il gruppo di educazione genitoriale (EG). Il primo viene compilato ogni settimana dai genitori e serve alla preparazione dei contenuti che verranno recitati nel momento marionette con i bambini. Inoltre serve a capire se esistono degli argomenti importanti da trattare durante i momenti di EG, come per esempio, l'esistenza di disturbi sensoriali che appaiono chiaramente nel racconto di alcuni episodi di vita quotidiana. Il gruppo di EG si svolge ogni settimana e fa parte integrante del gruppo SAS. All'interno di questo momento,

i genitori coinvolti si confrontano sulle loro proprie storie di vita e approfittano delle esperienze fatte dagli uni e dagli altri. Il terapeuta occupazionale che anima questo gruppo di EG media e cerca di sviluppare all'interno di ogni genitore la consapevolezza che possiede le potenzialità necessarie per trovare le proprie soluzioni diventando in questo modo responsabile del proprio cambiamento (Menazza C., Bacci, B. & Vio C., 2010). Oltre ai principi legati all'approccio centrato sulla famiglia, il metodo SAS si appoggia su tre teorie principali : la teoria della simulazione incarnata del professore Gallese (Gallese V., 2006), le teorie sullo sviluppo delle emozioni (Albanese O., & Molina P., 2008), e le teorie della psicologia neuroevolutiva inerente allo sviluppo emotivo (Anderson V., & Beauchamp M. H., 2012).

Il SAS praticamente utilizza due marionette, Pietro e Maria, sovente accompagnate da una marionetta adulta. Questi personaggi hanno la particolarità di poter cambiare il volto a secondo dell'emozione percepita e/o espressa (vedere Illustrazione II). In un primo momento, il bambino imparerà, manipolando le marionette e i loro volti, ad imitare le 4 emozioni di base per poi associarle a dei momenti ricorrenti della vita quotidiana di un qualsiasi bambino. In questo modo, dei modelli emotivi si creeranno nella mente del bambino. Questi modelli sono alla base dello sviluppo dell'intersoggettività (Gallese V., 2006).

Di seguito, verranno introdotti nelle tappe 3 e 4 del metodo SAS, grazie all'aiuto dei quaderni sociali (vedere illustrazione III), delle storie che comprendono elementi più complessi della cognizione sociale quali la teoria della mente, il controllo emotivo, le doppie emozioni o ancora le emozioni nascoste.

Per meglio capire e analizzare l'impatto dell'applicazione di una metodologia SAS presso dei bambini affetti da DSA, abbiamo sottoposto al Fondo Nazionale Svizzero della ricerca scientifica (FNS, progetto 13DPD3-132427) un primo progetto di ricerca. Questa ricerca ha visto coinvolti diversi partner di terreno quali la facoltà di psicologia di Torino assieme al centro di Mondovì, l'IRCCS Medea di Bosisio Parini e la struttura della Nostra Famiglia in particolar modo



illustrazione II: Una bambina sta cambiando il volto di Maria (Foto by Rossini 2011)

la sua sede di Como, il dipartimento della sanità e della socialità del Ticino (DSS) con la fondazione ARES di Giubiasco. Abbiamo creato tre gruppi di studio all'interno dei quali sono stati coinvolti 38 ragazzi con DSA e le loro famiglie, così come 28 ragazzi senza DSA. 20 dei 38 ragazzi con DSA sono stati suddivisi in 5 sotto gruppi (1 in Ticino, 3 a Como e 1 a Torino). Componevano il gruppo sperimentale, mentre i 18 rimanenti hanno costituito il gruppo controllo. I gruppi sono stati appaiati secondo l'età e il quoziente intellettivo tramite la scala di valutazione della Leiter (Roid G.H. e Miller L.J. (2002) (vedere tabella I).

Il bambini con DSA hanno un'età compresa tra i 4.5 e i 10.5 anni. La metodologia SAS è stata presentata ai ragazzi e ai famigliari del gruppo sperimentale per 20 settimane, con il

ritmo di una volta alla settimana per 90 minuti. Il gruppo controllo invece proseguiva il suo trattamento classico specifico per i DSA nelle loro strutture di appartenenza. Tutti i 66 ragazzi sono stati valutati in un protocollo di pre-test/post-test all'inizio della ricerca e dopo 20 settimane. Inoltre il gruppo sperimentale è stato rivalutato a distanza di 12 settimane dopo la conclusione dell'approccio SAS per verificare il mantenimento delle acquisizioni (vedere tabella II). Le tre valutazioni standardizzate che sono state utilizzate come strumenti di verifica sono:

- Il TEC (test di comprensione delle emozioni) (13)
- Il Tom StoryBook (14)
- L'APL Medea (15)

La tabella III mostra l'analisi statistica dei risultati ottenuti. Abbiamo usato il test di Wilcoxon.

DATA-ORA	COSA È SUCCESSO?	QUALI SONO STATE LE REAZIONI? DI CHI?	ANNOTAZIONI
04/03/2011	Ale inizia a giocare con la sorellina, le offre la macchina, bacio e un'ora, insomma la fa volare e lei si diverte tantissimo!	Stanno simulando molto contenti: una è un'auto molto stupita, parte fino al giorno prima non la giocavano neanche in casa adesso un'ora e una giocano insieme si dice nella conversazione però ha paura che possa cadere.	
12/5. 15:30	MATEO È UNA SETTIMANA CHE VA AL PARCO E GIOCA CON I SUOI AMICI E GIOCA BENE NON FA NIENTE A NESSUNO... E TUTTI! GIOCANO CON LUI	LA MAMMA È SINTA SGOJATA CON LE MAMME... E SONO CONTENTA NON ERA MAI... CAPITATO!	MAMMA E PAPA' SONO TROPPO CONTENTI...

illustrazione III: Esempi di quaderni sociali riempiti da genitori

tabella I: Descrizione dei tre gruppi di studio

Gruppo	N	Ragazze	Età in mesi	QI
Sperim.	20	5	79 (52-116)	94 (48-131)
Controllo	18	2	86 (63-128)	85 (54-124)
Tipici	28	18	86 (56-126)	110 (77-133)

tabella II: Protocollo di pre-test / post-test applicato alla ricerca

Gruppi	Pre test	20 settimane	Post test	12 settimane	Follow up
Sperim.	X	SAS	X	---	X
Controllo	X	---	X	---	---

• Leiter-R  
 • TEC  
 • ToM Storybooks  
 • APL-Medea

• TEC  
 • ToM Storybooks  
 • APL-Medea

tabella III: Analisi dei risultati ottenuti ai tre test standardizzati in pre e post test per i tre gruppi di studio con il test di Wilcoxon (p < 0.01)

Test Wilcoxon		Valeur P	Valeur P
Controllo	TEC	1.8	0.07
	Tom	3.5	0.00005
	APL	1.3	0.18
Sperimentale	TEC	3.2	0.001
	Tom	3.4	0.0007
	APL	2.7	0.0075
Tipici	TEC	4.3	0.0001
	Tom	4.2	0.0001
	APL	4.2	0.0001

Se per il gruppo controllo di bambino con DSA l'unico dato significativo è quello relativo al Tom StoryBook, i risultati ai tre tests standardizzati utilizzati sono invece tutti significativi per il gruppo sperimentale SAS. Questi risultati mostrano attraverso la messa in evidenza della validità del metodo SAS come un intervento di TO mirato allo sviluppo della cognizione sociale dei bambini con DSA possa essere una proposta riabilitativa di tutto rilievo. I risultati rimangono da confermare con future ricerche e con maggiori bambini ma sono ad tutt'oggi molto incoraggianti. E' stato difficile inoltre controllare tutti gli interventi che ogni bambino seguiva durante il periodo di 20 settimane, per la diversità dei profili coinvolti. Nonostante ciò si è potuto verificare che ogni bambino fosse seguito attraverso delle terapie riconosciute dal mondo sanitario come pertinenti ed efficaci con una clientela affetta da DSA. Non vi è un controllo preciso della quantità e dell'intensità di queste ultime. Malgrado questo, sappiamo che i bambini del gruppo sperimentale non avevano in parallelo un trattamento intensivo a carattere comportamentale. Delle successive analisi statistiche dei vari risultati sono a tutt'oggi in corso. La testimonianza dei genitori e dei docenti del gruppo sperimentale, così come l'osservazione clinica, mostrano dei risultati migliori, in termine di partecipazione sociale, di quelli misurati da un punto di vista della comprensione delle emozioni

e della teoria della mente. Sembra quindi che esista una differenza tra una conoscenza pratica della mente e una conoscenza teorica di essa. Questi risultati corrispondono a quanto descritto dalla letteratura (Larzul S., 2010) (Thoermer C., Sodian B., et al., 2012). Queste discrepanze sottolineano nel coltempo la necessità di sviluppare maggiori strumenti che possano misurare, in modo preciso, la partecipazione sociale in contesto ecologico. In questo senso e nell'ottica di incrementare la validità del SAS, è stato proposto e accettato un ulteriore progetto di ricerca presso il FNS (progetto 10016\_143386/1). Stiamo, in questo contesto, valutando quattro gruppi di studio. I primi due gruppi sono composti di bambini con DSA, di età compresa tra i 2 e i 4.5 anni. Siamo in un protocollo di pre-test / post-test, a carattere quasi sperimentale, dove 20 bambini seguono la metodologia comportamentale basata sull'ABA



illustrazione IV: bambina di 2 anni che porta una WearCam (Foto by Rossini, 2012)

in modo intensivo mentre 20 altri bambini seguono 2 volte alla settimana, 30 minuti di metodologia SAS in presenza dei genitori. I gruppi sono appaiati in età e QI. Tutti i bambini hanno una diagnosi di autismo attraverso l'ADOS. I strumenti di valutazione che sono utilizzati per misurare l'efficacia dei vari trattamenti sono la Vineland (Sparrow S. S. Balla, et al., 1984), la CARS (Schopler E., Reichler R. J., & Rothen-Renner B., 1988), l'ECSP (Tourrette C., & Guidetti M., 1995), la RBS (Lam K.S.L., 2004), la Bayley (Bayley N., 2006) ma anche l'uso dei sistemi elettronici per la registrazione dell'attenzione visiva come la WearCam (vedere illustrazione IV) (Noris B., Barker M., et al., 2011). Questa ultima è utilizzata sia durante la somministrazione dell'ECSP che durante la somministrazione del protocollo di Pierce (Pierce K., Conant D., et al., 2011). Due altri gruppi sono creati con 24 bambini senza DSA. La metà riceverà una stimolazione tramite il metodo SAS, l'altra metà no. Questa ricerca vuole misurare l'impatto dei trattamenti SAS e ABA con dei bambini con DSA sulle abilità di attenzione visiva, di sviluppo delle abilità sociali precoci, di sviluppo cognitivo e di adattabilità. L'ipotesi è che entrambi i gruppi miglioreranno sui due primi aspetti mentre i bambini del gruppo SAS miglioreranno maggiormente sugli aspetti dell'attenzione visiva e delle abilità sociali precoci. Mentre lo studio sui bambini senza DSA vuole mostrare che un'attenzione

particolare all'emotività tramite l'uso e la manipolazione di marionette tramite la metodologia SAS accelera lo sviluppo delle abilità sociali precoci.

In conclusione, i risultati di questa prima ricerca confermerebbero che *lo sviluppo della teoria della mente implicita, molto precoce da un punto di vista evolutivo, sarebbe alla base della pragmatica cognitiva e linguistica. Permettere quindi al bambino autistico di acquisire queste competenze precoci di cognizione sociale le darebbe le giuste basi per sviluppare in modo intuitivo la sua relazione con se stesso e con gli altri.* Un approccio centrato sulla famiglia all'interno del quale la famiglia riveste un ruolo pro-attivo, permetterebbe di sviluppare una buona resilienza familiare nel rispetto delle necessità e ruoli di ogni membro della famiglia. Entrambi questi aspetti (cognizione sociale e approccio centrato sulla famiglia), che fanno parte integrante della metodologia SAS, sono alla base della generalizzazione automatica degli apprendimenti, nozione sovente riconosciuta come problematica nelle persone con DSA all'interno di altre tipologie di metodologie di intervento.

**Riferimenti bibliografici**

- Fombonne, E. (2009). Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders. *Pediatric Research*, 65 (6).
- Gallese, V. (2006). La molteplicità condivisa. In A. Ballerini, F. Barale, V. Gallese, S. Ucelli, & S. Mistura (A cura di), *Autismo. L'umanità nascosta*. (Piccola Biblioteca Einaudi. Psicologia. Psicoanalisi. Psichiatria ed., p. 207-270). Torino, Italia: Giulio Einaudi editore s.p.a.
- Hsiao, M.-N., Tseng, W.-L., Huang, H.-Y., & Gau, S.-F. (2013). Effects of autistic traits on social and school adjustment in children and adolescents: The moderating roles of age and gender. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 254-265.
- Bernier, R., & Dawson, G. (2009). The Role of Mirror Neuron Dysfunction in Autism. In J. A. Pineda, *Mirror Neuron Systems. The Role of Mirroring Processes in Social Cognition* (Humana Press ed., p. 261-286). New York: Springer.
- Larzul, S. (2010, 06 21). Le rôle du développement des théories de l'esprit dans l'adaptation sociale et la réussite à l'école des enfants de 4 à 6 ans. Tratto il giorno 12 01, 2012 da TEL: serveur de thèses multidisciplinaires: <http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/50/54/47/PDF/TheseLarzul.pdf>
- Pineda, J. A., A. R., Moore, H., Elfenbein and R., Cox. (2009). Hierarchically Organized Mirroring Processes in Social Cognition: The Functional Neuroanatomy of Empathy. In J. A. Pineda, *Mirror Neuron Systems. The Role of Mirroring Processes in Social Cognition* (Humana Press ed., p. 261-286). New York: Springer.
- Rodger, S., Ashburner, J., Cartmill, L., & Bourke-Taylor, H. (2010). Helping children with autism spectrum disorders and their families: Are we losing our occupation-centred focus? *Australian Occupational Therapy Journal* (57), 276-280.
- Menazza, C., Bacci, B. & Vio, C. (2010). *Parent Training nell'Autismo*. Trento: Erickson.
- Heiman, T. (2002). Parents of Children With Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14 (2), 159-171.
- Albanese, O., & Molina, P. (2008). Lo sviluppo della comprensione delle emozioni e la sua valutazione. (O. Albanese, & P. Molina, A cura di) Milano, Italia: Edizioni Unicopli.
- Anderson, V., & Beauchamp, M. H. (2012). *Social: A Theoretical Model of Developmental Social Neuroscience*. In V. Anderson, & M. H. Beauchamp, *Developmental Social Neuroscience and Childhood Brain Insult: Theory and Practice* (p. 17-39). New York: The Guilford Press.
- Roid G.H. e Miller L.J. (2002), *Leiter-R: Leiter International Performance Scale-Revised*, trad. it. a cura di M. Sabbadini e F. Galloni, Firenze, Giunti OS.
- Albanese O. e Molina P. (2008), *Lo sviluppo della comprensione delle emozioni e la sua valutazione. La standardizzazione italiana del Test di Comprensione delle Emozioni (TEC)*, Milano, Unicopli.
- Blijd-Hoogewys E.M.A., van Geert P.L.C., Serra M. e Minderaa R.B. (2008), *Measuring theory of mind in children: Psychometric properties of the ToM storybooks*, "Journal of Autism and Developmental Disorders", vol. 38, pp. 1907-1930.
- Lorusso M.L. (2009), *Abilità Pragmatiche nel Linguaggio Medea*, Firenze, Giunti OS.
- Thoermer, C., Sodian, B., Vuori, M., Perst, H., & Kristen, S. (2012). Continuity from an implicit to an explicit understanding of false belief from infancy to preschool age. *British Journal of Developmental Psychology* (30), 172-187.
- Sparrow, S. S., Balla, D. A., & Cicchetti, D. V. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales: Classroom Edition*. Circle Pines: MN. American Guidance Services.
- Schopler, E., Reichler, R. J., & Rothen-Renner, B. (1988). *The Childhood Autism Rating Scale (CARS)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Tourette, C., & Guidetti, M. (1995). Un nouvel outil d'évaluation des compétences communicatives du jeune enfant: l'ECSP et sa validation. *Enfance*, 48(2), 173-178. doi:10.3406/enfan.1995.2127
- Lam, K.S.L. (2004). *The repetitive behavior scale-revised: Independent validation and the effect of subject variables*. Dissertation, The Ohio State University récupéré de <http://etd.ohiolink.edu/send-pdf.cgi/Lam%20Kristen%20S.L.pdf?osu1085670074>.
- Bayley, N. (2006). *Bayley scales of infant and toddler development*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Noris, B., Barker, M., Hentsch, F., Ansermet, F., Nadel, J and Billard, A. (2011a). *Measuring Gaze of Children with Autism Spectrum Disorders in Naturalistic Interactions*. In *Proceedings of the International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*.
- Pierce, K., Conant, D., Hazin, R., Stoner, R., & Desmond, J. (2011). *Preference for Geometric Patterns Early in Life as a Risk Factor for Autism*. *Archives of General Psychiatry*, 68(1), 101-109. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.113

***Deprivazione  
occupazionale:  
allarghiamo  
gli orizzonti  
della nostra  
professione***

# Deprivazione occupazionale: allarghiamo gli orizzonti della nostra professione

**Autore/**  
D. M. Pisaniello  
terapista occupazionale  
diletta.pisaniello@gmail.com

**Parole chiave/**  
terapia occupazionale, deprivazione occupazionale, adolescenti, dispersione scolastica.

**L'articolo racconta l'esperienza di un terapeuta occupazionale con adolescenti che vivendo in un contesto ambientale limitante, si trovano in una condizione di deprivazione occupazionale. Vittime della dispersione scolastica, frequentano una scuola della seconda opportunità. L'obiettivo è quello di intrapre-**

**ndere uno studio pilota per raccogliere informazioni riguardo ad una condizione di deprivazione occupazionale che, grazie ad una osservazione partecipante, ha permesso al ricercatore di immergersi nel contesto come terapeuta occupazionale e conoscere questa realtà.**

**Il terapeuta occupazionale ha lavorato per sei mesi in una scuola della seconda opportunità a Scampia (NA) osservando e interagendo con gli adolescenti.**

**Gli obiettivi del terapeuta occupazionale fanno riferimento a quelli del progetto condivisi da tutta l'equipe, ad un'osservazione iniziale e ad un' analogia letteraria. La sua professionalità porta al raggiungimento di questi tramite l'attività, l'accostarsi senza mai sostituirsi, un fare significativo e l'esaltazione della scelta del singolo.**

**La letteratura definisce il concetto di deprivazione occupazionale come la condizione per cui la persona non è in grado di svolgere attività significative per il suo essere e la sua crescita, a causa di limitazioni esterne. Suggestisce l'utilità della professione del terapeuta occupazionale in questo ambito, perché i fattori socio- economici, culturali e ambientali possono limitare le scelte e influire negativamente sulla performance occupazionale degli individui**

**al pari della malattia. Questo studio permette di avere elementi concreti riguardo ad un contesto di deprivazione occupazionale e ad un'esperienza lavorativa di terapia occupazionale in questo ambito così nuovo: offre la possibilità di riflettere su come allargare gli orizzonti della professione.**

## Introduzione

Questo articolo nasce dal desiderio di raccontare un' esperienza come terapeuta occupazionale in una scuola della seconda opportunità di Scampia (NA), con adolescenti che, crescendo e vivendo in un contesto ambientale che incide negativamente sulle loro possibilità occupazionali, si trovano in una condizione di deprivazione occupazionale.

La dispersione scolastica vissuta dagli adolescenti che testimonia l'assenza di un'attività importante per l'essere umano, quale la scuola, viene qui combattuta offrendo una nuova possibilità a ragazzi e ragazze che vogliono riscattarsi, riflettere su chi sono e dove vogliono andare, scoprire le proprie abilità, sperimentarsi, partecipare attivamente alla loro quotidianità, sentirsi di nuovo o per la prima volta competenti, motivati, valorizzati per quello che sono e per le loro capacità, stimolati a coltivare i propri interessi e dar voce alle loro scelte.

## Obiettivo

Intraprendere uno studio pilota con il fine di raccogliere informazioni riguardo ad una condizione di de-

privazione per poter impostare una ricerca futura che possa aprire la terapia occupazionale ad un campo d'intervento poco conosciuto quale la deprivazione occupazionale.

Questo studio, come tipo particolare di tecnica di ricerca per la raccolta di informazioni, implica l'osservazione, l'ascolto e un contatto intenso tra ricercatore e fenomeno sociale studiato. Grazie all'osservazione partecipante è permesso al ricercatore, in qualità di partecipante attivo, di scendere sul campo, di conoscere e osservare in prima persona una realtà nuova e diversa.

## Materiali e metodi

Il ricercatore ha lavorato come terapeuta occupazionale al progetto "IO VALGO: scuola della seconda opportunità" realizzato da Occhi Aperti, società cooperativa sociale ONLUS, in collaborazione con il Centro Educativo Luigi Scrosoppi "C.E.Lu.S" e altre realtà istituzionali e del terzo settore che operano a Scampia.

Il lavoro con gli adolescenti è iniziato a Novembre 2012 e si è concluso a giugno 2013 (sei mesi). Sono stati effettuati ulteriori incontri a giugno in prossimità degli esami scritti e orali di licenza media. Il progetto prevede quattro ore al giorno per cinque giorni a settimana; nello specifico anno 2012-2013 lunedì, mercoledì e venerdì la mattina, martedì e giovedì il pomeriggio. Il progetto è partito con un totale di diciotto ragazzi: cinque si sono ritirati e due si sono inseriti in itinere portando a termine il percorso con gli altri.

L'equipe multi-professionale era composta da nove adulti. Ogni giornata, dopo un primo momento di gruppo, i ragazzi venivano divisi in tre sottogruppi fissi solo per quello stesso giorno (massimo cinque per gruppo). Il singolo gruppetto ogni quarantacinque minuti ruotava in tre stanze differenti e in ogni stanza svolgeva l'attività proposta dall'adulto di turno.

La terapeuta occupazionale aveva la possibilità di lavorare con tutti i ragazzi (divisi nei tre sottogruppi) per quarantacinque minuti ciascuno, ogni lunedì mattina. L'osservazione continuava per tutte le quattro ore giornaliere anche il martedì pomeriggio e il mercoledì mattina come supporto all'equipe; rispettivamente con la psicologa e il fotografo.

## Risultati

### La struttura e il progetto

#### IO VALGO

Per scuola della seconda opportunità si intende un luogo educativo all'interno del quale i giovani frequentanti possano riscoprire le proprie capacità, rafforzandole e valorizzandole sulla base degli interessi e dei piani personali (Brighenti E., 2006). L'intento è quello di reinserire ragazzi e ragazze nella vita sociale e lavorativa offrendo loro molteplici opportunità formative conformi alle esigenze individuali (Oster K. et al., 2000). "Il progetto "IO VALGO" si propone di accompagnare un gruppo di adolescenti, maschi e femmine, a diventare sempre più protagonisti del proprio crescere in un percorso

*educativo che vuole mettere al centro la persona, la relazione educativa, il gruppo e a fornire loro i mezzi per una crescita umana, culturale, professionale e sociale, rafforzando il carattere e la relazione con sé, l'autostima, educando alla cittadinanza e alla legalità, alla cultura del lavoro, rafforzando l'area della relazione con l'altro."*

Occhi Aperti, società cooperativa sociale ONLUS, 2007.

Analizzando gli obiettivi più nello specifico, il progetto mira a:

- sperimentare l'esperienza positiva del vivere e sottolineare l'importanza di relazioni significative, costruttive e di aiuto con il gruppo di adulti e con i pari;
- favorire la crescita dell'autostima, sviluppare e accrescere la consapevolezza di sé, dei propri interessi, capacità e obiettivi di vita;
- esperire il successo e l'efficacia di vivere, operare e scegliere in gruppo, sperimentando al tempo stesso l'autonomia di ciascuno;
- dare spazio alle capacità espressive e comunicative. Accrescere le competenze informali, trasversali e progettuali personali;
- introdurli alla conoscenza dei propri diritti e doveri, promuovere il territorio, le sue opportunità e servizi. Favorire l'acquisizione della cultura della pace e dei valori come la solidarietà, la legalità, la democrazia...

Gli obiettivi del progetto sono condivisi da tutta l'equipe e di anno in anno vengono adattati al singolo e integrati

con eventuali esigenze o richieste derivanti dai ragazzi o dal gruppo.

### **Il terapeuta occupazionale all'interno del progetto**

Il terapeuta occupazionale si inserisce in un'equipe e un progetto che, mettendo al centro la persona, i suoi obiettivi, interessi e la relazione con questa, si accosta a quelli che sono i punti salienti di un trattamento di terapia occupazionale.

La stesura degli obiettivi segue alcune fonti ben precise: si inserisce nel progetto "Io Valgo" e ai suoi fini sopra citati, fa riferimento alla letteratura e ad un'osservazione iniziale dei ragazzi che abbraccia le loro capacità motorie, comportamentali, affettivo-relazionali. Per quanto riguarda la letteratura, date le caratteristiche analoghe, un importante riferimento è il servizio di Terapia occupazionale per adolescenti che vivono in una condizione di deprivazione, fondato da Galvaan in una scuola di una periferia degradata di Cape Town allo scopo di:

- Integrare le esigenze del singolo a scuola e all'interno del gruppo;
- Promuovere l'impegno in occupazioni che migliorino la salute;
- Presentare opportunità per proporre modelli alternativi di impegno come esseri occupazionali;
- Facilitare le capacità della scuola di miglioramento della salute ad un ritmo gestibile;
- Usare i punti di forza dei partecipanti, come punto di partenza per portare il cambiamento

all'interno della comunità;

- Creare una domanda ambientale per il miglioramento della salute attraverso le occupazioni (Galvaan, 2004).

Per quanto riguarda gli obiettivi a breve termine, ho proposto attività che promuovessero:

- la conoscenza dei membri del gruppo attraverso i propri interessi;
- lo sviluppo di capacità relazionali al fine di collaborare, per la buona riuscita di
- un'attività;
- la motivazione e il senso di competenza attraverso la visione immediata e concreta del risultato finale;
- la capacità di ascolto, di comprensione delle consegne e l'autonomia
- nell'esecuzione di un compito preciso.

