

# LA RIABILITAZIONE EQUESTRE IN NEUROPSICHIATRIA: PERCORSI, MODELLI, VALUTAZIONI

## INTRODUZIONE

### RIABILITAZIONE EQUESTRE E RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

*Stefania Cerino*

La Riabilitazione Psichiatrica, nel senso più attuale del termine, è, nel nostro paese, figlia diretta della legge 180/78, che, aprendo definitivamente le porte dei manicomi, ha posto la comunità di fronte al problema dell'accoglienza e del "contenimento" della follia in un'ottica decisamente diversa da quella istituzionale che era stata fino ad allora – tranne rare eccezioni -l'unica con cui si rapportava la malattia mentale.

Certamente, attività occupazionali e di ergoterapia sono state da sempre presenti all'interno delle mura manicomiali, ma gli intenti erano più quelli di occupare spazi e tempi comunque carichi di angosce e deliri, piuttosto che di ri-/trovare uno spazio "sociale" per tutta quella parte di devianza cui fino ad allora si era risposto con l'esclusione ed il ricovero (coatto). Se la malattia mentale non è una porta che si chiude per sempre al mondo, ma solo una fase drammatica della propria esistenza, allora da quello spazio buio si può anche risalire alla luce e ritrovare il proprio ruolo e la propria collocazione sociale.

La malattia mentale, in senso generale, intacca profondamente l'immagine del Sé, la struttura dell'Io, la capacità relazionale ed affettiva dell'individuo: ma anche il più "folle" dei malati conserva dentro di sé delle parti sane, ed è dal conflitto estremo in cui ambedue le parti si trovano trascinate, che nasce l'angoscia "indicibile" che costituisce parte del drammatico vissuto della follia.

La Riabilitazione Psichiatrica ha come obiettivo fondamentale di ricostituire quell'unità psichica e relazionale che la "malattia" ha violentemente interrotto, di offrire al paziente qualcosa che non è solo la remissione farmacologica del sintomo, ma un sostegno alla persona nella sua interezza di "uomo", in modo da facilitare il suo reinserimento nella comunità dei "normali" da cui la malattia l'ha escluso.

Finchè alla follia non v'è stato altro rimedio che la istituzionalizzazione, il problema dell'autonomia del malato è rimasto sullo sfondo: in effetti l'istituzione totale, per quanto "madre cattiva" era pur sempre "madre" e, quantomeno, si faceva carico dei bisogni primigeni. L'apertura definitiva dei manicomi, ed il disposto legislativo che di fatto non concedeva più se non brevi e temporanei ricoveri in SPDC, comunque all'interno di un "normale" Ospedale, non più in una struttura separata e separante, ha posto non solo i malati, ma soprattutto gli operatori della salute mentale, davanti al problema di far convivere il paziente psichiatrico con le sue disabilità che, in senso psichiatrico, non vanno tanto intese come disfunzionalità

cerebrali o neuropsicologiche, quanto come difficoltà a relazionarsi con determinate parti del Sé e, conseguentemente, con il mondo esterno.

Si comprende allora come gli interventi riabilitativi in psichiatria debbano essere studiati, organizzati e gestiti al meglio; come debbano essere “ampi” e “rassicuranti”; come debbano coinvolgere non solo un gran numero di figure specialistiche, ma anche soprattutto famiglia, scuola ed ambiente di lavoro, perché la ri/costruzione psicologica ha bisogno di supporti, riferimenti, confronti.

La Riabilitazione Psichiatrica è basata soprattutto sulla ri/costruzione di una relazione empatica (con il Sé, l'Altro da Sé) che la malattia ha bruscamente interrotto o deviato. Per ri/costruire c'è bisogno di uno “spazio” adeguato, che è lo spazio “terapeutico” e “riabilitativo” all'interno del quale il paziente può (re)incontrare le sue parti malate e separarsi e differenziarsi da esse, ritrovando la sua identità. Come scrive Resnik “ ..il fondamento di ogni separazione è il lutto, cioè il sentimento penoso di abbandonare uno stato di sicurezza, un modello familiare, per entrare in uno spazio non conosciuto”.

La “guarigione” o il “miglioramento” sono fasi di “separazione” dalla malattia e dalla sua comunque “rassicurante” presenza.

L'ingresso nello spazio terapeutico riabilitativo mette in contatto con quello spazio sconosciuto che attrae e respinge allo stesso momento e che permette attraverso l'adeguata elaborazione del lutto, di “separarsi” dalle parti malate per andare incontro ad un nuovo orizzonte ontologico.

Lo spazio terapeutico riabilitativo è, nel nostro caso, quello ,apparentemente atipico, di una scuderia, dove l'incontro con l'Altro è mediato e vissuto attraverso la relazione empatica costruita grazie alla presenza del cavallo.

Figura mitica e simbolica esso fu ritenuto venerabile in tutte le antiche religioni: Poseidone, Demetra ed Artemide erano Dei così detti “Hippios” (cavallini), poichè a loro era associato l'animale nobile e terribile per eccellenza, cioè il cavallo. Quattro cavalli conducono il carro del sole nella mitologia greca, due in quella celtica, dove il cavallo è anche simbolo di morte.

Pegaso, Bucefalo, i Centauri, le Amazzoni, tantissime le figure mitiche cui il cavallo è associato con connotazioni ad un tempo positive e negative; simbolo di regalità e di forza, ma anche animale mite e “domestico”: una presenza, comunque, “importante”.

Nella Riabilitazione Psichiatrica il cavallo può giocare un ruolo significativo. Prima di tutto sottrae i pazienti al circuito pre-definito “ambulatorio- casa famiglia- servizio sociale”, dove le poche occasioni di vivere esperienze diverse sono il laboratorio di ceramica o la partita di calcio. Per conoscere, montare , lavorare con un cavallo bisogna interagire con il suo ambiente, comprendere i suoi codici comportamentali, porsi da un punto di vista che non è quello abituale del soggetto e dove è necessario apprendere delle abilità non usuali: in una parola bisogna creare una relazione che sia ad un tempo comportamentale ed empatica.

In effetti mi sembra interessante notare come si possano individuare delle “analogie” nei vissuti dei pazienti psichiatrici in riabilitazione e dei cavalli scuderizzati. I pazienti provengono da un vissuto chiuso e perturbante come è quello della malattia mentale; spesso hanno alle spalle ricoveri, anche in TSO, quindi in ambienti protetti dove sono posti sotto “tutela” e non possono agire liberamente le proprie pulsioni, in quanto “patologiche”. I cavalli scuderizzati sono a loro volta “istituzionalizzati” in un ambiente ben diverso da quello del loro mondo di origine; la scuderia ha una vita con “regole” e “leggi”, che non sono certo

quelle ancestrali del branco. Per quanto trattato ed accudito nel migliore dei modi possibili, il cavallo che vive la vita di scuderia è comunque in una situazione di stress.

L'incontro tra paziente e cavallo non dà però come risultato la somma di due situazioni di stress: anzi facilita la liberazione di tutte quelle energie libidiche e pulsionali che, trasformate in vissuti emozionali, costituiscono la base della relazione terapeutica in Riabilitazione Equestre con pazienti psichiatrici.

La relazione empatica tra uomo e cavallo che si stabilisce nella riabilitazione equestre è l'elemento fondante di un incontro terapeutico dove si andranno a ritrovare e sviluppare, tramite il livello ludico della riabilitazione equestre, le parti infantili del proprio Sé, quelle legate a comportamenti e vissuti pre-verbali od alle prime verbalizzazioni. E' dal recupero di queste parti "infantili" e "giocose" che può partire il processo creativo, quindi vitale, che si concretizza poi nella relazione empatica e nell'incontro con l'Altro.

Il cavallo diventa così uno spazio extracorporeale che, tramite i meccanismi di identificazione proiettiva, consente di esplorare lo spazio dell'Altro e grazie al suo ri /conoscimento di ritornare al proprio spazio corporeo, alla definizione dei propri confini, all'individuazione del proprio Io, a sua volta capace di costruire nuove e non più perturbanti relazioni emotive. Per lo psicotico l'esperienza del mondo esterno è quella di uno spazio aperto senza protezioni, dove è possibile perdersi e disintegrarsi. La difesa a tutto ciò è stata chiamata da Melania Klein "projection into an object", la possibilità cioè di abitare un corpo "altro".

Quando lo psicotico viene a contatto con il cavallo riacquista, in senso positivo, quel sentimento di potere che è stato offuscato dalla "guarigione" farmacologica che l'ha privato dell'onnipotenza delirante: egli riesce a trovare nuove valenze o a recuperare di vecchie e dimenticate, viene allontanato dalla prospettiva depressiva ed avviato sulla strada della riabilitazione che lo porterà a ritrovare e ricostruire un Io nuovamente in grado di sopportare il contatto con l'Altro.

Il transfert che viene agito nel setting della Riabilitazione Equestre, ove, al di là della coppia "canonica" paziente-terapeuta è presente un terzo, vivo, e pregnante elemento che è il cavallo, dà a quest'ultimo una funzione di contenimento, che è funzione essenzialmente "materna", tramite la quale le angosce ed i bisogni del paziente possono essere elaborati in accordo con la semiologia del loro incontro, che è "ricerca esplorativa permanente... su tutto ciò che succede tra loro nello spazio interpersonale" (Resnik).

Riabilitazione Equestre quindi come esperienza profondamente emotiva e coinvolgente, ben al di là dei semplici aspetti ludici ed occupazionali di altre forme di riabilitazione psichiatrica, che, utilizzata correttamente può aprire orizzonti vastissimi al recupero ed all'integrazione delle disabilità conseguenti alla malattia mentale.

Il Convegno di cui vi accingete a leggere gli atti, si è proposto proprio questo: essere un momento di confronto fra le esperienze presenti sul territorio nazionale, uno spazio di elaborazione di ricerche diverse, un tavolo propositivo da cui far nascere comuni percorsi di studio, riflessione e studio.

Un grazie particolare a tutti i relatori ed agli autori dei poster, che hanno voluto confrontare le loro diverse esperienze, con spirito critico e passione vivace, non solo per i loro ambiti di pertinenza scientifica, ma anche per il mondo equestre ed i suoi affascinanti ed, in parte, ancora misteriosi contenuti.

## BIBLIOGRAFIA

Resnik S. *Semeiologia dell'incontro*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1982

Winnicott D.W. *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Ed, Roma, 1974

Klein M. *La psicoanalisi dei bambini* Martinelli Ed., Firenze, 1970

Bion W.R. *apprendere dall'esperienza* Armando Ed., Roma 1970

Hume C., Pullen I. *La riabilitazione dei pazienti psichiatrici* Raffaello Cortina Ed., Milano 1994

Ferrara M., Germano G., *Riabilitazione psichiatrica* in Cassano G.B., Pancheri P., *Trattato Italiano do Psichiatria*, Masson, Milano 1993

Manfredi C., *Il Cavallo- La simbologia mitologica in Individuazione*, Associazione GEA, Genova

Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie *Die Arbeit mit del Pferden in Psychiatrie und Psychotherapie*, Deusches Kuratorium fur Therapeutises Reite, Warendorf, 2005

De Lubersac R., Lallery H., *Rieducare con l'equitazione*, IGIS ed, Milano 1977

Cerino S. *Empathic relationship between men and horses in Therapeuti Riding*, EAAP Horse Commission, Horse web-net

Cerino S., *The importance of the setting in Therapeutic Riding with autistic patients*, Book of Abstracts, 60<sup>TH</sup> EAAP European Meeting, Weningen Academi Publishers, The Netherlands, 2009

Dott.ssa Stefania Cerino, Specialista in Psichiatria, Psicoanalista, Responsabile Dipartimento Riabilitazione Equestre F.I.S.E., Roma

## **Equine Facilitated Psychotherapy : un intervento sperimentale o una conferma ?**

*Massimo FRASCARELLI*

Nell'ambito degli interventi terapeutici assistiti con animali viene proposta da alcuni operatori, soprattutto Nord Americani, la " Equine Facilitated Psychotherapy" (EFP). Si tratta di un approccio psicoterapeutico effettuato, sfruttando il cavallo, al fine di realizzare uno studio dei sentimenti e dei comportamenti in interpretazione clinica rispetto a soggetti in condizione di disturbo psicopatologico. Il trattamento si differenzia quindi dall' "Ippoterapia" che è un intervento riabilitativo operato in ottica di Terapia Fisica, Psicomotoria ed Occupazionale e dall' "Apprendimento assistito ( o facilitato) dagli equini" che è studio dei sentimenti e dei comportamenti in un ottica pedagogica od educativa.

Dal 1996 all'interno della North American Riding for the Handicapped Association Inc (NARHA) esiste quindi l' Equine Facilitated Mental Health Association che conta attualmente circa mille operatori. Poiché la tecnica d'intervento è relativamente recente la maggior parte dei ricercatori che si sono occupati di questo argomento considera la "EFP" ancora la terapia in fase sperimentale, tuttavia comincia ad essere consistente la letteratura che evidenzia i benefici effetti di questo approccio terapeutico. In Italia non sono molti gli operatori che se ne sono occupati ma è doveroso ricordare almeno una recente relazione sull'argomento e le esperienze dei molti operatori che utilizzano il cavallo come mezzo terapeutico in differenti quadri psicopatologici(1-2-3) . La psicoterapia , come le altre scienze mediche, trova una validità d'applicazione solo se attuata con pratiche basate

sull'evidenza intesa come " l' uso delle evidenze derivate dalla ricerca insieme alle conoscenze cliniche e al proprio ragionamento al fine di produrre decisioni su interventi che siano efficaci " (4) Dall'analisi di quanto prodotto su riviste indicizzate dall'inizio del 2000 a tutt'oggi sono numerosi i lavori di "EFP" che hanno trovato collocazione . In particolare si segnalano i lavori su donne abusate (5), bambini con storie di violenza (6), psicopatologie posttraumatiche (7) bambini con problemi psicosociali (8), adulti in residenza assistita (9), bambini ADHD (10) Si segnala inoltre un importante studio multicentrico con dati ancora in discussione su bambini ed adolescenti con problemi di condotta (11). In generale ad una revisione della letteratura l'intervento sembra efficace nei soggetti che hanno subito abusi fisici o sessuali, nei casi di labilità emotiva, nei disturbi dell'umore, nel controllo delle pulsioni aggressive e nei soggetti con scarsa autostima e ridotto locus of control interno. Il problema in generale è che in assenza di tipologie standardizzate di trattamento e con un ridotto numero di lavori che danno misure di esito è difficile poter stabilire quali e quanti siano i benefici prodotti da questo approccio terapeutico. Inoltre, nel caso della EFP, è necessario considerare tra i criteri di valutazione oltre i risultati anche i costi individuali o sociali connessi con il trattamento (12). Si tratta quindi di valutare anche alla luce dell'evidenze psicobiologiche quale possa essere il valore aggiunto connesso a questo approccio terapeutico. Uno degli elementi che giustifica in generale l'opportunità d'intervento in Medicina Riabilitativa è collegato con due principi fondamentali psicofisiologici. L'uno afferma che "in un sistema biologico gli stimoli all'agire sono contesto dipendenti" l'altro che " la disfunzione si modifica in funzione dell'azione applicata" ; così il carattere dell'ambiente, il tipo di compito proposto, i mezzi utilizzati ed applicati sulle capacità operative residue segnano l'efficacia del recupero.

Fattori determinanti del miglioramento sono quindi gli ambienti (arricchiti , ottimizzati, informatizzati, ludici) , l'efficacia delle azioni proposte, l'adeguatezza dei mezzi utilizzati e la qualità della relazione terapeutica.

Rispetto all'"efficacia dell'ambiente" numerosi contributi sperimentali evidenziano come le capacità plastiche del sistema nervoso immaturo o patologico aumentano in efficacia nell'ambiente adeguato mentre, la deprivazione di attività derivata da un ambiente ipostimolante, impoverisce lo sviluppo neurologico , psicologico, immunitario, endocrino ed auxologico. La qualità dell'ambiente regola quindi lo sviluppo cognitivo, linguistico , sociale e produttivo del bambino così da poter affermare che un ambiente deprimente od ipostimolante ha un alto costo sociale ( 13).

Rispetto all'"efficacia delle azioni proposte" la neurofisiologia non fa altro che confermare quanto intuitivamente era già da tempo conosciuto : il movimento svolge un utile effetto sui processi di omeostasi psicologica. Un ruolo particolarmente importante sembra essere attuato dal nucleo laterale dell'abenua che svolge una funzione di connettore d'impulsi emotivi derivati dal sistema limbico e d'impulsi motori derivati dai gangli della base intervenendo poi nella regolazione del sistema

dopaminergico e serotoninergico (14) L'attività motoria regola quindi i meccanismi connessi con lo sviluppo cognitivo ed emotivo e riduce l'intensità degli stress (15). Rispetto all'"efficacia dei mezzi utilizzati" l'etologia umana e la psicobiologia hanno ampiamente dimostrato la positiva influenza degli animali nei confronti della salute mentale della specie umana e l'Organizzazione Mondiale della Sanità considera gli animali domestici come qualificatori della relazione e del sostegno sociale (ICF). Il senso di benessere individuale appare quindi strettamente dipendente con la capacità di relazionarsi positivamente con l'ambiente naturale e con gli animali (biofilia) (16). L'anomalo sviluppo del positivo rapporto con gli animali altera la salute mentale mentre, al contrario, le tecniche di trattamento che tengono conto della biofilia contribuiscono a creare positive strategie cliniche. ( 17) Cavallo, asino, cane, gatto o altri mammiferi rappresentano per la nostra specie fonte di emozione con positive ricadute nella possibilità d'applicare l'animale anche come mediatore di una relazione psicoterapeutica. Rispetto alla "qualità della relazione terapeutica" la "EFP" sembra rappresentare, per gli psicoterapeuti che l'hanno sperimentata, un valore aggiunto ad integrazione delle tecniche di psicoterapia più tradizionali. La relazione terapeutica con il cavallo è stata da alcuni considerata come un'esperienza esistenziale con un biofeedback attento e relazionale capace di produrre positivi fenomeni di transfert (18) Altri hanno evidenziato come il lavoro con il cavallo, consente di abbattere più rapidamente le barriere difensive dell'assistito così da sviluppare nuove prospettive nell'interpretazione dei propri problemi e delle proprie modalità comportamentali (19)

In molti evidenziano poi come l'uso del cavallo consenta di sfruttare la metafora e di realizzare un copione ( l'equitazione come un teatro) (20) Per alcuni operatori di scuola psicanalitica il lavoro del terapeuta (super ego) si caratterizza nel mostrare all'assistito (Ego) come controllare il cavallo (Id) senza ridurre la vitalità (21,22). In un ottica relazionale il cavallo ha la capacità d'interpretare il linguaggio del corpo ed il cavaliere ha la capacità di sperimentare l'efficacia della sua comunicazione e del suo comportamento (23).