Per quanto riguarda gli obiettivi a lungo termine, ho proposto attività che promuovessero:

- la capacità di scelta del singolo;
- la gratificazione interna e la stima di sé;
- l'espressione della creatività attraverso la sperimentazione pratica e manuale;
- la capacità di attesa per vedere realizzato un prodotto, di riprendere da dove si è
- lasciato in precedenza, lo sviluppo di una progettualità e la gestione del tempo; o l'espressione di emozioni, richieste, desideri o

rifiuti riferiti a se stessi, al procedere, al vedere prendere forma e alla realizzazione del prodotto finale,

- contrastando la scarsa capacità introspettiva;
- la relazione con gli altri attraverso modalità d'azione costruttive e socialmente
- adeguate: stabilire un rapporto, rispettare e/o andare incontro alle esigenze e
- richieste degli altri;
- la capacità di collaborare con gli altri in vista del raggiungimento di un fine
- comune: indirizzare il comportamento e le conversazioni all'azione in atto, interagire con il gruppo riguardo a questioni pratiche e organizzative, richiedere informazioni e/o condividere informazioni relative al lavoro;
- lo sviluppo di competenze manuali fini, pianificazione delle sequenze e organizzazione dei materiali.

Il fatto che gli obiettivi del terapeuta occupazionale si inseriscano bene e quasi ricalchino gli obiettivi del progetto, non è che la prova di come la professione sia d'aiuto e conferisca un valore aggiunto all'equipe nel raggiungimento dei suoi scopi.

### **L'intervento specifico di un terapeuta occupazionale**

Ancora una volta le caratteristiche che tipizzano un intervento di terapia occupazionale e lo differenziano da quello di altri professionisti, vanno ricercate nelle basi teoriche

della nostra professione. Quando si lavora in equipe e, come si è visto sopra, si condividono molti obiettivi; è importante ricordare tutto questo per non sovrapporsi agli interventi dei colleghi e mantenere la propria professionalità.

In primo luogo, come in qualsiasi progetto in cui ci sono obiettivi che lo definiscono e un'equipe multi-professionale, ogni componente di questa riscriverà i propri obiettivi definendo nello specifico il campo di intervento e lo strumento d'azione che caratterizza la sua professione.

Per il Terapeuta Occupazionale il fare rappresenta, il punto di partenza delle sue conoscenze, ma anche il mezzo attraverso il quale portare i pazienti al raggiungimento di salute e benessere. Alla luce di questo, gli obiettivi verranno raggiunti utilizzando il fare significativo e occupazioni ricche di significato per i ragazzi.

L'attività inoltre non è solo lo strumento di cui ci serviamo per raggiungere gli obiettivi fissati, ma ci permette con più facilità di abbracciare i bisogni e le richieste degli adolescenti. Grazie alle attività viene data la possibilità di comunicare attraverso l'espressione di emozioni e sentimenti, di sperimentarsi, dare spazio a quanto di più personale è dentro di noi, senza passare attraverso il canale verbale che spesso, e soprattutto con questi adolescenti, rappresenta un freno o un ostacolo. Il valore della scelta individuale viene esaltato e con questo la creatività. O ancora, utilizzando il gioco o attività con successo immediato, si accresce il senso di

competenza e la stima di sé. Infine il terapeuta occupazionale si accosta al fare dei ragazzi, senza mai sostituirsi ad essi, ma lasciando che siano loro a i protagonisti.

Punto centrale della pratica è la scelta: la possibilità di scegliere è un elemento cardine della professione in quanto rappresenta il riconoscimento dell'unicità e la soggettività della persona. Paziente e terapeuta valutano insieme la scelta e la non-scelta (Cunningham Piergrossi, 2000). La scelta rappresenta un elemento che distingue il terapeuta occupazionale e lo differenzia dalla professionalità di un educatore o dai principi che regolano una scuola. In questo contesto il terapeuta occupazionale può utilizzare il rifiuto ad una proposta come punto di partenza per indagare i bisogni del singolo o del gruppo, è colui che impara a conoscere le emozioni dei pazienti, *"insieme alle proprie, per essere in grado di aiutarli veramente a dare voce a quello che succede usando il pensiero [...] e parlando insieme, sia delle scelte che del loro significato"* (Cunningham Piergrossi e De Sena Gibertoni, p.18, 2010).

Tuttavia è fondamentale per gli equilibri tra adulti e ragazzi che ricordi e sostenga le regole relative alle norme di comportamento da rispettare all'interno della struttura o perché socialmente adeguate.

Concludendo, un altro punto importante che definisce e specifica l'approccio di un terapeuta occupazionale, è la terminologia specifica della professione, fondamentale per

conferirle identità e dignità. Avendo ben presente tutto questo e quindi ciò che caratterizza e differenzia il suo intervento, il terapeuta occupazionale potrà offrire all'equipe il meglio della sua professionalità e così gli altri membri di essa, in modo da non sovrapporsi, ma agire sinergicamente verso il raggiungimento degli obiettivi comuni e il meglio per i ragazzi.

### Discussione

#### La deprivazione occupazionale

Whiteford (2000) definisce la deprivazione occupazionale come lo stato in cui possono trovarsi una persona o un gruppo, qualora siano incapaci di fare ciò che è necessario e significativo nelle loro vite a causa di restrizioni esterne. Delinea la condizione in cui la possibilità di svolgere occupazioni necessarie o con un significato personale, sociale e culturale risulta difficile se non impossibile, perché preclusa da fattori che si trovano fuori dall'immediato controllo dell'individuo. Wilcock (1998) sostiene che ci sia una stretta relazione tra il mondo esterno e tutte le componenti della mente coinvolte nella salute e nelle occupazioni, che possono portare al benessere o a malattie stress-correlate; risultato di fenomeni, come squilibrio, alienazione e deprivazione occupazionale. Deprivazione implica espropriazione, disinvestimento, confiscazione ed influenza di agenti o circostanze esterne che impediscono alle persone l'acquisizione, l'uso o la possibilità di godere di qualcosa. Le condizioni

esterne a cui si attribuisce questo, possono essere la tecnologia, la mancanza di opportunità di lavoro, la povertà o l'abbondanza, le normative locali, le limitazioni imposte dai servizi sociali e dai sistemi educativi, i valori culturali e le conseguenze sociali alla malattia e alla disabilità (Wilcock, 1998).

#### Il contesto

Ci sono condizioni che promuovono o limitano e impediscono le possibilità dell'uomo ad impegnarsi in attività e quindi di soddisfare questo bisogno. Spesso i fattori socio economici che caratterizzano il Paese, il quartiere e la famiglia di ogni persona, sono responsabili della performance occupazionale di ognuno. Le scelte che l'uomo compie, le decisioni che prende, le attività che svolge e il vissuto della propria vita, sono vincolate da sostegni o limitazioni posti dall'ambiente umano e non. Si tratta dei cosiddetti fattori socio-economici che influenzano significativamente la maggior parte delle opportunità che si presentano alle persone. Questi riguardano le possibilità lavorative ed educative, gli interessi o il tempo libero, la cura personale, il benessere proprio e della comunità/quartiere, le reti sociali o luoghi di aggregazione e le occasioni di crescita della persona, di un miglioramento della condizione economica e di accrescimento del livello culturale. Le conseguenze di quanto sopra, hanno un effetto diretto sulla performance occupazionale di ogni persona. Queste limitazioni dovute a condizioni esterne, portano

l'individuo a vivere una condizione di deprivazione occupazionale (Sussenberger, 2008).

Anche la Scuola di Chicago sostiene l'idea che ci sia una correlazione tra territorio e vita sociale, secondo la quale il primo elemento influenza il secondo. Il territorio non rappresenta mai la causa determinante, tuttavia fornisce un apporto molto significativo per capire i comportamenti dell'uomo e come questo scelga di organizzarsi all'interno della società. Come sostiene Tomasi (1997), citato da Poloni (2006), costituisce un insieme di esperienze di vita che vanno a caratterizzare l'esperienza personale di ognuno. Inoltre va sottolineato come la Scuola di Chicago, presti particolare attenzione ai "social problems", per cui orienta la ricerca verso i problemi del territorio e l'intervento su di esso. Il territorio è dunque considerato come un possibile fattore di rischio (Poloni, 2006).

Le persone accrescono la loro salute, tanto più hanno la possibilità, sono capaci o sono incoraggiate dall'ambiente, da fattori socio economici e da altre persone ad utilizzare le loro capacità per impegnarsi in occupazioni personalmente motivanti e che durano nel tempo (Wilcock, 1993).

#### Scampia

Se le restrizioni esterne dovute ad un ambiente ostile, possono rendere le persone incapaci di svolgere quanto per loro è necessario e significativo nella loro vita (Wilcock, 1998) è doveroso spendere qualche riga sul

quartiere Scampia di Napoli: l' "ambiente ostile" di cui stiamo parlando. Saviano in Gomorra, scrive "una disoccupazione cronica e un'assenza totale di crescita sociale hanno fatto sì che divenisse luogo capace di stoccare quintali di droga, e laboratorio per la trasformazione del denaro fatturato con lo spaccio in economia viva e legale" Inoltre nel 1989 l'Osservatorio sulla Camorra scriveva che nelle zone a nord di Napoli, veniva registrato uno dei rapporti spacciatori-numero di abitanti più alto d'Italia. Questo dato sarebbe divenuto fra i primi cinque al mondo e il più alto d'Europa nel giro di quindici anni (Saviano, 2008).

Scampia nasce negli anni Ottanta quando, in seguito al terremoto, molte abitazioni vennero occupate, favorendo la diffusione dell'abusivismo e dell'illegalità. L'assenza di manutenzione degli spazi pubblici e delle parti comuni, ha dato a questa municipalità, un connotato di ambiente anonimo e di difficile fruizione.

Si tratta di un quartiere che rispetto ai dati della città di Napoli ha una popolazione mediamente più giovane, con maggiore presenza di famiglie numerose e conta una presenza straordinaria di disoccupati, sia giovani che capi famiglia.

Forte è la concentrazione dei cosiddetti "drop out": i marginali, quelli per cui i rischi di esclusione, le lacune di opportunità, le disabilità di inserimento sociale sono diffuse, spesso radicate nella storia familiare e acuite dalla delocalizzazione da un altro

quartiere, da traumi familiari, dalla povertà del capitale sociale e relazionale dell'intorno.

Spesso sopravvivono di lavoro nero e/o di pratiche irregolari. Molti sono ai confini con reti sociali dedite a traffici e collegate con gruppi (informali o ben strutturati) della criminalità organizzata (Laino G. e De Leo D., 2002).

#### Terapia occupazionale e deprivazione: la formazione a un lavoro in questo ambito

La letteratura definisce il concetto di deprivazione occupazionale e ci ricorda che è a causa della familiarità, che siamo soliti considerare la malattia e la disabilità come gli esempi più diffusi del campo d'intervento della terapia occupazionale (Wilcock, 1998); tuttavia, come sostiene Whiteford, (citato da Wilcock, 1998), sono proprio quei fenomeni esterni, socialmente costruiti e basati su valori culturali, che portano deprivazione e creano esclusione; piuttosto che la disabilità o la malattia stessa. Sussenberger, (2008) individua nei fattori socio - economici, ambientali e culturali elementi che possono limitare le scelte e influire negativamente sulla performance occupazionale degli individui.

Ancora la Scuola di Chicago definisce il territorio un fattore di rischio della vita sociale e le scienze occupazionali stesse si pongono l'obiettivo di spiegare come il contesto e gli eventuali problemi legati all'ambiente, possano influire sulle scelte relative all'attività da intraprendere (Clark,1991).

Questi elementi forniscono un supporto necessario a spiegare e legittimare un servizio di terapia occupazionale in un contesto come Scampia con persone che vivono una realtà di deprivazione dal punto di vista occupazionale e non.

Inoltre a sostenere tutto questo, vi è il servizio di terapia occupazionale aperto da Galvaan in una scuola di un sobborgo a sud di Cape Town.

L'autrice descrive l'utilità del servizio per adolescenti che vivono in condizioni sovraffollate, con scarso accesso a servizi sociali o attività ricreative e occupazioni che promuovano salute o modelli di comportamento sani. Sono esposti a conflitti derivati dall'appartenenza a famiglie disfunzionali, possono essere esposti a povertà, deprivazione e vi è l'alto rischio che siano coinvolti nella vita di strada. Inoltre l'ambiente con scarse risorse e con un'alta prevalenza di comunità violente, spesso porta i giovani a socializzare in subculture devianti. Tutto questo crea una situazione fertile per gli adolescenti ad impegnarsi in occupazioni che compromettono la salute (Galvaan, 2004).

Questo esempio si avvicina molto alla realtà ambientale di Scampia, ai rischi vissuti dagli adolescenti che nascono e crescono in questo contesto così deprivato e ai bisogni che scaturiscono in loro.

#### Conclusione

Questo studio sembra fornire dati interessanti per futuri approfondimenti nell'area della deprivazione occupazionale. Trovo utile e stimolante

per la nostra professione allargare gli orizzonti. Riscoprire il valore del fare come elemento costitutivo ed essenziale per l'essere umano, ritrovare nell'occupazione *"un aspetto centrale dell'esperienza umana"* (Wilcock, p.17, 1993). Ricordare che l'*"Occupazione è il punto centrale della pratica di terapia occupazionale e l'unità di analisi considerata nelle scienze occupazionali"* (Larson et al., p.13-14, 2008); e non dimenticare come rappresenti il meccanismo grazie al quale gli individui possono dimostrare alla società e al mondo, l'uso delle proprie capacità e il raggiungimento dei valori personali. Penso sia utile tornare alle origini della nostra professione per ricordare che *"il bisogno di partecipare ad occupazioni produttive è innato e correlato alla salute e alla sopravvivenza"* (Wilcock, p.17, 1993); perché la necessità dell'uomo di partecipare ad attività significative, ha lo scopo di far *"fiorire"* (Wilcock, p.18, 1993) la persona.

È proprio comprendendo le occupazioni all'interno del contesto della vita umana, che possiamo dire che le persone sono formate da quello che hanno fatto e dai loro modelli quotidiani di occupazione. La storia delle occupazioni di una persona, in una certa misura, forma quello che la stessa, diventerà nel futuro (Zemke e Clark, 1996).

In Italia si potrebbe dar spazio alla terapia occupazionale anche in strutture dove vengono seguiti bambini e adolescenti che a causa di fattori economici, sociali e ambientali vivono

il fenomeno della deprivazione occupazionale. Inoltre lo studio ci permette di affermare come il lavoro del terapeuta occupazionale, contribuisca positivamente all'equipe multi-professionali di queste strutture. Avere uno spazio e un tempo per sperimentarsi in attività significative, fermarsi a riflettere sull'ambiente in cui sono immersi e sul fare quotidiano che caratterizza la loro esistenza, poter esprimere se stessi (spesso imparare a farlo), utilizzare la propria creatività, e avere la possibilità di scegliere, è molto importante per costruire una propria identità, prendere coscienza e sviluppare le proprie competenze per favorire la partecipazione attiva ad occupazioni significative che promuovano la salute e modelli di comportamento.

### Riferimenti bibliografici

Clark F. (1991), Occupational science: academic innovation in the service of occupational therapy's future, American Journal of Occupational Therapy, 4: 300-308. Cunningham Piergrossi J. (2000), "Fare e pensare", nella rubrica "Il fare, il dire", Il Ruolo Terapeutico, 85: 99-103.

Cunningham Piergrossi J., de Sena Gibertoni C. (2010), "MOVI: un modello relazionale in terapia occupazionale", Giornale italiano di terapia occupazionale, 5: 8.

Galvaan R. (2004), "Engaging with youth at risk", in Watson R. e Swarts L., Transformation through Occupation, Ed. Watson R. e Swarts L., Philadelphia

Brighenti E. (2006), Ricomincio da me. L'identità delle scuole di seconda occasione in Italia, IPRASE Trentino, Trento.

Laino G. e De Leo D. (2002), Le politiche pubbliche per il quartiere Scampia a Napoli. Quinto Programma d'Azione 1998-2002 Co finanziato dall'Unione Europea.

Larson E., Wood W., Clark F. (2008), "Scienza occupazionale: fondare la scienza e la pratica attraverso una disciplina accademica" in Crepeau E., Cohn E., Schell B., Terapia occupazionale, Delfino Editore, Roma.

Occhi Aperti, società cooperativa

sociale ONLUS (2007), Progetto "Io Valgo", Napoli

OsterK., Linna E.-K., Jansen J., Carvalho R. (2000), Scuole della seconda opportunità. Relazione riassuntiva sulla valutazione delle scuole pilota europee, Commissione Europea.

Parlamento Europeo (2011), Lotta contro l'abbandono scolastico del 1 dicembre 2011, Soluzioni per una seconda opportunità, n 69.

Poloni S. (2006), Preadolescenti a rischio. Una ricerca nella periferia milanese, Franco Angeli, Milano.

Saviano (2008), Gomorra, Mondadori, Milano.

Sussenberger B. (2008), "Scienza occupazionale: fondare la scienza e la pratica attraverso una disciplina accademica", in Crepeau E., Cohn E., Schell B., Terapia occupazionale, Delfino ed., Roma

Whiteford G. (1997), "Occupational Deprivation and Incarceration", Journal of Occupational Science: Australia, 3: 126.

Whiteford G. (2000), "Occupational Deprivation: Global Challenge in the new Millennium", British Journal of Occupational Therapy, 63: 200,201  
Wilcock A. (1993), "A theory of the human need for occupation", Occupational Science: Australia, 1: 17-23.

Wilcock A. (1998), An occupational

perspective of health, Slack, Thorofare, NY.

Zemke R., Clark F. (1996), Occupational science, the evolving discipline, F.A. Davis, Philadelphia.

***L'intervento  
del Terapista  
Occupazionale  
nel reparto  
di Oncoematologia  
Pediatrica:  
dall'approccio  
empirico  
ad un metodo  
basato sull'evidenza***

# L'intervento del Terapista Occupazionale nel reparto di Oncoematologia Pediatrica: dall'approccio empirico ad un metodo basato sull'evidenza

## Autore/

Federica Aghilarre  
terapista occupazionale  
Reparto di Oncoematologia Pediatrica  
del Policlinico Umberto I- Roma

Valentina Lombardi  
terapista occupazionale  
IRCSS San Raffaele Pisana- Roma

Nicola Vanacore  
Ricercatore  
Centro Nazionale di Epidemiologia  
Sorveglianza e Promozione della Salute  
ISS- Roma

Emanuela Paschetto  
terapista occupazionale  
Reparto di Oncoematologia Pediatrica  
del Policlinico Umberto I- Roma.

## Introduzione

La terapia occupazionale nell'oncoematologia pediatrica è una realtà scarsamente documentata. A livello internazionale è presente un solo studio di Anita B. Patil sulla terapia occupazionale su 250 pazienti con leucemia linfoblastica acuta pubblicato nel 1997 su "The

Indian Journal of Occupational Therapy" dal titolo "Occupational Therapy Intervention Program for a better quality of life for acute lymphoblastic leukemia", con cui si è dimostrato come un simile intervento apportasse miglioramenti nella qualità di vita dei pazienti, soprattutto nelle funzioni cognitive, nella motivazione, nello stato depressivo, nei disturbi del sonno, nelle abilità sociali e nella acquisizione di una maggior consapevolezza. Inoltre, esistono delle indicazioni inglesi (2010) provenienti dal "College of Occupational Therapist" by C.Ogilvy per facilitare il ragionamento clinico. A livello nazionale l'unica esperienza è nel reparto di oncoematologia pediatrica dell'Umberto I di Roma, in cui è presente un programma di terapia occupazionale, non incentrato sul criterio della misurabilità (utilizzo del MOVI), consolidato da anni. Il presente progetto è lo studio di valutazione degli esiti dell'intervento di terapia occupazionale sul bambino oncoematologico, supportato da due tesi sperimentali che hanno permesso di standardizzare il trattamento terapeutico preesistente, utilizzando per la valutazione una serie di scale rilevate nella letteratura scientifica e consentendo di eseguirne una preliminare valutazione sulla sua efficacia.

## Obiettivo

Creare un modello che verifichi più rigorosamente le possibilità della terapia occupazionale nel reclutamento delle capacità adattive nel periodo dell'ospedalizzazione (rilevando la percezione del dolore, della propria identità e della qualità di vita) e nel mantenere il bambino autonomo nelle AVQ e nel gioco.

L'intervento del terapista occupazionale nel reparto di oncoematologia pediatrica si pone l'obiettivo di offrire al bambino un supporto emotivo e cognitivo adeguato, che permetta a lui e alla famiglia di ridurre il disagio scaturito dall'iter terapeutico. Attraverso un rapporto di fiducia che nasce con i bambini, il terapista occupazionale cerca di: monitorare le tappe evolutive e il livello di autonomia, stabilire un rapporto collaborativo con il personale, mantenere/recuperare le capacità adattive per consentire al bambino di accettare più serenamente possibile le cure e l'ospedalizzazione.

Lo studio si è incentrato sull'integrazione tra l'approccio empirico dell'intervento preesistente e un metodo scientifico basato sull'evidenza per valutare l'influenza della terapia occupazionale sulla prima fase di adattamento alla malattia. Sono stati presi in esame il recupero delle capacità adattive durante la I e II fase del tratta-

## mento e le correlazioni esistenti nella coppia madre-bambino.

### Materiali e Metodi

L'approccio è incentrato su:

- I bisogni occupazionali specifici del bambino (il gioco, la famiglia, la madre, la casa, la scuola, i pasti, la notte);
- La definizione di un setting terapeutico con precisi tempi, spazi, ruoli e compiti, garantendo una regolarità e continuità. Il setting terapeutico in questo studio non è usuale perchè non è il paziente che va nella stanza del terapista, ma è il terapista che si reca nella stanza del paziente, con le attività;
- La costruzione di una relazione terapeutica tra terapista-paziente-madre-famiglia attraverso le occupazioni;
- La comunicazione efficace all'interno dell'equipe medica.

Sono stati inclusi 11 bambini ricoverati da marzo 2011 a ottobre 2012, di età compresa tra i 3 e i 13 anni, con patologia oncoematologica primaria (non recidivati) e privi di disturbi neuropsichiatrici, escludendo bambini cui viene eseguito trapianto e per i quali sia stato sospeso il trattamento per l'avvio alle cure terminali. La presa in carico del bambino è avvenuta dopo il consenso informato da parte della famiglia e dopo circa 10 giorni dalla comunicazione della diagnosi, per dare tempo di ripresa dallo shock iniziale. Le valutazioni sono state divise in fasi: to (valutazione iniz-

iale), t1 (dopo 2 mesi di trattamento), t2 (dopo 6 mesi di trattamento). Lo strumento innovativo è composto dalla correlazione di due modelli di pertinenza della terapia occupazionale: il MOVI (teorico-psicoanalitico), utilizzato per il trattamento, ed il MOHO (più attento al criterio della "misurabilità"), utilizzato per la valutazione.

Congiuntamente, sono stati reclutati altri strumenti non solo specifici di terapia occupazionale.

- "Intervista sulla Storia della Performance Occupazionale" di G. Kielhofner (MOHO)
- "Lista degli Interessi" (MOHO)
- "Scala Analogica Visiva del Dolore (VAS)"
- "Eland Color Scale" Joann Eland M.
- "Perceived Stress Scale" di Sheldon Cohen
- "Test del Disegno della Figura Umana" di Goodenough
- "Pediatric Volitional Questionnaire" (MOHO)
- "Pediatric Quality of Life Inventory" di James W. Varni
- Osservazione e trattamento con il "Modello Vivaio" (MOVI).

Il trattamento (in reparto e, dopo le dimissioni, in ambulatorio) si è basato su sedute individuali o di piccoli gruppi di un'ora per tre volte la settimana. I bambini con diagnosi di patologia oncoematologica sono costretti a un ciclo terapeutico molto lungo che dura circa due anni.

I primi 10 mesi di malattia cor-

rispondono al periodo di cura più intenso. Per questo, è stato ipotizzato che l'intervento del terapeuta occupazionale possa inserirsi all'interno di questa fase, affiancando la coppia madre-bambino, per favorire l'adattamento alla malattia e al ricovero in ospedale. Il metodo che il terapeuta occupazionale segue è il seguente:

1. Inizialmente il terapeuta concentra il suo intervento favorendo la graduale acquisizione di consapevolezza, considerata punto di partenza e base del processo adattivo.
2. Successivamente, il terapeuta cerca di reclutare e potenziare le capacità e risorse della coppia madre-bambino per affrontare in maniera più attiva il percorso terapeutico.

I primi due mesi di malattia corrispondono a:

- Fase di shock iniziale dovuto alla comunicazione della diagnosi e all'inizio delle cure;
- Fase della strutturazione di prime barriere difensive psicofisiche, necessarie per raggiungere la consapevolezza; talvolta alcune di esse però, possono rivelarsi pericolose e ostacolanti l'adattamento (quali negazione, intellettualizzazione, evitamento, depressione grave).

Per valutare come la terapia occupazionale possa influire sulle capacità della coppia madre-bambino di superare le prime due fasi, sopracitate, e di perseguire la consapev-

olezza, una valutazione primaria degli esiti è avvenuta a due mesi. Lo studio, pertanto, è stato esteso e proseguito nei restanti 4 mesi, per monitorare e valutare come l'intervento del terapeuta occupazionale possa incidere nel reclutamento e potenziamento delle capacità e risorse della coppia madre-bambino, nella successiva fase adattiva.

Per il trattamento sono state selezionate:

**Attività di Gioco** (il gioco è uno tra gli strumenti più indicati utilizzato come valutazione e trattamento mirato, può aiutare a superare lo stress dato dalla diagnosi e dal ricovero, ad affrontare con meno paure la malattia, a recuperare situazioni di normalità):

- Gioco simbolico, utile per la riproduzione di gesti familiari e "drammatizzare" pulsioni aggressive;
- Attività con materiale plasmabile, atte ad aumentare il senso di competenza e permettere di scaricare l'aggressività;
- Attività espressive, come canale comunicativo di sentimenti e paure;
- Giochi strutturati che influenzano positivamente l'utilizzo della memoria, il rispetto delle regole e dei ruoli.

**Attività di Vita Quotidiana**

- Personalizzazione ed organizzazione della stanza di ricovero;
- Mantenimento dell'autonomia nei pasti (utilizzo delle posate,

conoscenza dei cibi, utilizzo di tempi e spazi idonei);

- Mantenimento delle attività scolastiche e ludiche;
- Cura del proprio corpo (personalizzazione, abbigliamento, comprensione dei mutamenti fisici, mantenimento del tono muscolare).