In sintesi il cavallo in "EFP" è specchio delle emozioni capace di comprendere il linguaggio del corpo, è possibile utilizzarlo come metafora per studiare e far comprendere le emozioni, può diventare generatore di "problem solving" oppure contribuire a ridurre gli stati d'emozione. L'intervento con il cavallo restituisce fiducia alle capacità mentali e fisiche dell'assistito mentre arricchisce il terapeuta di un mezzo interattivo su cui promuovere proiezioni ed identificazioni (24,25) Nell'ambito della Neuropsichiatria infantile è indubbio che il cavallo può svolgere un ruolo importante rispetto al controllo della sfera emotivo-attentiva, dell'autostima, dell'ansia, dei disturbi di condotta e del controllo dell'aggressività ; sicuramente un ruolo positivo può essere anche svolto nell'ambito delle sindromi d'attaccamento e dei disturbi oppositivi (26,27,28). Un compito

fondamentale per un Neuro-psichiatra dell'infanzia è quello di diminuire i rischi psicopatologici nei soggetti con difficoltà psicosociali tenendo conto che la Depressione infantile è spesso un sintomo negativo per il futuro stile di vita per la perdita delle interazioni e degli interessi vocazionali .

Nell' osservazione psicofisiologica "un' azione è rinforzata dal gradimento" ; la ricerca di gradevoli opportunità terapeutiche passa anche attraverso il recupero della giocosità. Qualunque pratica terapeutica deve quindi offrire stimoli di riferimento capaci d'indurre motivazioni ludiche. Per un operatore che tratta un bambino con problemi psicopatologici il gioco costituisce nello stesso tempo un sistema di analisi comportamentale, una modalità di trattamento ed un sistema attraverso cui far sperimentare nuove sensazioni. In tal senso l'ambiente e la relazione terapeutica ludica, capace di stimolare la motivazione e di produrre autostima, possono costituire un elemento di attenuazione della frustrazione e dei vissuti di diversità che conducono al disagio psichico e all' emarginazione.

Gli equini sanno partecipare ai nostri giochi e costituiscono un ottimo mezzo di mediazione delle nostre difficoltà emotive perché consentono proiezioni, metafore ed elaborazioni simboliche che vanno dalla libertà e potenza del cavallo selvaggio all' armoniosa somma d'intelligenza e di forza espressa dalla mitica figura del centauro.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Pecora Gonella Pacchiotti S *Equine Facilitated Psycoterapy* **Acqui Terme 2009**
- 2 Cerino S *La riabilitazione equestre : un approccio per la personalità autistica* **Equidomizia 2009**
- 3 De Santis Chiara *REPORT FINALE DEL PROGETTO ReMII Fattorie Sociali 2008*
- 4 Baum CM, Law M. :*Occupational therapy practice: focusing on occupational performance.***Am J Occup Ther 1997 Jul-Aug;51(7):604.**
- 5 Quiroz Rothe, Eugenio, Beatrice Jimenez Vega, Rafael Mazo Torres, Silvia Maria Campos Soler, and Rosa Maria Molina Pazos. "From Kids and Horses: Equine Facilitated Psychotherapy for Children". **International Journal of Clinical and Health Psychology. 5:2 (2005): p.373-383.**
- 6 Schultz, M. (1999). *Remedial and psychomotor aspects of the human movement and its development: A theoretical approach to developmental riding.* **Scienti. C and Educational Journal of Therapeutic Riding, 44-57**
- 7 Yorke, J, Cindy A , Coody N. "Therapeutic value of equine-human bonding in recovery from trauma." **Anthrozoos 21.1 (March 2008): p.17.**
- 8 Vidrine M, Owen-Smith P, Faulkner P (2002) *Equine-facilitated group psychotherapy: Applications for therapeutic vaulting.* **Issues in Mental Health Nursing 23**
- 9 Nilson R (2004) *Equine-facilitated psychotherapy.* **Perspectives in Psychiatric Care 40(2): 42.**
- 10 Roberts F, Bradberry J, Williams C *Equine-facilitated psychotherapy benefits students and children.* **Holist Nurs Pract 18(1): (2004)**

- 11 MacDonald PM (2007) *The effectiveness of equine-facilitated therapy with at-risk adolescents: A summary of empirical research across multiple centers and programs.* Washburn University.  
<http://www2vet.upenn.edu/research/denters/cias/powerpoint/MacDonald.ppt>
- 12 Knudsen EI, *Economic, neurobiological and behavioral perspectives on building America's future workforce* **PNAS vol 103, n 27, 152-162,2006**
- 13 Li C *Effects of enriched environment and gene expression* **Brain Res Bull vol 71, n 6,568-577,200614**  
**Okhide Hikosaka, Susan R. Sesack, Lucas Lecourtier, Paul D. Shepard**
- Habenula: *Crossroad between the Basal Ganglia and the Limbic System* **The Journal of Neuroscience, November 12, 2008 • 28(46):11825–11829 • 11825**
- 15 Deslandes A, Moraes H, Ferreira C, Veiga H, Silveira H, Mouta R, Pompeu FA, Coutinho ES, Laks J. *Exercise and Mental Health: Many Reasons to Move.* **Neuropsychobiology. 2009 Jun 10;59(4):191-198.**
- 16 Fromm E. *The anatomy of human destructiveness.* New York: Holt, Rinehart & Winston: 366 1973
- 17 Christian Antonioli, Michael A Reveley *Randomised controlled trial of animal facilitated therapy with dolphins in the treatment of depression* **BMJ VOLUME 331 26 NOVEMBER 2005**
- 18 Karol, Jane. "Applying a Traditional Individual Psychotherapy Model to Equine-facilitated Psychotherapy (EFP): Theory and Method." **Clinical Child Psychology and Psychiatry. 12:1 (2007): 77-90. 20 March. 2009**
- 19 Tyler, JJ. *Equine psychotherapy: Worth more than just a horse laugh. Therapy (1994)*
- 20 Esbjorn RJ *Dissertation for Institute of Transpersonal Psychology, Palo Alto, CA (2006)*  
Brooks SM *Animal-assisted psychotherapy. Working with Traumatized Youth in Child Welfare* New York, NY: Guilford Publications (2006)
- 21 Bates, A (2002) *Of patients & horses: Equine-facilitated psychotherapy.* **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 40**
- 22 Scheidhacker M, Bender W, Vaitl P *[The effectiveness of therapeutic horseback-riding in the treatment of chronic schizophrenic patients: Nervenarzt 62(5):2008*
- 23 Colclasure D (2004) *To greener pastures.* **American Fitness**
- 24 Cumella EJ, Simpson S *Efficacy of equine therapy: Mounting evidence (2007)*
- 25 Williams. C. (2004). *Equine-facilitated psychotherapy benefits students and children.* **Holistic Nursing Practice, 18, 32-35.**
- 26 Lentini JA & Knox MS (2008). *A Qualitative and Quantitative Review of Equine Facilitated Psychotherapy (EFP) With Children and Adolescents.* **International Journal of Psychosocial Rehabilitation. 13(1), 17-30**
- 27 Schultz PN, Remick-Barlow GA, Robbins L (2007) *Equine-assisted psychotherapy: A mental health promotion/intervention modality for children who have experienced intra-family violence.* **Health Soc Care Community 15(3): 265-71**
- 28 Frewin, Karen and Brent Gardiner. "New Age or Old Sage? A Review of Equine Assisted Psychotherapy". **The Australian Journal of Counseling Psychology. 6 (2005): p. 13-17.**

Prof. Massimo Frascarelli, Specialista in Neuropsichiatria Infantile e Fisiatria, Docente del Corso di Laurea in Fisioterapia, Università di Roma "La Sapienza"

## ***Efficacia dell'approccio biopsicosociale integrato all'ippoterapia con pazienti psicotici***

*Bisacco F., Pirfo E., Bisacco G.*

### **Introduzione**

Già nel 1983 una ricerca condotta dai due tra i più prestigiosi esperti di terapie psicosociali ( Ian R.H. Falloon e Robert P Liberman - *Schizophrenia Bulletin*, 1983, 4.), si concludeva con il seguente enunciato:

*“...vi sono prove crescenti secondo le quali interventi psicosociali basati sul modello <stress-diatesi> della schizofrenia potenziano l'efficacia dei farmaci nella terapia a lungo termine della schizofrenia. Le battaglie ideologiche che miravano a mettere in contrasto i relativi meriti dei farmaci e della psicoterapia sono state sostituite da sforzi per combinare gli effetti positivi di entrambi. La scelta della combinazione clinicamente ottimale è determinata da un'attenta valutazione delle caratteristiche della menomazione del paziente, dai suoi punti forti e dai suoi punti deboli a livello di personalità premorbosa, dai potenziali agenti stressanti e di supporto nell'ambiente del paziente, dalla farmacocinetica e dalla risposta individuale alla dose di ogni specifico neurolettico. Interventi che si rivolgono a specifiche menomazioni, disabilità e disturbi nel funzionamento del paziente e, che forniscono un training strutturato per innalzare la capacità del paziente a far fronte efficacemente alle difficoltà nel suo ambiente, appaiono più efficaci delle tradizionali psicoterapie psicoanalitiche, e possono rendere capace il paziente ad adattarsi alla vita*

*della comunità con meno neurolettici, eliminando così tutti i relativi rischi a lungo termine che questi farmaci comportano. Vi sono alcune prove che i farmaci antipsicotici possano, alcune volte, ridurre la capacità di apprendimento dei pazienti schizofrenici, ma questo effetto probabilmente è evidente solamente quando sono usati alti dosaggi dei farmaci. Alcuni reperti recenti indicano i vantaggi potenziali di dosaggi bassi, o persino intermittenti, specialmente in combinazione con interventi tesi a ridurre gli stress. Non è più sufficiente semplicemente reprimere i sintomi floridi della schizofrenia. I farmaci da soli non possono promuovere l'acquisizione di nuove abilità (skills) interpersonali o innalzare il comportamento di adattamento. Sono necessari interventi psicosociali per migliorare la competenza sociale e per fornire una efficiente riabilitazione del paziente schizofrenico a una vita sociale nella comunità”.*

Negli ultimi 25 anni, una grande mole di ricerche ha condotto gli psichiatri al progressivo abbandono delle posizioni antitetiche tra biologismo e psicogenetismo, consentendo il riconoscimento che l'emergenza della malattia mentale può essere ricondotta ad una serie di evenienze biologiche, psicologiche e sociali, all'interno di un modello basato sul concetto di vulnerabilità/stress.

Rispetto alle affermazioni dei due autori, riteniamo che oggi vadano fatte due importanti precisazioni. Per quanto concerne il modello “stress-diatesi” Perris nel suo volume “La psicoterapia cognitiva nel paziente difficile *Metis Lanciano, 1994*”, ha ampiamente dimostrato non essere corretto utilizzare un concetto rigido come *diatesi* - cioè di una predisposizione all'insorgenza del disturbo collegata ad una qualche presunta debolezza strutturale dell'individuo. Appare oggi infatti acclarato che la soglia di vulnerabilità, come si deduce dalla clinica e dalla psicopatologia, varia ampiamente durante il corso della vita della persona, proprio in relazione alle reciproche influenze tra eventi stressanti sul piano fisico, psichico e sociale.

Se poi il versante farmacologico è molto diversificato, gli interventi sul versante psicosociale, quando sono messi in atto, perlopiù non sono differenziati e vengono applicati, a seconda delle potenzialità di ogni Servizio ad una classe genericamente definita di “pazienti psicotici”.

Lo “stato dell’arte” ci consente invece di trattare specificamente sia pazienti affetti da psicosi (se facciamo riferimento all’asse 1 del DSM IV) sia pazienti con disturbo di personalità (se facciamo riferimento all’asse 2 del DSM IV).

### **Scopo del progetto**

Scopo del progetto di ricerca - azione attuato presso il Centro Internazionale del Cavallo è la valutazione dell’efficacia dell’ippoterapia in pazienti affetti da psicosi cronica o da disturbi di personalità seguiti dai servizi territoriali dei DSM Asl di Torino 2 e 3.

La caratteristica che consideriamo innovativa nella presente ricerca è la seguente: mentre tutti i trattamenti di sostegno psicosociale (token economy, social skills training, psicoeducazione) sono indirizzati alla riduzione dello stress mediante interventi sulle relazioni con l’ambiente esterno ed eventualmente sul rinforzo della gratificazione, qui si formula l’ipotesi, peraltro ampiamente dimostrata nella letteratura che concerne altre patologie di individui in età infantile o adolescenziale, che la relazione che nasce dal lavoro con il cavallo, si articola su di una ben più complessa serie di funzioni inerenti alla personalità.

### **Obiettivi**

Il progetto si sviluppa in due fasi principali e precisamente:

1° fase “a terra” - in questa fase si svilupperà il rapporto con il cavallo attraverso manualità svolte da terra finalizzate all’ottenimento dei seguenti obiettivi:

- a) Miglioramento delle modalità di rapporto

- b) Miglioramento delle dinamiche affettive
- c) Miglioramento delle competenze cognitive ed identificazione di deficit persistenti
- d) Individuazione di un' eventuale relazione tra entità del miglioramento e tipologia di disturbo

Alla luce del confronto tra i risultati attesi e quelli ottenuti, e tenendo conto dell'attitudine di ciascun paziente e del desiderio di continuare la relazione con il cavallo, verrà individuato un gruppo più ristretto di pazienti da sottoporre alla seconda fase.

2° fase "a cavallo" – questa fase si svolge successivamente, aggiungendo alle esperienze precedenti altre attività svolte in sella con i seguenti obiettivi:

- a) mantenimento della situazione acquisita
- b) miglioramento clinico – miglior controllo della sintomatologia in assenza di significative modificazioni della terapia farmacologica
- c) riduzione della terapia farmacologica durante l'esperienza
- d) riduzione della frequenza dei ricoveri
- e) autovalutazione del livello di soddisfazione individuale

## **Raccolta e analisi dei dati**

I dati raccolti nel corso dello studio sono i seguenti:

- Gambrill & Richey Assertion Inventory – Abilità sociali
- Toronto Alexithymia Scale T.A.S -20 – Somatizzazione
- SCL – 90 – Sintomatologia
- SF – 36 - Qualità della Vita

La raccolta dei dati significativi avverrà secondo le seguenti modalità:

T<sub>0</sub> - comprensione del soggetto nella sua totalità mediante una serie di test proiettivi, cognitivi e di valutazione della personalità con l'obiettivo di integrare la diagnosi psichiatrica tramite un approccio dinamico;

T<sub>1</sub> - T<sub>2</sub> - con lo stesso metodo verrà valutata la situazione attuale di ciascun paziente dopo quattro mesi ed al termine dell'esperienza.

Una raccolta di dati che si ritiene potrà essere significativa ai fini dello studio, sarà rappresentata dal seguente strumento:

al termine di uno dei due incontri settimanali gli **operatori equestri** compileranno una scheda di valutazione della modalità di relazione del binomio paziente-cavallo;

I dati relativi al paziente vengono inoltre messi in relazione alla reattività del cavallo valutata in una scala da 1 a 4:

- nell'atteggiamento nel box/ incontro con il paziente
- nella reazione al contatto/ pulizia
- nella conduzione a mano/ svolgimento degli esercizi

Per ciascun paziente verrà creato un profilo informatizzato con un database contenente il materiale raccolto e rivisto durante gli incontri con il supervisore.

## **Programma ed organizzazione**

### **Enti partecipanti:**

**Fondazione Centro Internazionale del Cavallo** - sede: parco Regionale "La Mandria" - c.na Rubbianetta - Druento (TO);

**"Bandolo O.N.L.U.S."** - sede: via Giolitti, 21 - Torino

**Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL2 di Torino** – sede: Ospedale “Amedeo di Savoia” corso Svizzera, 164 - Torino

Coordinamento dei **Dipartimenti di Salute Mentale dell'ASL3 di Torino** – sede:  
Via Martiri XXX Aprile , 30 - Collegno

**Luogo:**

Centro Internazionale del Cavallo, parco Regionale “La Mandria – c.na Rubbianetta  
– Druento (TO).

**Durata:**

1° fase - 5 mesi a terra

2° fase - 11 mesi a cavallo

**Frequenza:**

2 sedute alla settimana della durata di 45’

**Terapisti:**

- 8 cavalli del CIDC (di cui 2 di riserva)
- 12 operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale
- 6 (+2 di riserva) operatori del Centro Internazionale del Cavallo

**Pazienti:**

- 24 ( 12 partecipanti allo studio – 12 rappresentanti il gruppo di controllo) di età compresa tra i 18 e 40 anni affetti dalle patologie sopra descritte e aventi idoneità fisica all’attività equestre;
- provenienti dai servizi delle
  - o ASL 2 – Direttore Prof Elvezio Pirfo

- ASL 3 – Coordinatore dei DSM Prof Pier Maria Furlan

### **Osservazioni**

La raccolta dei dati relativi alle sedute ippoterapiche risulterà abbastanza difficile e complessa perché deve tenere conto sia delle prestazioni del cavallo, che risponde ad una serie di stimoli solo in parte controllabili, che dell'equilibrio psico-fisico del paziente in quel determinato momento.

Ruolo fondamentale è quello del riabilitatore equestre incaricato di mediare il rapporto tra il paziente ed il cavallo e di supportarlo nei momenti di paura o incertezza.

Risulta pertanto evidente che, nonostante l'intera equipe sia formata a svolgere il lavoro secondo una linea comune e condivisa, la valutazione deve tenere conto delle numerose variabili ambientali e comportamentali.

Al fine di ottenere risultati il più possibile oggettivi, particolare attenzione è stata messa in essere per quanto concerne il metodo di raccolta dei dati.

Come dimostrato dal notevole sforzo organizzativo necessario per impostare lo studio su un campione numericamente e qualitativamente rappresentativo e a supporto della volontà, forte, di ottenere risultati scientifici validi e propedeutici anche per eventuali ulteriori progetti di ricerca, si è deciso di affidare la valutazione e l'elaborazione dei dati a personale esterno specializzato in psicodiagnostica.

### **Bibliografia**

**Ian R.H. Falloon e Robert P. Liberman** - *Schizophrenia Bulletin*, 1983, 4.

**C. Perris** - La psicoterapia cognitiva nel paziente difficile, *Metis Lanciano*, 1994.

**WINNICOTT D.W.** in: Esplorazioni psicoanalitiche. *R. Cortina, Milano* 1995.

**Lucioni R.- Cova A. – Lucioni L.-** Ippoterapia - riabilitazione equestre e processi di sviluppo alla resilienza - *Edizioni Hualfin*, 2007

**Lucioni R.- Cova A. – Lucioni L.** - Pet-therapy ed Ippoterapia. - *Edizioni Hualfin*, 2007

**Fassino, Abbate Daga, Leombruni** - Manuale di terapia biopsicosociale, *Centro Scientifico Editore*, 2007

**G.Rezzonico, F. Lambruschi** (a cura di) - La psicoterapia cognitiva nel servizio pubblico, *collana di psicologia, Franco Angeli*

**Daniele Citterio-Nicolas** - Il cavallo come strumento nella rieducazione dei disturbi neuromotori, *Edizioni Mursia*, 1985

**Arsenio Veicsteinas, Generoso Melorio** – Handicap a cavallo, *Sport & Medicina*, m° 6 – nov-dic 1990, *inserto tecnico scientifico*

Dott.ssa Francesca Bisacco, Biologa, Centro Internazionale del Cavallo, Druento Torino

Dott. Elvezio Pirfo, Psichiatra, DSM Giulio Maccacaro, ASL TO 2

Prof. Giorgio Bisacco

## SCALA DI VALUTAZIONE NEUROMOTORIA MDR PER LA RIABILITAZIONE EQUESTRE

*Dott. Francesco Manfredi – TDR dott.ssa Emanuela Del Rosso  
CRE Aliante Polisport Onlus Bari*

### Premessa

Le scale di valutazione sono importanti in qualsiasi Progetto riabilitativo. Non si può prescindere da esse, in quanto un miglioramento o un peggioramento dallo stato iniziale non può essere testimoniato solo da espressioni tipo “è migliorato un pò”, “lo vedo meglio” ecc.

L’entità di un cambiamento verso lo stato di miglioramento deve essere documentata con parametri oggettivi e misurabili, con unità di misura universalmente riconosciute come per esempio l’ampiezza di movimento e il tempo.

Nel tempo, nello scenario internazionale del mondo della riabilitazione, sono state formulate diverse scale di valutazione, ognuna con un accento più marcato su un aspetto della disabilità (prettamente motorio, chinesiológico e articolare, oppure più cognitivo e relazionale): tutte valide nel loro ambito.

Anche nella Riabilitazione Equestre, come per qualsiasi momento del progetto riabilitativo, potremmo attenerci alle scale di valutazione riconosciute. Fondamentale è la quantificazione della situazione prima e dopo, quanto prima e quanto dopo il singolo trattamento e/o un periodo di trattamento, il che rappresenta la base di un progetto riabilitativo. Potremmo ad esempio valutare il bambino al tempo zero e quindi a 3-6-12 mesi ecc, ogni volta prima e dopo il singolo trattamento.

Otterremo così un quadro generale dell’evoluzione della condizione del bambino nel tempo. Tuttavia utilizzando scale di valutazioni tradizionali che si applicano in sedi sanitarie (Ospedali e Centri di Riabilitazione) non si considera l’abilità di eseguire gli esercizi prescritti, ma il risultato degli esercizi. Questa differenza, che può sembrare di poco significato, si rivela in realtà importante se consideriamo che il singolo esercizio non ha significato in sé, bensì è finalizzato al miglioramento del complesso sistema “bambino”, che nella Rieducazione Equestre, deve rapportarsi al “mezzo” cavallo e alla attività su di esso svolta.

Soffermandoci nella valutazione del risultato non sappiamo se il “procedimento” con cui si è giunti al risultato è stato applicato nel modo migliore possibile. Per fare un esempio, se valutiamo una torta estratta dal forno e questa non è soffice o cotta abbastanza o ha un sapore non gradevole, dobbiamo necessariamente risalire al “procedimento”. Quindi controlleremo se le “quantità” di zucchero e farina sono state adeguate, se i “tempi” di lievitazione e di cottura sono stati rispettati ecc. Al contrario dall’osservazione del procedimento, dai tempi e le quantità, dalla perizia dello chef, già possiamo renderci conto, presumibilmente, del risultato che avremo.

Parimenti nella R.E. è fondamentale valutare che gli esercizi sul cavallo seguano un “procedimento” ben definito. Quindi ci si potrebbe chiedere: ma se per noi è importante, per

esempio, che il bambino migliori la deambulazione o la posizione da seduto, perché dobbiamo valutare la sua postura e i suoi movimenti a cavallo? Non potremmo misurare il risultato?

Questa è una domanda lecita se non consideriamo che è proprio la postura e i movimenti a cavallo che devono essere “ottimizzati” per avere un migliore risvolto sul risultato, sulla armonizzazione del binomio cavallo/cavaliere e sulle modificazioni della postura.

Infatti grazie all’analisi dell’andatura del cavallo al passo, sappiamo che le sollecitazioni afferenti al tronco e al bacino del cavaliere sono sovrapponibili a quelle trasmesse dagli arti inferiori durante la fisiologica deambulazione. Quindi il cavallo come “simulatore di deambulazione” ha maggiore efficacia quanto più “l’assetto” del bambino in sella è adeguato, riuscendo così a percepire stimoli e sensazioni in modo corretto. Input che “corticalizzandosi” vengono rielaborati dal Sistema Nervoso Centrale: bagaglio che se acquisito diventa importante e propositivo nella educazione al cammino del bambino.

Quindi migliore è la postura a cavallo, migliore è la possibilità di beneficiare delle sollecitazioni “salutari”. Per questo è fondamentale misurare i tempi, gli angoli articolari, il tono muscolare, la rigidità articolare sul cavallo, da fermo e in movimento al passo: il quadro del binomio cavallo/cavaliere che se ne otterrà, con quella determinata postura, con quelle determinate misurazioni, farà indirizzare verso obiettivi raggiungibili con esercizi che devono essere mirati e impostati individualmente.

Il programma riabilitativo che ne risulterà sarà quindi commisurato alle reali capacità, competenze, posture del bambino e, necessariamente, dovrà cambiare nel tempo e da bambino a bambino, anche se affetti entrambi dalla stessa patologia, come, per esempio, cambieranno gli obiettivi se trattiamo un bambino affetto da tetraparesi spastica da esiti di Paralisi Cerebrale Infantile che comunque riesce ad avere una posizione di assetto adeguata rispetto ad un altro con stessa patologia ma con una impossibilità ad inforcare la sella in modo adeguato per una limitazione dell’abduzione delle anche.

Pertanto possiamo dire che “la posizione indirizza”, discernendo una persona dall’altra (pur con stessa patologia di base), indirizza il programma riabilitativo con i suoi obiettivi e, in parte, predice i risultati.

Altro parametro fondamentale da valutare è la situazione di assetto e postura analizzata e misurata su cavallo “fermo” che può variare anche solo dopo 5 minuti di andatura al passo, in quanto il rilassamento muscolare indotto dal movimento del cavallo comporterà una “nuova” situazione di assetto del bambino e, quindi, un nuovo “punto di partenza” del trattamento riabilitativo. Pertanto è bene che programma e obiettivi siano calibrati con una misurazione da fermo e in movimento. In tutto ciò comunque bisogna considerare le “variabili” che qualsiasi valutazione comporta: setting riabilitativo, rapporto con l’animale (ansie, paure, ecc.), la durata possibile del trattamento (al giorno o all’anno), rapporto con gli operatori, ecc.

Alla luce di tutte queste considerazioni è stata formulata la scala MDR la quale è finalizzata alla osservazione dei movimenti “globali” e finalizzati del bambino affetto da disturbi neuromotori a cavallo. Ciò perché la valutazione segmentaria analitica delle singole articolazioni spesso induce a false deduzioni. Per esempio la complessità di una sequenza di movimenti per l’afferramento di un bicchiere o delle redini, implica il coinvolgimento della spalla, del gomito, del polso, delle singole dita, che sono nell’insieme garantite da una abilità sequenziale coordinativa nei singoli distretti, supervisionati da una coordinazione oculomanuale che implica una armonizzazione di movimenti che vanno dalla postura del busto ai più piccoli movimenti delle dita.

Spesso troviamo bambini con una buona capacità articolare, di forza e coordinazione dei singoli distretti, ma incapaci di sommare le capacità per un fine determinato (es. prendere un bicchiere). Viceversa bambini con anchilosi articolari, difficoltà motoria dei singoli

distretti, riescono nel complesso ad armonizzare le singole funzioni articolari tanto da avere una sommatoria efficace per il raggiungimento dello scopo.

Quindi potremmo dire che una valutazione della somma delle funzioni singolarmente buone non necessariamente ci porta ad un risultato finale completamente buono. Di contro la somma di funzioni singolarmente discrete possono dare un risultato efficace. (es. la presa del bicchiere).

**Alcuni item vengono riproposti in movimento**, questo per due diverse ragioni. La prima è che si sfrutta il rilassamento indotto dal movimento del cavallo al passo per valutare le modificazioni immediate che questo induce sulle condizioni di spasticità/rigidità del bambino con deficit neuromotorio, nonché la maggior attitudine psicologica ad eseguire l'esercizio data dalla conoscenza e dall'adattamento alla nuova dimensione "cavallo".

La seconda è valida specie per gli item che riguardano la valutazione dell'equilibrio, in quanto si fornisce una base d'appoggio dinamica con la quale relazionarsi, nonché il parametro dell'altezza, che rappresentano una condizione del tutto esclusiva, non valutabile in altro modo.

**Tutti gli esercizi in movimento devono essere svolti esclusivamente al passo, su un percorso in rettilineo della lunghezza minima di 15 metri, e le valutazioni devono essere effettuate dopo 5 minuti di cammino o 3 giri di campo.**

La valutazione con la scala MDR prende spunto da scale internazionali (es Gross Motor, ICF) e valuta la complessità dei movimenti finalizzati ad una funzione a prescindere dalle singole deficienze della catena cinetica in questione, e si pone quindi a completamento di altre schede che valutino invece l'articolarietà e la forza dei singoli distretti.

La scala MDR prevede 90 Item, di cui 47 a cavallo fermo e 43 a cavallo in movimento al passo.

***La quantificazione prevede:***

- 0= non inizia
- 1= inizia ma esegue parzialmente (<10%)
- 2= esegue (fra il 10 e il 99%)
- 3= normalità

È importante che la valutazione avvenga, nel tempo, con meno variabili possibili (la misurazione richiede dei paletti logici) es.: stesse condizioni (ambiente, cavallo, ecc.), stessa sella (olimpica), stesso valutatore (meglio Tdr), ecc

<b>ISTRUZIONI PER IL CORRETTO SVOLGIMENTO DELLE PROVE</b>
---

- 1-2) L'esercizio può essere svolto o mediante la tecnica del maternage (laddove le condizioni del bambino lo rendessero necessario) o con l'ausilio del terapeuta da terra, che provvederà a sorreggere il tronco del bambino in modo da isolare il movimento del rachide cervicale.

- 3-4-5) La posizione di partenza si ottiene facendo chinare il bambino fino a toccare il corpo dell'animale, il collo sarà volto da un lato o dall'altro indifferentemente.
- 6) Per assetto si intende la posizione standard dell'equitazione, piedi nelle staffe, ginocchia nel quartiere, bacino inforcato al centro della sella, braccia addotte e aderenti al corpo con gomiti flessi a 90° e capo dritto. [foto] Laddove uno o più di questi parametri non possano essere rispettati (per es. per rigidità di una estremità) si prenderà come posizione d'assetto quella più simile possibile all'originale che conferisca comunque al bambino equilibrio e sicurezza a cavallo.
- 8-9) A seconda dell'altezza del bambino nella posizione supino la paletta della sella arriverà a un'altezza diversa lungo il rachide del bambino stesso. Laddove non fosse possibile effettuare questi item senza sella è bene sceglierne una che abbia la paletta più bassa possibile, in modo da non interferire con la capacità del bambino di svolgere la prova.
- 10-11) Il "giocattolo" può essere costituito da un qualsiasi oggetto di facile prensione e dimensioni contenute, in modo da rendere necessaria da parte del bambino, la focalizzazione di un obiettivo il più possibile preciso.  
Deve essere posto a 45° al lato del collo del cavallo (domando 10-11) o della groppa (domande 12-13) a una distanza pari al doppio della lunghezza dell'avambraccio del bambino, e a un'inclinazione verso il basso di 135° rispetto al busto.
- 36-37) Questi quesiti (come anche i precedenti 34 e 35) mirano a valutare la qualità del movimento globale finalistico dell'arto inferiore. La staffa deve essere allontanata dal corpo del cavallo [...]
- 38-39) Questo item valuta la forza dell'arto inferiore e l'equilibrio. La posizione di partenza si ottiene spostando il bacino del bambino lateralmente, facendolo poggiare esclusivamente sull'atro inferiore flessso.

<b>PARTE 1 : DA FERMO</b>
---------------------------

Questi item sono valutati a cavallo, nella posizione più simile possibile a quella di assetto, con sella olimpica

- |    |  |          |
|----|--|----------|
| 1) | sostenuto al torace del terapista, solleva il capo per 3 secondi:  | Seduto,  |
|    | 0. solleva   | Non      |
|    | 1. sollevare   | Tenta di |
|    | 2. parzialmente < 3 secondi  | Solleva  |
|    | 3. completamente > 3 secondi                                       | Solleva  |
|    |  | 0 1 2 3  |
| 2) | sostenuto al torace del terapista, solleva il capo per 10 secondi: | Seduto,  |
|    | 0. solleva   | Non      |
|    | 1. mantenere   | Tenta di |

2.		Solleva
	parzialmente < 10 secondi	
3.		Solleva
	completamente >10 secondi	0 1 2 3
3)		Seduto,
	sporto in avanti sul collo del cavallo, solleva il capo:	
0.		Non
	solleva	
1.		Tenta di
	sollevare	
2.		Solleva
	parzialmente < 5 secondi	
3.		Solleva
	completamente > 5 secondi	0 1 2 3
4)		Seduto,
	sporto in avanti sul collo del cavallo, solleva il tronco:	
0.		Non
	solleva	
1.		Tenta di
	sollevare	
2.		Solleva e
	mantiene < 5 secondi	
3.		Solleva e
	mantiene > 5 secondi	0 1 2 3
5)		Seduto,
	sporto in avanti sul collo del cavallo, solleva il tronco:	
0.		Solleva e
	ricade	
1.		Solleva con
	aiuto degli AASS 3 secondi	
2.		Solleva con
	aiuto degli AASS 10 secondi	
3.		Solleva
	senza aiuto	0 1 2 3
6)		Seduto,
	mantiene l'assetto senza sostegno delle braccia:	
0.		Non
	mantiene	
1.		Mantiene
	con un braccio	
2.		Mantiene
	senza sostegno degli AASS < 3 secondi	

3.	senza sostegno degli AASS > 3 secondi	Mantiene 0 1 2 3
7)	china in avanti a toccare il collo del cavallo, senza sostegno delle braccia:	Seduto, si
0.	china	Non si
1.	ma non si rialza	Si china
2.	si rialza aiutandosi con gli AASS	Si china e
3.	si rialza senza aiuto degli AASS	Si chine e 0 1 2 3
8)	estende il tronco fino alla posizione supino	Seduto,
0.	estende	Non
1.	poco e torna in posizione	Estende
2.	resta < 3 secondi	Estende e
3.	resta > 3 secondi	Estende e 0 1 2 3
9)	Supino, si alza per tornare in posizione d'assetto:	
0.		Non si alza
1.	piegando di lato e con l'aiuto degli AASS	Si alza
2.	sulla linea mediana con l'aiuto degli AASS	Si alza
3.	senza aiuto	Si alza 0 1 2 3
10)	china in avanti a prendere il giocattolo posto in basso a 45° a destra del collo del cavallo:	Seduto, si
0.	allunga il braccio	Non
1.	allungare il braccio ma non tocca	Tenta di
2.	braccio, tocca ma non afferra e torna in posizione	Allunga il
3.	giocattolo e torna in posizione	Afferra il 0 1 2 3

11)		Seduto,
	tocca il giocattolo posto a 45° a destra della groppa del cavallo:	
0.	allunga il braccio	Non
1.	allungare il braccio ma non tocca	Tenta di
2.	braccio, tocca ma non afferra e torna il posizione	Allunga il
3.	giocattolo e torna in posizione	Afferra il 0 1 2 3
12)		Seduto,
	torce il busto a toccare la groppa a destra:	
0.	non tocca	Non torce e
1.	la mano ma non torce	Tocca con
2.	tronco ma non tocca e ritorna alla posizione iniziale	Torce il
3.	tronco, tocca la groppa e ritorna alla posizione iniziale	Torce il 0 1 2 3
13)		Seduto, si
	china in avanti a prendere il giocattolo posto in basso a 45° a sinistra del collo del cavallo:	
0.	allunga il braccio	Non
1.	allungare il braccio ma non tocca	Tenta di
2.	braccio, tocca ma non afferra e torna il posizione	Allunga il
3.	giocattolo e torna in posizione	Afferra il 0 1 2 3
14)		Seduto,
	tocca il giocattolo posto a sinistra della groppa del cavallo:	
0.	allunga il braccio	Non
1.	allungare il braccio ma non tocca	Tenta di
2.	braccio, tocca ma non afferra e torna il posizione	Allunga il
3.	giocattolo e torna in posizione	Afferra il 0 1 2 3