Le attività venivano scelte durante ogni seduta, tenendo conto delle preferenze, della personalità, dell'umore e delle condizioni cliniche del bambino: i terapisti occupazionali mirano alla partecipazione nelle occupazioni che per i pazienti risultano importanti e significative.

L'osservazione ed il trattamento terapeutico si è basato sul **Modello Vivaio (MOVI)**, modello relazionale con una base teorica psicoanalitica, che prende in considerazione gli aspetti emotivi nella relazione tra paziente, terapeuta e attività. Durante ogni seduta, svolta sia nelle stanze del reparto che nella sala giochi del Day Hospital, i pazienti giocano, creano e trasformano materiali con le mani e con la mente permettendo loro di raccontare ed esprimere emozioni, memorie, pensieri, quel che spesso non può essere detto con le parole. Il terapeuta mira a creare uno spazio dove i pazienti sono contenuti, protetti e capiti e dove possono esprimersi liberamente secondo le proprie capacità e i propri desideri. Il terapeuta cerca di stabilire un'alleanza terapeutica che promuove nei bambini la consapevolezza di essere curati e, quindi, la possibilità di stabilire dei legami anche con

la malattia per non sentire minata la propria integrità e continuità dell'esistenza.

In quest'ottica, ogni momento delle attività si configura come uno spazio di incontro e di rapporto, dove, anche in quei casi di rifiuto da parte dei pazienti (per malesseri fisici o psichici, come umore depresso), è stato privilegiato il rapporto terapeuta-paziente improntato la seduta sull'ascolto e su semplici conversazioni di vita quotidiana: la presenza fissa, costante e regolare del terapeuta incrementa la fiducia da parte del paziente, che incomincerà a considerare la figura dell'operatore come punto di riferimento e di sostegno. L'obiettivo generale è quello di arginare l'aspetto emotivamente traumatico dell'esperienza di malattia, che tende ad essere pervasiva e paralizzante a livello mentale, per facilitarne l'integrazione nell'identità e nella storia familiare e personale. L'applicazione di concetti psicoanalitici aiuta nella comprensione degli aspetti affettivi presenti nella vita e nelle attività dei pazienti. Il terapeuta occupazionale ha il compito di accoglierli e saperli decifrare, accompagnando il paziente nel suo dolore in un processo di crescita.

Con il MOVI non si può prevedere un risultato della terapia prima di cominciare. La soggettività dell'esperienza fa sì che ogni singola terapia si evolva in modo proprio.

**Risultati:** i punteggi delle scale sono stati riportati come medie e deviazioni standard. È stata analizzata la

significatività, fissata a 0,05.

È stata anche osservata la correlazione di Pearson all'interno delle singole scale e tra queste per confrontare i valori nei vari temi di valutazione. L'analisi del campione ha evidenziato: un andamento positivo delle scale nei vari tempi di valutazione, confermando in modo quantitativo l'efficacia dell'intervento; un'influenza significativa dell'intervento di terapia occupazionale nella percezione del sé ( $p=0,007$ ), della qualità di vita ( $p=0,028$ ) e del dolore nella mamma ( $p=0,037$ ) in tutti i tempi valutati; un'alterazione nell'andamento delle scale a t2. Non sono risultate significative le scale inerenti la percezione del dolore nel bambino ( $p=0,214$ ) e della qualità di vita della mamma ( $p=0,593$ ).

**Conclusioni:** dalla significatività dei dati, lo studio ha permesso di riflettere maggiormente sulla volontà di individuare un percorso scientifico di trattamento di terapia occupazionale per il bambino oncematologico. Si ipotizza l'utilità di alcune scale valutative, che si sono dimostrate dirette verso gli obiettivi preposti. Sono emerse alcune domande:

- Se i risultati ottenuti derivino o meno dal trattamento di terapia occupazionale e se unicamente o anche da essa. Da tenere in considerazione la complessità del contesto in cui si realizza l'intervento.
- È stato scelto di applicare un modello psicoanalitico come il MOVI in quanto già in uso da

molti anni nel reparto: si è cercato di analizzarlo ed approfondirlo per capire se esso potesse rispondere realmente ai fabbisogni dei bambini oncematologici. Si è cercato di rendere misurabile un modello che finora non aveva delle prove scientifiche. L'esperienza pluriennale della terapeuta presente nel reparto, ha portato il MOVI ad essere utilizzato come una plausibile chiave di lettura dei processi simbolici: questi sottendono i giochi e le attività occupazionali del bambino, permettendogli di esprimere fantasie ed emozioni spesso alimentate dal vissuto angoscioso che la malattia grave genera e che non possono essere negate. Non sono stati trovati altri modelli che indagano questi aspetti peculiari, propri della malattia oncologica.

- Il modello è stato approfondito dopo attente riflessioni e ricerche; si è pensato di associare al MOVI altri elementi che potessero renderlo misurabile: sono stati presi in considerazione quelli ritenuti più idonei al raggiungimento degli obiettivi come il MOHO e altre scale non specifiche di terapia occupazionale.
- Si otterrebbe una maggior significatività cambiando e/o riducendo il numero di scale utilizzate, l'ambiente od i tempi d'intervento?
- Poiché il trattamento è stato somministrato da "terapiste junior", non possono essere esclusi ipotetici miglioramenti, qualora

le scale ed il trattamento fossero stati somministrati dal “terapista senior”.

È certo che lo studio rappresenti l’inizio di un percorso di ricerca su un tema che finora non era mai stato trattato da un punto di vista scientifico. Sarà possibile ampliare il campione ed elaborare nuovi dati attraverso un’attenta revisione e indagine sul materiale. Con questo studio sono state anche introdotte delle novità all’interno del reparto, rappresentate da un volantino informativo per le famiglie e la cartella clinica di terapia occupazionale.

#### Caso Report

Andrea è un bambino 11 anni, molto educato e sensibile. Il suo viso comunica mitezza attraverso un sorriso dolce e soave. Viene ricoverato in reparto il 21 dicembre 2011 dopo essere stata confermata la diagnosi di Leucemia Acuta Linfatica. Dopo due settimane dalla diagnosi è stata fatta un’intervista conoscitiva alla mamma attraverso l’OPHI II; dalla narrazione della storia occupazionale è emersa una forte complicità tra i quattro membri della famiglia (papà, mamma, Andrea e fratello maggiore), soprattutto tra Andrea e la mamma: insieme svolgono molte attività di tempo libero in casa, mentre è il padre a supportarlo nelle sue attività sportive (prima di ammalarsi giocava a calcio). L’intervista ci ha permesso di vedere come la diagnosi di Andrea ha fortemente alterato la vita familiare: il papà di Andrea è tornato al lavoro dopo quasi tre settimane spronato dalla moglie (sono una famiglia

monoreddito), la mamma ha abbandonato le attività domestiche, il già scarso tempo che dedicava a sé stessa (di questo lei recrimina molto) e le fiere artigianali alle quali partecipava con le sue creazioni (lavoro a maglia, decoupage..) ed il fratello di Andrea passa molto tempo a casa da solo, occupandosi anche della cura della casa. La madre mi mette in guardia del timore di Andrea rispetto al contesto ospedaliero (è la prima volta che entra in un ospedale) ed il suo carattere apparentemente introverso.

Nonostante il lungo ricovero e la terapia, Andrea non ha mai smesso di sorridere durante il primo incontro, distraendomi dal notare i lividi sulle braccia causati dalla terapia; il suo volto è spensierato, gioioso e carico di quella purezza che solo un bambino ti può trasmettere. È molto preciso e diligente nei compiti che gli vengono assegnati, sa ascoltare e farsi capire come un ragazzo più maturo della sua età. Non si crea problemi a parlare, raccontandomi molti dettagli della sua vita e lanciando più di un messaggio riguardo la malattia. Non conoscendo il nome della sua patologia la spiega come gli è stata presentata: sta male perché i suoi globuli, invece di essere rotondi, sono quadrati e quindi vanno curati. Confessa anche di essere stanco di stare in ospedale e di voler rivedere il fratello non solo da una finestra– nel reparto è possibile la presenza di un solo genitore alla volta. Nota già i primi cambiamenti fisici e questo lo spaventa molto: mi racconta che portava i capelli lunghi

Scala di Valutazione	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub> (2 mesi)	T <sub>1</sub> -T <sub>0</sub>	T <sub>2</sub> (6 mesi)	T <sub>2</sub> -T <sub>1</sub>
Goodenough	32	32	0	34	2
VAS Bambino	3	2	-1	1	-1
VAS Mamma	9	7	-2	6	-1
ELAND	3	3	0	1	-2
Scala Percezione Stress	18	18	0	22	4
PVQ plasmabile*	16	34	8	39	5
PVQ regole*	22	33	11	37	4
PVQ pittura*	25	32	7	32	0
PVQ collage*	16	30	4	35	5
PEDSQL Mamma	51,85	50,92	-0,93	51,85	0,88
PEDSQL Bambino	79	87	8	87,5	0,5

Punteggi delle scale utilizzate nelle varie fasi di valutazione\*: valutazioni svolte con modello MOHO

col codino e che a calcio correva molto ed ora, senza né capelli né forze, ha timore di quello che accadrà. Le punture gli fanno male ma stringe i denti e non fiata perché “è grande, mica può farsi sentir piangere dai bambini più piccoli”. La descrizione della mamma viene confermata dall’atteggiamento che Andrea ha verso il suo vicino di letto: ha paura a parlargli per la timidezza e per evitare di dire qualcosa che non vada bene. Ha accolto con curiosità l’intervento di terapia occupazionale, programmando insieme i prossimi incontri e scegliendo le future attività in base alla lista degli interessi, strumento di valutazione utilizzato anche per creare un rapporto di fiducia col bambino.

Nei 4 incontri successivi è stato possibile valutare Andrea attraverso gli strumenti selezionati per lo studio. In particolare, attraverso la PVQ, è stato possibile analizzare la VOLIZIONE rispetto alle attività del MOVI.

**Attività strutturata:** Appena mi vede arrivare chiude la conversazione (via skype) con il fratello e libera il tavolo per farmi spazio. Il papà, senza che gli venga detto nulla, prende la sedia piccola e si mette fuori dalla stanza a leggere; ha l’aria stanca così sfrutta questo tempo libero per rilassarsi un po’. Andrea è sempre molto educato e gentile (mi fa spazio per sedermi sul letto), ma anche un po’ spaventato nel vedermi arrivare con quel mobile maestoso dove tengo tutto il materiale necessario per le attività. Gli spiego nuovamente che per

i primi incontri non potrà scegliere l’attività da fare insieme ma potrà comunque decidere come fare e quali strumenti usare; al mio ricordargli che “non deve dimostrarmi che è bravo, ma che deve pensare a divertirsi con i giochi fatti insieme” si tranquillizza. Lascio decidere a lui con cosa cominciare, proprio per dargli la conferma che deve vivere questi momenti insieme come un gioco e non come un compito. Senza indugi prende le carte da UNO e cominciamo a giocare. Mi ricorda le regole e le rispetta per tutta la durata del gioco: chi arriva a 3 partite vinte, vince. Sono state partite lunghe nelle quali ho potuto notare il suo approccio al gioco: ha ragionato su ogni mossa, ha rispettato le regole ed i tempi e, quando ha perso, ha accettato la sconfitta senza rancori.

**Attività espressiva di disegno:** Una volta riposte le carte decidiamo i colori da usare per il disegno; aveva già in mente il soggetto (un albero) quindi sapeva che colori gli servivano e, in caso non fossero tutti disponibili, come doveva utilizzarli. Ha scelto di fare un albero in un prato perché lo stesso giorno a scuola aveva fatto “l’albero della famiglia” così voleva provare a rifarlo al naturale. Ha eseguito il compito senza esitare, inserendo anche dettagli che non erano inizialmente previsti; ha avuto problemi solo nell’organizzazione del setting lavorativo, chiedendo il mio intervento. Ha provato tecniche diverse, è stato molto preciso ed ha cercato di rendere il più reale possibile l’immagine. Una volta concluso il disegno abbiamo messo in ordine gli

strumenti utilizzati ma al mio tentativo di pulire il tavolo mi ha fermata dicendomi “tanto c’è papà”; gli ho spiegato che chi ha giocato pulisce e dato che papà fa già abbastanza potevamo farlo noi.

**Attività collage:** Parlando con Andrea vengo a conoscenza della sua grande passione per le marionette, il teatro e la creazione di storie; così, per il collage, gli propongo di fare una marionetta. Lui, entusiasta, accetta immediatamente! Gli faccio vedere un prototipo trovato in sala giochi e mi faccio dire tutto il materiale che ci occorre per personalizzare e creare il nostro personaggio. Ha qualche difficoltà nel gestire il cartoncino (non si taglia bene) così chiede il mio aiuto, senza però rimanere con le mani in mano. È la prima volta che si avvicina ad un lavoro del genere, è un po’ intimorito per paura di sbagliare ma vedendo anche da parte mia poca destrezza inizia a divertirsi. Creiamo la sagoma, sceglie il tessuto che diventerà il vestito del Re, ricaviamo una corona da un resto di carta dorata e (idea di Andrea) facciamo anche una spada.

Nel pomeriggio non siamo riusciti ad incontrarci, così Andrea ha preferito prendere la marionetta quasi finita e portarla a casa per concludere i dettagli. Mi è dispiaciuto non finire insieme l’oggetto ma dopo qualche giorno un MMS della mamma con la foto della marionetta finita mi ha fatto capire che Andrea ci teneva che vedessi finito il nostro lavoro tanto faticato.

**Attività con materiale malleabile:** alla mia domanda su cosa utilizzare tra das e pasta di sale Andrea ha scelto la prima perché non vuole sporcarsi. Prima del mio arrivo ha subito vari prelievi all’altezza dei polsi ed ha paura ad utilizzare la farina ed il sale. Decide di creare delle forme a mano libera e, successivamente, colorarle così mi faccio dire quello che gli occorre per il suo progetto. Trovando difficoltoso il lavoro a mano libera mi chiede di passargli gli accessori, avvisando di aver cambiato idea e di voler usare le formine: vuole colorarle ed appenderle in stanza per renderla più colorata e meno triste. Proseguendo nell’attività ci rendiamo conto che sarà impossibile far asciugare e colorare tutto nello stesso incontro quindi rimandiamo la seconda fase per la prossima volta.

Sulla base delle attività valutate e su gli altri strumenti utilizzati nello studio è stato possibile stilare un programma di intervento di terapia occupazionale, avente come obiettivi:

- Elaborazione del dolore
- Mantenimento del tono dell’umore
- Aumento del senso di competenza e dell’autostima
- Socializzazione

Al fine di raggiungere questi impegni sono state programmate delle attività:

- Creazione e scrittura di una storia al fine di elaborare ed evidenziare le ansie, le domande e le problematiche che il bambino vive con la malattia. La storia verrà scritta a fumetti, permettendo ad Andrea

di dar libero sfogo ad una tecnica narrativa che più l’appaiona.

- Personificazione e gioco di ruoli che permettano, nelle varie fasi del trattamento farmacologico, di compensare gli sbalzi d’umore dovuti ai farmaci che assume e che portano il bambino da stati euforici a depressivi nel giro di poche ore.
- Verranno svolte Attività di cucina che permettano ad Andrea di capire i limiti ed i benefici del cibo nelle varie fasi della malattia, di allenare le proprie competenze utilizzate nella vita in casa e di sperimentare l’attività in varie modalità di gruppo (con la sola presenza del terapeuta o con la collaborazione della madre o con un gruppo limitato di altri bambini)
- Lavori strutturati di gruppo per stimolare il senso del gruppo e per identificare ruoli e compiti rispetto ai coetanei.

Nel periodo di trattamento abbiamo svolto delle attività che rispecchiasero le necessità emerse dalla valutazione iniziale e che permettessero ad Andrea di essere coinvolto e motivato nel “fare”.

Nel periodo di intervento sono state svolte attività come:

- Automobile/fermacarte con Das. Inizialmente, aveva scelto di realizzare un portapenne, ma senza successo; una volta preso il materiale è rimasto incerto per qualche minuto. La macchina è stata creata per caso ma, una volta nata l’idea, si è concentrato

nella realizzazione curando i dettagli e risolvendo i problemi – ad esempio il troppo peso dell’auto. Attraverso le attività svolte insieme Andrea ha potuto allenare le proprie capacità, manuali ed artistiche, ed ha potuto sperimentare nuove strategie sviluppando, nei vari incontri, il senso di competenza.

- Creazione e personalizzazione di una cravatta per la festa del papà insieme agli altri bambini presenti in sala giochi. L’utilizzo dei pochi colori per tessuti ha permesso ad Andrea di mettere a disposizione del resto del gruppo le proprie capacità artistiche, mettendolo al centro dell’attività e attribuendogli un ruolo da protagonista che ha sempre cercato di evitare. L’utilizzo dei colori è stato utile anche nell’espressione del dolore: attraverso disegni astratti e la creazione di un personaggio dei fumetti (“le avventure di Umpalumpa”) è stato possibile per Andrea canalizzare il dolore e mettere nero su bianco le proprie ansie, rendendo partecipi anche gli altri dei suoi momenti di stanchezza fisica e mentale.
- La cucina è stata utilizzata sia allo scopo di educare Andrea rispetto le nuove abitudini alimentari (dovute al trattamento chemioterapico) sia per mantenere alto il tono dell’umore. Cucinare era un’attività che svolgeva con la mamma in casa e, nonostante il fisico da sportivo, era una buona forchetta! Il non poter né mangi-

are nè aiutare la mamma rende il momento dei pasti difficile da accettare e particolarmente frustrante. La possibilità di cucinare in reparto, grazie ad alimenti controllati, pietanze gustose come cornetti, biscotti e pizzette ha consentito ad Andrea di vivere con soddisfazione i pasti, di aumentare il proprio senso di autostima (offrendo le proprie creazioni agli altri pazienti ed allo staff sanitario) e di poter tornare a svolgere un'attività a lui cara in compagnia della mamma.

- La ruota degli impegni: questo progetto nasce dalla passione di Andrea per la trasmissione "AR-TATTACK", e dalla sua (e della famiglia) esigenza di ristabilire una nuova routine con il ritorno a casa. Abbiamo deciso di dividere la ruota rispetto le attività che segnano maggiormente la giornata di Andrea e che per lui sono fondamentali: lo studio, i pasti, il giocare col fratello ed il calcio (visto alla tv, per ora!). La possibilità di organizzare i suoi tempi e di tornare ad occuparsi attivamente delle proprie esigenze ha permesso ad Andrea di crescere e far maturare dentro di sé un forte senso di competenza ed autonomia, nonostante sappia che per i prossimi due anni dovrà tornare molto spesso in ospedale.

Alla conclusione del periodo di trattamento è stato possibile vedere come le capacità cognitive, motorie ed espressive di Andrea non fossero state condizionate dai vari ricoveri dovuti

alla malattia. L'intervento di terapia occupazionale ha permesso ad Andrea ed alla propria famiglia di garantire il proseguimento di certe abitudini ed il mantenimento di una parte dei ruoli familiari che erano presenti prima della diagnosi. La percezione che Andrea ha avuto delle proprie competenze e l'utilizzo di strategie (vd. gli ingredienti per l'attività di cucina) gli ha consentito di valutare in modo positivo la qualità della propria vita, nonostante la destabilizzazione da parte della sua nuova realtà di vita, e di trasferire le proprie capacità e conoscenze nell'ambiente domestico.

### Riferimenti bibliografici

Andersen S., Kielhofner G., Lai J.S., (2005). An examination of the measurement properties of the pediatric volitional questionnaire. *Physical and Occupational Therapy Pediatric*, 25(1-2):39-57.

Andersen S., Kielhofner G., Lai J.S., (2005). An examination of the measurement properties of the pediatric volitional questionnaire. *Physical and Occupational Therapy in pediatrics*, Vol. 25, No. 1-2, pp. 39-57.  
Anita B., Patil B., Suresh H. et al, (1997). Occupational Therapy Intervention Program For a Better Quality of Life for Acute Lymphoblastic Leukemia Survivors. *The Indian Journal of Occupational Therapy*: Vol. XXXV : No. 2.

Bronzino R., Russo F. (2001). Gioco e studio in ospedale. M. Capurso, Erickson, Cap. 4.  
Cohen S., Williamson G., (1988). Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-396.

Cohen S., Williamson G., (1988). Perceived Stress in a Probability Sample of the United States.

College of Occupational Therapists (2004). Occupational Therapy intervention in cancer. Guidance for professionals, managers and decision-makers –Specialist Section for HIV/AIDS, Oncology, Pallia-

tive Care and Education.

College of Occupational Therapists (2004). Occupational Therapy intervention in cancer. Guidance for professionals, managers and decision-makers. Specialist Section for HIV/AIDS, Oncology, Palliative Care and Education.

College of Occupational Therapists (2010). Children and Young people with cancer. Guidance for occupational therapists Edited by Catriona Ogilvy – Specialist Section Children, Young People & Families.  
Eland J.M., (1989). Eland color scale: Directions for use.  
Gibertoni C., Piergrossi J. C., Crespi E. de V., Guerini A. (1988- 2007). Raccolta di articoli e rubriche pubblicate su "Il Ruolo Terapeutico" a cura de 'Il Vivaio', Centro di psicologia dell'età evolutiva – Milano.

Kielhofner G., Mallinson T., Crawford C., Novak M., Rigby M., Henry A., Walens D. (2005). L'intervista sulla storia della performance occupazionale. Manuale d'uso per l'OPHI II. FrancoAngeli Editore

Kielhofner G., Mallinson T., Forsyth K., Lai J.S., (2001). Psychometric properties of the second version of the Occupational Performance History Interview. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(3), 260-267.

Mastrangelo G., (1999). La terapia occupazionale nell'età evolutiva. Cuzolin Editore.

Paine P., Alves E., Tubino P., (1985). Size of human figure drawing and Goodenough-Harris scores of pediatric oncology patients: a pilot study. *Perceptual and Motor Skills*: Volume 60, Issue, pp. 911-914.

Piergrossi Julie C., (2006). Essere nel Fare. FrancoAngeli editore

Price D.D., McGrath P.A., Rafii A., Buckingham B., (1983). The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, 17, 45-56.

Travi L. S., (2002). Il modello di occupazione Umana (MOHO) in campo riabilitativo. Una panoramica dei concetti attuali.

Varni J.W., Seid M., Rode C.A., (1999). The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Medical Care*, Feb;37(2):126-39.

Whitley S.B., Branscomb B.V., (1979). Identification and management of psychosocial and environmental problems of children with cancer. *The American Journal of Occupational Therapy*, 33 (11): 711-716.  
Wong D.L., Baker C.M., (1988). Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatric Nursing*, 14, 9-17.

***Il Child Occupational  
Self Assessment -  
COSA  
L'occupazione del  
bambino al centro  
della pianificazione  
dell'intervento***

# Il Child Occupational Self Assessment - COSA

## L'occupazione del bambino al centro della pianificazione dell'intervento

**Autore/**  
L. Santinelli  
Centro Ergoterapia Pediatrica  
BSc HES-SO in ergoterapia  
lietta@ergoterapiapediatrica.ch

**Parole chiave/**  
terapia occupazionale, valutazione,  
Child Occupational Self Assessment

**Il Child Occupational Self Assessment (COSA) è uno strumento di valutazione utilizzato in terapia occupazionale e basato sull'autovalutazione del bambino tra gli 8 e i 13 anni. Attraverso un questionario, il bambino attribuisce un valore all'importanza che rappresentano per lui 25 attività di cura di**

**sé, produttività e tempo libero e un valore alla competenza con la quale è in grado di effettuarle. Nell'articolo vengono illustrate le basi teoriche e concettuali del COSA, viene presentato lo strumento, vengono abordate le implicazioni del suo utilizzo sulla pratica clinica e la sua validità scientifica. Alcuni vantaggi e alcuni inconvenienti vengono citati e messi in relazione con l'evolversi della professione del terapeuta occupazionale. Centro Ergoterapia Pediatrica (CEP), Bellinzona, Svizzera.**

### Introduzione

Il Child Occupational Self Assessment (COSA) è uno strumento di valutazione utilizzato in terapia occupazionale in cui il bambino valuta l'importanza delle attività e la sua propria competenza nella vita quotidiana. Dopo una presentazione degli aspetti teorici di questo strumento, questo articolo presenterà brevemente il materiale e la somministrazione della valutazione, così come la sua validità scientifica. I limiti e le potenzialità di questo strumento saranno accennati.

**Al centro della valutazione: la performance occupazionale**  
L'emergere di modelli come il Modello dell'occupazione umana (MOHO) e del Modello canadese di performance occupazionale (CMOP) su cui si basa il COSA, ha rivoluzionato la pratica quotidiana del terapeuta occupazionale, allontanandolo

dall'approccio biomedico e creando in lui la necessità di tenere conto in modo più ampio della specificità della persona bisognosa di cure<sup>3</sup>.

Il terapeuta occupazionale è ora confrontato all'esigenza di conoscere i bisogni, le opinioni, i valori e le abitudini del cliente, e di tenere conto della sua performance occupazionale per strutturare il processo terapeutico. Secondo l'Associazione Canadese Ergoterapisti (ACE), la *performance occupazionale* è definita come la capacità di una persona di scegliere, organizzare e dedicarsi a occupazioni significative che gli procurano soddisfazione. Queste occupazioni, definite sul piano culturale e generazionale, le permettono di prendersi cura di sé, di divertirsi e di contribuire alla costruzione sociale ed economica della comunità in cui vive<sup>4</sup>.

Le occupazioni si suddividono appunto in cura personale, produttività e tempo libero<sup>5</sup>.

Secondo questo modello, il cliente è considerato competente per valutare la sua prestazione e l'importanza che ogni attività assume per lui, e partecipa attivamente all'elaborazione di un piano di trattamento che tiene conto dei suoi bisogni. La finalità della terapia e gli obiettivi di trattamento sono condivisi e il cliente assume la corresponsabilità del raggiungimento degli scopi prefissati. Affinché il cliente possa prendere delle decisioni oculate, il terapeuta occupazionale deve fornirgli tutte le informazioni scientifiche di cui dispone, e mettere a disposizione la sua esperienza e la sua competenza

professionale, grazie alle quali è in grado di fornire una serie di possibili soluzioni ai problemi evocati durante la valutazione. Laddove il terapeuta non sa o non è sicuro, il cliente deve essere informato. Questo cambiamento di ruolo implica da parte del terapeuta occupazionale una grande flessibilità e adattabilità, così come delle competenze di problem solving molto sviluppate. Durante tutto il processo, il terapeuta deve strutturare l'interazione in modo da dare al cliente l'opportunità di definire e raggiungere i suoi obiettivi.