15)		Seduto,
	torce il busto a toccare la groppa a sinistra:	
0.	non tocca	Non torce e
1.	la mano ma non torce	Tocca con
2.	tronco ma non tocca e ritorna alla posizione iniziale	Torces il
3.	tronco, tocca la groppa e ritorna alla posizione iniziale	Torces il 0 1 2 3
16)		Seduto, in
	posizione d'assetto, piedi fuori dalle staffe, estende l'anca destra:	
0.	( ___ )	Immobile
1.	( ___ )	$< 90^\circ$ (
2.	$135^\circ$ ( ___ )	$90^\circ < x <$
3.	$180^\circ$ ( ___ )	$135^\circ < x <$ 0 1 2 3
17)		Seduto, in
	posizione d'assetto, piedi fuori dalle staffe, estende il ginocchio destro: [si consideri l'angolo posteriore femoro-tibiale]	
0.	( ___ )	Immobile
1.	( ___ )	$< 90^\circ$ (
2.	$135^\circ$ ( ___ )	$90^\circ < x <$
3.	$180^\circ$ ( ___ )	$135^\circ < x <$ 0 1 2 3
18)		Seduto, in
	posizione d'assetto, piedi fuori dalle staffe, flette dorsalmente il piede destro: [si consideri l'angolo anteriore tibio-tarsico]	
0.	( ___ )	Immobile
1.	( ___ )	Equinismo
2.		$90^\circ$
3.	( ___ )	$< 90^\circ$ (
		0 1 2 3

- 19) Seduto, in  
posizione d'assetto, piedi fuori dalle staffe, estende l'anca sinistra :
0. Immobile  
( \_\_\_ )
1. < 90° (  
\_\_\_ )
2. 90° < x <  
135° ( \_\_\_ )
3. 135° < x <  
180° ( \_\_\_ ) 0 1 2 3
- 20) Seduto, in  
posizione d'assetto, piedi fuori dalle staffe, estende il ginocchio  
sinistro: [si consideri l'angolo posteriore femoro-tibiale]
0. Immobile  
( \_\_\_ )
1. < 90° (  
\_\_\_ )
2. 90° < x <  
135° ( \_\_\_ )
3. 135° < x <  
180° ( \_\_\_ ) 0 1 2 3
- 21) Seduto, in  
posizione d'assetto, piedi fuori dalle staffe, flette dorsalmente il  
piede sinistro: [si consideri l'angolo anteriore tibio-tarsico]
0. Immobile  
( \_\_\_ )
1. Equinismo  
( \_\_\_ )
2. 90°
3. < 90° (  
\_\_\_ ) 0 1 2 3
- 22) Seduto, in  
posizione d'assetto, piede controlaterale staffato, compie una  
flesso-estensione dell'anca destra senza reggersi:
0. Si  
destabilizza
1. Si regge  
con due mani
2. Si regge  
con una mano
3. Non si  
regge e riesce 0 1 2 3
- 23) Seduto, in  
posizione d'assetto, piede controlaterale staffato, compie una

flesso-estensione del ginocchio destro, senza reggersi:

- |    |                |          |
|----|----------------|----------|
| 0. | destabilizza   | Si       |
| 1. | con due mani   | Si regge |
| 2. | con una mano   | Si regge |
| 3. | regge e riesce | Non si   |
|    |                | 0 1 2 3  |

24)

posizione d'assetto, piede contro laterale staffato, muove il piede destro fuori dalla staffa, senza reggersi:

Seduto, in

- |    |                |          |
|----|----------------|----------|
| 0. | destabilizza   | Si       |
| 1. | con due mani   | Si regge |
| 2. | con una mano   | Si regge |
| 3. | regge e riesce | Non si   |
|    |                | 0 1 2 3  |

25)

posizione d'assetto, piede controlaterale staffato, compie una flesso-estensione dell'anca sinistra senza reggersi:

Seduto, in

- |    |                |          |
|----|----------------|----------|
| 0. | destabilizza   | Si       |
| 1. | con due mani   | Si regge |
| 2. | con una mano   | Si regge |
| 3. | regge e riesce | Non si   |
|    |                | 0 1 2 3  |

26)

posizione d'assetto, piede controlaterale staffato, compie una flesso-estensione del ginocchio sinistro, senza reggersi:

Seduto, in

- |    |                |          |
|----|----------------|----------|
| 0. | destabilizza   | Si       |
| 1. | con due mani   | Si regge |
| 2. | con una mano   | Si regge |
| 3. | regge e riesce | Non si   |
|    |                | 0 1 2 3  |

- 27) Seduto, in  
 posizione d'assetto, piede contro laterale staffato, muove il piede sinistro fuori dalla staffa, senza reggersi:
- |    |                |          |
|----|----------------|----------|
| 0. | destabilizza   | Si       |
| 1. | con due mani   | Si regge |
| 2. | con una mano   | Si regge |
| 3. | regge e riesce | Non si   |
|    |                | 0 1 2 3  |
- 
- 28) Seduto, in  
 posizione d'assetto, piede controlaterale non staffato, compie una flessione-estensione dell'anca destra senza reggersi:
- |    |                |          |
|----|----------------|----------|
| 0. | destabilizza   | Si       |
| 1. | con due mani   | Si regge |
| 2. | con una mano   | Si regge |
| 3. | regge e riesce | Non si   |
|    |                | 0 1 2 3  |
- 
- 29) Seduto, in  
 posizione d'assetto, piede controlaterale non staffato, compie una flessione-estensione del ginocchio destro, senza reggersi:
- |    |                |          |
|----|----------------|----------|
| 0. | destabilizza   | Si       |
| 1. | con due mani   | Si regge |
| 2. | con una mano   | Si regge |
| 3. | regge e riesce | Non si   |
|    |                | 0 1 2 3  |
- 
- 30) Seduto, in  
 posizione d'assetto, piede contro laterale non staffato, muove il piede destro fuori dalla staffa, senza reggersi:

0.	destabilizza	Si			
1.	con due mani	Si regge			
2.	con una mano	Si regge			
3.	regge e riesce	Non si	0	1	2 3
31)	posizione d'assetto, piede controlaterale non staffato, compie una flessione-estensione dell'anca sinistra senza reggersi:	Seduto, in			
0.	destabilizza	Si			
1.	con due mani	Si regge			
2.	con una mano	Si regge			
3.	regge e riesce	Non si	0	1	2 3
32)	posizione d'assetto, piede controlaterale non staffato, compie una flessione-estensione del ginocchio sinistro, senza reggersi:	Seduto, in			
0.	destabilizza	Si			
1.	con due mani	Si regge			
2.	con una mano	Si regge			
3.	regge e riesce	Non si	0	1	2 3
33)	posizione d'assetto, piede contro laterale non staffato, muove il piede sinistro fuori dalla staffa, senza reggersi:	Seduto, in			
0.	destabilizza	Si			
1.	con due mani	Si regge			
2.	con una mano	Si regge			
3.	regge e riesce	Non si	0	1	2 3

- 34) Seduto,  
 inforca la staffa a destra a staffile cadente:
- |    |  |                       |
|----|--|-----------------------|
| 0. | l'arto                                 | Non muove             |
| 1. | anca/ginocchio/caviglia ma non inforca | Flette                |
| 2. | staffa ma non mantiene la posizione    | Tocca la              |
| 3. | staffa e mantiene la posizione         | Inforca la<br>0 1 2 3 |
- 35) Seduto,  
 inforca la staffa destra posta a 45° dall'asse dello staffile:
- |    |  |                       |
|----|--|-----------------------|
| 0. | l'arto                                 | Non muove             |
| 1. | anca/ginocchio/caviglia ma non inforca | Flette                |
| 2. | staffa ma non mantiene la posizione    | Tocca la              |
| 3. | staffa e mantiene la posizione         | Inforca la<br>0 1 2 3 |
- 36) Seduto,  
 inforca la staffa a sinistra a staffile cadente:
- |    |  |                       |
|----|--|-----------------------|
| 0. | l'arto                                 | Non muove             |
| 1. | anca/ginocchio/caviglia ma non inforca | Flette                |
| 2. | staffa ma non mantiene la posizione    | Tocca la              |
| 3. | staffa e mantiene la posizione         | Inforca la<br>0 1 2 3 |
- 37) Seduto,  
 inforca la staffa sinistra posta a 45° dall'asse dello staffile:
- |    |  |                       |
|----|--|-----------------------|
| 0. | l'arto                                 | Non muove             |
| 1. | anca/ginocchio/caviglia ma non inforca | Flette                |
| 2. | staffa ma non mantiene la posizione    | Tocca la              |
| 3. | staffa e mantiene la posizione         | Inforca la<br>0 1 2 3 |
- 38) Seduto,  
 poggiato solo su una gamba e sporto a destra:

0.		Non ritorna
1.	in posizione	Tenta di
2.	tornare	Tenta e
3.	riesce a tornare con l'aiuto di due braccia	Tenta e
	riesce a tornare con l'aiuto di un braccio	0 1 2 3
39)		Seduto,
	poggiato solo su una gamba e sporto a sinistra:	
0.		Non ritorna
1.	in posizione	Tenta di
2.	tornare	Tenta e
3.	riesce a tornare con l'aiuto di due braccia	Tenta e
	riesce a tornare con l'aiuto di un braccio	0 1 2 3
40)		Seduto,
	pie' nelle staffe si alza reggendosi al maniglione/mani del terapeuta:	
0.		Non tenta
1.		Si solleva
2.	ma ricade	Si solleva e
3.	mantiene < 3 secondi	Si solleva e
	mantiene la posizione > 3 secondi	0 1 2 3
41)		In piedi,
	mantiene la posizione, senza reggersi:	
0.		Non
1.	mantiene	Mantiene
2.	la posizione reggendosi con entrambi gli AASS (3 secondi)	Mantiene
3.	la posizione reggendosi con un braccio (3 secondi)	Mantiene
	la posizione senza sostenersi (3 secondi)	0 1 2 3

42)		Seduto,
	afferra il giocattolo posto a destra oltre la linea mediana:	
0.	afferra	Non lo
1.	braccio omolaterale al giocattolo	Allunga il
2.	braccio contro laterale ma non lo afferra	Allunga il
3.	braccio contro laterale e lo afferra	Allunga il 0 1 2 3
43)		Seduto,
	afferra il giocattolo posto a sinistra oltre la linea mediana:	
0.	afferra	Non lo
1.	braccio omolaterale al giocattolo	Allunga il
2.	braccio contro laterale ma non lo afferra	Allunga il
3.	braccio contro laterale e lo afferra	Allunga il 0 1 2 3
44)		Seduto, in
	posizione d'assetto, recupera le redini poggiate sul collo del cavallo con la mano destra:	
0.	prende	Non le
1.	braccio ma non le prende	Stende il
2.	ma le perde ( 3 secondi)	Le afferra
3.	le mantiene ( > 3 secondi)	Le afferra e 0 1 2 3
45)		Seduto, in
	posizione d'assetto, recupera le redini poggiate sul collo del cavallo con la mano sinistra:	
0.	prende	Non le
1.	braccio ma non le prende	Stende il
2.	ma le perde ( 3 secondi)	Le afferra
3.	le mantiene ( > 3 secondi)	Le afferra e 0 1 2 3

46)	posizione d'assetto, redini nelle mani, fa scorrere la redine nella mano destra, fino alla tensione della stessa dal morso alla mano:	Seduto, in
0.	la mano	Non muove
1.	mano ma perde la redine	Muove la
2.	la redine ma la perde (3 secondi)	Fa scorrere
3.	la redine fino a tensione della stessa	Fa scorrere 0 1 2 3
47)	posizione d'assetto, redini nelle mani, fa scorrere la redine nella mano sinistra, fino alla tensione della stessa dal morso alla mano:	Seduto, in
0.	la mano	Non muove
1.	mano ma perde la redine	Muove la
2.	la redine ma la perde (3 secondi)	Fa scorrere
3.	la redine fino a tensione della stessa	Fa scorrere 0 1 2 3

PARTE 2 : IN MOVIMENTO
------------------------

- |     |   |                    |
|-----|---|--------------------|
| 48) | Seduto,<br>sostenuto al torace del terapeuta, solleva il capo per 10 secondi: | Non                |
|     | 0. solleva  |                    |
|     | 1. mantenere  | Tenta di           |
|     | 2. parzialmente < 10 secondi  | Solleva            |
|     | 3. completamente >10 secondi  | Solleva<br>0 1 2 3 |
| 49) | Seduto,<br>sostenuto al torace del terapeuta, solleva il capo per 10 secondi: | Non                |
|     | 0. solleva  |                    |
|     | 1. mantenere  | Tenta di           |
|     | 2. parzialmente < 10 secondi  | Solleva            |
|     | 3. completamente >10 secondi  | Solleva<br>0 1 2 3 |
| 50) | Seduto,<br>sperto in avanti sul collo del cavallo, solleva il capo:           | Non                |
|     | 0. solleva  |                    |
|     | 1. sollevare  | Tenta di           |
|     | 2. parzialmente < 5 secondi   | Solleva            |
|     | 3. completamente > 5 secondi  | Solleva<br>0 1 2 3 |
| 51) | Seduto,<br>sperto in avanti sul collo del cavallo, solleva il tronco:         | Non                |
|     | 0. solleva  |                    |
|     | 1. sollevare  | Tenta di           |
|     | 2. mantiene < 5 secondi   | Solleva e          |

3.	mantiene > 5 secondi	Solleva e 0 1 2 3
52)	sporto in avanti sul collo del cavallo, solleva il tronco:	Seduto,
0.	ricade	Solleva e
1.	aiuto degli AASS 3 secondi	Solleva con
2.	aiuto degli AASS 10 secondi	Solleva con
3.	senza aiuto	Solleva 0 1 2 3
53)	mantiene l'assetto senza sostegno delle braccia:	Seduto,
0.	mantiene	Non
1.	con un braccio	Mantiene
2.	senza sostegno degli AASS < 3 secondi	Mantiene
3.	senza sostegno degli AASS > 3 secondi	Mantiene 0 1 2 3
54)	china in avanti a toccare il collo del cavallo, senza sostegno delle braccia:	Seduto, si
0.	china	Non si
1.	ma non si rialza	Si china
2.	si rialza aiutandosi con gli AASS	Si china e
3.	si rialza senza aiuto degli AASS	Si chine e 0 1 2 3
55)	estende il tronco fino alla posizione supino	Seduto,
0.	estende	Non
1.	poco e torna in posizione	Estende
2.	resta < 3 secondi	Estende e
3.	resta > 3 secondi	Estende e 0 1 2 3

- 56) Supino, si alza per tornare in posizione d'assetto:
- |    |  |             |
|----|--|-------------|
| 0. |  | Non si alza |
| 1. | piegando di lato e con l'aiuto degli AASS  | Si alza     |
| 2. | sulla linea mediana con l'aiuto degli AASS | Si alza     |
| 3. | senza aiuto                                | Si alza     |
- 0 1 2 3
- 57) china in avanti a prendere il giocattolo posto in basso a 45° a destra del collo del cavallo:
- |    |  |            |
|----|--|------------|
| 0. | allunga il braccio                                 | Non        |
| 1. | allungare il braccio ma non tocca                  | Tenta di   |
| 2. | braccio, tocca ma non afferra e torna in posizione | Allunga il |
| 3. | giocattolo e torna in posizione                    | Afferra il |
- 0 1 2 3
- 58) tocca il giocattolo posto a 45° a destra della groppa del cavallo:
- |    |  |            |
|----|--|------------|
| 0. | allunga il braccio                                 | Non        |
| 1. | allungare il braccio ma non tocca                  | Tenta di   |
| 2. | braccio, tocca ma non afferra e torna il posizione | Allunga il |
| 3. | giocattolo e torna in posizione                    | Afferra il |
- 0 1 2 3
- 59) torce il busto a toccare la groppa a destra:
- |    |   |             |
|----|---|-------------|
| 0. | non tocca   | Non torce e |
| 1. | la mano ma non torce                                      | Tocca con   |
| 2. | tronco ma non tocca e ritorna alla posizione iniziale     | Torce il    |
| 3. | tronco, tocca la groppa e ritorna alla posizione iniziale | Torce il    |
- 0 1 2 3
- 60) china in avanti a prendere il giocattolo posto in basso a 45° a sinistra
- Seduto, si

del collo del cavallo:

- |    |  |                       |
|----|--|-----------------------|
| 0. | allunga il braccio                                 | Non                   |
| 1. | allungare il braccio ma non tocca                  | Tenta di              |
| 2. | braccio, tocca ma non afferra e torna il posizione | Allunga il            |
| 3. | giocattolo e torna in posizione                    | Afferra il<br>0 1 2 3 |

61)

tocca il giocattolo posto a sinistra della groppa del cavallo:

- |    |  |                       |
|----|--|-----------------------|
| 0. | allunga il braccio                                 | Non                   |
| 1. | allungare il braccio ma non tocca                  | Tenta di              |
| 2. | braccio, tocca ma non afferra e torna il posizione | Allunga il            |
| 3. | giocattolo e torna in posizione                    | Afferra il<br>0 1 2 3 |

62)

torce il busto a toccare la groppa a sinistra:

- |    |   |                     |
|----|---|---------------------|
| 0. | non tocca   | Non torce e         |
| 1. | la mano ma non torce                                      | Tocca con           |
| 2. | tronco ma non tocca e ritorna alla posizione iniziale     | Torce il            |
| 3. | tronco, tocca la groppa e ritorna alla posizione iniziale | Torce il<br>0 1 2 3 |

63)

posizione d'assetto, piedi fuori dalle staffe, estende l'anca destra:

- |    |                     |                              |
|----|---------------------|------------------------------|
| 0. | ( ___ )             | Immobile                     |
| 1. | ( ___ )             | $< 90^\circ$ (               |
| 2. | $135^\circ$ ( ___ ) | $90^\circ < x <$             |
| 3. | $180^\circ$ ( ___ ) | $135^\circ < x <$<br>0 1 2 3 |

64)

posizione d'assetto, piedi fuori dalle staffe, estende il ginocchio

Seduto, in

destro: [si consideri l'angolo posteriore femoro-tibiale]