### La particolarità del cliente in età evolutiva

Tra le resistenze all'implementazione del Modello canadese di performance occupazionale, c'è la considerazione che non sempre il cliente è in grado di autovalutarsi e di decidere per sé<sup>6</sup>. In età evolutiva il termine cliente si riferisce non soltanto al bambino ma egualmente ai suoi genitori, la cui presenza nel ragionamento clinico del terapeuta occupazionale è necessaria per più motivi. Innanzitutto è all'interno della famiglia che il bambino costruisce il suo profilo occupazionale: impara come utilizzare il suo tempo e il valore di ogni attività della vita quotidiana<sup>7,8</sup>. I membri della famiglia costruiscono e trasmettono un modello culturale, una trama per giudicare gli eventi e per decidere come interagire, all'interno e all'esterno della propria abitazione<sup>9</sup>. In secondo luogo, nella vita del bambino le sedute di terapia non occupano che dei piccoli momenti, mentre

la famiglia rappresenta una fonte di continuità: i genitori hanno un progetto che va al di là degli anni di vita scolastica o dei trattamenti di cui ha bisogno; conoscono il bambino e la situazione meglio di tutti. Infine, i genitori possono decidere, esplicitamente o implicitamente, di portarlo o non portarlo in terapia e di limitare o massimizzare gli effetti terapeutici. In questo contesto, la relazione con i genitori occupa un posto privilegiato e la valutazione del rendimento occupazionale apre la porta ad un vero e proprio partenariato con i genitori, in cui la relazione tra le parti è egualitaria e la presa di decisioni è consensuale<sup>10</sup>. Il terapeuta occupazionale deve così considerare i genitori come esperti nella vita del bambino, fornire loro l'informazione scientifica, l'esperienza clinica e le competenze professionali di cui dispone affinché possano prendere le migliori decisioni possibili per il suo avvenire<sup>11</sup>. La finalità del trattamento non porta sulla malattia, ma sull'adattamento e l'autonomia del bambino e della sua famiglia, e la gerarchizzazione degli obiettivi è definita insieme.

### La valutazione occupazionale attraverso il COSA

Se il Modello canadese della performance occupazionale ha delineato la struttura e l'utilizzo clinico del COSA, il contenuto del COSA è stato sviluppato in relazione al Modello di occupazione umana (MOHO)<sup>1</sup>. Nel Modello di occupazione umana la persona (con i suoi valori, i ruoli che svolge nella sua vita, le sue

abitudini e le sue competenze) e l'ambiente fisico e sociale in cui vive (con le sue risorse, le richieste e le limitazioni) vengono considerati in relazione all'occupazione, frutto della motivazione, ma anche delle abilità oggettive e soggettive e delle richieste provenienti dall'ambiente. Le scale di valutazione del COSA permettono al terapeuta occupazionale di valutare la situazione occupazionale, attraverso l'autovalutazione della competenza e dell'importanza che il bambino dà alle 25 attività descritte.

1. La valutazione della Competenza fornisce delle informazioni sulla percezione di sé, rivela l'abilità a identificare le esigenze dell'ambiente e indica il livello di supporto di cui il bambino ha bisogno per partecipare alle attività;
2. La valutazione dell'Importanza permette di identificare gli interessi, i valori, le abitudini di vita e i ruoli che il bambino deve assumere nella vita quotidiana.

Grazie alle scale di valutazione, il terapeuta occupazionale dispone di un gran numero di informazioni che gli permetteranno di pianificare un trattamento individuale insieme al bambino.

#### **Presentazione dello strumento di valutazione COSA**

La compilazione del COSA permette di mettere in evidenza la competenza e il valore attribuito alle occupazioni dei bambini tra gli 8 e i 13 anni, per sostenere il terapeuta occupazionale a formulare obiettivi terapeutici e

pianificare una presa a carico centrata sul cliente, e offrire un intervento trasparente e individualizzato<sup>12</sup>. Il COSA è stato tradotto in tedesco, islandese, nella lingua dei segni britannica e in italiano, anche se nessuna di queste traduzioni è stata per ora validata scientificamente. Coscienti della necessità di coinvolgere i genitori nella valutazione, all'interno della traduzione in lingua tedesca, Hörning, Hoven & Wolf (2004) hanno sviluppato una versione del COSA per i genitori e un formulario che sostiene la discussione tra terapeuta, genitori e bambino. Questi aspetti sono stati ripresi nella versione italiana.

#### **Presentazione del materiale**

Il COSA è un questionario che deve essere riempito in modo autonomo dal bambino, con 25 item, formulati in modo semplice e accessibile, e tre domande generali (vedi tabella 1). Ogni item prevede una scala di 4 punti sull'importanza che il bambino attribuisce all'attività e sulla competenza con la quale la porta a termine. Una versione semplificata, in cui gli item e le scale di valutazione sono presentati su cartoncini separati, è prevista per i bambini più piccoli o che presentano delle difficoltà di espressione, e descritta nel manuale di presentazione. Nella versione italiana e tedesca, esiste un questionario per i genitori o per gli adulti di riferimento del bambino, che mantiene gli stessi item modificando la formulazione delle domande.

Per facilitare la sintesi e l'analisi

delle informazioni, vengono proposte una tabella riassuntiva e una tabella di analisi dei risultati. Qualora le domande dovessero risultare di difficile comprensione, il terapeuta occupazionale può consultare una guida che propone la formulazione di spiegazioni alternative per ogni item. Un contratto terapeutico è a disposizione per permettere al terapeuta occupazionale e al bambino di accordarsi sulle priorità di trattamento, sui metodi per raggiungere gli obiettivi e sulla data di rivalutazione.

#### **Svolgimento della valutazione**

La valutazione si svolge in un ambiente calmo e tranquillo, che permette al bambino di concentrarsi e di compilare il questionario in modo autonomo. Se il bambino non capisce la formulazione delle domande, il terapeuta occupazionale può utilizzare l'apposita guida per fornire più spiegazioni al bambino. Il terapeuta occupazionale giudica se e come integrare i genitori al momento della compilazione del COSA; questi possono compilare il questionario a loro dedicato, partecipare alla discussione dei risultati, oppure decidere di non essere implicati nel processo di valutazione. È auspicabile che questo aspetto sia discusso insieme e che ai genitori venga presentato il COSA e i suoi risultati.

Al termine della compilazione, il terapeuta occupazionale e il bambino discutono i risultati per individuare al massimo quattro problemi principali, che corrisponderanno ad altrettanti obiettivi terapeutici, da affrontare

durante le sedute di terapia occupazionale.

Bambino, terapeuta occupazionale e genitori qualora fossero stati presenti durante la valutazione, possono allora compilare un contratto terapeutico, in cui vengono esplicitati gli obiettivi, alcune possibili soluzioni e in cui viene fissata una data di rivalutazione. I partner saranno corresponsabili del raggiungimento degli obiettivi.

#### **Implicazioni dell'utilizzo del COSA sulla pianificazione del trattamento**

L'utilizzo di una valutazione occupazionale, crea una serie di ripercussioni sulla pianificazione e sul decorso del trattamento. Innanzitutto, la finalità del trattamento non sarà più legata alla rieducazione delle funzioni deficitarie, ma sarà basata sulle occupazioni, in altre parole sull'adattamento e l'autonomia del bambino e della sua famiglia, rispetto alle esigenze dell'ambiente e in relazione alla partecipazione sociale e al benessere che ne deriva<sup>13</sup>.

Se la valutazione porta sulle attività, gli obiettivi di trattamento saranno legati ai compiti piuttosto che ai processi, in un approccio top-down. L'approccio top-down è stato ampiamente validato a livello scientifico in età evolutiva ed è raccomandato all'interno di diverse linee guida, per esempio nella cura dei Disturbi della coordinazione motoria<sup>14</sup>. La formulazione degli obiettivi è particolarmente importante è consigliato di fare appello ai principi **SMART**: Specifico, cioè

che non lascia spazio ad ambiguità; **Misurabile**, quindi quantificabile e verificabile in fase di controllo; **Ambizioso**, poiché un obiettivo non raggiungibile demotiva all'azione allo stesso modo di uno facilmente raggiungibile; **Rilevante**, cioè coerente con la finalità della terapia; **Temporale**, definito, cioè con una scadenza<sup>15</sup>. Una formulazione degli obiettivi secondo questi principi, promuove la trasparenza e facilita la valutazione dei progressi da parte del bambino, dei genitori e del terapeuta stesso.

#### **Il COSA e la validità scientifica**

Le caratteristiche psicometriche del COSA sono state investigate una prima volta nel 2004, per la prima versione del COSA e più recentemente per valutare la validità scientifica della versione 2.1. Un primo studio pubblicato nel 2005, mostrava che il COSA poteva essere ritenuto uno strumento di valutazione centrato sul cliente significativo e affidabile. I bambini tra gli 8 e i 13 anni si dimostravano competenti nel valutare la loro competenza e l'importanza delle attività nella vita quotidiana, anche se alcune imprecisioni nelle risposte suggerivano che era necessario correggere la formulazione di tre item e modificare le scale di valutazione, permettendo al bambino di esprimersi su una scala a 4 livelli piuttosto che a tre<sup>16</sup>.

Uno studio più recente sulla versione 2.1<sup>17</sup>, ha preso in considerazione la versione originale e diverse traduzioni,

tra cui anche la traduzione in italiano. I risultati suggeriscono innanzitutto che il COSA è uno strumento con una buona validità del contenuto: gli item sono facilmente comprensibili ed interpretabili dal bambino, e rappresentano la sua vita quotidiana. La validità strutturale è buona: la risposta del bambino rappresenta il suo sentimento di competenza e di importanza per ognuna delle attività citate negli item. Il COSA è un buon strumento a livello di sensibilità e generalizzazione. Per quanto riguarda la validità interna, l'evidenza deve essere considerata mista: in generale le risposte del bambino possono essere espresse in modo preciso e adeguato tramite le scale di valutazione proposte: più dell'85% dei bambini hanno utilizzato le scale in modo attendibile. La scala di competenza è però stata utilizzata come una scala a 3 livelli in 12 item. Per quello che riguarda la validità esterna, è possibile confrontare i risultati del COSA con quelli di altre valutazioni standardizzate; i risultati restano validi malgrado le differenze demografiche (per esempio contesto di amministrazione, età, genere, diagnosi,...). Nonostante ciò, i bambini con un ritardo cognitivo o con un'età inferiore agli 8 anni hanno dato più spesso delle risposte considerate inattese.

Nuove ricerche sono necessarie per determinare se le modifiche apportate al questionario, i formati alternativi o le traduzioni invalidano le interpretazioni dei risultati. Nuovi studi sono necessari per confermare i ri-

sultati tramite una somministrazione standardizzata e randomizzata.

Sulla base dell'analisi quantitativa e qualitativa dei dati, Kramer propone alcune implicazioni cliniche. Innanzitutto, le risposte dei bambini con un deficit intellettivo e dei bambini al di sotto degli 8 anni dovrebbero essere utilizzate come raccolta di dati ma devono essere interpretate con precauzione.

Inoltre, i bambini percepiscono la gestione delle emozioni e la risoluzione di compiti

cognitivi come più importanti rispetto alle attività legate alla cura di sé; di conseguenza, il terapeuta occupazione dovrebbe riconsiderare la quantità di tempo all'interno delle sedute dedicata alle attività di cura di sé, e focalizzare il suo intervento sulla costruzione di abilità e strategie cognitive per aumentare il sentimento di competenza nel confrontarsi alle attività difficili e alla gestione delle emozioni<sup>18</sup>.

Durante la somministrazione, il terapeuta dovrebbe anche assicurarsi che il bambino comprenda i 4 livelli delle scale di valutazione; se il bambino è in difficoltà, presentare le scale in una disposizione verticale aiuta la comprensione del compito, senza che le risposte della valutazione siano invalidate.

Il terapeuta occupazionale è invitato infine a riflettere sull'influenza del suo atteggiamento, le sue credenze e i suoi valori sulle risposte del bambino. Le differenze di opinione tra terapeuta e bambino possono rappresentare una comprensione diversa del mondo

e non riflettono per forza l'incapacità del bambino nel compilare la valutazione.

### **I vantaggi e i limiti dell'utilizzo del COSA in terapia occupazionale**

A livello clinico, il COSA si presenta come uno strumento di facile somministrazione e che permette di avere una visione di insieme delle difficoltà occupazionali del bambino tra gli 8 e i 13 anni. L'età tra gli 8 e i 13 anni è considerata da molti terapisti come un'età in cui il bambino è poco motivato in terapia: chiedere al bambino la sua opinione, coinvolgerlo dall'inizio nelle scelte terapeutiche e nella valutazione del raggiungimento degli obiettivi è una strategia vincente per migliorare la sua motivazione e l'adesione al trattamento di terapia occupazionale. Dal punto di vista del bambino, poter dare il suo punto di vista e sentirsi riconosciuto nelle sue opinioni, nutre il sentimento di competenza, che è alla base della stima di sé e che è spesso una delle ragioni per cui è segnalato in terapia occupazionale.

Inoltre, per la terapia occupazionale in età pediatrica è un momento di grande evoluzione: la presa in carico del cliente è passata da un approccio bottom-up, basato sul processo ad un approccio top-down, basato sul compito, lasciando a volte i terapisti disorientati nel loro nuovo ruolo di specialista, consigliere e mediatore terapeutico. L'utilizzo del COSA aiuta a stabilire degli obiettivi e facilita la comunicazione tra bambino, tera-

pista e genitore. Infine, si sviluppa attualmente in Europa un approccio School-based, che pone il terapeuta occupazionale davanti alle richieste di maggior collaborazione da parte della scuola.

All'interno del COSA sono molti gli item che fanno riferimento direttamente o indirettamente a competenze scolastiche; ciò guida la raccolta di dati e fornisce un punto di vista del bambino sulle proprie difficoltà scolastiche che si rivela spesso prezioso nella comunicazione con gli insegnanti.

Il COSA ha però anche dei limiti. Innanzitutto i limiti legati all'età e all'emergere della metacognizione: numerosi bambini, per esempio, con disturbi legati all'apprendimento o disturbi dell'attenzione con o senza iperattività, faticano a sviluppare i processi metacognitivi e quindi la riflessione sulle proprie difficoltà e sui propri disturbi. Per questi bambini, il COSA resta di difficile accesso anche fino ai 10 anni. Altre valutazioni possono essere svolte in parallelo e servire al terapeuta occupazionale per arricchire la raccolta dei dati e sostenere il ragionamento clinico.

Inoltre, per alcuni terapisti è difficile non influenzare le risposte dei bambini: ogni risposta andrebbe considerata come il punto di vista del bambino sulla propria prestazione occupazionale e come tale rispettata. La somministrazione parallela ai bambini e ai genitori può essere una fonte di difficoltà per il terapeuta, che può trovarsi a mediare

tra le priorità degli uni e degli altri. Infine, il COSA è un questionario, composto essenzialmente da domande chiuse, che possono risultare limitanti rispetto per esempio alle interviste semi-strutturate. In questo caso è utile rilevare che sono spesso le informazioni complementari al riempimento del COSA, che il bambino distilla durante la compilazione, ad essere interessanti e a permettere al terapeuta di orientare gli obiettivi di terapia.

La traduzione in italiano è stata sostenuta e approvata dalla MOHO Clearinghouse; una validazione della versione italiana sarebbe auspicabile.

### **Conclusioni**

In questo articolo abbiamo illustrato brevemente le basi teoriche e concettuali del COSA, la procedura di valutazione e le sue caratteristiche di validità scientifica. Abbiamo sottolineato come una valutazione che consideri la prestazione occupazionale abbia delle ripercussioni sull'intera pianificazione del trattamento e sulla relazione terapeutica tra bambino, terapeuta e genitori. L'utilizzo di tali valutazioni ci obbliga a cambiare prospettiva e a situarci nel nostro ruolo di esperto dell'occupazione, per affrontare le sfide che pone l'evoluzione della professione, ed arricchire la qualità e la specificità dell'accompagnamento offerto dal terapeuta occupazionale.

### **Riferimenti bibliografici**

Bouchard, J.M., & Kalubi, J.C. (2006). Partenariat et recherche de transparence. Des stratégies pour y parvenir. Informations sociales, 133, 50-57

Humphry, R., & Case-Smith, J. (2005). Working with families. In Case-Smith (Eds), Occupational therapy with Children (pp. 117-153). St. Louis: Elsevier Mosby.

Hülsey, A., Terwort, B. & Winter, C. (2003). Ich über mich : Ein experiment zeigt, wie Kinder sich anhand des Children's Occupational Self Assessment (COSA) selbst reflectieren. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Hildesheim : Fachhochschule.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H. & Pollock, N. (2000). La mesure canadienne du rendement occupationnel (3e ed.). Ottawa: CAOT Publications.

Kaiser, M.L., Brun, M. (2005). Evaluer les effets du traitement en ergothérapie : Utilisation de la mesure canadienne du rendement occupationnel. Ergothérapies, no 20, pp. 49-57

Keller, J., Kafkes, A., Basu, S., Federico, J., Kielhofner, G. (2005). The Child Occupational Self Assessment (COSA) Version 2.1. Chicago: The Model of Human Occupation Clearinghouse, University of Illinois. Keller, J., Kafkes, A., & Kielhofner, G.

(2005). Psychometric characteristics of the Child Occupational Self Assessment (COSA), Part One: An initial examination of psychometric properties. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 12, 118-127.

Keller, J., Keller, J., & Kielhofner, G. (2005). Psychometric characteristics of the Child Occupational Self- Assessment (COSA), Part Two: Refining the psychometric properties. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 12, 147- 158.

Kielhofner, G. (2008). A Model of Human Occupation: Theory and application (4th ed.). Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins.

Kramer, J. (2008). A mixed methods approach to building validity evidence: The Child Occupational Self Assessment (Chapter Two). (unpublished doctoral dissertation) University of Illinois at Chicago

Kramer, J., Kielhofner, G., & Smith, E. V., Jr. (2010). Validity evidence for the Child Occupational Self Assessment (COSA). American Journal of Occupational Therapy, July/August, vol. 64, no. 4, 621-632

Meyer, S. (2007). Démarches et raisonnements en ergothérapie. Lausanne: EESP.

Pätzold, I., Wolf, M., Hörning, A. & Hoven, J. (2005). "Weisst du eigentlich, was mir wichtig ist?". COSA Children's Occupational Self Assessment. Theoretische Grundlagen und

praktische Anwendung. Dortmund: Modernes Lernen.

Pelchat, D., & Lefebvre, H. (2005). Apprendre ensemble; Le PRIFAM, Programme d'intervention interdisciplinaire et familiale. Montréal: Chenelière Education.

Santinelli, L., Schwarz, S., Croci, B. (2009). Il COSA: The Child Occupational Self Assessment. Documento non pubblicato.

Santinelli, L. (2010). Le partenariat avec les familles. In Alexandre, A., Lefèvre, F., Palu, M. & Vauvillé, B. (a cura di). Ergothérapie en pédiatrie. Marseille: Solal

<sup>1</sup> Kielhofner, 2008

<sup>2</sup> CAOT, 2000

<sup>3</sup> Meyer, 2007

<sup>4</sup> CAOT, 2000

<sup>5</sup> CAOT, 2000

<sup>6</sup> Kaiser, 2005

<sup>7</sup> Santinelli, 2010

<sup>8</sup> Humphry & Case-Smith, 2005

<sup>9</sup> Humphry & Case-Smith, 2005

<sup>10</sup> Bouchard & Kalubi, 2006

<sup>11</sup> Pelchat & Lefebvre, 2005

<sup>12</sup> Hülsey, Terwort & Winter, 2003

<sup>13</sup> Pelchat, Lefebvre, 2005

<sup>14</sup> Le linee guida europee sul Disturbo della Coordinazione Motoria sono consultabili e scaricabili gratuitamente sul sito: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.2011.04171.x/full>

<sup>15</sup> [http://it.wikipedia.org/wiki/Gestione\\_per\\_obiettivi](http://it.wikipedia.org/wiki/Gestione_per_obiettivi)

<sup>16</sup> Kielhofner, 2005

<sup>17</sup> Kramer, 2009

<sup>18</sup> Kielhofner, 2008

## Maglia al dritto



Concorso fotografico "Fotografare il fare" uno sguardo sull'occupazione

***Il Gruppo A.G.I.R.E.***

# Il Gruppo A.G.I.R.E.

professionale, è stato il motivo principale per cui è stato costituito il gruppo, a cui si è unito poi il desiderio di promuovere la terapia occupazionale e diffonderla all'interno di un territorio che, come il resto d'Italia, conosce poco e applica scarsamente questa professione nei servizi per l'età evolutiva.

I gruppi di interesse sono realtà presenti in molte associazioni estere dei terapisti occupazionali e anche in Italia, gli statuti AITO e SITO, prevedono la costituzione di questi gruppi a livello territoriale.

A novembre 2012, è stato quindi avviato ufficialmente il lavoro del gruppo AGIRE attraverso la stesura di un regolamento che disciplina le modalità di incontro del gruppo e indica le finalità dello stesso. Gli incontri del gruppo AGIRE, sono fissati ogni due mesi, in sedi itineranti e gli argomenti vengono stabiliti in accordo con tutti i partecipanti. I terapisti occupazionali che partecipano, devono essere iscritti all'AITO e impegnarsi a contribuire attivamente alle attività di formazione del gruppo, portando approfondimenti, articoli scientifici, materiali o esperienze da condividere. L'attività del gruppo è orientata alle seguenti finalità:

- Fornire opportunità di condivisione e di scambio tra i terapisti occupazionali che lavorano in età evolutiva
- Assicurare e condividere un aggiornamento continuo e uniforme riguardo le metodologie di intervento in ambito pediatrico; condividere le buone prassi.

- Promuovere la pratica basata sull'evidenza in terapia occupazionale
- Realizzare materiali informativi da proporre al territorio (famiglie, agenzie formative, istituzioni)
- Promuovere collaborazioni con altri gruppi di lavoro presenti nel territorio
- Promuovere la figura del terapeuta occupazionale nel territorio

In questi primi mesi di lavoro, il gruppo AGIRE, ha visto una partecipazione di circa 17 terapisti occupazionali e una sempre maggiore richiesta di collaborazione da parte di AITO e SITO. L'attività pratica è stata orientata inizialmente all'approfondimento del tema della disgrafia e successivamente si è concentrata sulla promozione della professione, prima con la realizzazione della brochure condivisa a livello nazionale e poi con la preparazione di due avvenimenti importanti: il convegno Erickson "La qualità dell'integrazione scolastica" di Rimini e l'intervento "abilitare il fare" all'interno del corso di formazione "percorsi riabilitativi in pediatria" rivolto ai pediatri di Piacenza. Ora, l'impegno del gruppo AGIRE è orientato ad approfondire altri temi riguardanti l'età evolutiva e a partecipare/organizzare altri eventi formativi sia per l'approfondimento che per la promozione della professione.

Gruppo A.G.I.R.E.

#### RIFERIMENTI:

- Statuto AITO e SITO
- Regolamento del gruppo AGIRE
- [www.caot.ca/default.asp?pageid=4129](http://www.caot.ca/default.asp?pageid=4129)
- [www.otaus.com.au/about/interest-regional-groups](http://www.otaus.com.au/about/interest-regional-groups)
- [www.ergoterapia.ch/index.php?option=com\\_content&view=categories&id=0&Itemid=116](http://www.ergoterapia.ch/index.php?option=com_content&view=categories&id=0&Itemid=116)

#### Autore/

Francesca Donatello  
terapista occupazionale presso l'Associazione  
"La Nostra Famiglia" di Oderzo  
e libera professionista  
[francesca.donatello@yahoo.it](mailto:francesca.donatello@yahoo.it)

A.G.I.R.E. (Aito Gruppo Inter Regionale in Età evolutiva) è un gruppo di interesse formatosi nel 2012, per riunire i terapisti occupazionali di Veneto e Friuli Venezia Giulia che lavorano o studiano nell'ambito dell'età evolutiva.

La necessità di avere uno spazio privilegiato, in cui condividere con i colleghi i vari aspetti della pratica

***La Qualità  
dell'integrazione  
scolastica.  
9° Congresso  
Internazionale  
Erickson***

# La Qualità dell'integrazione scolastica.

## 9° Congresso Internazionale Erickson

### **Autore/**

**Irene Benetton**  
 terapeuta occupazionale presso l'Associazione  
 "La Nostra Famiglia" Treviso.  
 irenebenetton@gmail.com

La Qualità dell'integrazione scolastica: l'argomento del 9° Congresso Internazionale Erickson racchiude tre termini molto cari a noi terapisti occupazionali, e soprattutto a noi membri del gruppo AGIRE. Qualità: in esso convergono sia la preparazione e la formazione di noi professionisti, attraverso l'educazione continua in medicina, che la tipologia dei nostri interventi, sempre più mirati e finalizzati a rispondere nella maniera più adeguata alle richieste dell'utenza.

Integrazione: obiettivo finale e conclusivo dell'intero processo di intervento, l'integrazione di un individuo nei vari contesti della sua vita è il più alto livello di autonomia raggiungibile, inteso nel suo senso più pieno, auto-nomos, darsi leggi proprie, e quindi decidere per sé e per la propria vita. I bambini che sperimentano ogni giorno l'emarginazione e la disgregazione sociale dovuta alla loro condizione di disabilità possono beneficiare dall'inclusione nel contesto scolastico di maggiori occasioni di partecipazione.

Scolastica: la produttività del bambino è rappresentata dalla dimensione scolastica, con tutte le attività che ruotano attorno all' "andare a scuola": spostamenti, relazione con i pari, attività didattiche, gioco... Per noi terapisti occupazionali che lavoriamo in età evolutiva questo aspetto è fondamentale nella presa in carico del bambino con disabilità, di qualunque tipologia essa sia.

Quando siamo stati chiamati a partecipare al Congresso la nostra

preoccupazione era quella di essere il più chiari possibili sul ruolo del terapeuta occupazionale all'interno della dimensione scolastica e di conseguenza, di fornire concetti sul nostro modo di intervenire che non risultassero impositivi, ma di condizione. Pensando alla casistica che maggiormente affrisce ai servizi di terapia occupazionale e alle richieste che maggiormente ci vengono fatte da insegnanti e famiglie, abbiamo individuato una serie di esempi di attività che il bambino svolge a scuola e li abbiamo analizzati assieme cercando di cambiare la prospettiva di osservazione: dal problema ad un'opportunità. Il focus del workshop che abbiamo proposto, "A scuola faccio anch'io! Strategie e proposte per favorire l'inclusione del bambino disabile a scuola", è stato quindi il favorire e promuovere la partecipazione del bambino disabile all'interno del contesto scolastico, attraverso esempi pratici e il coinvolgimento attivo e diretto della platea.

Un numero ben nutrito di insegnanti curricolari, di sostegno, genitori, educatori, e altri professionisti che ruotano attorno al mondo della scuola, hanno deciso di investire il loro tempo nell'ascoltare i nostri suggerimenti, a dispetto delle nostre aspettative. (Feedback insegnanti, contatti e richieste mail) L'aspetto più rilevante e importante che è scaturito dal dialogo durante l'intervento è stata la condivisione di esperienze diverse, e la consapevolezza di aver dato gli strumenti per pensare in modo diverso e per concepire la partecipazio-

one del bambino a scuola come un concetto multidimensionale, che è la somma di occupazioni e interazioni diverse, non soltanto didattiche, senza le quali il concetto di integrazione e inclusione reale viene meno.

Gruppo A.G.I.R.E.

# Poster presentato al Convegno CNOPUS

22/23 novembre 2013 Marina di Ostuni (Br)

dai colleghi

Caterina Di Blasio,  
Giuseppina Frasc  
Luisa De Palma  
Paolo Amico  
Crocifissa Lanzillotti  
Pietro Fiore

## CASE REPORT: Intervento riabilitativo integrato sul territorio, nella fase di mantenimento, attraverso il programma di Terapia Occupazionale:

Studio di un caso clinico di persona con lesione midollare C6, ASIA A



Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, USU Bari; Fondazione San Raffaele Ceglie Messapica (BR)  
Autori: Caterina Di Blasio, Giuseppina Frasca, Luisa De Palma, Paolo Amico, Crocifissa Lanzillotti, Pietro Fiore

### INTRODUZIONE

In base ai dati forniti dal Ministero della Salute circa l'incidenza della lesione midollare in Italia, si deduce l'entità del carico sociale dovuto a questa patologia. La prima presa in carico della persona con lesione midollare (PLM) è a carico di strutture riabilitative specializzate: le Unità Spinali Unipolari (USU). Nella maggior parte dei casi, però, il rientro nel territorio delle persone con lesione midollare si traduce in una situazione di disorientamento sia sanitario che sociale che potrebbe limitare i risultati acquisiti durante l'ospedalizzazione.

Lo studio ha riguardato la presa in carico domiciliare/territoriale di una ragazza con LM di 20 anni con livello lesionale C6, ASIA A da parte di un Terapista Occupazionale, successivamente al ricovero in USU.

### OBIETTIVO

L'obiettivo dello studio è di confrontare l'outcome funzionale raggiunto rispetto al quello atteso dai dati della letteratura internazionale per lo stesso livello neurologico ed età.

### SETTING E DURATA

Lo studio è stato condotto in tutti i contesti di vita della PLM: domicilio, lavoro, luoghi di ritrovo sociale, e tutti i luoghi extra domiciliari di utilità per la cura di sé nella comunità (supermercato, la farmacia, etc). Durata media del trattamento: 2 ore/die, 3 volte/settimana, totale 24 mesi.

### MATERIALI E METODI

Attraverso il COPM (Canadian Occupational Performance Measure) sono stati identificati i problemi di performance occupazionale della PLM nelle 3 aree della vita quotidiana e rilevati i cambiamenti percepiti delle performances occupazionali e della soddisfazione per le performances stesse. Sono state identificate:

1. Le attività che l'assistita non era in grado di svolgere ma desiderava compiere in indipendenza e autonomia;
2. gli obiettivi a breve, medio e lungo termine,

reso necessario che il Terapista Occupazionale assumesse un ruolo di coordinatore tra professionisti sanitari e figure/enti del territorio.

### RISULTATI

Confrontando i dati pre (T0) e il post trattamento (T1), la percezione dell'utente circa le performances occupazionali e la soddisfazione per le performances stesse, entrambe risultano aumentate. Inoltre il numero delle ulteriori AVQ acquisite nelle tre sfere della vita, nel complesso, ha permesso all'assistita, in un ambiente adattato, maggiore autonomia, indipendenza e partecipazione.

### CONCLUSIONI

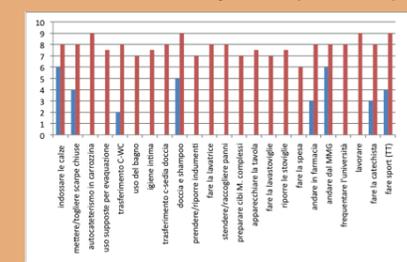
Secondo l'outcome atteso per lo stesso livello neurologico, le autonomie permesse dovrebbero consentire alla persona con tetraplegia di svolgere in parziale autonomia solo le attività di base della vita quotidiana richiedendo un'assistenza personale di circa 6 ore al giorno e un'assistenza domestica di circa 4 ore al giorno. A seguito del trattamento domiciliare/territoriale di Terapia Occupazionale di questa ragazza con tetraplegia C6 ASIA A, l'outcome funzionale raggiunto è di gran lunga superiore rispetto a quello atteso poiché l'assistenza personale richiesta è meno di un'ora al giorno e l'assistenza domestica è di circa 2 ore al giorno. Quindi l'ottimizzazione dell'offerta territoriale per una presa in carico globale, in rete con l'USU, permetterebbe nel contempo di assicurare la reale

AVQ pre-trattamento		
CURA DI SÉ	<b>CURA PERSONALE</b>	1) Lavare mani, viso, denti 2) Lavare parte superiore del corpo 3) Pettinarsi 4) Truccarsi 5) Fare manovre con ausilio 6) Mangiare cibi già tagliati 7) Aprire/chudere una bottiglia 8) Versare l'acqua nel bicchiere 9) Indossare/sgliere maglie, giacche, pantaloni e alcune scarpe aperte 10) Indossare le calze
	<b>MOBILITÀ FUNZIONALE</b>	1) Trasferimento L-C 2) Trasferimento C-A 3) Caricamento/scaricamento carrozzina in auto 4) Guida auto con comandi modificati 5) Gestire carrozzina in ambiente interno 6) Gestire carrozzina in ambiente esterno su asfalto e con minima pendenza
	<b>ORGANIZZARSI NELLA COMUNITÀ</b>	Nessuna attività svolta
PRODUTTIVITÀ	<b>LAVORO RETRIBUITO</b>	Nessuna attività svolta
	<b>GESTIONE DELLA CASA</b>	Nessuna attività svolta
TEMPO LIBERO	<b>STUDIO</b>	Nessuna attività svolta
	<b>TRANQUILLO</b>	1) Guardare la televisione 2) Ascoltare la musica
SOCIALIZZAZIONE	<b>ATTIVO</b>	Nessuna attività svolta
	<b>SOCIALIZZAZIONE</b>	1) Usare cellulare

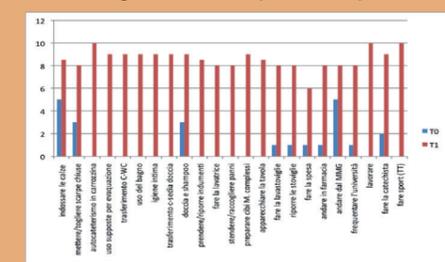
  

AVQ post-trattamento		
CURA DI SÉ	<b>CURA PERSONALE</b>	1) Lavare mani, viso, denti 2) Lavare parte superiore del corpo 3) Pettinarsi 4) Truccarsi 5) Fare manovre con ausilio 6) Mangiare cibi già tagliati 7) Aprire/chudere una bottiglia 8) Versare l'acqua nel bicchiere 9) Indossare/sgliere maglie, giacche, pantaloni e alcune scarpe aperte 10) Indossare le calze 11) Indossare le calze 12) Mettere/sgliere scarpe chiuse 13) Usare saponi per evasquazione 14) Uso del bagno 15) Igiene intima 16) Fare doccia e shampoo 17) Prendere/risporre indumenti
	<b>MOBILITÀ FUNZIONALE</b>	1) Trasferimento L-C 2) Trasferimento C-A 3) Caricamento/scaricamento carrozzina in auto 4) Guida auto con comandi modificati 5) Gestire carrozzina in ambiente interno 6) Gestire carrozzina in ambiente esterno su asfalto e con minima pendenza 7) Trasferimento C-WC 8) Trasferimento C-SD
	<b>ORGANIZZARSI NELLA COMUNITÀ</b>	1) Fare la spesa 2) Andare in farmacia 3) Andare dal MMG
PRODUTTIVITÀ	<b>LAVORO RETRIBUITO</b>	1) Lavorare in banca
	<b>GESTIONE DELLA CASA</b>	1) Fare la lavatrice 2) Stendere e raccogliere panni 3) Preparare cibi anche complessi 4) Fare la lavastoviglie 5) Riporre le stoviglie negli stipetti
TEMPO LIBERO	<b>STUDIO</b>	Nessuna attività svolta
	<b>TRANQUILLO</b>	1) Guardare la televisione 2) Ascoltare la musica
SOCIALIZZAZIONE	<b>ATTIVO</b>	1) Fare sport (TTT)
	<b>SOCIALIZZAZIONE</b>	1) Usare cellulare 2) Fare la Catechista

Auto percezione dell'utente delle Performances Occupazionali (COPM 0-10)



Auto percezione dell'utente della Soddisfazione per ogni Performance (COPM 0-10)



Outcome Funzionale Raggiunto nel Caso Clinico

**Gestione sfinterica, intestino:** nessuna assistenza  
**Gestione sfinterica, vescica:** nessuna assistenza  
**Mobilità nel letto:** nessuna assistenza  
**Vestirsi:** autonomia per la preparazione, per la vestizione arti superiori e arti inferiori  
**Lavarsi:** autonomia sia parte superiore che inferiore  
**Mezzi di trasporto:** possibile la guida indipendente con caricamento/scaricamento della carrozzina  
**Attività domestiche:** assistenza parziale per la preparazione di alcuni cibi complessi e per le attività domestiche complesse.  
**Assistenza personale:** circa 1 ora/die  
**Assistenza domestica:** circa 2 ore/die

### Outcome Funzionale Atteso In Letteratura

**Gestione sfinterica, intestino:** assistenza da totale a parziale  
**Gestione sfinterica, vescica:** assistenza da totale a parziale  
**Mobilità nel letto:** si gira parzialmente ma con assistenza  
**Vestirsi:** assistenza totale per la preparazione, poi autonomo con ausili arti superiori, arti inferiori assistenza da totale a parziale  
**Lavarsi:** parte superiore autonomo, parte inferiore assistenza parziale o totale  
**Mezzi di trasporto:** possibile la guida indipendente  
**Attività domestiche:** assistenza parziale per la preparazione di alcuni cibi semplici, per il resto assistenza totale  
**Assistenza personale:** circa 6 ore/die  
**Assistenza domestica:** circa 4 ore/die

3. le strategie, gli ausili in commercio o da costruire artigianalmente, le modifiche da apportare all'ambiente sia di tipo architettonico che relative agli oggetti di uso comune, la disposizione degli oggetti nei mobili.

Successivamente sono stati predisposti i vari setting terapeutici in cui sono stati eseguiti i training di addestramento per tutte le AVQ.

Infine è stato messo a punto un Programma Settimanale necessario per riuscire a gestire la quotidianità e gli impegni in relazione ai tempi acquisiti. Inoltre per la realizzazione di questo progetto si è

reintegrato della PLM e di ridurre i costi di gestione sanitaria e sociale rispetto agli standard attuali. Ulteriori studi ed un allargamento del campione si rendono necessari per affermare tali conclusioni.

**Bibliografia:**  
 • Lane, Battistie, Carswell, McCall, Polatajko & Pollock, 1991; 1994; 1998; 2005, Canadian Occupational Performance Measure (COPM)  
 • Alto S., D'Andrea M., Werhagen L., Farsetti L., Cappelli S., Bandini B. et al (2007), Neurological and functional outcome in traumatic central cord syndrome. Spinal Cord  
 • Bisogni e costi della persona con lesione midollare e dei nuclei familiari di riferimento, Area Sanità e Salute della Fondazione ISTUD.  
 • Bonavita L., Mercurio M., Pilatrisi P. (2004), La riabilitazione nelle lesioni midollari. Milano: Masson  
 • Conferenza Stato-Regioni (2004), Linee Guida per le Unità Spinali Unipolari 29 Aprile  
 • Ministero della Salute - 2007, La persona con lesione al midollo spinale, la qualità della vita e le prospettive della ricerca.  
 • Manzi M., Nobili A., Santandrea D., Valicchi L. (2012), La persona con lesione midollare: l'intervento assistenziale globale. Roma: Carocci Faber

## ***La valutazione del gioco in Età Evolutiva***

***Indagine sull'attuale uso e valutazione del  
gioco in Terapia Occupazionale e proposta  
di strumenti per la sua valutazione  
ai terapeuti occupazionali italiani.***

—

***Children's play assessment  
Survey on the current use and assessment  
of play in Occupational Therapy and  
proposal of instruments for its' assessment  
for Italian occupational therapists.***

# La valutazione del gioco in Età Evolutiva

**Indagine sull'attuale uso e valutazione del gioco in Terapia Occupazionale e proposta di strumenti per la sua valutazione ai terapeuti occupazionali italiani.**

**Children's play assessment Survey on the current use and assessment of play in Occupational Therapy and proposal of instruments for its' assessment for Italian occupational therapists.**

**Autore/**  
Martina Lustro  
terapista Occupazionale  
martinalustro@gmail.com

**Parole chiave/**  
Valutazione, Gioco, Età Evolutiva,  
Terapia Occupazionale  
**Key words:**  
Assessment, Play, Children,  
Occupational Therapy

**Riassunto**  
Il gioco costituisce l'occupazione più caratteristica del bambino. **OBIETTIVO.** Si è notata la mancanza di strumenti per la sua valutazione e ci si è chiesti se fosse importante valutarlo, come valutarlo e documentarlo, se questi quesiti rispecchiassero un'esigenza dei Terapisti Oc-

cupazionali (TO) italiani e quali strumenti potessero essere usati dal TO.

**MATERIALI E METODI.** Sono stati scelti tre test di tipo osservativo: il REVISED KNOX PRESCHOOL PLAY SCALE (RKPPS), il TEST of PLAYFULNESS (ToP) e il TEST OF ENVIRONMENTAL SUPPORTIVENESS (TOES). Questi sono stati tradotti e per ognuno è stata allegata una presentazione e delle istruzioni di somministrazione. Sono stati inviati tramite e-mail, con una lettera d'introduzione dello studio e un questionario per la raccolta dei feedback, a TO italiani e del Canton Ticino. La popolazione dello studio ha contato 35 TO, di cui il 49% ha somministrato i test per un totale di 71 applicazioni.

**RISULTATI.** L'89% dei TO afferma che è importante valutare il gioco e il 58% lo fa attraverso l'osservazione non standardizzata. "Stabilire le difficoltà del bambino" è stata definita la maggiore utilità del RKPPS e il ToP, rispettivamente con il 31% e il 24%, mentre per il TOES "Stabilire le componenti della performance gioco" con il 27%. La maggiore difficoltà è stata "Ricare l'ambiente ottimale per l'osservazione", rispettivamente con il 36%, 30% e 27%. **DISCUSSIONE.** Confrontando gli strumenti, il TOES ha evidenziato le minori difficoltà d'uso. Invece, il RKPPS e il ToP sono

stati apprezzati in misura maggiore, infatti, la maggior parte dei TO che li hanno provati, hanno affermato che li utilizzerebbero in pratica clinica. **CONCLUSIONE.** Sarebbe interessante proseguire questo studio per proporre una maggiore applicazione dei test tradotti prima di validarli. Questo nell'ottica di avere degli strumenti professionali che consentano di conoscere, documentare e non trascurare il gioco, occupazione cardine in Età Evolutiva.

## Abstract

Play represents a child's typical occupation.

## OBJECTIVES.

There is a lack of play assessment tools and we asked if it is important to assess it, how to assess and document it, whether these questions reflect Italian occupational therapists' (OT) needs, and which assessments tools could be used by OTs.

**MATERIALS AND METHODS.** Three observational assessment tools were chosen for this study: the REVISED KNOX PRESCHOOL PLAY SCALE (RKPPS), the TEST of PLAYFULNESS (ToP) and the TEST OF ENVIRONMENTAL SUPPORTIVENESS (TOES). They were translated and for each a presentation and the methods of administration were attached. This information was sent by email to Italian OTs and Swiss OTs from Canton Ticino, with a letter introducing the

study and a questionnaire requesting feedback. The study population was 35 OTs, of which 49% have administered the assessment tools, for a total of 71 administrations. **RESULTS.** 89% of OTs confirmed that the assessment of play is important and 58% make use of non standardized observation. "To determine children's competences" was indicated as the most useful aspect of the RKPPS and ToP 31% and 24%, respectively, whereas "To establish the play performance characteristics" was indicated for the TOES at 27%. The major difficulty was "To create the ideal environment for observation", at 36%, 30% e 27%, respectively.

**DISCUSSION.** Comparing the assessment tools, the TOES demonstrated to be less difficult to use.

Instead, the RKPPS and ToP were more appreciated, indeed, most OTs who have used them stated they would use those tools in their clinical practice.

**CONCLUSION.** It would be interesting to continue this study with a wider application of the tools before their validation in order to have professional tools that permits an OT to be familiar with, document and not disregard play, which is the key occupation for children.

## Introduzione

La principale occupazione in Età Evolutiva è il gioco, attività ritenuta significativa e importante per tutti i bambini. La presenza di patologia e/o di un ambiente inadatto porta a uno sviluppo insufficiente e/o inadeguato

di questa preziosa occupazione. Sono state identificate diverse caratteristiche del gioco, alcune, però sono maggiormente citate in teorie e definizioni, tra cui (Parham L. D. e Fazio L. S., 2008), (Tancredi R., 1999) (Winnicott D. W. 1971): motivazione intrinseca, libera scelta, piacere e gioia, coinvolgimento attivo e creatività.

Durante le sessioni di Terapia Occupazionale il gioco è utilizzato come obiettivo di trattamento, come mezzo per sviluppare abilità e/o come motivazione al trattamento. Si è notata però la mancanza di strumenti per la sua valutazione e per questo, attraverso la tesi di laurea realizzata da LUSTRO MARTINA, intitolata "Valutazione del gioco in Età Evolutiva: proposta di strumenti per Terapisti Occupazionali", eseguita con la supervisione della TO Dott.ssa CIOL FRANCESCA, sono stati ricercati, tradotti e dati in prova ai terapeuti occupazionali italiani alcuni test di valutazione del gioco. Gli strumenti scelti per lo studio sono stati: il Revised Knox Preschool Play Scale (RKPPS), il Test of Playfulness (ToP) e il Test Of Environmental Supportiveness (TOES). Sono stati coinvolti 77 terapeuti occupazionali cui è stato chiesto come utilizzano il gioco durante le sessioni di terapia e di esprimere un parere su utilità e utilizzo degli strumenti proposti una volta applicati.

## Obiettivo

Con questo studio ci si è chiesti se sia importante valutare il gioco e come poterlo valutare e documentare. Inol-

tre, pensando alla realtà presente nei centri riabilitativi per l'Età Evolutiva del territorio, è stato indagato se queste domande rispecchiassero le esigenze dei terapisti occupazionali italiani e quali strumenti loro potessero utilizzare nella pratica clinica. **Materiali e metodi**  
In Italia non sono presenti strumenti di valutazione del gioco tradotti e validati, perciò è stata eseguita una ricerca su Pubmed e il The American Journal of Occupational Therapy per individuare quali test siano maggiormente citati/usati in articoli riguardanti studi sul gioco in Età Evolutiva. La parola chiave utilizzata è stata "play assessment" con aggiunto il vincolo di età compreso nel range 0-18 anni; una volta eseguita questa ricerca, le parole chiave utilizzate sono state i nomi dei test identificati. Sono stati individuati 55 articoli di cui 15 emersi più volte e i test identificati sono stati 7 (Tabella I). Per il proseguimento dello studio sono stati scelti alcuni degli strumenti presenti in Tabella I, attraverso i seguenti criteri d'inclusione: il numero di citazioni superiore o uguale a 3, la possibilità di somministrare il test senza bisogno di un previo corso di formazione, la tipologia di somministrazione dello strumento, cioè l'osservazione e, infine, la possibilità di reperire tali test con il supporto del libro "Play in Occupational Therapy for Children" di L. D. Parham e L. S. Fazio. Gli strumenti rimati sono stati quindi due: il Preschool Play Scale (PPS) di cui è stata utilizzata l'ultima versione per questo studio, ovvero il Revised

Knox Preschool Play Scale (RKPPS), e il Test of Playfulness (ToP). Il primo è stato sviluppato nel 1968 da Susan Knox e in seguito, nel 1997, è stata rivisitato e rinominato RKPPS. È un'osservazione progettata per descrivere lo sviluppo del comportamento tipico di gioco dalla nascita fino ai 6 anni. Le voci della scala sono suddivise in quattro dimensioni: Gestione dello spazio, Gestione del materiale, Simulazione – Gioco simbolico e Partecipazione; queste a loro volta sono suddivise in categorie, che prevedono una descrizione del comportamento del bambino attraverso nove fasce descrittive. I bambini dovrebbero essere osservati per 20/30 minuti, sia all'interno sia all'esterno, in un ambiente il più naturale o familiare possibile. Nonostante il setting naturale sia preferibile, la scala può essere usata anche in ambiente clinico, però dovranno essere date al bambino diverse opportunità di gioco, materiali e giochi in quantità sufficiente e inoltre è necessaria la presenza di compagni di gioco affinché il bambino possa essere valutato nell'interazione (Parham L. D. e Fazio L. S., 2008), (Jankovich M., Mullen J., Rinear E., Tanta K., Deitz J., 2008). Il Test of Playfulness è stato creato da Anita Bundy nel 1991, per valutare il gioco di bambini e adolescenti normali, con patologie motorie e autismo, di età compresa tra i 6 mesi e i 18 anni. Il ToP prevede l'osservazione del gioco libero, sia in ambiente interno sia esterno, per un tempo effettivo di somministrazione che varia dai

20 ai 30 minuti per ciascun setting. Le voci del test prendono in considerazione l'intensità, l'estensione di tempo e l'abilità dimostrata dal bambino nelle diverse situazioni di gioco, ma non tutte le voci sono valutate in ognuno dei tre ambiti sopradescritti. Il punteggio attribuito a ciascuna voce varia da 0 a 3 in base al livello di gioco osservato. È possibile compiere l'osservazione dal vivo o attraverso l'uso di videoriprese poiché è stato provato che il risultato del test rimane pressoché simile. (Parham L. D. e Fazio L. S., 2008), (Bundy A., 2009) Dato l'utilizzo del sopracitato volume, è stato incluso nello studio anche il Test of Environmental Supportiveness (TOES), il quale è somministrato congiuntamente con il ToP e, anch'esso è di tipo osservativo. Lo strumento è stato sviluppato da Anita Bundy, nel 2001 e permette di valutare in che misura gli elementi di un particolare ambiente, supportano la motivazione e la performance di gioco. Questo test misura l'influenza sia dell'essere umano sia dei fattori non-umani presenti nel contesto di gioco. Lo scopo è di individuare barriere e facilitatori del gioco all'interno dell'ambiente attraverso l'utilizzo di 17 voci. Prevede l'osservazione delle interazioni con i caregiver e i compagni di gioco e la valutazione delle caratteristiche fisiche e sensoriali (accessibilità, grado di stimolazione sensoriale fornita), dell'ambiente. Il tempo di somministrazione è di 15/20 minuti circa e i punteggi permettono ai terapisti di capire su quale fattore ambientale intervenire per modificare

l'ambiente e permettere al bambino di giocare. (Parham L. D. e Fazio L. S., 2008). Gli strumenti proposti sono stati tradotti dall'inglese all'italiano attraverso metodi non standardizzati, con il coinvolgimento di due persone esterne all'argomento di ricerca, di cui una laureata in lingue e l'altra diplomata in turismo. Le traduzioni sono state comparate con la versione originale da una terapeuta occupazionale esperta operante in Età Evolutiva così da produrre una versione finale utilizzata per lo studio. È stato poi prodotto un insieme di materiali per il coinvolgimento dei terapisti occupazionali: la lettera di presentazione del lavoro, i test tradotti con le relative istruzioni di somministrazione e calcolo del punteggio finale e il questionario a scelta multipla per la raccolta dei feedback, con possibilità d'inserimento di commenti in spazi predisposti. Quest'ultimo ha permesso, grazie alle prime due sessioni ("Terapista" e "Gioco"), la raccolta di dati sul percorso lavorativo del terapeuta, la sua opinione sul gioco e l'applicazione in pratica clinica; mentre, nella terza sessione ("Utilizzo dei test"), sono state raccolte informazioni sugli strumenti dati in prova, in dettaglio: la tipologia di bambini su cui è stato applicato il test, l'utilità dei dati ricavati dopo l'utilizzo dello strumento, le difficoltà riscontrate e l'opinione personale dei terapisti per far emergere se tali strumenti sono adatti alla pratica clinica e se loro li adotterebbero in fase valutativa.