- |    |              |                              |
|----|--------------|------------------------------|
| 0. | ( ___ )      | Immobile                     |
| 1. | ( ___ )      | $< 90^\circ$ (               |
| 2. | 135° ( ___ ) | $90^\circ < x <$             |
| 3. | 180° ( ___ ) | $135^\circ < x <$<br>0 1 2 3 |

65) Seduto, in  
posizione d'assetto, piedi fuori dalle staffe, flette dorsalmente il  
piede destro: [si consideri l'angolo anteriore tibio-tarsico]

- |    |         |                |
|----|---------|----------------|
| 0. | ( ___ ) | Immobile       |
| 1. | ( ___ ) | Equinismo      |
| 2. |         | $90^\circ$     |
| 3. | ( ___ ) | $< 90^\circ$ ( |
|    |         | 0 1 2 3        |

66) Seduto, in  
posizione d'assetto, piedi fuori dalle staffe, estende l'anca sinistra :

- |    |              |                              |
|----|--------------|------------------------------|
| 0. | ( ___ )      | Immobile                     |
| 1. | ( ___ )      | $< 90^\circ$ (               |
| 2. | 135° ( ___ ) | $90^\circ < x <$             |
| 3. | 180° ( ___ ) | $135^\circ < x <$<br>0 1 2 3 |

67) Seduto, in  
posizione d'assetto, piedi fuori dalle staffe, estende il ginocchio  
sinistro: [si consideri l'angolo posteriore femoro-tibiale]

- |    |              |                              |
|----|--------------|------------------------------|
| 0. | ( ___ )      | Immobile                     |
| 1. | ( ___ )      | $< 90^\circ$ (               |
| 2. | 135° ( ___ ) | $90^\circ < x <$             |
| 3. | 180° ( ___ ) | $135^\circ < x <$<br>0 1 2 3 |

68) Seduto, in  
posizione d'assetto, piedi fuori dalle staffe, flette dorsalmente il  
piede sinistro: [si consideri l'angolo anteriore tibio-tarsico]

0.	( ___ )	Immobile
1.	( ___ )	Equinismo
2.		90°
3.	( ___ )	< 90° ( 0 1 2 3
69)	posizione d'assetto, piede controlaterale staffato, compie una flessione-estensione dell'anca destra senza reggersi:	Seduto, in
0.	destabilizza	Si
1.	con due mani	Si regge
2.	con una mano	Si regge
3.	regge e riesce	Non si 0 1 2 3
70)	posizione d'assetto, piede controlaterale staffato, compie una flessione-estensione del ginocchio destro, senza reggersi:	Seduto, in
0.	destabilizza	Si
1.	con due mani	Si regge
2.	con una mano	Si regge
3.	regge e riesce	Non si 0 1 2 3
71)	posizione d'assetto, piede contro laterale staffato, muove il piede destro fuori dalla staffa, senza reggersi:	Seduto, in
0.	destabilizza	Si
1.	con due mani	Si regge
2.	con una mano	Si regge
3.	regge e riesce	Non si 0 1 2 3
72)	posizione d'assetto, piede controlaterale staffato, compie una flessione-estensione dell'anca sinistra senza reggersi:	Seduto, in

0.	destabilizza	Si
1.	con due mani	Si regge
2.	con una mano	Si regge
3.	regge e riesce	Non si
		0 1 2 3

73) Seduto, in  
posizione d'assetto, piede controlaterale staffato, compie una  
flesso-estensione del ginocchio sinistro, senza reggersi:

0.	destabilizza	Si
1.	con due mani	Si regge
2.	con una mano	Si regge
3.	regge e riesce	Non si
		0 1 2 3

74) Seduto, in  
posizione d'assetto, piede contro laterale staffato, muove il piede  
sinistro fuori dalla staffa, senza reggersi:

0.	destabilizza	Si
1.	con due mani	Si regge
2.	con una mano	Si regge
3.	regge e riesce	Non si
		0 1 2 3

75) Seduto, in  
posizione d'assetto, piede controlaterale non staffato, compie una  
flesso-estensione dell'anca destra senza reggersi:

0.	destabilizza	Si
1.	con due mani	Si regge
2.	con una mano	Si regge

3.	regge e riesce	Non si	0	1	2	3
76)	posizione d'assetto, piede controlaterale non staffato, compie una flessione-estensione del ginocchio destro, senza reggersi:	Seduto, in				
0.	destabilizza	Si				
1.	con due mani	Si regge				
2.	con una mano	Si regge				
3.	regge e riesce	Non si	0	1	2	3
77)	posizione d'assetto, piede controlaterale non staffato, muove il piede destro fuori dalla staffa, senza reggersi:	Seduto, in				
0.	destabilizza	Si				
1.	con due mani	Si regge				
2.	con una mano	Si regge				
3.	regge e riesce	Non si	0	1	2	3
78)	posizione d'assetto, piede controlaterale non staffato, compie una flessione-estensione dell'anca sinistra senza reggersi:	Seduto, in				
0.	destabilizza	Si				
1.	con due mani	Si regge				
2.	con una mano	Si regge				
3.	regge e riesce	Non si	0	1	2	3
79)	posizione d'assetto, piede controlaterale non staffato, compie una flessione-estensione del ginocchio sinistro, senza reggersi:	Seduto, in				

0.	destabilizza	Si
1.	con due mani	Si regge
2.	con una mano	Si regge
3.	regge e riesce	Non si 0 1 2 3
80)	posizione d'assetto, piede controlaterale non staffato, muove il piede sinistro fuori dalla staffa, senza reggersi:	Seduto, in
0.	destabilizza	Si
1.	con due mani	Si regge
2.	con una mano	Si regge
3.	regge e riesce	Non si 0 1 2 3
81)	inforca la staffa a destra a staffile cadente:	Seduto,
0.	l'arto	Non muove
1.	anca/ginocchio/caviglia ma non inforca	Flette
2.	staffa ma non mantiene la posizione	Tocca la
3.	staffa e mantiene la posizione	Inforca la 0 1 2 3
82)	inforca la staffa destra posta a 45° dall'asse dello staffile:	Seduto,
0.	l'arto	Non muove
1.	anca/ginocchio/caviglia ma non inforca	Flette
2.	staffa ma non mantiene la posizione	Tocca la
3.	staffa e mantiene la posizione	Inforca la 0 1 2 3
83)	inforca la staffa a sinistra a staffile cadente:	Seduto,
0.	l'arto	Non muove

1.	anca/ginocchio/caviglia ma non inforca	Flette
2.	staffa ma non mantiene la posizione	Tocca la
3.	staffa e mantiene la posizione	Inforca la 0 1 2 3
84)	inforca la staffa sinistra posta a 45° dall'asse dello staffile:	Seduto,
0.	l'arto	Non muove
1.	anca/ginocchio/caviglia ma non inforca	Flette
2.	staffa ma non mantiene la posizione	Tocca la
3.	staffa e mantiene la posizione	Inforca la 0 1 2 3
85)	piedi nelle staffe si alza reggendosi al maniglione/mani del terapeuta:	Seduto,
0.		Non tenta
1.	ma ricade	Si solleva
2.	mantiene < 3 secondi	Si solleva e
3.	mantiene la posizione > 3 secondi	Si solleva e 0 1 2 3
86)	mantiene la posizione, senza reggersi:	In piedi,
0.	mantiene	Non
1.	la posizione reggendosi con entrambi gli AASS (3 secondi)	Mantiene
2.	la posizione reggendosi con un braccio (3 secondi)	Mantiene
3.	la posizione senza sostenersi (3 secondi)	Mantiene 0 1 2 3
87)	posizione d'assetto, recupera le redini poggiate sul collo del cavallo con la mano destra:	Seduto, in
0.	prende	Non le

1.	braccio ma non le prende	Stende il
2.	ma le perde ( 3 secondi)	Le afferra
3.	le mantiene ( > 3 secondi)	Le afferra e 0 1 2 3
88)	posizione d'assetto, recupera le redini poggiate sul collo del cavallo con la mano sinistra:	Seduto, in
0.	prende	Non le
1.	braccio ma non le prende	Stende il
2.	ma le perde ( 3 secondi)	Le afferra
3.	le mantiene ( > 3 secondi)	Le afferra e 0 1 2 3
89)	posizione d'assetto, redini nelle mani, fa scorrere la redine nella mano destra, fino alla tensione della stessa dal morso alla mano:	Seduto, in
0.	la mano	Non muove
1.	mano ma perde la redine	Muove la
2.	la redine ma la perde (3 secondi)	Fa scorrere
3.	la redine fino a tensione della stessa	Fa scorrere 0 1 2 3
90)	posizione d'assetto, redini nelle mani, fa scorrere la redine nella mano sinistra, fino alla tensione della stessa dal morso alla mano:	Seduto, in
0.	la mano	Non muove
1.	mano ma perde la redine	Muove la
2.	la redine ma la perde (3 secondi)	Fa scorrere
3.	la redine fino a tensione della stessa	Fa scorrere 0 1 2 3

(settembre 2009)

manfredi.f@libero.it

emanuela\_delrosso@live.it

Dott. Francesco Manfredi, Ortopedico, Fisiatra, Ospedale Giovanni XXIII, Bari

Dott.ssa Emanuela del Rosso, TDR

# **Riabilitazione Equestre nei Disturbi dello Spettro Schizofrenico: Prodromi, Esordi e Psicosi non Cronicizzate**

***Dr. Stefano Seripa***

Nell'attuale panorama clinico in psichiatria risulta sempre più evidente la necessità di interventi precoci, di attività preventive mirate a giovani psicotici, agli esordi o comunque in fase non avanzata di malattia. Diventa inoltre cruciale, in senso prognostico, la adozione di progetti che in maniera specifica siano mirati non solo ad interventi sulla disabilità, ma anche al reinserimento sociale e lavorativo, fondamentali strumenti di autonomia e libertà individuale.

Negli ultimi 20-30 anni l'ippoterapia ha ampiamente dimostrato la sua efficacia in svariate patologie neuropsichiatriche, soprattutto dell'età evolutiva. Numerose sono inoltre le esperienze in settori particolari, quali ad esempio le patologie psichiatriche dell'adulto. Tali interventi, variamente definiti come "equine facilitated psychotherapy" (EFP), Riabilitazione Equestre Psichiatrica (REP), o Terapia per Mezzo del Cavallo (TMC) in Psichiatria, rappresentano uno strumento di notevole rilievo in questo ambito. Sfruttando le peculiari caratteristiche del rapporto tra cavallo e umano, all'interno di percorsi specifici di intervento relativi alle diverse aree del disfunzionamento (cognitivo, affettivo, motorio) tali interventi si sono dimostrati in grado di determinare un marcato miglioramento del livello di autonomia e benessere. Negli ultimi anni la ricerca clinica in psichiatria ha sottolineato l'importanza di interventi terapeutici precoci: la durata delle fasi d'esordio non trattate (DUP= duration of untreated psychosis) è stata ripetutamente correlata negativamente alla prognosi dei pazienti. Inoltre, si è evidenziato come forse ancor più che l'azione sulla sintomatologia positiva (deliri, allucinazioni, allentamento dei nessi associativi) la possibilità di intervento sulle disfunzionalità cognitive risulterebbe maggiormente rilevante ai fini di una effettiva guarigione o, almeno, ottimizzazione della qualità di vita e prognosi. Tra i disturbi cognitivi, particolare attenzione è stata rivolta alla memoria di lavoro ma soprattutto alla cognizione sociale e alla funzionalità meta cognitiva: la capacità di cogliere in senso adeguato e pronto il significato emotivo e relazionale di un contesto sociale e la capacità di effettuare ragionamenti sul pensiero dell'altro da sé.

Nonostante tali evidenze tuttavia in campo strettamente psichiatrico la RE appare particolarmente carente sul piano dei dati "evidence based", degli studi pubblicati su riviste di alto impatto scientifico e più in generale sui modelli teorici di riferimento e correlati format operativi. In linea molto generale possiamo comunque affermare che sul piano concettuale teorico l'effetto terapeutico della RE in psichiatria si baserebbe fondamentalmente su tre elementi distinti anche se altamente integrati tra loro:

- 1- aspetti sociali, relazionali, fattuali ed organizzativi
- 2- valenze simboliche della relazione
- 3- rapporto dialettico, comunicativo e relazionale tra cavallo e paziente

Il cavallo è un animale estremamente sensibile al dialogo tonico e non verbale, facilmente condizionabile, ma non è un oggetto inerte o passivo: possiede una spiccata e variegata personalità e la sua docilità è funzionale ad una corretta relazione comunicativa ed affettiva con il cavaliere, non rappresentando quindi una mera esecuzione fredda di compiti. Inoltre il movimento, il tipo di andatura, gli stimoli posturali e fascici che l'andar a cavallo impone al paziente possiedono una spiccata azione di induzione al coordinamento motorio.

Gli aspetti simbolici amplificano il significato della relazione con l'animale: il suo movimento ritmico, ondulatorio, in qualche modo riporta al significato materno, di coccole ed accudimento. Ma al contempo l'animale con la sua energia, forza, velocità, possanza, riporta ad una figura più di tipo maschile, paterno.

Nella nostra ipotesi di lavoro, da una prospettiva cognitivista, la relazione comunicativa rappresenta tuttavia l'elemento maggiormente caratterizzante gli interventi di Riabilitazione Equestre in Psichiatria (REP). Il dialogo tra animale e paziente si basa fundamentalmente sulla costruzione di un linguaggio comune di tipo non verbale, motorio, gestuale, ricco di aspetti ed elementi sensoriali piacevoli e coinvolgenti da un punto di vista emotivo. E' inoltre una relazione di tipo fortemente simmetrico: non vi è cioè la ineluttabilità ed antropocentrismo del rapporto con animali domestici (come in genere avviene con la pet therapy) ma deve invece essere costruita giorno per giorno, tramite la conoscenza reciproca, la fiducia, la condivisione. Necessita soprattutto del riuscire a pensare al cavallo in termini differenziali da noi: come essere pensante "non predatore", e quindi con priorità di bisogni, attribuzioni di significato e modalità di rapporto con l'ambiente, i conspecifici e gli umani differenti da noi in quanto "predatori", più che in quanto umani. Tale processo interviene proprio su di un'area cognitiva specificatamente alterata, come detto in precedenza, nei disturbi dello spettro schizofrenico (metacognizione), consentendo quindi, almeno sul piano teorico, un lavoro riabilitativo specifico. E' poi noto come i pazienti psichiatrici abbiano una aspettativa di vita media inferiore di quasi un decennio rispetto alla popolazione generale, soprattutto in relazione al marcato aumento di rischio per fenomeni cardiovascolari, diabete, dismetabolismi, patologie respiratorie, obesità, etc.; qualunque intervento che comporti quindi, in maniera diretta e/o indiretta un positivo effetto sulle abitudini di vita (alimentazione, attività fisica, contatto con la natura, etc.) può rappresentare un modo per ridurre i rischi sanitari generali. Infine, non dobbiamo trascurare la necessità che l'"andare a cavallo" comporta in termini organizzativi e sociali, permettendo un intervento su molteplici aree interessate in genere da valenze riabilitative: autonomia ed autocoscienza, attenzione e memoria, bilanciamento tra pulsioni e controllo, autostima e senso del limite, capacità di programmazione, socialità e condivisione, etc..

Nel disegnare questo progetto di intervento abbiamo centrato la nostra attenzione sui seguenti obiettivi:

- rendere disponibile nel nostro territorio un intervento riabilitativo innovativo, che intervenisse come strumento aggiuntivo e non sovrapposto a quelli già in essere nella nostra struttura dipartimentale;
- confermare ed estendere le evidenze di efficacia della Riabilitazione Equestre nell'intervenire positivamente su più aree del disfunzionamento di soggetti giovani affetti da forme severe di disturbo psichiatrico, ivi comprese le alterazioni relative alla percezione della propria corporeità, del coordinamento motorio e della capacità di decodifica psicosensoriale, ma soprattutto della funzionalità meta cognitiva;
- ottenere dati "evidence based" a supporto della capacità di ridurre i costi assistenziali, sia in acuto (ricoveri ospedalieri e/o in Case di Cura Convenzionate) che nel lungo periodo (miglioramento della prognosi, della adattabilità sociale, riduzione della probabilità di assistenza pensionistica, etc.);
- sfruttare, (e quindi) valorizzare per l'insieme degli scopi sopra riportati le professionalità sanitarie ed artigianali proprie del contesto territoriale di riferimento;
- fare continua attenzione a criteri di appropriatezza e replicabilità, sia in senso clinico che organizzativo.

Il progetto, ideato dallo scrivente, si è potuto realizzare grazie al sostegno economico della Fondazione CARICIV (Presidente Avv. Cacciaglia) tramite i fondi del Bando2008, a quello organizzativo della Direzione della ASL e del Dipartimento di Salute Mentale. Altrettanto importante è stato il supporto dei Responsabili dei due CSM interessati (Dr.sse Celozzi e Falavolti) e la collaborazione e disponibilità del Responsabile del Centro Ippico sede del progetto Sig. Massimo Morra (“Natura e Cavallo”, Tolfa). Per questo progetto abbiamo selezionato pazienti secondo i seguenti criteri:

- giovani, ambo sessi, in carico ai CSM, non impegnati in altri interventi riabilitativi per rifiuto, inadeguatezza dei protocolli del CD o con pregressi insuccessi in tali interventi;
- diagnosi dello Spettro Schizofrenico (ma anche esordi e/o quadri prodromici) con storia di malattia relativamente breve;
- assenza di concomitanti diagnosi di abuso di sostanze, ritardo mentale, epilessia, fobie specifiche per animali, altezza, assenza di patologie neurologiche ed ortopediche di rilievo;
- fase clinica non di acuzie;

Per i pazienti arruolati è stata approntata una cartella clinica nella quale sono stati raccolti tutti i dati anamnestici rilevanti, le terapie in atto e gli obiettivi personalizzati nell’ambito delle finalità generali del progetto. Sono stati poi sottoposti ad una batteria psicometrica, da ripetersi a fine studio: BPRS, PANSS ad 8 Item (Remission Test), VGF, TCQ, Metacognition Questionnaire, Q-Les-Q. Nello scegliere i test da utilizzare abbiamo tenuto conto della necessità di strumenti agili, universalmente utilizzati nella letteratura specialistica e con versioni italiane validate, in grado di fornire misure quantitative e qualitative in termini psicopatologici generali (BPRS e PANSS), costituire indicatori specifici dell’ipotesi meta cognitiva dello studio (TCQ e Metacognition Questionnaire) ma anche di dare indicazioni sulla qualità di vita ed il livello generale di funzionamento dei pazienti (VGF e Q-Les-Q). Abbiamo pertanto arruolato 6 pazienti (4 del Distretto F1 e 2 del F2) dei quali 2 affetti da Disturbo Schizoaffettivo, 3 da Disturbo Schizofrenico ed uno con un quadro sintomatologico definibile in termini prodromici. Di seguito riportiamo una tabella con alcune specifiche cliniche dei pazienti arruolati.