I terapisti occupazionali coinvolti nell'indagine sono stati 77, suddivisi prevalentemente nelle seguenti aree geografiche: Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Lazio, Canton Ticino - Svizzera. Sono stati contattati attraverso e-mail chiedendo di rispondere al questionario almeno per le prime due sessioni e di compilare la terza nel caso in cui avessero provato ad applicare i test. **Risultati**  
Il questionario è stato compilato da 40 terapisti occupazionali, di cui 35 sono stati inclusi nello studio. È stata eseguita un'indagine del campione di terapisti coinvolti: 33 lavorano/hanno lavorato (94%) per un tempo che varia dai 35 anni alle 2 settimane, mentre 2 hanno riportato di non essere occupati (6%). Rispetto agli ambiti d'impiego è risultato che 25 terapisti esercitano presso un'unica sede (puri – 76%), mentre 8 lavorano/hanno lavorato in due o più sedi (misti – 24%). La maggior parte dei TO che opera in EE lavora/ha lavorato presso un centro riabilitativo (puri – 52%, misti – 88%). Il 49% dei terapisti del campione ha provato ad applicare i test; in dettaglio: 14 hanno provato ad applicare il RKPPS, 13 hanno provato ad applicare il ToP e 9 hanno provato ad applicare il TOES. Nella sessione "GIOCO", è stato chiesto ai terapisti con quanti dei loro pazienti utilizzano il gioco come: fine/obiettivo di trattamento, come mezzo per sviluppare le abilità del bambino e/o come parte marginale dell'intervento per sostenere la collaborazione e la motivazione

del paziente. Quest'ultima opzione non è stata considerata perché il quesito presentava un ampio margine d'interpretazione. Dall'analisi dei dati è emerso che una percentuale maggiore di terapisti che lavorano in Età Evolutiva utilizzano il gioco, con più del 50% dei propri pazienti, come mezzo per sviluppare le funzioni corporee; in percentuale minore, invece, lo utilizzano come obiettivo primario del trattamento. In questa sessione è stato poi chiesto se, secondo loro, è importante valutare il gioco del bambino; su 35 terapisti, l'89% ha risposto molto e l'11% abbastanza. La terza domanda della sessione indagava se, nella pratica clinica, il terapeuta dedica/ha dedicato/dedicherebbe dei momenti per la valutazione del gioco, con possibilità di risposta "Sì" o "No". A questo quesito hanno risposto 34 terapisti su 35 dando tutti un parere positivo. L'ultima domanda, a cui hanno risposto 31 terapisti su 35, chiedeva "Che strumenti di valutazione usa solitamente nella Sua pratica clinica?", le opzioni erano 4, ma la scelta poteva essere multipla; le risposte si sono distribuite come segue: 18 attualmente utilizzano solo osservazioni non standardizzate (58%), 1 utilizza solo test e osservazioni codificate (3%), 1 ha risposto "Altro" ovvero utilizza altri metodi (3%), mentre nessuno usa solo videoriprese; 11 terapisti hanno affermato di usare più di uno di questi strumenti (36%), ma tutti loro utilizzano comunque l'osservazione non standardizzata. Tra gli strumenti inseriti alla voce

“Altro”, sono stati riportati strumenti semi-strutturati come il MOVI, e non strutturati come foto e colloqui con il genitore e la rete del bambino.

Successivamente, sono stati analizzati i dati riguardanti i tre test di valutazione proposti ai terapeuti. In dettaglio:

- Revised Knox Preschool Play Scale (RKPPS): è stato usato da 14 terapeuti per un totale di 28 applicazioni. È stata data l'opportunità di provare il test sia su bambini normali, sia con patologia: nel primo caso sono rientrati 5 terapeuti (36%), nel secondo 8 (57%) e 1 che l'ha provato su entrambe le tipologie (7%). A chi ha somministrato il test a bambini con patologia, è stata chiesta la diagnosi (anche se mista), ed è emerso che è stato utilizzato per il 33% su ritardo mentale, 27% sia su Paralisi Cerebrale Infantile (PCI) sia su Disturbo Generalizzato dello Sviluppo (DGS) e il 7% sia su Disturbo della comunicazione sia su “Altro”.
- È stato chiesto ai terapeuti se il test forniva dati utili e il 100% ha risposto di sì. La successiva domanda chiedeva quali utilità avevano riscontrato tra le opzioni date, sceglierne tre e numerarle da 1 a 3 in ordine d'importanza; a questa domanda hanno risposto correttamente 12 terapeuti su 14 e dall'elaborazione dei dati è emerso che:
  - Le opzioni che sono state indicate in misura maggiore, senza tener conto dell'importanza, sono riportate nella Tabella II.

All'interno della voce “Altro” è stato riportato che il test è utile per ottenere una griglia finale immediata e di facile comprensione.

- Considerando l'ordine d'importanza attribuito a ciascuna voce, è emerso che:
    1. Il punteggio 1 è stato attribuito 8 volte (67%), a “Stabilire un livello di base del b/o”;
    2. Il punteggio 2 è stato attribuito 6 volte (50%), a “Capire le difficoltà del b/o”;
    3. Il punteggio 3 è stato attribuito 4 volte (33%), a “Individuare gli obiettivi di trattamento”.
- Per quanto riguarda le problematiche di somministrazione, 11 terapeuti su 14 hanno risposto che hanno trovato difficoltà “In parte” (79%), 2 “Sì” (14%) e 1 “No” (7%). I dati relativi alle problematiche sono riportati nel Grafico I. Infine, è stato domandato ai terapeuti se tale strumento potrebbe essere utile nella loro attività clinica, le risposte affermative sono state 13 su 14 (93%). Tutti i terapeuti hanno affermato che utilizzerebbero con piacere uno strumento di valutazione del gioco nella loro pratica clinica.
- Test of Playfulness (ToP): è stato provato da 13 terapeuti per un totale di 26 applicazioni. 2 terapeuti lo hanno applicato su bambini normali (15%), 10 (77%) su bambini con patologia e solamente 1 l'ha applicato su entrambi (8%). Tra i bambini con patologia, tenendo conto che alcuni di loro hanno una doppia diagnosi, la scelta è ricaduta maggiormente su bam-

bini con ritardo mentale (33%), e, a scalare, su bambini con DGS (22%), PCI (17%), Disturbo della comunicazione (17%), “Altro” (ADHD) (11%).

- La sessione “Utilità” ha messo in risalto un dato piuttosto netto sulla domanda che chiedeva se il test ha fornito dati utili: il 92%, 12 terapeuti su 13, hanno risposto “Sì”, mentre si conta solo un “No” (8%). Rispondendo affermativamente si poteva completare la domanda successiva, che richiedeva di numerare, tra le opzioni predisposte, le tre maggiormente significative, con i numeri da 1 a 3 (dal più importante al meno). A questa domanda hanno risposto 11 terapeuti su 12 e dall'analisi dei dati emerge che:
    - Le opzioni che sono state indicate maggiormente, senza tener conto dell'importanza, sono riportate in Tabella III.
    - Avendo considerato il numero attribuito a ciascuna voce, è emerso che:
      1. è stato attribuito 4 volte, a: “Capire le difficoltà del b/o” (36%) e “Capire le componenti della performance gioco” (36%);
      2. è stato attribuito 5 volte, a: “Stabilire un livello di base delle competenze del b/o” (45%);
      3. è stato attribuito 3 volte, a: “Capire le difficoltà del b/o e individuare gli obiettivi del trattamento” (27%).
- Nella sessione “Fruibilità” è stato chiesto se fossero state incontrate difficoltà nell'uso dello strumento:

il 69% dei terapeuti ha risposto “In parte”, il 23% “Sì” e l'8% “No”. Escludendo l'unico terapeuta che ha risposto “No”, sono stati analizzati i dati riguardanti le difficoltà riscontrate da 12 persone. Ogni terapeuta poteva segnare più di una risposta; i dati completi sono riportati nel Grafico II. Tra tutti coloro che hanno somministrato questo test, il 92% ha pensato che il ToP potrebbe essergli utile nella pratica clinica e il 100% che userebbe con piacere uno strumento per la valutazione del gioco.

- Test of Environmental Supportiveness (TOES): è stato utilizzato da 9 terapeuti, per un totale di 17 applicazioni. Anche questo strumento poteva essere utilizzato su bambini con patologia, valutati da 7 terapeuti su 9 (78%), o su bambini normali, valutati dai restanti 2 (22%). I casi con patologia avevano una diagnosi, possibilmente anche mista, di: ritardo mentale nel 36% dei casi, DGS nel 29%, Disturbo della comunicazione nel 21%, PCI nel 14%.
- La sessione “Utilità” ha dimostrato come i terapeuti hanno percepito i dati forniti dallo strumento: 7 li considerano utili (78%), mentre 2 inutili (22%). È stato poi indagato quali fossero le maggiori utilità dello strumento; a questa domanda hanno risposto 6 terapeuti su 7 e 2 hanno sbagliato a compilare la risposta: di conseguenza l'elaborazione dei dati è stata fatta su 5 risposte. È stato chiesto di numerare da 1 a 3 le opzioni più rilevanti, e sono

emersi i seguenti dati:

- Le opzioni che sono state indicate prevalentemente, senza tener conto dell'importanza, sono riportate in Tabella IV.
  - Avendo considerato il numero che è stato attribuito a ciascuna voce, è emerso che:
    1. è stato attribuito 2 volte a: “Capire le difficoltà del b/o” (40%) e “Stabilire un livello di base delle competenze del b/o” (40%); voci quasi sovrapponibili;
    2. è stato attribuito 2 volte a: “Capire le componenti della performance gioco” (40%);
    3. è stato attribuito 2 volte a: “Capire le difficoltà del b/o” (40%).
- La sessione “Fruibilità” ha permesso di comprendere le difficoltà nella somministrazione. Il 44,5% dei terapeuti non ha incontrato difficoltà, il 44,5% ne ha trovate in parte, il restante 11% ha trovato difficoltà. Considerando solamente le risposte degli ultimi due gruppi di terapeuti, sono stati riassunti i dati nel Grafico III. Alla domanda “Pensa che tale strumento potrebbe essere utile nella sua attività clinica?”, il 78% ha risposto “Sì” e il 22% “No”. Infine è stato chiesto se utilizzerebbero uno strumento di valutazione del gioco nella loro pratica clinica e le risposte si sono così distribuite: 66% “Sì”, 22% “In parte”, 11% “No”.
- Discussione
- Nello studio condotto, sono stati coinvolti terapeuti occupazionali che coprono buona parte del territorio italiano e del Canton Ticino. La mag-

gior parte dei terapeuti lavora presso un centro di riabilitazione per l'Età Evolutiva che non permette di compiere la valutazione in ambiente ecologico e questo ha fatto emergere difficoltà nel creare l'ambiente ottimale d'osservazione per la somministrazione dei test. I TO coinvolti, lavorano in media da 9 anni, ma solamente il 23% supera tale media, perciò si tratta di un campione che comprende terapeuti giovani. La popolazione considerata, tuttavia, ha permesso di fare alcune considerazioni preliminari sulle esigenze dei terapeuti occupazionali e sugli strumenti proposti. Se si dovesse proseguire lo studio, sarebbe necessario coinvolgere sia le zone italiane non indagate sia un maggior numero di terapeuti per rendere maggiormente significativi i dati. Per quanto riguarda il questionario per la raccolta dati, nelle prime due sessioni, solamente la domanda sull'utilizzo del gioco come motivazione al trattamento, è risultata interpretabile, perciò i dati non sono stati utilizzati. Nella terza sessione - “Utilizzo dei test” - non è stata considerata la diagnosi mista e questo ha portato a un'analisi dei dati relativa e non globale. Un altro problema da evidenziare, riguarda la domanda concernente l'utilità del test, in cui bisognava numerare da 1 a 3 le voci più significative; alcuni terapeuti hanno sbagliato la compilazione e di conseguenza sono state eliminate alcune risposte. È stato un errore rilevante soprattutto per il test TOES e questo porta a sminuire tali dati siccome il numero di risposte,

già limitate, è diminuito. Per gli altri due test, ToP e RKPPS, il problema è stato contenuto. Per un lavoro futuro, sarà importante tenere in considerazione come i terapisti hanno risposto a tale questionario per riformulare le domande ed evitare possibili interpretazioni.

La sessione “Gioco” è stata molto utile per mettere in risalto come i TO utilizzano il gioco durante la sessione di terapia, se lo valutano e come. I dati hanno riportato che il gioco è **usato prevalentemente come mezzo per sviluppare le abilità del bambino**; essendo il gioco una delle occupazioni principali in Età Evolutiva, ci si sarebbe aspettati che tale attività fosse utilizzata maggiormente dai terapisti occupazionali come obiettivo specifico di trattamento. Ciò fa pensare che sia ancora molto forte l'approccio di tipo medico, che porta a considerare le funzioni soggiacenti le attività/occupazioni, piuttosto che la performance occupazionale. Se il gioco non è considerato come occupazione per il bambino, ma solo come mezzo per sviluppare competenze, ci si chiede se i test proposti siano stati effettivamente apprezzati completamente nel loro valore, poiché si basano sulla valutazione del gioco come occupazione e permettono di identificare i punti di forza e di debolezza, in modo tale da intervenire per far giocare il bambino e non per sviluppare le sue abilità.

Dalla raccolta dati è emerso che, **gran parte dei terapisti considera importante valutare il gioco del bambino e dedicano dei**

**momenti per la sua valutazione.** Attualmente, il metodo utilizzato in prevalenza è **l'osservazione non standardizzata**, ciò significa che i test di valutazione del gioco standardizzati, conosciuti e diffusi tra i terapisti occupazionali, sono in numero irrisorio. Una minima percentuale di terapisti afferma di adoperare test codificati, che però non sono stati indagati con questo studio. Dalle risposte esaminate c'è il dubbio che fra i test codificati sia considerata l'osservazione semi-strutturata del modello Vivaio. Sarebbe utile per un futuro lavoro, *capire che strumenti standardizzati sono già in uso in Italia, cosa indagano e cosa invece manca nel nostro territorio.*

Si passa ora ad analizzare i dati relativi all'utilizzo dei test. Il gruppo di terapisti che ha provato a utilizzarli è circa la metà della popolazione campione considerata, numero di per sé poco significativo, ma le applicazioni fatte sono state circa il doppio e questo ha permesso di accrescere la valenza statistica dei dati. Riprendendo i dati relativi ai test, il RKPPS è stato definito utile nella pratica clinica dalla maggior parte dei terapisti che l'hanno somministrato, questo perché il RKPPS ha permesso di **strutturare e guidare l'osservazione** e di definire il **livello di base della “performance gioco”** così da poter **stabilire gli obiettivi d'intervento.** Per un futuro lavoro di validazione bisognerà considerare che il RKPPS presenta delle difficoltà di somministrazione, tra cui il **ricreare l'ambiente ot-**

**timale e l'attribuzione del punteggio.** Probabilmente la complessità riguardante il setting è emersa sia perché molti terapisti lavorano in un centro riabilitativo che limita la possibilità di compiere la valutazione in ambiente ecologico, sia perché, avendo eseguito una media di 2 applicazioni a testa, potrebbero esserci ancora delle difficoltà derivate dall'inesperienza d'uso dello strumento. Non sono emerse particolari difficoltà di comprensione degli item tradotti, però è stato suggerito di rivedere la parola “schemi” e aggiungere degli esempi per rendere più chiara e immediata la comprensione della voce.

Per quanto riguarda il ToP, è stato definito uno strumento valido in pratica clinica per quasi tutti i terapisti che l'hanno somministrato. È stato utile per **strutturare l'osservazione, per definire gli obiettivi** del trattamento e, per i terapisti che lavorano con bambini affetti da ADHD, per **dare suggerimenti a genitori e insegnanti.** È stato rilevato che il test è molto utile se si lavora con un **gruppo** di pazienti, per valutare la partecipazione al gioco del singolo soggetto e le varie dinamiche che si creano al suo interno. Per un futuro lavoro di validazione dello strumento, sarà importante tenere in considerazione le difficoltà che sono emerse da questo studio, principalmente riguardanti il **ricreare il setting** adatto per l'osservazione e il calcolare il **punteggio finale.** Quest'ultimo è effettivamente ancora approssima-

tivo e sarebbe utile rapportarlo a una tabella normativa suddivisa per età in modo tale da mettere in risalto il reale livello di competenza nel gioco. Per approfondire quest'aspetto, si potrà utilizzare il manuale fornito dall'autrice Bundy A., poiché, oltre allo score finale, è possibile creare un profilo del paziente che comprende le tre voci “Elementi del gioco” (motivazione intrinseca, controllo interno, sospensione della realtà) e il contesto in cui il bambino svolge l'attività. (Parham L. D. e Fazio L. S., 2008). Sarebbe importante eseguire la validazione del test perché permette di osservare e valutare i comportamenti di gioco del singolo soggetto all'interno del gruppo, aspetto che altri test non prendono in esame. Considerando che lo strumento può essere somministrato anche attraverso videoriprese, ci si potrebbe avvalere di riprese con funzione di “modello/eseempio” per facilitare la formazione dei valutatori nel lavoro di validazione onde limitare possibili interpretazioni e favorire il TOES, già differenziato dai precedenti test per il diverso scopo dell'osservazione, ha presentato dei dati lievemente discordanti. La maggior parte dei terapisti ha affermato che tale strumento potrebbe essere utile nella pratica clinica, però solo i 2/3 dei terapisti hanno dichiarato fermamente di voler utilizzare uno strumento di valutazione del gioco dopo l'esperienza con il TOES; è stata rilevata anche una risposta negativa, situazione non riscontrata con gli altri strumenti utilizzati nello studio. È da tener presente che il campione di

applicazioni era più piccolo rispetto al RKPPS e al ToP, di conseguenza i dati sono stati meno rilevanti a livello statistico. Nonostante ciò è emerso che, lo strumento è stato utile per comprendere quali **facilitatori e barriere** erano presenti nell'ambiente umano e non, durante la performance, per agire quindi su di esso e permettere al b/o di giocare. Inoltre l'utilità è stata identificata nel **capire la relazione** che s'instaura tra caregiver o compagni di gioco e il bambino e nel **definire le difficoltà e il livello di base.** Per quanto riguarda le problematicità di somministrazione, anche in questo caso, si hanno dei dati discordanti rispetto ai precedenti strumenti. Infatti, solo poco più della metà ha riscontrato problemi, al contrario della quasi totalità che spiccava negli altri due test. Presupponendo un futuro lavoro di validazione, bisognerà comunque tenere presente le difficoltà emerse, tra cui ha primeggiato la complessità nel **ricreare e scegliere il setting il punteggio.** Inoltre, si potrebbe pensare di validare il TOES, disgiuntamente dal ToP, data la maggiore semplicità, però bisognerebbe garantire un'osservazione del gioco, approfondire se sia effettivamente possibile dissociare i due strumenti e se, i terapisti occupazionali italiani, siano interessati allo strumento, portando a termine uno studio su un campione maggiore. Confrontando i tre strumenti, il TOES è stato lo strumento di minor difficoltà d'uso. Nonostante ciò, si può

affermare che il RKPPS e il ToP sono stati apprezzati in misura maggiore rispetto al TOES, infatti, la maggior parte dei TO che li hanno provati, hanno affermato che li utilizzerebbero nella loro pratica clinica. La difficoltà nell'apprezzare il TOES potrebbe dipendere dall'applicazione in ambiente clinico e non ecologico. Di per sé, il TOES è da ritenersi molto valido nel permettere l'individuazione e la conseguente eliminazione delle barriere nei luoghi quotidianamente frequentati dal b/o, mentre gli altri due test, RKPPS e ToP, possono essere adattati più facilmente al contesto clinico. Conclusione

Per il bambino **GIOCO, è un'occupazione** ritenuta **significativa e formante.** Benché dallo studio condotto sia risultato che, attualmente, nella pratica clinica, il gioco sia utilizzato prevalentemente come mezzo per il raggiungimento degli obiettivi, i terapisti occupazionali italiani hanno dichiarato l'importanza di valutarlo e di voler fermamente adottare degli strumenti per la sua valutazione. In questo momento il gioco viene valutato prevalentemente attraverso l'osservazione non standardizzata e, in parte, attraverso quella semi-strutturata proposta dal modello VIVAIO.

I tre test adottati per lo studio, il REVISED KNOX PRESCHOOL PLAY SCALE (RKPPS), il TEST OF PLAYFULNESS (ToP), e il TEST OF ENVIRONMENTAL SUPPORTIVENESS (TOES), sono stati provati da 17 TO, per un totale di 71 applicazioni. Sono stati raccolti i feedback su utilità

e utilizzo che hanno evidenziato che tutti i test sono stati utili per **stabilire le competenze di base del b/o indagando le diverse componenti del gioco.** Sono state rilevate le difficoltà d'uso esperite dai terapisti; il ToP ha presentato difficoltà nella determinazione dello score finale, mentre le maggiori problematiche concernenti l'attribuzione del punteggio sono state rilevate per il RKPPS, anche se solo per un 21% dei terapisti che l'hanno utilizzato. In generale, hanno tutti presentato difficoltà nel **ricreare l'ambiente ottimale per l'osservazione.** Il RKPPS e il ToP sono stati apprezzati in misura maggiore rispetto al TOES, infatti, gran parte dei TO, **hanno affermato che li utilizzerebbero nella loro pratica clinica.** La difficoltà nell'apprezzare il TOES potrebbe dipendere dall'applicazione in ambiente clinico e non ecologico.

Sarebbe interessante proseguire questo studio e indagare quali test codificati sono già in uso in Italia e cosa considerino del gioco. Infine, sarebbe importante per la Terapia Occupazionale in Età Evolutiva, indagare alcuni aspetti sulla pratica clinica, sull'uso del gioco in essa e proporre una maggiore applicazione degli strumenti qui presentati. Pensando a un'eventuale validazione di almeno uno degli strumenti proposti, andrebbero tenuti presenti i seguenti aspetti:

- RKPPS: bisognerebbe indagare più approfonditamente le reali difficoltà riscontrate nell'attribuzione del punteggio;

- ToP: bisognerebbe tradurre il manuale per identificare i passaggi mancanti per la definizione dello score finale e la stesura del profilo di gioco;
- TOES: bisognerebbe capire se sia possibile e utile somministrarlo separatamente dal ToP ed eseguire uno studio simile a questo con un campione più ampio.

Concludendo, grazie alle risposte dei questionari e alle prove concrete di applicazione è stato possibile cogliere la volontà di valutare il gioco attraverso degli strumenti standardizzati presente in molti terapisti occupazionali italiani.

Avendo la possibilità di valutare il gioco del bambino e conseguentemente determinare gli obiettivi di trattamento, sarà possibile ampliare l'intervento di Terapia Occupazionale rendendolo più adeguato sia alle caratteristiche dell'Età Evolutiva sia all'identità professionale, rendendo giustizia a un'occupazione vitale per il bambino.

Il gioco, momento di vitale importanza, non solo per quantità di tempo investito, ma soprattutto per le esperienze che ogni bambino prova e impara giocando, merita una maggiore considerazione nella pratica clinica che dovrebbe dotarsi di strumenti che lo valorizzino e considerino.

#### Riferimenti bibliografici

Parham L. D. e Fazio L. S. (2008), "Play in Occupational Therapy for Children", Mosby Elsevier, Missouri  
Capitoli:

a) Knox S. (2008), "Development and Current Use of the Revised Knox Preschool Play Scale". In Parham L. D. e Fazio L. S. (2008), "Play in Occupational Therapy for Children", Mosby Elsevier, Missouri  
b) Parham L. D. (2008), "Play and Occupational Therapy". In Parham L. D. e Fazio L. S. (2008), "Play in Occupational Therapy for Children", Mosby Elsevier, Missouri  
c) Skard G. e Bundy A.C. (2008), "Test of Playfulness". In Parham L. D. e Fazio L. S. (2008), "Play in Occupational Therapy for Children", Mosby Elsevier, Missouri

Tancredi R. (1999), "Il gioco e la terapia occupazionale". In Mastrangelo G. (1999), "La terapia occupazionale in Età Evolutiva", Edizioni Scientifiche Cuzzolin, Napoli.

Winnicott D. W., (1971), "Gioco e realtà", Armando editore, Roma.

Articoli di riviste:

Jankovich M., Mullen J., Rinear E., Tanta K., Deitz J. (2008), "Revised Knox Preschool Play Scale: Interrater Agreement and Construct Validity", The American Journal of Occupational Therapy, Vol 62, n°2, pag 221- 227  
Bundy A., TEST OF PLAYFULNESS (ToP), Editore, Australia. (IROMEC Interactive Robotic Social Mediators as Companions – 2009, Methodological framework to set up educational and therapy sessions with IROMEC. Disponibile al sito: [www.iromec.org](http://www.iromec.org))

Test	QI
Children's Leisure Assessment Scale (CLASS)	2
ChIPPA	10
McDonald Play Inventory	1
PAGS	3
Play History	3
Preschool Play Scale (PPS)	7
Test of Playfulness	14

Tabella I

Test di valutazione del gioco emersi dalla ricerca e relativo numero di articoli in cui sono citati

	N° selezioni
Capire le difficoltà del b/o	10 (28%)
Stabilire un livello di base delle competenze del b/o	11 (31%)
Capire le componenti della "performance gioco"	7 (19%)
Ottenere dati da inserire in cartella clinica	0
Individuare gli obiettivi del trattamento	6
Rilevare l'outcome del trattamento	1
Altro	1

Tabella II

Utilità maggiormente riscontrate dai terapisti nella somministrazione del RKPPS.

È stato riportato il numero di selezioni totali per ogni voce e la percentuale delle tre ritenute più importanti.

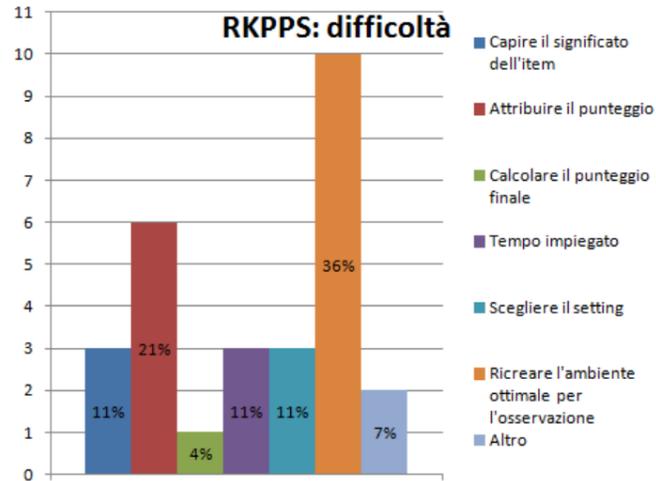


Grafico I. Difficoltà riscontrate dai terapisti occupazionali dopo la somministrazione del Revised Knox Preschool Play Scale (RKPPS) e relative percentuali.