<b>Paziente</b>	<b>Sesso</b>	<b>Età</b>	<b>Urgenze (24 mesi)</b>	<b>Ricoveri (24 mesi)</b>	<b>Problemi</b>
<b>1</b>	M	27	Si	-	Marcato ritiro sociale; bassa autostima.
<b>2</b>	F	31	Si	1 (TSV)	Scarsa integrazione sociale; non autonomia lavorativa; bassa autostima.
<b>3</b>	F	28	Si	2 (TSV, CdC)	Scarso rapporto tra capacità personali (teoriche) e reale inserimento sociolavorativo.
<b>4</b>	M	41	Si	3 (2TSO, 1TSV)	Marcato ritiro sociale; rilevante discrasia tra livello culturale e grado di inserimento sociale e lavorativo; frequenti episodi

					acuti da perdita di "adherence".
5	M	34	No	-	Marcata dipendenza delle figure genitoriali; assente autonomia socio-lavorativa
6 (prodr)	M	21	Si	-	Marcato ritiro sociale; polifobie; non autonomia; incapacità sociale.

Bisogna puntualizzare allo stato attuale la difficoltà da parte dei nostri Dipartimenti di Salute Mentale nell'individuazione/arruolamento di un numero adeguato di esordi/prodromi. Questo nasce almeno in parte dalle specifiche lacune organizzative dei nostri servizi, costruiti di fatto sulla base di un concetto di cronicità come derivato dalle esperienze manicomiali e di istituzionalizzazione prolungata. Per poter trattare congruamente il problema degli esordi ed intercettare quindi congruamente ed utilmente questa fascia di utenza sarebbe pertanto necessaria una modifica della filosofia generale degli interventi, in termini normativo/legislativi o almeno organizzativi interni, per modalità, luoghi, strumenti, finalità.

Il progetto ha avuto inizio, dopo la fase di selezione dei pazienti, con alcuni incontri finalizzati alla verifica della loro disponibilità ed interesse che ha occupato un arco temporale di circa tre mesi. Sono state fatte anche alcune giornate di approccio conoscitivo all'ambiente prima dell'inizio effettivo delle attività. In questi incontri sono stati mostrati video di attività equestri, esposti temi connessi all'etologia equina, alla vita del maneggio ed alla gestione in senso generale del cavallo. Sono stati inoltre esposti in dettaglio gli scopi del progetto, le metodologie ed è stato raccolto il consenso al trattamento. Le attività in campo sono iniziate con la fine del mese di Febbraio 2009, previa acquisizione delle Patenti A/ludica FISE e dei patentini UISP per attività equestri, in modo da poter utilizzare come contesto sportivo corsi di equitazione "normali", ma senza problemi di copertura assicurativa dati gli attuali limiti delle patenti FISE in merito alla presenza di patologia psichiatrica, aspetto questo ovviato dalla assicurazione garantita dal tesseramento UISP.

Le attività si sono svolte alla mattina, per un arco di circa 3 ore ad incontro, un incontro a settimana (28 incontri totali). Ad una prima fase comune di accudimento degli animali (30-40 min) nel corso della quale venivano fornite anche informazioni di masalcia, veterinaria, selleria, etc., facevano seguito le attività in campo:

- 1) lezioni di equitazione in campo, a regime caratterizzate da tre riprese di circa 20 minuti ognuna. In sella, a ripresa, 2 pazienti ed 1 operatore seguiti dal Tecnico di Equitazione a sua volta supportato da 1 operatore specializzato (Psichiatra o Psicologo)
- 2) attività di gestione a terra del cavallo, con 1 paziente in tondino assieme ad un operatore o Tecnico specializzato ed 1 altro paziente in osservazione esterna (circa 20 minuti, divisi in riprese da 10 minuti a paziente)
- 3) osservazione attiva di quanto al punto 1) con 2 pazienti ed 1 operatore

La scelta di questa modalità di lavoro è stata funzionale alla necessità di contrastare la tendenza alla perdita di capacità attentive, già interessate negativamente dalla patologia psichica ma anche dall'uso delle terapie psicofarmacologiche. L'alternanza di momenti altamente differenziati ogni 20 minuti circa si è rivelata in grado di ottimizzare due necessità ipoteticamente antitetiche: una durata temporale idonea alla acquisizione tecnica e la tendenza al rapido decadimento delle capacità attentive. Queste fasi tecnico/addestrative (soprattutto la 2 e la 3) sono state continuamente sfruttate come contesti rispetto alle quali sollecitare nei pazienti valutazioni e considerazioni interpretativo/cognitive nei confronti del cavallo, dei suoi comportamenti ma anche delle relazioni umano/equino.

Terminata la fase addestrativa, viene effettuato il governo finale alla mano del cavallo. In questa fase, oltre a ribadire e consolidare gli elementi emersi nel corso della giornata, vengono fornite ulteriori informazioni generali come nella fase di grooming iniziale. Inoltre, dopo le prime settimane di lavoro sono state introdotte delle riprese video, a volte analizzate assieme alla fine della giornata come ulteriore momento di confronto e valutazione, ma anche di acquisizione di maggiore autoconsapevolezza. Altro elemento introdotto nel corso del tempo è stato quello della "inversione dei ruoli": in alcune occasioni, sempre con la presenza e sotto le indicazioni del Tecnico FISE, ai pazienti è stato assegnato il compito di mettersi nei panni dell'Istruttore e quindi "curando" la tecnica equestre di altri pazienti e/o operatori presenti in quel momento in campo per le lezioni.

Nel nostro modello di intervento abbiamo utilizzato per le attività a terra esercizi ispirati a vari metodi correlati ai moderni concetti di equitazione dolce/etologica, tra i quali in particolare il Metodo Parelli. Non è nostra intenzione affermare che solo tale metodica sia adatta a stimolare la funzionalità metacognitiva. Tuttavia il rigore metodologico e la precisione tecnica con i quali sono descritti gli esercizi (giochi) da effettuare con il cavallo si prestano in modo particolare alle esigenze di standardizzazione e replicabilità necessari in studi scientifici e per poter definire un "format" riabilitativo specifico in ambito psichiatrico. E' auspicabile, proprio al fine di redigere un modello operativo che sia replicabile e tale da consentire studi anche di tipo multicentrico, che questo o altri "stili/metodi" di comunicazione e di equitazione, basati su criteri di non coercitività, comprensione etologica, comunicazione, e quindi ottica meta-cognitiva, vengano integrati nei percorsi ludico-addestrativi e negli aspetti più strettamente tecnici delle attività equestri. Non dobbiamo in questo senso dimenticare o sottovalutare alcune esperienze nazionali, sia recenti che tradizionali, le quali, pur forse peccando sul piano della formalizzazione, ben corrispondono ai criteri sopramenzionati.

Al momento in cui presentiamo questo Progetto, siamo alle ultime giornate di lavoro e pertanto non abbiamo ancora effettuato il retest di fine studio. Non siamo quindi in grado di fornire misure specifiche di tipo psicometrico ma possiamo tuttavia presentare alcune risultanze di tipo qualitativo che a nostro parere possono già di per sé costituire un dato di efficacia dell'intervento.

Nella tabella di seguito riportata spicca immediatamente il dato relativo all'annullamento delle giornate di ricovero, sia in acuto in SPDC che in Casa di Cura Convenzionata. Occorre precisare che nei 24 mesi antecedenti, ben il 60% dei pazienti arruolati (non considerando quello in fase prodromica, ovviamente) aveva avuto bisogno di ricovero, con una media (per il gruppo nel suo insieme) di 20 gg di ricovero in SPDC/anno e 40 gg di ricovero in CdC Convenzionata/anno. Considerando che la convenzione con la Regione Lazio paga i ricoveri in CdC circa € 120,00 a giornata e che un ricovero in SPDC ha un costo di almeno € 280,00 a giornata, il risparmio annuo è stato (per la sola voce "ricoveri") di circa € 9.000,00. Senza considerare la riduzione di costi legata al venir meno degli accessi in urgenza ai CSM, il miglioramento della

qualità di vita di pazienti e CareGiver, e la ricaduta positiva sui costi assistenziali generali anche futuri legata ai risultati clinici conseguiti.

Da sottolineare poi come dei due drop-out registrati, uno sia in realtà paradosso dato che l'allontanarsi dall'attività è stato voluto dai familiari in ragione di un tale livello di miglioramento da aver consentito un completo utilizzo del paziente come forza lavoro nell'impresa commerciale di famiglia!

Paz.	Urgenze	Ricoveri	Drop-out	Risultati Raggiunti/Problemi riscontrati
1	No	No	No	Rilevante miglioramento nella capacità relazionale. Aumento del livello di integrazione socio-lavorativa.
2	Si	No	Si	Scarsa capacità di superare un senso di inferiorità in termini comparativi al resto del gruppo.
3	No	No	No	Marcato incremento della progettualità personale e della capacità lavorativa. <u>Ipotesi di inserimento lavorativo in ambito equestre.</u>
4	No	No	No	Netto aumento del livello di compliance ai trattamenti, con comparsa di rilevanti aspetti di consapevolezza critica. Parallelo miglioramento delle capacità di relazione e del livello di congruità progettuale lavorativa.
5	No	No	No	Marcata riduzione della dipendenza. <u>Avviato inserimento lavorativo in ambito equestre.</u>
6 (prodr)	No	No	No/Si	Miglioramento dell'autonomia, della capacità personali e lavorative e parallelo "drop-out" parziale indotto dai familiari.

Piccola nota finale relativa al vero protagonista di questa "storia", il cavallo. Nel nostro caso abbiamo utilizzato prevalentemente (anche se non solo) cavalli di razza Tolfetana. Sul piano teorico, per morfologia, indole, criteri selettivi, etc., non dovrebbero essere questi cavalli perfetti per la RE, eppure la scelta attenta degli animali ha consentito di individuare soggetti differentemente idonei alle diverse situazioni così come ai diversi pazienti. Questo rappresenta a nostro avviso un piccolo ma importante contributo alla discussione inerente la definizione dei cavalli per la RE: non tanto razze aprioristicamente scelte, ma singoli animali e linee di sangue che, anche e soprattutto in ragione di specifici metodi di allevamento, selezione e doma, possano conformarsi ai diversi ambiti della RE. Molto diverse sono infatti le esigenze per una riabilitazione neuromotoria in un tetraparetico, per un intervento su soggetti autistici come su progetti riabilitativi per pazienti psichiatrici adulti. E' probabilmente utile che futuri studi si occupino non solo di capire ciò che avviene ai pazienti (e perché) nel loro rapporto fisico ed emozionale con il cavallo ma anche cosa e perché avviene nel cavallo stesso in relazione alle specifiche attività di RE.

Per contatti e/o ulteriori informazioni:

Dr. Stefano Seripa– Psichiatra/Psicoterapeuta Azienda ASL RMF – Responsabile dei Progetti di RE  
in Psichiatria CSM Ladispoli ASL RMF – CSM Ladispoli

06 9924191

stefano.seripa@libero.it

### **Bibliografia essenziale di riferimento**

- Ba G.: “Strumenti e Tecniche di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale”. Ed. Franco Angeli (2003).
- Frascarelli M., Citterio N.D.: “Trattato di Riabilitazione Equestre”. Ed. Phoenix (2001).
- Lieberman R.P.: “La Riabilitazione Psichiatrica”. Ed. Raffaello Cortina (1997).
- Popolo R., Balbi A., Vinci G. (a cura di): “Early Psychosis: dalla Valutazione al Trattamento”. Ed. Alpes (2007).
- Edwards J., McGorry P.D. (a cura di Meneghelli e Cocchi): “Intervento Precoce nelle Psicosi”. Ed. Centro Scientifico (2004).
- Miller R.M. (a cura di Cappello S.): “I Misteri del Cavallo”. Ed. Luca Pensa (2008).

Scala elaborata dal dott. Francesco Manfredi (Fisiatra, Ortopedico) e TDR dott.ssa Emanuela Del Rosso  
(settembre 2009)

manfredi.f@libero.it

emanuela\_delrosso@live.it

***Riabilitazione equestre in neuropsichiatria :  
modelli, percorsi, valutazioni***

Chiara De Santis – Psicologa Età Evolutiva

[chiafilippo@libero.it](mailto:chiafilippo@libero.it)

Si delinea in questo lavoro l'organizzazione, la strutturazione e la metodologia di un progetto di riabilitazione equestre in atto presso la UOC di Neuropsichiatria Infantile della ASL di Viterbo.

Il progetto prevede un partenariato tra l'UOC di Neuropsichiatria Infantile della ASL di Viterbo e l'Associazione sportiva dilettantistica sociale "Il giardino di Filippo"; responsabile del progetto sotto il profilo tecnico equestre è la Dott. C. De Santis, la supervisione scientifica è affidata al Dott. M. Marcelli, Neuropsichiatra, il coordinamento operativo è gestito dalla Dott. M. Insonnia.

Il progetto ha avuto inizio nel Marzo 2006, diverse sono state le revisioni per arrivare alla odierna strutturazione.

Il progetto è rivolto a pazienti afferenti alla UOC di Neuropsichiatria, selezionati secondo criteri stabiliti.

La casistica comprende: Disturbo pervasivo dello sviluppo, Patologie neuromotorie, Disturbi relazionali (istituzionalizzazione), Disagio giovanile, Ritardo mentale, ADHD.

Il gruppo di lavoro si compone di: Tecnico della RE, Neuropsichiatra infantile, Fisioterapista, Psicologo, Psicomotricista, Assistente sociale, Tirocinanti/ Volontari / Servizio civile.

Le peculiarità evidenziate sono: la presa in carico globale del paziente, la collaborazione tra partners non convenzionali, l'assistenza individualizzata, l'assistenza evolutiva specifica.

La metodologia di lavoro prevede:

Proposta di invio dell'equipe

Visita iniziale neuropsichiatra

Colloquio con genitori

Operatore referente dell'equipe

Programmazione individualizzata

Sedute

Registrazione foto video

Monitoraggio dell'operatore

Valutazione dell'equipe

Le sedute possono essere individuali o di gruppo, la frequenza è stabilita rispetto alle caratteristiche del singolo caso; il programma prevede il lavoro a terra e la pratica delle diverse discipline: volteggio, equitazione.

I bambini sono accompagnati di genitori, dagli operatori di riferimento, possono essere introdotti in progetti PEI ed essere accompagnati dagli insegnanti o assistenti scolastici.

Sono previsti laboratori di rielaborazione, spesso articolati in piccoli gruppi.

Il progetto prevede annualmente un ciclo di venti sedute a carico del Servizio di Neuropsichiatria e la possibilità di proseguire a spese della famiglia.

I criteri generali di inclusione sono: Valutazione dell'appropriatezza dell'intervento nel progetto riabilitativo globale, l'assenza di fobie per gli animali, allergie; controindicazioni mediche specifiche.

Il progetto è costantemente monitorato attraverso l'impiego di test : specifici secondo protocollo valutativo peculiare rispetto alla patologia.

Sono state strutturate: una Scheda di invio ed una scheda osservativa in ed end: periodicamente sono previsti colloqui con i genitori o responsabili del bambino.

La popolazione comprende 30 Soggetti afferenti al servizio di UOC di Neuropsichiatria Infantile VT con una età compresa tra i quaranta mesi e i diciotto anni.

Il modello operativo così strutturato permette data la sua linearità ed agevolezza la replicabilità , il forte abbattimento dei costi, la garanzia di una assistenza globale e

specifica per una auspicabile crescita delle potenzialità evolutive anche attraverso la riabilitazione equestre.

**PROGETTO "PINDARO".**

**PINDARO** è un progetto di eccellenza per la Riabilitazione Equestre in psichiatria.

Rappresenta un programma originale ad alto impatto socio-sanitario, integrativo della rete assistenziale, finalizzato alla gestione del paziente psichiatrico con l'ausilio della Riabilitazione Equestre con l'innovativo fine integrativo di creare un centro di formazione permanente per gli operatori socio-sanitari nel campo della Riabilitazione Equestre e per la formazione professionale degli inserimenti lavorativi nelle attività ippiche finalizzata al reinserimento sociale.

#### **OBIETTIVI DEL PROGETTO :**

Promuovere, praticare la sperimentazione e l'aggiornamento scientifico e formativo applicando la terapia per mezzo del cavallo in pazienti affetti da patologie psichiatriche al fine di apportare agli stessi benefici nel campo fisico, psichico, relazionale e dell'integrazione sociale, il tutto operando in un centro equestre specializzato senza barriere fisiche, architettoniche e psicologiche.

Si propone di promuovere la ricerca scientifica e la formazione di operatori sanitari specifici.

Si propone di incrementare le opportunità di inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati (Legge 381/91) creando figure professionali nel campo equestre (Groomer, palafrenieri, assistenti di maneggio, ecc).

#### **A CHI E' RIVOLTO IL PROGETTO :**

Il progetto è rivolto a persone con problemi psichici a cui offrire la possibilità attraverso la Riabilitazione Equestre e quindi all'impegno in una attività ludico sportiva che permetta loro, oltre al divertimento, il recupero delle capacità residue attraverso l'approccio e l'interazione con il cavallo.