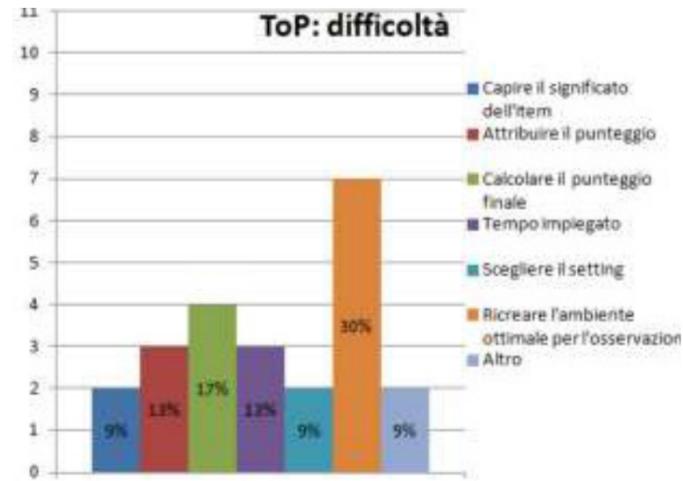


Grafico II. Difficoltà riscontrate dai terapisti occupazionali dopo la somministrazione del Test of Playfulness (ToP) e relative percentuali.

	N° selezioni
Capire le difficoltà del b/o	4 (27%)
Stabilire un livello di base delle competenze del b/o	3
Capire le componenti della "performance gioco"	4 (27%)
Ottenere dati da inserire in cartella clinica	0
Individuare gli obiettivi del trattamento	2
Rilevare l'outcome del trattamento	0
Altro	2

Tabella IV. Utilità maggiormente riscontrate dai terapisti nella somministrazione del TOES. È stato riportato il numero di selezioni totali per ogni voce e la percentuale delle due ritenute più importanti.

	N° selezioni
Capire le difficoltà del b/o	8 (24%)
Stabilire un livello di base delle competenze del b/o	8 (24%)
Capire le componenti della "performance gioco"	8 (24%)
Ottenere dati da inserire in cartella clinica	2
Individuare gli obiettivi del trattamento	5
Rilevare l'outcome del trattamento	1
Altro	1

Tabella III. Utilità maggiormente riscontrate dai terapisti nella somministrazione del ToP. È stato riportato il numero di selezioni totali per ogni voce e la percentuale delle tre ritenute più importanti.

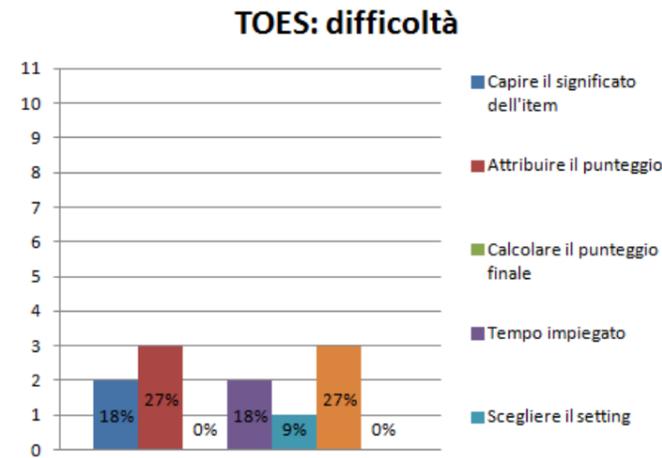


Grafico III. Difficoltà riscontrate dai terapisti occupazionali dopo la somministrazione del Test of Environmental Supportiveness (TOES) e relative percentuali.

# ***Raccontare il fare***

***Il libro personale nella pratica  
di Terapia Occupazionale***

—

***The personal book  
in Occupational  
Therapy practice***

# Raccontare il fare

## Il libro personale nella pratica di Terapia Occupazionale

### The personal book in Occupational Therapy practice

**Autore/**  
 Mirtha Corraini  
 terapeuta occupazionale a libera professione  
 Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS -  
 Centro Santa Maria alla Rotonda  
 Inverigo (Co).  
 mirtha125@gmail.com

**Riassunto**  
 Una buona pratica clinica si basa sul riconoscimento della persona nella sua totalità. Il “Libro personale” (Gibertoni C., Cunningham J., 1985), strumento terapeutico sul quale è incentrato questo studio, nasce all’interno di un approccio di tipo relazionale, che promuove

quindi una pratica centrata sul cliente.

Nel corso dell’articolo verrà inizialmente definito il “Libro personale” rispetto alla sua natura di strumento di terapia e alla modalità con la quale si inserisce all’interno del trattamento.

Successivamente verrà presentato uno studio basato sulla descrizione di casi in cui sono state analizzate le implicazioni nella pratica clinica in seguito all’utilizzo del Libro personale con 12 pazienti adulti con disturbi neurologici.

L’obiettivo dello studio è quello di rilevare e descrivere l’eventuale cambiamento osservato (in seguito all’utilizzo dello strumento) rispetto all’impegno occupazionale in attività significative.

L’articolo si conclude riportando una riflessione rispetto alle implicazioni dell’utilizzo dello strumento nel processo terapeutico, maturata sulla base di teorie relative all’importanza della narrazione (Bruner J., 2002), informazioni relative allo strumento presenti in letteratura e considerazioni acquisite attraverso la pratica: utilizzo del libro con i 12 pazienti partecipanti allo studio.

#### Summary

A good clinical practice is based on the recognition of the person as a whole. This study is focused on the use of the Personal Book (Gibertoni & Cunningham, 1985) as a therapeutic tool within a relational and client-centred approach in Occupational therapy.

The article explains the use of the Personal Book as a therapeutic tool and how it can be part of the treatment. Furthermore, it presents the results of the study which include the experience of 12 adults with neurological disorders who have used the Personal Book during their treatment in Occupational therapy. The aim of this study was to describe and analyse the observed change within the patients with respect to the occupation in meaningful daily life activities.

The article concludes with a reflection on the implications of the use of the Personal Book as a therapeutic tool in Occupational therapy, taking into account theories that underline the importance of narratives in the clinical encounter with the patients (Bruner, 2002), as well as bibliography related to use of the Personal Book as well as personal considerations acquired during practice.

#### Introduzione

Questo studio, che è stato oggetto di tesi, è nato per approfondire la conoscenza dello strumento “Libro personale” e rilevare le implicazioni del suo utilizzo nella pratica clinica. Cos’è il “Libro personale” Il “Libro personale” è uno strumento terapeutico, attualmente scarsamente conosciuto e utilizzato, nato all’interno della pratica del Modello Vivaio (Cunningham J., Gibertoni C., 2005).

Si tratta di un vero e proprio libro costituito da una copertina con all’interno dei fogli che nel corso delle sedute il paziente insieme al terapeuta “riempe” con fotografie, immagini, disegni, pensieri, ecc. Il libro esercita quindi una funzione di contenitore dal punto di vista materiale ma allo stesso tempo permette anche l’accoglienza e il contenimento della dimensione interna del paziente che comprende stati emotivi, paure, ricordi, progettualità per il futuro, senso di identità.

Il “Libro personale” può essere utilizzato con tutti i pazienti, in quanto si inserisce all’interno di un approccio di tipo relazionale che prende in carico la persona nella sua totalità. Il libro personale è uno strumento che si basa sulla narrazione. Il fondamento teorico a cui ci si è riferiti è relativo alla teoria di J. Bruner (2002) che sostiene che l’uomo costruisca continuamente se stesso mediante la narrazione, strumento necessario anche per la creazione del Sé.

La narrazione avviene non solo attraverso le parole, ma anche attraverso

le immagini, che soprattutto in caso di disturbi comunicativi promuovono una nuova modalità in cui il paziente racconta se stesso e le proprie emozioni.

#### Come si inserisce all’interno del trattamento

Il libro nasce nella relazione tra il paziente e il terapeuta durante un momento di terapia e diventa così una risposta ai bisogni che il paziente ha esplicitato o meno; infatti attraverso l’utilizzo del libro è possibile accogliere e contenere emozioni (pianto, rabbia, paura, gioia), progetti per il futuro, successi, ricordi in modo che questi aspetti possano essere inquadrati e presi in carico nel processo terapeutico.

L’utilizzo del libro quindi permette di arricchire la conoscenza del paziente e di ciò che per lui in quel momento è significativo.

#### Presentazione dello studio

**Ipotesi:** Il libro personale utilizzato nella pratica con pazienti adulti con disturbi neurologici promuove un maggior livello di impegno occupazionale?

**Obiettivo dello studio:** Rilevare e descrivere l’eventuale cambiamento osservato in seguito all’utilizzo del libro personale, rispetto all’impegno occupazionale del paziente in attività significative.

#### Soggetti partecipanti allo studio

Lo studio prevede la partecipazione di 12 pazienti di ambo i sessi ricoverati presso la Fondazione Don Carlo Gnocchi, IRCCS di Milano, presi in

carico dal servizio D.A.T. nel periodo da Ottobre 2012 a Marzo 2013, che presentino criticità emotive e/o relazionali che limitino l'impegno occupazionale (pianto continuo che interrompe il rapporto con l'attività, tono dell'umore costantemente deflesso, difficoltà a relazionarsi con l'ambiente fisico e sociale, scarsa motivazione al "fare", appiattimento affettivo). I pazienti partecipanti sono in totale 12 tra cui 8 donne e 4 uomini.

#### Materiali e metodi

Utilizzo del libro personale all'interno delle sedute di terapia occupazionale. Considerando la natura dello strumento non sono stati individuati parametri misurabili relativi al cambiamento; è stato quindi deciso di condurre lo studio nell'ottica di una descrizione di casi in cui il cambiamento verrà considerato rilevando l'impegno occupazionale attraverso un'osservazione del paziente in attività significative prima e dopo l'utilizzo del "Libro personale". L'impegno occupazionale verrà analizzato attraverso l'utilizzo delle "Dimensioni dell'impegno occupazionale" (Kielhofner G., 2002) riportate nella Tabella I.

#### Risultati dello studio

In seguito al trattamento, in cui è stato utilizzato il libro personale, **in tutti i casi è stato rilevato un maggior livello di impegno occupazionale in attività significative.**

Nella Tabella II viene riportato il

numero di pazienti nei quali inizialmente sono state rilevate difficoltà rispetto alle varie dimensioni e il numero di pazienti nei quali, in seguito al trattamento in cui è stato utilizzato il "Libro personale", si è osservato un cambiamento rispetto alle stesse.

#### discussione dei risultati

Nella Tabella III è stato analizzato l'utilizzo del "Libro personale" in relazione alle "Dimensioni dell'impegno occupazionale" (Kielhofner, 2002) avanzando l'ipotesi di come abbia agito questo strumento terapeutico rispetto al cambiamento (riferito all'impegno occupazionale in attività significative). L'ipotesi rispetto a come abbia agito il libro personale all'interno del processo di cambiamento è stata formulata riferendosi a:

- Considerazioni acquisite attraverso la pratica: utilizzo del libro con i 12 pazienti partecipanti allo studio;
- Informazioni raccolte durante le lezioni (anno accademico 2011/2012) tenute da Gibertoni C., Cunningham J. e Penna N. (Terapiste Occupazionali e docenti nel corso di laurea in Terapia Occupazionale, presso l'Università degli Studi di Milano) relative allo strumento "Libro personale";
- Informazioni relative allo strumento disponibili in letteratura (Cunningham J., 2006, Essere nel fare, Ed. FrancoAngeli, Milano, Cunningham J., De Sena Gibertoni C., 2012, Favoring diversity: in a psychodynamic model for occupation therapy: analysis of the personal book activity, Congresso Terapia Occupazionale, COTEC, Stoccolma)

toni C., 2012, Favoring diversity: in a psychodynamic model for occupation therapy: analysis of the personal book activity, Congresso Terapia Occupazionale, COTEC, Stoccolma)

#### Conclusioni

Attraverso questo studio è stato raggiunto l'obiettivo che si era precedentemente prefissato, ovvero ampliare la conoscenza intorno a questo strumento terapeutico, soffermandosi in particolar modo sulle implicazioni relative al suo utilizzo in modo da conoscere e far conoscere le evidenze basate sulla pratica clinica relative all'utilizzo del "Libro personale" nel processo di intervento.

#### Riferimenti bibliografici

Bruner J. (2002): La fabbrica delle storie, (Carpitella M. trad.), Ed. Laterza, Bari, (il lavoro originale è stato pubblicato nel 2001)

Cunningham J. (2006): Essere nel fare, Ed. FrancoAngeli, Milano

Cunningham J., De Sena Gibertoni C. (2012): Favoring diversity: in a psychodynamic model for occupation therapy: analysis of the personal book activity, Congresso Terapia Occupazionale, COTEC (Consiglio Europeo dei Terapisti Occupazionali), Stoccolma

Kielhofner G., Mallison T., Crawford C., et al. (2005): L'intervista sulla storia della performance occupazionale,

manuale d'uso per l'OPHI II, (Lobba S., Lo sasso D. trad.), Ed. FrancoAngeli, Milano, (il lavoro originale è stato pubblicato nel 1998)

Tafani A., Il modello di occupazione umana, Giornale Italiano di Terapia occupazionale, 6: 93-100, 2011

1 Il termine "impegno occupazionale" si riferisce non solo al "fare" della persona, ma anche alla scelta, alla motivazione e al significato implicito nell'attività. (Kielhofner G., 2002)

2 Il "cambiamento" è un outcome principale in terapia occupazionale; qualunque cambiamento è promosso dalla partecipazione e dall'impegno occupazionale in attività significative. (Kielhofner G., 2002)

#### DIMENSIONI DELL'IMPEGNO OCCUPAZIONALE

Assumersi responsabilità	Consiste nell'impegno nel prendersi carico del processo terapeutico, raggiungendo gli obiettivi impostati insieme al terapeuta, legati alle attività relative ai propri ruoli occupazionali.
Scegliere/decidere	Rappresentano il coinvolgimento motivazionale del paziente nel processo di intervento.
Esplorare	Significa interessarsi all'ambiente circostante, osservando oggetti, spazi e persone.
Riesaminare	Implica una capacità critica di rivedere le proprie convinzioni per considerare nuovi ruoli, nuove abitudini e nuovi modi di svolgere attività.
Identificare	Individuare informazioni che siano utili per trovare soluzioni o significato nelle performance occupazionali.
Pianificare	Implica la capacità di pensare a come fare qualcosa prima di farlo, stabilendo un piano di azione per una o più performance occupazionali.
Negoziare	Trovare un accordo con il terapeuta rispetto agli obiettivi da raggiungere.
Esercitarsi	Ripetere una certa performance, partecipando in un'occupazione durante la terapia per migliorare le attività di performance.
Sostenere	Rappresenta l'aspetto più faticoso della terapia, poiché richiede al paziente di investire energia e speranze anche quando le difficoltà sembrano insormontabili per il raggiungimento degli obiettivi.

Tabella I. Presentazione delle "Dimensioni dell'impegno occupazionale" Kielhofner G., 2002

Dimensioni dell'impegno occupazionale	Difficoltà (Analisi dell'impegno occupazionale prima dell'utilizzo del libro)	Cambiamento (Analisi dell'impegno occupazionale dopo l'utilizzo del libro)
Scelta	7	7
Assumersi responsabilità	11	9
Esplorare	3	3
Identificare	9	7
Negoziare	3	2
Esercitarsi	7	6
Pianificare	11	10
Riesaminare	9	9
Sostenere	11	11

Tabella II, Presentazione dei risultati dello studio

Tabella III, Discussione dei risultati dello studio attraverso l'analisi dell'utilizzo del "Libro personale" in relazione alle "Dimensioni dell'impegno occupazionale"

DIMENSIONI DELL'IMPEGNO OCCUPAZIONALE	
Scelta	Durante la creazione del libro il paziente ha la possibilità di incrementare la propria capacità di scelta (scelta di cosa includere nel libro, dei materiali da utilizzare, delle immagini, ecc); il riconoscimento delle esperienze di successo, basate sulle conseguenze positive delle scelte operate, promuove un maggior livello di coinvolgimento motivazionale nelle attività.
Assumersi responsabilità	L'utilizzo del libro ha promosso un incremento della capacità di assumersi responsabilità rispetto al processo terapeutico in relazione alla presa in carico dei compiti relativi alla sua creazione (scegliere le immagini, scrivere, incollare, ecc) e attraverso la narrazione del paziente all'interno dello stesso, nella maggior parte dei casi, è stata possibile la nascita della progettualità e della motivazione nell'affermare e riprendere le attività significative.
Esplorare	Nella creazione del libro il paziente instaura un rapporto con l'ambiente fisico (relativo ai materiali necessari per la sua creazione come colla, tempere e cartoncini) che è in grado di stimolare i sensi e il pensiero. In alcuni casi di studio si è osservato come attraverso l'utilizzo del libro i pazienti abbiano migliorato la relazione con l'ambiente sociale (ambiente ospedaliero).

Identificare	Durante la creazione del libro, attraverso la narrazione continua di Sé il paziente ha riconosciuto l'importanza e il significato delle attività passate e attuali. E' stato inoltre possibile identificare soluzioni relative alle performance occupazionali; infatti attraverso l'utilizzo del libro i pazienti hanno individuato una nuova modalità di espressione del proprio stato emotivo (espressione delle proprie emozioni che vengono accolte e contenute nel libro), in modo che questo non interrompa il rapporto con l'attività in corso e una nuova modalità di comunicazione (ad es: utilizzo delle immagini, per narrarsi nel libro, da parte di pazienti che presentino difficoltà comunicative). "La performance occupazionale è costituita da abilità motorie, processuali e comunicative" (Kielhofner G., 2002) quindi l'individuazione di una nuova modalità di comunicazione ed espressione viene considerata una soluzione che contribuisce al miglioramento delle abilità comunicative della performance occupazionale e dell'attività stessa.
Negoziare	Mediante la narrazione nel libro il paziente ha la possibilità di raccontarsi intorno alla sfera degli interessi e delle attività per lui significative che possono essere prese in carico nella relazione terapeutica attraverso l'individuazione di obiettivi mirati.
Esercitarsi	Attraverso la creazione del libro il paziente ha la possibilità di esercitarsi, sia individuando strategie che gli permettano di partecipare maggiormente alla creazione del libro stesso (tagliare, incollare, scegliere immagini, ecc), sia rispetto allo svolgimento di attività narrate all'interno del libro ed individuate dal paziente come significative che possono essere prese in carico durante il trattamento in modo che il paziente possa diventare maggiormente abile in esse.
Pianificare	Attraverso l'utilizzo del libro i pazienti hanno incrementato la loro capacità di pianificare, inizialmente progettando la creazione del libro stesso (organizzazione dei fogli, scelta della copertina, scelta del materiale da includere) e successivamente raccontando al suo interno le attività significative e di ruolo che vorrebbero tornare a svolgere. Tali richieste esplicitate dal paziente mediante la narrazione nel libro vengono accolte dal terapeuta che può fornire i mezzi e gli strumenti per svolgere le attività.
Riesaminare	La narrazione di Sé, che sta alla base dello strumento promuove un riconoscimento da parte dei pazienti sia delle attività significative sia delle proprie capacità in modo che questi possano riconsiderare una nuova modalità di svolgimento delle attività che permetta loro di riappropriarsi dei ruoli che ricoprono. "Attraverso l'utilizzo del libro personale il paziente diviene maggiormente consapevole di se stesso e delle proprie capacità e ha la possibilità di riorganizzare il proprio senso di Sé nell'ottica di un nuovo rapporto con il "fare". (Gibertoni C., 2011).
Sostenere	L'utilizzo del libro personale ha promosso la capacità del paziente di sostenere il proprio comportamento occupazionale in relazione ai compiti necessari per la creazione del libro stesso e ha altresì promosso l'incremento della motivazione del paziente nello svolgere le attività individuate nel libro. La narrazione di Sé ha inoltre permesso ai pazienti di condividere con la terapeuta le difficoltà relative alla situazione attuale, in modo che queste vengano affrontate e non costituiscano un ostacolo nel sostenere il proprio impegno occupazionale.

***Psychoanalytic Thinking  
in Occupational Therapy***

—

***L'intervista sulla storia della  
performance occupazionale***



## L'intervista sulla storia della performance occupazionale

Manuale d'uso per l'OPHI II.  
G. Kielhofner, T. Mallinson, C. Crawford, M. Nowak, M. Rigby, A. Henry, D. Walens. Ed. Franco Angeli  
Milano 2005

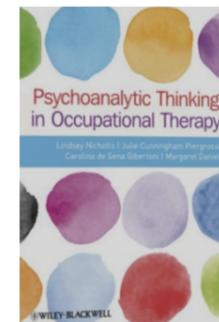
Questo volume presenta l'Intervista sulla Storia della Performance Occupazionale OPHI II, basata sul Modello MOHO.

L'intervista centrata sulla relazione cliente/paziente, ha il pregio di valutare le abilità funzionali in maniera olistica senza concentrarsi sull'aspetto patologico. L'OPHI II indaga l'influenza dei vari ambienti esistenziali, dei ruoli della persona nello svolgimento delle attività quotidiane, lavorative e del tempo libero.

Con l'utilizzo dell'OPHI II il terapeuta occupazionale può comprendere il livello di abilità occupazionale della persona, le forze che hanno influito sulle scelte passate ed il significato attribuito agli eventi della vita personale. L'insieme delle informazioni raccolte con i vissuti verbalizzati ed espressi dalla persona, anche in termini metaforici, porterà il terapeuta occupazionale a sviluppare in modo individualizzato l'approccio terapeutico.

Il lavoro di traduzione e la proposta ai colleghi italiani che è stato svolto egregiamente dalla psicologa Dorian

Losasso e dalla nostra collega Silvia Lobba Travi scomparsa prematuramente, testimonia la passione di ricercare nuove possibilità di miglioramento della pratica professionale quotidiana.



## Psychoanalytic Thinking in Occupational Therapy

Psychoanalytic Thinking in Occupational Therapy: Symbolic, Relational and Transformative  
Lindsey Nicholls, Julie Cunningham Piergrossi, Carolina de Sena Gibertoni, Margaret Daniel  
ed. Wiley-Blackwell, Chichester Oxford, 2013

237 pagine. In inglese. Disponibile via internet dall'editore ([www.wiley.com](http://www.wiley.com)) e nelle librerie on-line.

Scritto a quattro mani da due colleghe terapisti occupazionali italiane conosciute nel nostro paese come fondatrici e promotori della nostra professione e da due colleghe britanniche altrettanto importanti come riferimento nel loro paese. I quattro autori hanno una lunga esperienza nell'ambito del disagio mentale. Interessante notare che la loro esperienza va anche oltre il proprio confine geografico; riportano esperienze dagli Stati Uniti, Inghilterra, Scozia, Italia e Sud Africa. Descrivono in modo molto pragmatico e affascinante la psicoanalisi applicata alla terapia occupazionale: un'ottica particolare della nostra professione che collega il mondo interno del paziente e del terapeuta a quello esterno del fare. Attraverso un linguaggio molto comprensibile gli autori ci portano a conoscere le teorie di Bion, Freud, Klein, Bowlby e Winnicott, importanti autori che hanno influenzato il pensiero psicoanalitico in terapia occupazionale. Il libro discute in modo approfondito l'applicazione della psicoanalisi nella terapia occupazionale, sottolineando l'importanza dell'attività come mezzo per esternare e contenere le emozioni ma allo stesso modo come mezzo per

elaborare gli eventi difficili, come un trauma, un dolore, una malattia, una disabilità. Gli autori sono consapevoli del fatto che la psicoanalisi non è frequentemente applicata nella terapia occupazionale odierna, ma si rivolgono anche ai colleghi che non hanno una particolare formazione in questo campo, mettendo in evidenza come alcuni principi sono universali nel loro significato etico e profondo del prendersi cura, in tutte le situazioni di terapia. Il libro diventa così stimolo per riflettere e approfondire le tematiche legate alle emozioni in terapia occupazionale.

Il libro è organizzato in tre parti: la prima considera le teorie di partenza prima citate; la seconda parte è dedicata all'applicazione della psicoanalisi in terapia occupazionale e la presentazione del modello psicoanalitico di pratica professionale sviluppato dagli autori italiani, denominato il MOVI (Modello Vivaio). In fine, la terza parte è dedicata alla ricerca e alla didattica. In ogni capitolo la teoria è accompagnata dall'illustrazione dei casi di studio che gli autori hanno affrontato nella propria esperienza professionale.

## Il metodo SAS

Egregio socio,  
le ricordo che sono aperte le iscrizioni per il metodo SAS (sviluppo abilità sociale) e che sono stati attribuiti 16.5 crediti ECM.

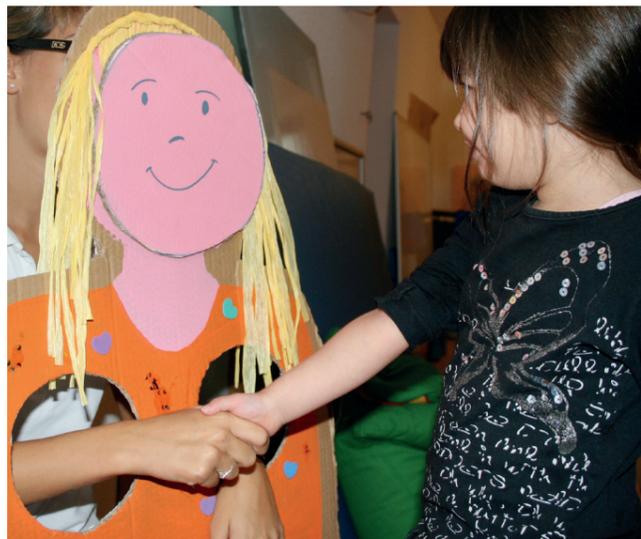
Ci sono ancora posti disponibili, è un'occasione da non lasciarsi sfuggire, ha tempo di iscriversi sfruttando lo sconto sino al 30 aprile, dopo di che la quota sarà leggermente maggiorata sino al 06 giugno, giorno di chiusura delle iscrizioni.

In allegato la brochure del convegno e la scheda d'iscrizione con tutti i dettagli.

Buon lavoro e in attesa di incontrarla,  
porgiamo cordiali saluti.

**La segreteria SITO/**

**Stefania Bandera**



## Il metodo SAS (Sviluppo Abilità Sociali)

Come aumentare le abilità di cognizione sociale nel bambino con una sindrome autistica?

Venerdì 13 e sabato 14 giugno 2014, Conegliano, TV

**CORSO BASE**

Società Italiana di Terapia Occupazionale **SITO**

Scuola universitaria professionale della regione del Sudtrentino **SUPSI**

### Il metodo SAS

La cognizione sociale è il prerequisito fondamentale per uno sviluppo adeguato delle competenze d'inter-soggettività. Il processo evolutivo di questo substrato cognitivo è oggi ben conosciuto e si collega agli assunti teorici delle ricerche neurofisiologiche sui neuroni a specchio.

È basandosi sulla teoria della simulazione incarnata del Professor Gallese (2006) del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Parma che Emmanuelle Rossini Drecq ha sviluppato un metodo specifico per permettere ai bambini che ne sono privi, come nel caso

dell'autismo, di poter evolvere da un punto di vista della cognizione sociale. Il metodo SAS viene utilizzato prevalentemente in un setting di gruppo che coinvolge sia bambini con difficoltà relazionali sia bambini neuro tipici, ad esempio quando è integrato all'interno del gruppo classe. Per informazione segnaliamo che sull'ultimo numero di "Autismo e disturbi dello sviluppo" n° 3 - ottobre 2013 degli studi Erickson è stato pubblicato un articolo della docente: "Il metodo Sviluppo Abilità Sociali (SAS). Primi dati di validazione su un campione di bambini con autismo".

### Programma giornate di formazione

**Venerdì 13 giugno**

**Mattino (8.30-10.00, 10.30-12.00)**

- Punto della situazione sulle ultime conoscenze sulla cognizione sociale, nel suo sviluppo neuro-tipico e le sue particolarità nelle persone affette da autismo.
- L'implicazione dei neuroni a specchio nello sviluppo della cognizione sociale.
- Altre particolarità da considerare nel trattamento della persona affetta da autismo.
- La prima tappa del metodo SAS: l'imitazione.

**Pomeriggio (13.15-14.45, 15.00-16.30)**

- La seconda tappa del metodo SAS: l'empatia.
- Atelier pratico in gruppo.
- Il quaderno sociale ed il setting di gruppo.
- Il legame tra cognizione sociale e partecipazione sociale.

**Sabato 14 giugno**

**Mattino (8.30-10.00, 10.30-12.00)**

- La terza tappa del metodo SAS: il mentalismo.
- Presentazione degli strumenti: GO-SAS, GIS-SAS e GAP-SAS.

**Pomeriggio (13.15-14.45, 15.00-16.30)**

- Atelier pratico sui tre concetti del mentalismo.
- La gestione del gruppo genitori.
- Introduzione alla tappa 4: le situazioni complesse.
- Presentazione dei dati scientifici.

Docente: O.T. Emmanuelle Rossini - Docente e ricercatrice presso il dipartimento sanità della SUPSI. Docente incaricata presso diverse università e cursus tra le quali la post formazione in autismo di Friburgo. Terapista occupazionale privata, specializzata nei disturbi neuro-evolutivi e comportamentali, tra le quali l'autismo. Lavora secondo l'approccio centrato sulla famiglia. Creatrice e formatrice del metodo SAS

Direttore Scientifico: Yann Bertholom  
Segreteria Organizzativa: Anna Petris, Lisa Possamai, Giusi Burgio e Francesca Donadello  
sas2014.sito@terapiaoccupazionale.it

### Sede



Le modalità di accesso alla sede del corso, l'Associazione "La Nostra Famiglia" di Conegliano via Costa Alta, 37, sono le seguenti:

#### Aereo

aeroporto Marco Polo di Venezia, successiva tratta ferroviaria Venezia S. Lucia - Udine, fermata alla stazione di Conegliano

#### Treno

Stazione ferroviaria di Conegliano; nel piazzale adiacente i partecipanti potranno utilizzare il servizio autobus, linea 5 per l'Associazione "La Nostra Famiglia".

#### Automobile

Autostrada A27 Venezia/Belluno, uscita Conegliano. All'uscita dell'autostrada, svoltare a destra al secondo incrocio e proseguire per il centro. Passati due semafori, obbligatoria a destra, successiva svolta a sinistra e seguire le indicazioni per l'Associazione "La Nostra Famiglia".

Per pranzo le strutture più vicine sono (500mt-1km)  
Ristorante "Le Betulle" tel. 0438 21001  
Osteria "Alla Sorte" tel. 0438 24128  
Ristorante "Al Castello" tel. 0438 22379

Per l'alloggio le strutture più vicine sono (500mt-4km)  
BBB "Villa Clementina" tel. 0438 486161  
BBB "Delle Rose" tel. 340 0514163  
Agriturismo "Del Canevon" tel. 0438 486646  
Hotel "Città di Conegliano" tel. 0438 21440  
Hotel "Cima" tel. 0438 22648  
Relais "Betulle" tel. 0438 21001

### Iscrizione

#### Terapisti Occupazionali

Posti: 25  
Quota soci: 240 €  
Quota non soci: 340 € + IVA 22%

#### Psicologi

Posti: 7  
Quota: 280 € + IVA 22%

Per iscrizioni successive al 30.04.2014 la quota aumenta di 20 €.

L'iscrizione comprende:  
• Kit congressuale  
• Cuffee Break

#### Accreditamento

corso in fase di accreditamento ECM per Terapisti Occupazionali e psicologi.

#### Estremi per il versamento della quota

IBAN IT 78 H 03359 01600 100000014592  
SITO - Società Italiana di Terapia Occupazionale  
BANCA PROSSIMA S.P.A. Filiale 05000

Conegliano Veneto - TV , 13, 14 giugno 2014

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da far pervenire alla Segreteria Organizzativa

E-Mail: sas2014.sito@terapiaoccupazionale.it

### DATI ANAGRAFICI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-mail(obbligatoria) \_\_\_\_\_

Chiede l'iscrizione come (barrare o evidenziare):

Socio AITO/SITO

Non Socio

Entro il	Soci AITO/SITO	Non soci
30/04/2014	€ 240,00	€ 340,00 + iva 22% (414,80€)
06/06/2014	€ 260,00	€ 360,00 + iva 22% (439,20€)

### QUOTE PSICOLOGI

Entro il	
30/04/2014	€ 280,00 + iva 22% (341,60€)
06/06/2014	€ 300,00 + iva 22% (366,00€)

La quota socio è diritto esclusivo dei soci AITO/SITO (è nominale); le strutture che richiedono la fatturazione per i loro dipendenti pagano la quota da non socio anche se il dipendente è socio.

Saranno rimborsate solo le cancellazioni pervenute per iscritto alla Segreteria Organizzativa entro il 15/05/2014 che daranno diritto al rimborso previa decurtazione di 150,00€ (iva esclusa) per spese amministrative.

### DATI per la FATTURAZIONE se diversi dai dati ANAGRAFICI

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

o PIVA \_\_\_\_\_

Indirizzo Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

E-mail(obbligatoria) \_\_\_\_\_

La scheda di iscrizione, debitamente compilata in ogni sua parte, dovrà pervenire via mail (sas2014.sito@terapiaoccupazionale.it) alla Segreteria Organizzativa entro il 06 giugno 2014 allegando la ricevuta bancaria di avvenuto pagamento. Le iscrizioni senza ricevuta di pagamento (dopo il 06/06/2014) o con dati incompleti, NON saranno tenute in considerazione.

### DATI per il VERSAMENTO della QUOTA d'ISCRIZIONE

SITO- Società Italiana di Terapia Occupazionale

BANCA PROSSIMA S.P.A. Filiale 05000

IBAN IT 78 H 03359 01600 100000014592

Luogo e Data Firma \_\_\_\_\_

Si autorizza al trattamento e alla pubblicazione dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

Luogo e Data Firma \_\_\_\_\_

# non sei terapeuta occupazionale ma vuoi ricevere G.I.T.O.?

**Per ricevere il Giornale Italiano di Terapia Occupazionale basta versare la quota di 80€ alla Società Italiana Terapia Occupazionale ed inviare la copia del bonifico a [tesoreria.sito@terapiaoccupazionale.it](mailto:tesoreria.sito@terapiaoccupazionale.it) specificando nella mail "Abbonamento Gito 2014" con nome e cognome e mail di riferimento. Verranno recapitati nella vostra mail 2 numeri annuali.**

Estremi per il bonifico:  
SITO- Società Italiana di Terapia Occupazionale  
BANCA PROSSIMA S.P.A. Filiale 05000  
Piazza Paolo Ferrari, 10, 20121 Milano  
c/c 1000/6036 ABI 03968 CAB 03243 CIN G  
IBAN IT 78 H 03359 01600 100000014592

## CORSO ESI (Evaluation of Social Interaction)

Con grande piacere, annunciamo che la Prof.ssa Anne Fisher, Terapeuta Occupazionale e docente di fama internazionale, ha accettato di portare in Italia il corso ESI (Evaluation of Social Interaction). Il corso si terrà ad Udine nei giorni 25, 26 e 27 settembre 2014; si svolgerà in inglese, ma sarà presente la traduzione in italiano e sarà aperto ad un massimo di 30 Terapisti Occupazionali. Come molti di voi sanno la Prof.ssa Fisher, partendo dal suo modello OTIPM (Occupational Therapy Intervention and Process Model) ha sviluppato diversi strumenti di valutazione, tra questi ci sono l'AMPS (Assessment of Motor and Process Skills), l'AMPS School e l'ESI (Evaluation of Social Interaction). L'AMPS è uno strumento di valutazione standardizzato per misurare la qualità della performance occupazionale delle persone in attività significative attraverso l'analisi delle abilità motorie e di processo. Dal 2006 la SITO è stata coinvolta nell'organizzazione dei corsi AMPS, grazie ai quali in questi anni hanno portato a conclusione il percorso di formazione e sono stati abilitati più di 90 terapisti occupazionali italiani.

### Evaluation of Social Interaction (ESI)

L'ESI è una valutazione standardizzata, basata sull'osservazione della qualità di interazione sociale di una persona. Quando una persona è valutata utilizzando l'ESI, il terapeuta occupazionale osserva la persona mentre si dedica ad almeno due scambi sociali naturali e rilevanti con partner sociali con cui la persona desidera e/o necessita interagire. Gli scambi sociali osservati sono stati scelti dall'utente (la persona e/o altri appartenenti alla costellazione dell'utente) tra quelli che lo mettono alla prova nella vita quotidiana. Nella tabella sottostante sono riproposti alcuni esempi.

Una caratteristica importante dell'ESI è che si tratta di una valutazione di abilità di performance occupazionale, non di sottostanti funzioni corporee, fattori personali o

fattori ambientali che possono influenzare la qualità di interazione sociale osservata. Più specificatamente, l'ESI comprende 27 item (verbi ESI), abilità di performance occupazionale che rappresentano piccole unità di interazione sociale che sono osservabili quando la persona comunica ed interagisce socialmente con gli altri. L'assegnazione del punteggio ESI è criterio-dipendente basato sul criterio della competenza cioè, ogni abilità di interazione sociale (item ESI) è valutata sulla base di quanto il comportamento sociale della persona è socialmente appropriato (educato, rispettoso, ponderato e maturo).

I punteggi per ogni item ESI e per ognuno degli scambi sociali osservati vengono utilizzati per calcolare un singolo valore della qualità di interazione sociale (punteggio ESI) generato con l'apposito software e calcolato secondo una multi-facet Rasch Analysis. L'ESI facilita sia una documentazione occupation-focused sia la pianificazione di un intervento occupation-based.

### Le caratteristiche chiave:

- L'ESI può essere utilizzato per valutare persone dai 2½ anni in su, compresi gli anziani;
- L'ESI è appropriato per essere utilizzato con qualsiasi persona che ha o è a rischio di sperimentarsi in difficoltà con le interazioni sociali e/o il proprio comportamento sociale. Può essere utilizzato per valutare anche persone sane e in salute;
- L'ESI non è appropriatamente utilizzato nel caso la persona abbia meno di due anni; non faccia nessun tentativo di comunicare; non usi il linguaggio verbale o dei segni.
- Può essere somministrato in un'ora o meno;
- Può essere utilizzato in ogni ambiente rilevante e familiare alla persona valutata (setting clinico o comunitario);
- I risultati dell'ESI possono essere interpretati sia da una prospettiva criterio-dipendente che normo-correlata;
- I risultati dell'ESI possono essere utilizzati per documentare la qualità baseline della interazione sociale, l'efficacia degli interventi di TO e i cambiamenti nella



- qualità di interazione sociale nel tempo;
- L'ESI è stato standardizzato su un campione internazionale di 6552 persone con o senza condizioni di disabilità o diagnosi mediche;
- In Italia, è stato soggetto della tesi di master all'Università di Umeå della dr.ssa Tamara Zamparo che, supervisionata dalla prof.ssa AG Fisher, ha verificato che l'ESI è uno strumento valido nel valutare la qualità di interazione sociale in Italia, in quanto dalla comparazione tra le medie normative e le medie di un campione di persone sane ed in salute è emerso che le prime possono essere utilizzate quali riferimenti secondo una prospettiva criterio-dipendente e normo-correlata. Inoltre si è evidenziato che non vi è rischio di DIF per le voci di abilità dell'ESI e la tipologia di interazione sociale osservata e quindi, in riferimento a studi precedentemente pubblicati, tale ricerca conferma l'assenza di bias cross-culturali.

#### Chi può somministrare l'ESI?

L'utilizzo valido ed affidabile dello strumento richiede che il terapeuta occupazionale abbia frequentato e superato lo specifico corso di formazione sulle procedure standardizzate di somministrazione e il successivo percorso di calibrazione.

#### Riferimenti bibliografici

AG Fisher & LA Griswold (2013), Evaluation of Social Interaction (3rd Edition), Three Star Press, Inc.  
<http://www.innovativeotsolutions.com/content/>

**Per ulteriori informazioni e preiscrizioni:**  
[esi2014.sito@terapiaoccupazionale.it](mailto:esi2014.sito@terapiaoccupazionale.it)

**G  
i  
T  
O**

# hai un'azienda o una società di servizi e vuoi promuoverla nel G.I.T.O.?

*Se possiedi un'azienda o società di servizi e vuoi promuoverla all'interno del Giornale Italiano Terapia Occupazionale ti basta contattarci alla mail [tesoreria.sito@terapiaoccupazionale.it](mailto:tesoreria.sito@terapiaoccupazionale.it) e chiederci informazioni. I costi, in questo particolare periodo storico, sono veramente contenuti e la tiratura della rivista (circa 1000 contatti ad esperti del settore sanitario) permettono una buona visibilità a prezzi davvero contenuti.*

Pubblicità formato cartolina	€ 50 + iva 22%
Pubblicità formato mezza pagina	€ 100 + iva 22%

Gi  
TO

# ricordati di sostenere la tua professione

Rinnovando il tuo sostegno alla Società Tecnica/Scientifica ha lo scopo di promuovere, sostenere e svolgere la formazione, la ricerca in Terapia Occupazionale, la promozione della professione e la divulgazione del giornale italiano di terapia occupazionale Essendo Socio della Società Tecnica/Scientifica Italiana di Terapia Occupazionale partecipi allo sviluppo della tua professione. Essere Socio è contribuire a migliorare la nostra rappresentatività nell'ambito della ricerca e della formazione. Essere socio vuol dire poter esprimersi e condividere la programmazione annuale dei vari progetti, corsi e tematiche del GITO con i tuoi rappresentanti del Consiglio Direttivo. In questo modo si potrà formare una rete tra noi terapisti occupazionali che porterà a maggiore informazione, maggiore partecipazione, maggiori discussioni inerenti alla professione e, perché no, portare il proprio contributo all'interno delle riunioni delle varie Sezioni Regionali AITO/SITO. Se desideri mettere a disposizione le tue competenze e la tua motivazione,

contattaci ed inserisciti nei progetti della Società Tecnica/Scientifica Italiana di Terapia Occupazionale fatti conoscere tramite la nostra mail: [segreteria.sito@terapiaoccupazionale.it](mailto:segreteria.sito@terapiaoccupazionale.it) Sei interessata a sviluppare e diversificare le tue proprie competenze? Allora diventa membro attivo della SITO e rinnovi la quota Socio SITO/AITO/WFOT. Le nuove iscrizioni possono essere inoltrate in qualsiasi periodo dell'anno. Il richiedente seguirà le indicazioni riportate qua: <http://www.aito.it/aito/iscriviti>

**I Rinnovi:** Per essere in regola con la iscrizione, il socio deve provvedere a versare la quota annuale entro il 31 Marzo di ogni anno. Chi non ha rinnovato l'iscrizione entro il 31 marzo, ma vuole mantenere lo status di socio, pagherà 70 euro anziché 62 euro. Chi rinnoverà dopo il 31 maggio pagherà 70 euro, ma non riceverà il codice di iscrizione WFOT (La Federazione Mondiale accetta le iscrizioni solo entro il 31 maggio di ogni anno).

Procedura per Quote di iscrizione S.I.T.O./A.I.T.O./W.F.O.T. per l'anno 2014  
Socio ordinario: 62,00. Socio Studente: 12,00. €  
Modalità di pagamento Le iscrizioni /rinnovi dovranno essere effettuati ESCLUSIVAMENTE tramite bonifico bancario intestato a:  
AITO – (ASS. ITALIANA TERAPISTI OCCUPAZIONALI)  
POSTE ITALIANE - BANCO POSTA UFFICIO PUTIGNANO CENTRO  
IBAN: IT 12 P 07601 04000 00100 2240 156  
N.B.: specificare nella causale di versamento se si intende "rinnovare" o se si tratta di una "prima iscrizione" senza dimenticare il proprio nome e cognome e mail.

## Norme per la pubblicazione

### 1. Norme ed indicazioni generali

L'articolo deve essere redatto in lingua italiana o inglese.

L'articolo non deve superare indicativamente le 10 pagine esclusi grafici, tabelle, illustrazioni e bibliografia.

Il testo e gli eventuali allegati devono essere spediti in formato pdf non protetto.

Il testo e gli eventuali allegati devono essere spediti in duplice copia:

- Una copia comprensiva dei nominativi degli autori;
- Una copia non comprensiva dei nominativi degli autori (forma anonima).

La spedizione va effettuata unicamente via posta elettronica all'indirizzo: [redazione.gito@terapiaoccupazionale.it](mailto:redazione.gito@terapiaoccupazionale.it)

### 2. Caratteristiche del testo

Il carattere che deve essere utilizzato è il Times New Roman e va impiegato secondo le seguenti modalità e grandezze:

- Titolo Articolo: grandezza 14 in grassetto;
- Sottotitolo Articolo: grandezza 14 non in grassetto;
- Testo di qualsiasi entità: grandezza 12;

L'interlinea da utilizzare deve essere singola.

I margini della pagina devono essere pari a 3 cm in tutte le direzioni.

### 3. Struttura dell'articolo

L'articolo va suddiviso nelle seguenti parti:

- Introduzione;
- Obiettivo;
- Materiali e Metodi;
- Risultati.

L'articolo deve essere composto da: pagina con il titolo, pagina/e con il testo, bibliografia e parte comprensiva di illustrazioni, grafici e tabelle. Le modalità di compilazione sono sotto riportate:

#### 3.1 Pagina con il titolo

1. Titolo;
2. Sottotitolo;
3. Nome puntato e Cognome per esteso degli autori;
4. Istituzione di appartenenza e ruolo di ogni singolo;
5. Indirizzo/i e-mail;
6. Riassunto breve (non più di 300 parole, strutturato in paragrafi che rispecchiano le sezioni del testo);
7. Parole chiave.

#### 3.2 Pagina/e con il testo

#### 3.3 Bibliografia

Nel testo occorre sempre riferire ad un autore quando si esprime un parere o un dato e l'anno in cui è uscito il libro o l'articolo scientifico. Si possono dare le indicazioni in due modi diversi:

esempio 1: ... nel contesto di lavoro di oggi la opinione di alcuni autori è che ... (Rossi, 1990) oppure ... esso rappresenta anche un involucro protettivo per gli altri tre muscoli sopra citati ... (Kapandji, 1974). In entrambi i casi l'autore e l'anno di pubblicazione è riferito tra parentesi.

esempio 2: ... come affermato da Davidson (1988), è possibile vedere strategie di recupero nei soggetti ... In questa modalità l'autore fa parte del testo e solo l'anno di pubblicazione è messo tra parentesi.

Un libro può avere uno o più autori, occorre segnalarlo in modo preciso:

(Rossi, 1990) - un autore di un libro  
(Rossi e Bianchi, 1990) - due autori dello stesso libro  
(Rossi et al., 1990) - più di due autori dello stesso libro  
(Rossi, 1990, Bianchi, 1992) - più libri che esprimono lo

stesso parere.  
(Rossi, 1990a, Rossi, 1990b) – più libri scritto dallo stesso autore scritti nello stesso anno: a e b

**3.4 Illustrazioni, grafici e tabelle**  
Devono essere corredati da didascalia e citati progressivamente nel testo con numerazione romana;  
I grafici e le tabelle devono avere tutte le linee in nero, sufficientemente marcate da poter essere riprodotte correttamente in fase di stampa; devono altresì essere comprensibili e completare il testo evitando inutili ripetizioni;  
Tutte le immagini vanno inserite su file a parte in formato jpeg;  
Nel momento della spedizione illustrazioni, grafici e tabelle devono essere allegati al testo su uno o più files a parte.

#### 4. Bibliografia

Le voci citate nel testo dovranno essere riportate, in ordine alfabetico, secondo le regole qui esemplificate:  
Citazione di libri: es. Autore (Anno): Titolo, Casa Editrice, Sede;  
Citazione di libri tradotti: es. Autore (Anno 1): Titolo, Casa Editrice, Sede, Anno 2 [nota: Anno 1 si riferisce all'anno di pubblicazione del testo originale; Anno 2 si riferisce all'anno di pubblicazione del testo tradotto];  
Citazione di un articolo di rivista: es. Autore 1, Autore 2 (Anno): Titolo, Volume, Fascicolo e Pagine di riferimento;  
Citazione di un articolo scientifico: es. Autori, Titolo, Anno.

#### 5. Responsabilità dell'autore e firma

Prima di procedere alla pubblicazione di ogni manoscritto, tutti gli autori dovranno fornire un documento scritto in cui si attesta la paternità responsabile di ciò che viene consegnato in redazione.

Ogni autore o co-autore dovrà dichiarare se ha ricevuto finanziamenti per i materiali citati all'interno dei testi o se sono presenti forme contrattuali al riguardo. Questa

informazione verrà trattata come riservata e privata.

#### 6. Modifiche

L'accettazione dei lavori è prettamente subordinata al parere del Comitato di Redazione che si avvarrà anche di una o più revisioni dei singoli articoli da parte del Comitato di Lettura.

La proprietà dei lavori pubblicati è riservata al G.I.T.O.. I lavori ed il materiale iconografico, anche se non accettati per la pubblicazione, non verranno in alcun modo restituiti.

La redazione si riserva di modificare la grafica ed il testo dell'articolo unicamente per poter garantire uniformità e consistenza stilistica.

Le bozze dei manoscritti accettati che saranno inviate per la correzione all'autore dovranno essere restituite al Comitato di Redazione tassativamente entro 10 giorni per evitare ritardi imprevedibili ed estranei alle esigenze editoriali di pubblicazione.

#### Membri Comitato di Lettura

Cerioti Laura  
Andrellini Fabiola  
Pizzorni Mirna  
De Tommasi Wilma  
Palombi Alessandra  
Diaz Triana Luz Janeth

Barbara Baccella  
Luisa Martelli  
Carolina Gibertoni  
Julie Cunningham  
Diletta Pisaniello

G  
I  
T  
O

# Non perdetevi il prossimo numero del Giornale Italiano di Terapia Occupazionale!

## “Migliorare la pratica: gli anziani”

*Per questo tema potete inviare articoli riguardanti la pratica in campo geriatrico (es. valutazione, rientro al domicilio, sicurezza personale/ambientale, interazione sociale, aspetti emotivi..)*

*Non dimenticate di consultare le “norme per gli autori” prima di redigere il vostro articolo e inviate i vostri lavori a:  
redazione.gito@terapiaoccupazionale.it  
dir.scientifico.gito@terapiaoccupazionale.it  
(per ulteriori informazioni)*

*La redazione invita tutti i lettori ad utilizzare la sezione pensieri/comunicazioni per esprimere osservazioni, note, commenti relativi agli articoli pubblicati nel numero precedente, allo scopo di favorire una maggior conoscenza e approfondimento dell'argomento trattato.*

# GIORNATA NAZIONALE DEL TERAPISTA OCCUPAZIONALE

ORGANIZZAZIONE



PATROCINIO



ROCCAPEMONTI (SA) 24 MAGGIO 2014

**IL TERAPISTA OCCUPAZIONALE  
ambiti, ruoli e competenze  
nel processo riabilitativo  
e nei contesti socio-sanitari**

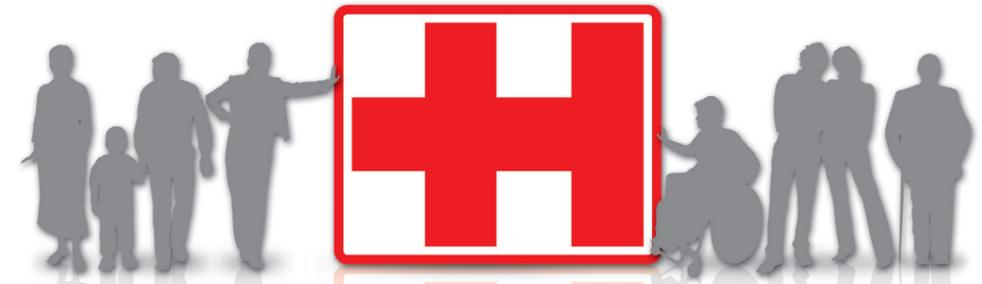
Convegno organizzato in collaborazione con la  SILDA s.p.a.

**Info: 24maggio2014@aito.it - 081 5144117**

Crediti ECM richiesti

[www.aito.it](http://www.aito.it)

Sanità • Assistenza • Disabilità • Terza età



## EXPOSANITA'

19ª mostra internazionale al servizio della sanità e dell'assistenza

21 • 24 maggio 2014

Bologna • Quartiere Fieristico

Visita lo stand e partecipa ai workshop



MAGGIORI INFORMAZIONI SU

[www.aito.it/expo2014](http://www.aito.it/expo2014)

**RICHIEDI IL TUO BIGLIETTO DI INGRESSO A\***

[expo2014@aito.it](mailto:expo2014@aito.it)

\*Biglietti omaggio fino ad esaurimento

[exposanita@senaf.it](mailto:exposanita@senaf.it)



[www.exposanita.it](http://www.exposanita.it)

Progetto e direzione:



Gruppo  tecniche nuove

*Gi*  
TO