#### **TIPOLOGIA DEI PAZIENTI :**

Molteplici sono i disturbi di tipo psichico che possono beneficiare della Riabilitazione Equestre, ad esempio:

- disturbi schizofrenici,
- disturbi affettivi bipolari,
- disturbi affettivi unipolari,
- disturbi di personalità,
- disturbi nevrotici di reazioni,
- disturbi da sostanze,
- disturbi comportamentali alimentari,
- ritardo mentale,

- disturbi cerebrali organici,
- altri disturbi, ecc...

## **RICONOSCIMENTO GIURIDICO DELLA RIABILITAZIONE EQUESTRE :**

Nel panorama legislativo e scientifico la Riabilitazione Equestre ha ottenuto uno speciale riconoscimento grazie agli importantissimi risultati terapeutici, riabilitativi ed educativi, capaci di indurre una vera reintegrazione sociale.

### **La Corte Costituzionale con sentenza n.12 del 2004 sancisce :**

- **un RICONOSCIMENTO scientifico e giuridico** dell'ippoterapia come terapia riabilitativa con l'individuazione di standard qualitativi e la necessità del controllo medico per la parte riabilitativa e quella veterinaria
- **l'INCLUSIONE** dell'IPPOTERAPIA nella materia tutela della Salute.
- la **NECESSITA'** che tale attività venga inserita tra i **LEA** (Livelli Essenziali di Assistenza) al fine di renderla fruibile da parte di tutti coloro che ne abbiano bisogno.
- 

### **Il Senato nei lavori della 12° commissione (igiene e sanità) del 18/06/08 attribuisce :**

- **un RICONOSCIMENTO ufficiale** dell'ippoterapia da parte della scienza medica dovuta agli effetti positivi riscontrati nella cura di determinate patologie.
- **un RICONOSCIMENTO della validità** delle prestazioni terapeutico - riabilitative della Riabilitazione Equestre mediante la previsione di linee guida e di criteri per l'accreditamento dei centri di riferimento e per l'individuazione di specifiche professionalità socio-sanitarie.
- la **NECESSITA'** di inquadrare tali pratiche all'interno di un percorso personalizzato di riabilitazione del paziente e sotto stretto controllo medico: si tratta infatti dell'integrazione di un'attività sanitaria socio assistenziale con l'attività medica e che richiede requisiti specifici per l'accreditamento dei centri di Riabilitazione Equestre e di organici del personale sanitario.
- la **NECESSITA'** di prevedere forme di coterapia che coinvolgano terapisti e specialisti delle diverse patologie con competenze anche in campo ippico.

## **INSERIMENTO DELLA R.E. NEI LEA**

Nonostante il riconoscimento della Riabilitazione Equestre come terapia medica o socio-sanitaria, manca a tutt'oggi il ruolo di **prestazione sanitaria** da **inserire nei LEA** (Livelli Essenziali di Assistenza) da esplicitarsi sotto la Podestà Legislativa delle Regioni, carenza sicuramente da attribuire all'insufficienza **delle risorse finanziarie**.

Ad oggi si potrebbero ipotizzare, in uniformità di standard qualitativi, **forme alternative come il ricorso a convenzioni**, calibrate in funzione delle ore necessarie e degli specifici percorsi riabilitativi, unici percorsi idonei ad evitare costi elevati che graverebbero sulle famiglie o sui singoli con limitate potenzialità economiche

## SCENARIO DI RIFERIMENTO

Secondo l'O.M.S. la spesa dei paesi europei per il disagio mentale è circa il 5% del P.I.L.

Il 29% degli Europei soffre di problemi psichici, il 14% di depressione, il 16% di ansia.

Solo una persona su 4 riceve un trattamento terapeutico e farmacologico di supporto appropriato.

Per le patologie psichiatriche, il carico sul budget nazionale graverebbe in ragione del 5% : intervenire nella prevenzione primaria significa arginare lo sviluppo della malattia e grazie a diagnosi e terapia preventive ottenere in percentuali elevate il miglioramento del paziente.

## INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO IN EMILIA ROMAGNA

Disturbi schizofrenici	11.566	24.9%
Disturbi affettivi bipolari	3.919	8.4%
Disturbi affettivi unipolari	4.069	8.8%
Disturbi di personalità	5.487	11.8%
Disturbi nevrotici di reazioni	15.700	33.8%
Disturbi da sostanze	970	2.1%
Disturbi comport. Alimentari	646	1.4%
Ritardo mentale	552	1.2%
Disturbi celebr. Organici	1.756	3.8%
Altri disturbi	1.774	3.8%
<b>Totale</b>	<b>46.439</b>	<b>100%</b>

\* Direzione Generale Sanità, rapporto 2008

#### **RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA CON LA R.E.:**

- Diminuzione dei costi della gestione del paziente a fronte dell'aumento dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni di ippoterapia erogate con relativo miglioramento della qualità di vita del paziente e dei suoi familiari.
- Ottimizzazione della terapia "conplaier" (l'ippoterapia non ha effetti collaterali che alterano la qualità della vita).
- Ricaduta sociale positiva in termini di abbattimento della assenza dal lavoro (caregiver) per chi è costretto ad assistere congiunti affetti da patologia.

#### **PROGRAMMA RIABILITATIVO GENERALE**

- Crede che l'ippoterapia possa portare alla guarigione completa di un qualsiasi handicap di tipo psichico rappresenta ad oggi una forzatura, sicuramente è altrimenti sostenibile che la terapia a mezzo del cavallo conduca ad un miglioramento del quadro clinico del paziente con ottimi risultati grazie alle interazioni positive (crescere nella capacità di socializzazione, rinforzando l'autostima e l'autonomia individuale, ecc...).
- Rapidamente e concretamente realizzabile è il miglioramento del livello qualitativo della vita dei pazienti con disturbi psichici, procurando emozioni e sensazioni di benessere indotte dal movimento del cavallo e dalle sue varie andature nonché inducendo stimoli positivi a fronte dell'interazione con il cavallo.

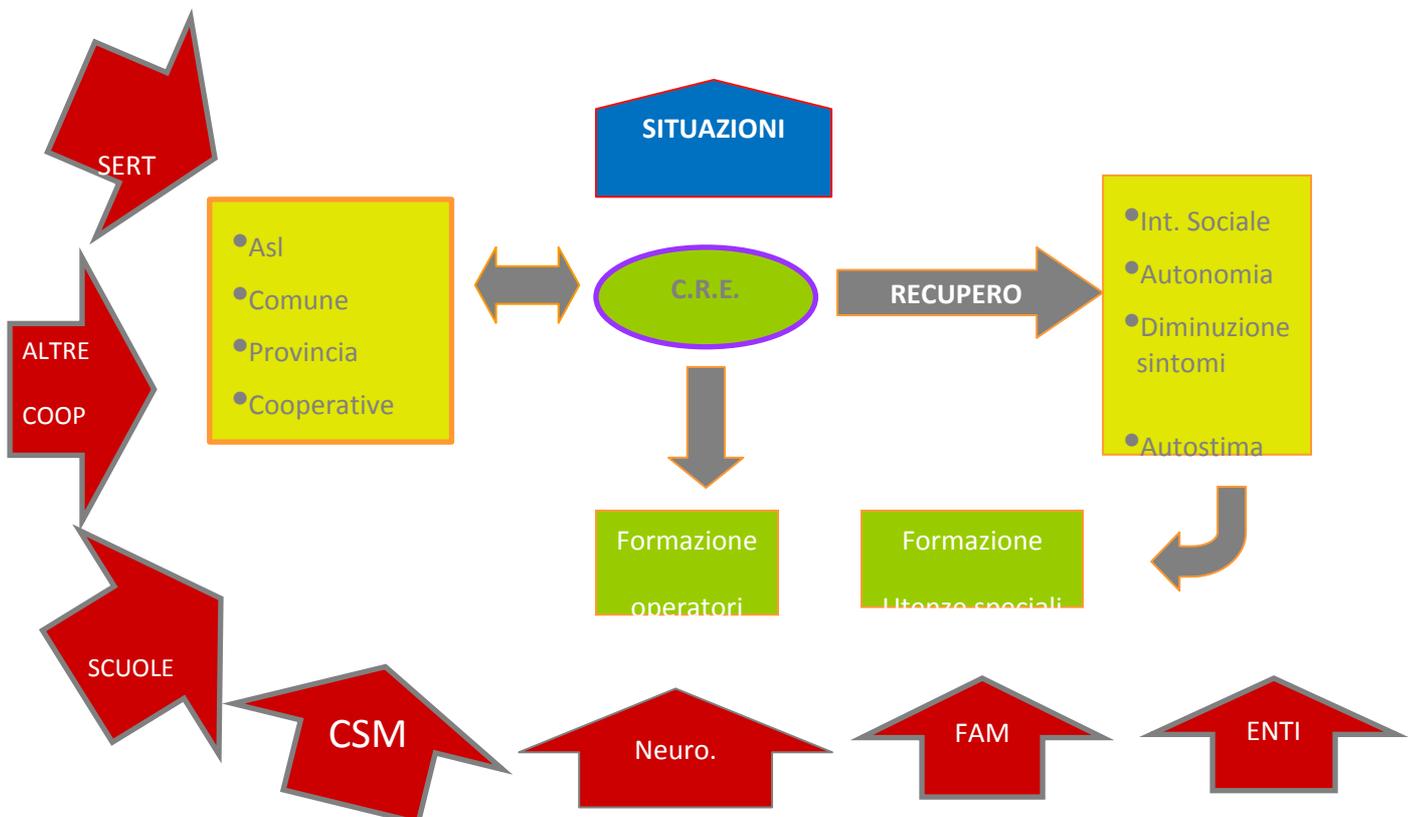
#### **POSSIBILITA' OFFERTE DAL CENTRO DI RIABILITAZIONE EQUESTRE STRUTTURATO :**

- di un recupero funzionale per pazienti con patologie di tipo psicologico.
- di partecipazione alle attività sportive e agonistiche da parte dei pazienti psichiatrici.
- di formazione di operatori socio-sanitari specializzati.
- di attuazione di progetti formativi per le utenze speciali legate al loro reintegro socio-lavorativo.

## PREVISIONI NELLA COSTITUZIONE DEL C.R.E. :

- un'equipe di operatori socio-sanitari specializzati nella Riabilitazione Equestre (medici, psicologi, tecnici, ecc.).
- una struttura per la riabilitazione equestre con il mezzo del cavallo (stalla, maneggio coperto, maneggio aperto, club-house, ecc.).
- una struttura per la riabilitazione motoria (ambulatorio, palestra, piscina).
- una struttura per la formazione permanente per: operatori socio-sanitari, operatori equestri, educatori sportivi, ecc.
- una piattaforma informatica su cui è possibile monitorare l'attività del paziente ed evidenziarne la tracciabilità dalla presa in carico fino al termine del P.R.P. (Programma Riabilitativo Personalizzato).

## CENTRO RIABILITATIVO EQUESTRE (diagramma di flusso) :



## **FASI DEL PROGETTO:**

1. Fase clinica.
2. Centro di formazione permanente per gli operatori socio/sanitari.
3. Centro di formazione per le utenze speciali nel campo equestre.

## **FASE CLINICA**

- L'Analisi osservazionale è stata fatta sull'attività di riabilitazione equestre fatta per 8 anni sui pazienti affetti da patologie psichiatriche delle strutture residenziali della Cooperativa Sociale Domus coop di Forlì presso il circolo ippico di S. Andrea affiliato FISE.
- Annualmente sono trattati 40 pazienti all'anno con diverse patologie (psicosi, schizofrenia, disturbi di personalità, autismo) tutti maggiorenni di età compresa tra i 25 e 45 anni con frequenza settimanale.
- I pazienti sono divisi in tre gruppi a seconda del tipo di approccio al cavallo e della patologia.
- Altro obiettivo è quello di creare un gruppo omogeneo di lavoro con valutazioni cliniche e statistiche per un osservatorio clinico assente nella riabilitazione equestre
- Unificazione del metodo e partecipazione ad una multicentrica nazionale coordinata dal dott. Seripa del CSM di Ladispoli
- Estensione dell'arruolamento pazienti a tutte le ASL della Romagna

## **FASE FORMATIVA**

### **CENTRO DI FORMAZIONE PERMANENTE PER OPERATORI SOCIO-SANITARI**

### **A) area sanitaria**

La somministrazione della metodologia è indicata nelle lesioni della struttura neurofisiologica di base, a livello neuropsicologico nei disturbi dei ritardi psicomotori e psico-intellettivi, a livello psicopatologico nei disturbi della sfera relazionale e affettiva.

### **B) area assistenziale socio-educativa**

In una fase più avanzata dell'iter riabilitativo della persona è indicata l'applicazione metodologica nei disturbi neuromotori, psicopatologici e neuropsicologici per il recupero sociale; recupero che avviene grazie all'interagire dell'uomo con il suo cavallo, dell'uomo con il cavallo e l'ambiente, fino ad un reinserimento del soggetto nel tessuto sociale d'origine.

### **C) area educativa ludico-sportiva**

Il reinserimento del soggetto nel tessuto sociale è la caratteristica per eccellenza dell'area educativa-ludico sportiva che si attua con:

- **Attività sportiva:** dressage, salto ostacoli, equitazione di campagna, volteggio, attacchi
- **Attività di laboratorio** che vedono il cavallo come soggetto centrale o come mediatore

Anche per quest'ultima area la metodologia si appoggia sugli stessi rigorosi principi medico riabilitativi.

## **SEGMENTAZIONI DEGLI OPERATORI PER AREA TEMATICA**

- **MASTER** di I e II livello sulla riabilitazione equestre in collaborazione con gli atenei
- Corsi di perfezionamento per gli operatori sanitari già esistenti in collaborazione con il dipartimento formazione dell'ASL di Forlì
- Corsi per tecnici della riabilitazione equestre

## **FASE DELL'INSERIMENTO SOCIALE**

## **CENTRO DI FORMAZIONE PER UTENZE SPECIALI IN CAMPO EQUESTRE**

Partnership con ISFOL di Roma e la scuola professionale Enaip di Fo.

Corsi per professionalità specifiche nel campo equestre per le utenze speciali volti ad un reinserimento lavorativo e sociale. (legge 381/91). I corsi saranno così suddivisi in:

- **mascalcia,**

- addetto alla scuderia,
- artiere e/o groomer,

#### **DIFFUSIONE DEL PROGETTO PILOTA**

L'obiettivo è allargare il progetto pilota con un riferimento per ogni regione, in modo da avere un osservatorio permanente e comune sulla metodologia ed iniziare la prima multicentrica significativa sul territorio nazionale per valutare l'impatto della riabilitazione equestre in psichiatria, coordinato dal Dott. Seripa. (CSM di Ladispoli).

**Il “Mezzo Cavallo”**

## Daniele Gagliardi

E' cosa ormai risaputa quanto il cavallo sia da considerare un animale capace di evocare emozioni profonde, legato com'è, fin dall'antichità, all'uomo in tutte le sue svariate culture quale messaggero di alti valori.

Il "Cavallo di Troia" è difatti nient'altro che un artefatto umano a rappresentanza dell'alto valore religioso e votivo che il cavallo godeva nella cultura omerica, ma tale da far sì che i troiani, decidendo di non poter rifiutare un dono simile, lo introdussero nelle loro mura condizionando così la loro distruzione. Nel 1519 fin anche gli Atzechi condizionarono la loro fine e quella della loro cultura, così alta e ricca, riconoscendo in Cortes e i suoi i compagni di Queztacoalt, dio fondatore della razza, rappresentato come un torso d'uomo con corpo di animale, rimanendo affascinati dal cavallo a loro sconosciuto. Già Platone raccomanda l'uso del cavallo per la salute in generale mentre Plinio lo ritiene salutare per lo stomaco e l'intestino. Mille altri esempi potrebbero essere citati sulla forza evocatrice e volitiva che questo magnifico animale ha suscitato nell'essere umano.

Il cavallo è difatti l'elemento centrale della relazione uomo-animale valorizzato, soprattutto oggi, nella disponibilità ad interagire con l'altro. Centralità fondamentale nell'impiego sportivo ma addirittura irrinunciabile quando si tratta di impiego terapeutico. L'equitazione infatti si differenzia dagli altri sport perchè la relazione non è solo tra uomini ma tra uomo e animale ovvero basata su due differenti tipi di confronto, cooperativo e competitivo ma di differente livello emozionale.

L'uso del linguaggio corporeo è per il cavallo la via primaria di comunicazione con l'uomo. Comportamenti, atteggiamenti ed espressioni facciali, spesso anche lievi devono essere prontamente interpretati ma senza creare falsi allarmismi. La conoscenza del carattere del cavallo parte dal focalizzare il suo famigerato "riflesso di opposizione" che lo porta a sfuggire ogni pressione mal esercitata o eccessiva, mentre si fa docile di fronte a richieste chiare e serene. Il cavallo, come l'uomo, è un animale di relazione in quanto componente di una comunità ma, nel caso dell'animale il branco è costituito da predati mentre quello dell'uomo può in qualche maniera esprimere carattere di predazione quindi la comunicazione deve

passare necessariamente attraverso il linguaggio comportamentale cercando di porci in essere sempre meno come predatori. Il cavallo è infatti un predato, geneticamente codificato per sfuggire al dolore di qualsivoglia origine ma anche capace di nascondere fino alla massima espressione di soglia dolorifica, perciò l'uomo di cavalli deve essere un attento e competente osservatore ma sensibile tanto da individuare prontamente anche i più sottili segni di dolore. Ciò costituisce la base della medicina preventiva anche in campo medico sportivo. Il controllo del dolore in generale è un concetto di primaria importanza in medicina umana. Nel cavallo sia il dolore post-traumatico che quello post-chirurgico sono poco conosciuti e riconosciuti per ovvie ragioni in quanto difficili da determinare oggettivamente sia in intensità che in durata. Spesso il rilievo del dolore si basa sulla osservazione diretta del linguaggio corporeo del cavallo e/o del suo comportamento. Riconoscere prontamente il discomfort rende più facile aggredire i problemi che ne sono all'origine e perciò essere un buon osservatore getta le basi per diventare un buon "uomo di cavalli" e quindi un efficiente terapeuta. Ogni cambiamento nel comportamento o negli atteggiamenti quotidiani può significare modificazioni dello stato fisiologico del soggetto. Buone pratiche e buone azioni sono quindi il quotidiano per arrivare tramite una corretta comunicazione ad un buon rapporto di fidelizzazione. Il cavallo è un animale di istinto e sensi più che di ragione, è cioè un essere naturale con il quale condividere un linguaggio spontaneo volto alla reciproca conoscenza ma attraversando le mille diversità che ci caratterizzano. Esiste quindi una similitudine sostanziale in molte delle caratteristiche e delle modalità comunicative e relazionali nei cavalli, sia tra di loro che tra l'ambiente che li circonda e quindi l'uomo. La relazione che ne scaturisce si basa infatti su di una comunicazione chiara, diretta, esplicita, unica ed inequivocabile; in pratica quella che viene definita "comunicazione non predatoria". Il cavallo diventa quindi non un mero strumento di lavoro ma un operatore con il quale condividere conoscenze e competenze ovvero esperienze e percorsi terapeutici. Il suo equilibrio psicofisico è fondamentale e quindi dobbiamo garantirgli uno stato di benessere ed una socialità più che sufficienti ed adeguate. Nei cavalli "il nulla fa" in quanto anche nella stasi apparente c'è movimento, c'è dinamicità, c'è comunicazione. Si tende cioè ad ottenere il massimo possibile con il minimo sforzo.

Qual è quindi il cavallo più adatto alla pratica riabilitativa con il mezzo del cavallo? Innanzi tutto si devono definire le caratteristiche morfo-funzionali e psico-attitudinali di ogni soggetto da impiegare in ippoterapia ovvero valutare ciò che può

consentirci di scegliere per ogni categoria d'utenza il soggetto più idoneo. Da un punto di vista morfo-funzionale abbiamo soggetti di tre tipi (brachimorfi, mesomorfi e dolicomorfi) con caratteristiche differenti sia nei diametri che nella struttura ai quali corrispondono movimenti ed andature diverse. Da un punto di vista comportamentale sembra essere fondamentale la valutazione del temperamento dei soggetti impiegati e dal loro ruolo sociale. Queste indagini sulla valutazione del temperamento risultano però spesso complesse, in quanto devono tener presenti contemporaneamente le influenze sia genetiche, ambientali, individuali che quelle relative al management. Uno dei "Test di Temperamento" più utilizzati è quello basato sulla valutazione di:

- Propensione a manifestare reazioni di paura
- Reattività di fronte all'uomo
- Motivazione sociale
- Disponibilità e vivacità d'apprendimento
- Resistenza allo stress

Alcuni studi basati sulla valutazione di alcuni parametri ematochimici portano infatti ad affermare che il lavoro con i disabili non crea fatica fisica eccessiva soprattutto nei soggetti così detti "meno insanguati" e che lo stress potrebbe derivare più da una predisposizione individuale di ogni singolo soggetto che dalle caratteristiche del lavoro svolto. In generale possiamo affermare che per le patologie neuromotorie verranno impiegati cavalli tranquilli ma curiosi, garanti della sicurezza ma sufficientemente interagenti con il paziente mentre per quelle cognitive si impiegheranno soggetti più vivaci in grado di migliorare le condizioni relazionali. Il cavallo da impiegare in programmi di riabilitazione dovrà quindi essere morfologicamente e funzionalmente adatto alla patologia dell'utente, docile ma con ottime capacità di apprendimento, reattivo ma sicuro, affidabile senza vizi e prevedibile ma soprattutto sano ed equilibrato ovvero in buona salute sia fisica che mentale.

Dott. Daniele Gagliardi – Veterinario FEI – presidente C.R. FISE Molise

**LA RIABILITAZIONE EQUESTRE: UNO SGUARDO PSICOFISIOLOGICO**

**Dott.ssa Denia Franco\***

**\*Psicologa ad Orientamento Psicofisiologico, Riabilitatrice Equestre**

In Collaborazione con la Asl Dipartimento Salute Mentale di Civitavecchia per il progetto "Terapia per Mezzo del Cavallo in Psichiatria" (Responsabile Dott. S. Seripa)

In Collaborazione con la Cattedra di Psicofisiologia Clinica, Università degli Studi di Roma "la Sapienza"

Con il Contributo della Cassa di Risparmio di Civitavecchia

INTRODUZIONE: L'Organizzazione Mondiale di Sanità definisce la riabilitazione come quel processo globale e continuo che accompagna l'individuo dall'insorgere della patologia fino al raggiungimento massimo di autonomia e d'inserimento sociale. L'impatto che le malattie mentali provocano sul sistema sanitario e sociale è rilevante, non solo in termini economici, ma anche rispetto ai pregiudizi che aumentano l'esclusione e la sofferenza delle persone e delle loro famiglie già afflitte dalla patologia. In tal senso il Ministero della Salute come garante del benessere del cittadino sta cercando da tempo di modificare il suo intervento, più che al recupero della disabilità, alla realizzazione di attività preventive soprattutto per soggetti giovani, a rischio o in fase prodromica. Tali interventi, soprattutto nell'area schizofrenica, sono volti a prevenire la transizione alla psicosi conclamata o a migliorare il decorso del disturbo.

OBIETTIVI:

Clinici:

- Migliorare la qualità della vita dei pazienti; fare acquisire loro il diritto di esistere e prendere parte al proprio contesto di appartenenza, sviluppando il miglior livello di autonomia e d'inserimento sociale.
- Valutare l'effettiva riduzione dei costi assistenziali (n° terapie, ricoveri...) considerando i benefici sia sugli stati acuti della malattia sia l'evoluzione della prognosi.

Scientifici:

- Approfondire e valutare gli aspetti specifici che intervengono nella Riabilitazione Equestre e le conseguenti modificazioni psicofisiologiche che vanno a migliorare lo stato di salute e l'integrazione psico-sociale dell'individuo.

- Strutturare, secondo diversi piani disciplinari, una metodologia d'intervento efficace che possa essere ripetibile e condivisa all'interno della comunità scientifica.

Territoriali:

- Dare forma e continuità a un servizio, all'interno della ASL, sempre più specializzato e competente, composto da un'equipe multidisciplinare, che vada ad implementare l'offerta dei servizi alla persona.

- Creare possibili sinergie tra attività di formazione e d'inserimento lavorativo, avviare un polo scientifico e turistico rivolto al sociale.

FASI DELLO STUDIO ATTIVITA' SVOLTE

Progettazione

- Ideazione del progetto "Terapia per Mezzo del Cavallo (TMC) in Psichiatria" (Dott. S. Seripa)

- Coinvolgimento Asl. Dipartimento d'igiene mentale di

Civitavecchia

- Reperimento fondi grazie al contributo della Cassa di Risparmio di Civitavecchia

Fase preparatoria • Reclutamento 6 pazienti afferenti ai servizi (tra 18-45 anni, di entrambi i sessi) affetti da Disturbi dello spettro Schizofrenico

- Raccolta dati (anamnesi, diagnosi...) riunioni con equipe di riferimento del progetto terapeutico

- Somministrazione test e colloquio motivazionale

Intervento Riabilitativo

Attività di Riabilitazione Equestre

- Nozioni di ippologia ed etologia (approccio metacognitivo)

- Attività di governo alla mano (approccio metacognitivo)

- Attività in campo

Riabilitazione Psicofisiologica (in campo e di governo alla mano)\*

- Esperienze di contenimento

- Lavoro sul contatto e sull'appoggio secondo diversi stili
- Esperienza della relazione IO/TU a partire dal dialogo tonico
- Gestione dello spazio e percezione di sé all'interno dello spazio
- Riorganizzazione degli atteggiamenti posturali

Fase di Screening

(in attuazione)

Conclusione progetto e realizzazione trekking

- Somministrazione re-test
- Colloqui Clinici (valutazione dello stato di salute percepito; grado di soddisfazione e motivazione a proseguire tale percorso)
- Valutazione competenze apprese (capacità equestri, sociali, lavorative)
- Valutazione del decorso della psicopatologia e livelli di salute generale

\*Attraverso l'analisi e l'intervento sugli atteggiamenti posturali durante la pratica equestre, siamo andati ad agire su tre fattori :

1. Fisico, visuo-postural-motorio: il paziente ha sperimentato nuove esperienze di appoggio (auto ed etero) gestendo la distribuzione del proprio peso ed ampliando la propria gestualità.
2. Immaginario-cognitivo: le esperienze hanno consentito di modificare le rappresentazioni e le auto-rappresentazioni nonché i processi di controllo che modulano il comportamento.
3. Emozionale: elaborando i vissuti emotivi, che generano in relazione alle oscillazioni delle tensioni muscolari, il paziente ha colto nuove sfumature connotative rispetto all'esperienza di sé.

Cosa intendiamo per Riabilitazione Psicofisiologica?

Approccio Psicofisiologico Integrato Bioesistenzialista

L'approccio psicofisiologico integrato bioesistenzialista del professor Vezio Ruggieri studia i diversi livelli funzionali, da quelli biologici fino agli psicologici più complessi, collocandoli nel processo maturativo di costruzione dell'identità, attraverso l'esperienza del piacere

narcisistico. Il narcisismo è qui inteso come prodotto di un processo fisiologico legato al “sentire” corporeo, generato da micro variazioni toniche dei muscoli del corpo; è il risultato della sintesi e dell’integrazione di tutte le variazioni toniche. Attraverso lo studio degli atteggiamenti posturali si osserva come l’individuo organizza la propria periferia corporea in relazione ai processi immaginativi e alle dinamiche emozionali. L’identità, in tal senso, è un processo psicofisico che si origina dal “sentimento (sentire) del modo concreto di essere nel mondo” e pertanto dall’organizzazione corporeo-spaziale, come prodotto delle dinamiche tonico-motorie del sistema muscolare. Secondo tale approccio, l’identità dell’Io è data dalla corrispondenza tra l’auto-rappresentazione di sé, a livello della corteccia cerebrale (immagine corporea), e le informazioni provenienti dalla periferia corporea (attività muscolare da cui prendono forma gli atteggiamenti posturali) volte a confermare, in un processo circolare, l’auto-rappresentazione stessa. L’atteggiamento posturale è un insieme gerarchizzato di tensioni, espressione diretta dell’immaginazione di se stessi nel mondo e del modo di porsi in relazione con esso, che sintetizza diversi aspetti dell’individuo, dallo stile di gestione delle emozioni, allo stile di contatto interpersonale. In ogni atteggiamento posturale, infatti, s’intrecciano sempre processi di gestione del peso, processi cognitivi-attentivi ed emotivi. I diversi stili di contatto sono determinati dai diversi livelli delle barriere spaziali personali e dalla diversa distribuzione delle tensioni muscolari nei distretti corporei. Il lavoro terapeutico si sviluppa in base ad esperienze di contenimento, appoggio e contatto; la finalità è integrare le diverse componenti del soggetto in una struttura psicofisica armonica, che possa essere in grado di appoggiarsi su se stessa e di provare il sentimento del diritto di occupare uno spazio sperimentando e ampliando i gradi di libertà della propria presenza nel mondo.

**CONCLUSIONI:** A distanza di 6 mesi, sulla base di prime osservazioni cliniche si sono rilevate modificazioni mimico espressive e tonico posturali; cambiamenti in positivo della percezione di sé e dello stile di contatto con l’altro, in relazione anche alla gestione dello spazio; un miglioramento nella percezione di sé e delle proprie aspettative future. Tali risultati andrebbero approfonditi e verificati con strumenti di valutazione su un numero maggiore di soggetti e confrontati con un gruppo di controllo.

Lo studio, per l'esiguità del campione e per i suoi molteplici aspetti innovativi, è da considerarsi come ricerca pilota che si propone di porre le basi per un più ampio futuro lavoro, significativo e sistematico, così da poter strutturare un modello d'intervento che abbia basi teoriche multidisciplinari e che possa essere condivisibile nel più ampio contesto della riabilitazione psichiatrica.

Breve Bibliografia:

Ruggieri V., L'Identità in Psicologia e Teatro. Analisi psicofisiologica della struttura dell'Io, Ed.Magi, Roma 2001

Ruggieri V., Fabrizio M.E., Della Giovampaola S., L'Intervento Psicofisiologico Integrato in Psicologia e Riabilitazione, Ed.universitarie, Roma 2004

Carannante F., Verso una Psichiatria Psicofisiologica", (in press)

Franco D., La Riabilitazione Equestre: Proposta di Intervento Integrato per Amputazioni ad Arti Inferiori, Tesi di Laurea 2006

Per informazioni fare riferimento a:

Dott.ssa Denia Franco

Psicologa, Riabilitatrice Equestre

Collaboratrice della Cattedra di Psicofisiologia Clinica, Università degli Studi di Roma "la Sapienza" (Facoltà di Psicologia1)

Tel: 347 3125331

e-mail: [denia.franco@gmail.com](mailto:denia.franco@gmail.com)

*Li Destri Nicosia, D.<sup>1</sup>, Sabioni, S.<sup>1</sup>, Cerino, S.<sup>2</sup>, Giovagnoli, G.<sup>2</sup> and Bacci, M.L.<sup>1</sup>, <sup>1</sup>University of Bologna, DIMORFIPA, Via Tolara di Sopra 50, 40064 OZZANO EMILIA BO, Italy, <sup>2</sup>FISE, V.le Tiziano 74 ROMA, 00196, Italy; [dora.lidestrinicosi3@unibo.it](mailto:dora.lidestrinicosi3@unibo.it)*

The captivity contains many factors conflicting with horse's adaptive abilities (Cooper e Masson, 1998; Houpt, 1981; Mills, 2001; Waters *et al.*, 2002).

Some specific features of Therapeutic Riding added to such factors risk to compromise animal's welfare (Li Destri Nicosia e Bacci, 2009). Any defensive response toward stressors (organic or psychic) is expounded with the activation of NEI (neural-endocrine-immunological) response. We have studied horse's natural management (NM) in a TR centre in Emilia Romagna, finalized to NEI equilibrium of horses (n=8). A strategy for abnormal behaviour management must be directed to alternative behaviours expression, the more possible consistent with each interpretative levels (phylogeny, ontogeny, neural-endocrine, adaptive). NM is directed to create the possibility of expression of fully consistent behaviours. It interferes on different managerial levels: feeding/ nourishment; movement conforming to the physiology and biomechanics (correct equestrian techniques; functional trimming of un-shoed feet; harness not conflicting with the biomechanics of the horse); social behaviours (inter and intra specific). An ethological management has been provided, based on the use of communication and application of postural and expressive language techniques within defined protocols of behavioural therapy. Ethological concepts have been used for the specific training of horses too.

Since 2002 till now animals have shown the possibility of expression of adaptive responses, suitable to the context and functional. Our behavioural observations suggest the homeostatic condition of the horses, supporting previous data (Placci, *Thesis* 2008) comparing different management typologies through endocrine and immunological parameters. More researches on endocrine and immunological parameters are requested.

*This research was supported by grants from Bologna University (RFO 60%)*



# MANAGEMENT OF THERAPEUTIC RIDING HORSES AND ANIMAL WELFARE

D. Li Destri Nicosia\*, S. Sabioni<sup>A</sup>, S. Cerino<sup>o</sup>, G. Gi ovagnoli<sup>o</sup>, M.L. Bacci\*

\*Department of Veterinary Morphophysiology and Animal Production - DIMORFIPA, Faculty of Veterinary Medicine, Bologna; <sup>A</sup>DVM - practitioner; <sup>o</sup>Italian Equestrian Federation - FISE, Roma; Italy.

## INTRODUCTION

The captivity contains many factors conflicting with horse's motivation and adaptive abilities. Some specific features of Therapeutic Riding added to such factors risk to compromise animal's welfare. Any defensive response towards stressors (organic or psychic) is expounded with a NEI (Neural-Endocrine-Immunological) response. **The aim was evaluation of the management strategy of horses in a Therapeutic Riding (TR) centre in Emilia Romagna that was finalized to NEI equilibrium of the animals.** The "Natural Management" was directed to create the possibility of expression of full consistent behaviors, the more possible consistent under each interpretative level (phylogeny, ontogeny, neural-endocrine, adaptive).

## MATERIALS AND METHODS

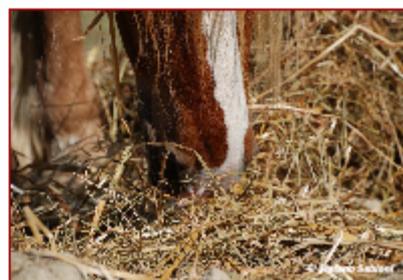
Assessment of stress related or abnormal behaviors in TR horse (n=8) was conducted, by interpretation of postural and expressive signals of communication. Horses were involved in TR activities for an amount of 150 patients per week. The animal management was expressly predisposed to improve their adaptive possibility towards stressors related to their job for 2 years .

Natural Management was accomplished at different levels: feeding, nourishment, movement (quantity and quality), social environment, and it consisted in:

**b) ethological management:** it was based on use of communication, correct application of postural-expressive languages, learning theory and social motivation of the horse, inspiring the training of the animals, their eventual behavioural therapy protocols and housing criteria of animals.



**a) natural diet** for timing of nourishment, balanced composition (optimum hay, fat and oils with a good balance between  $\omega_3$  $\omega_6$  fatty acids, low soluble carbohydrates intake, fruit and vegetables, healing herbs, dietary supplement) and correct posture during food intake.



**c) functional trimming of un-shoed feet** aimed to restore anatomical (vascular, nervous, corneas and connectivals) components, mechanical and biomechanical functions of equine foot (improved reaction to the floor impact, correct elaters of the foot, correct heel-landing, restored haemodynamic flow for the dissipation of energy and auxiliary circulatory pump).



**d) correct equestrian techniques:** constant training of animals aimed to psychic-physical relax and to improve gaits quality by a correct employment of dorsal and ventral muscular chains and by use of **harness not conflicting with equine biomechanics and physiology** (well-balanced saddles, use of bittless bridle).

## RESULTS

Our behavioral assessment highlighted particular moments of activities most stressing for animals, and some features of the rehabilitative intervention particularly conflicting with equine physiology and biomechanics.

**However those animals, under Natural Management strategy aiming at restoration of their physiological balance, have shown the possibility of expression of adaptive and functional responses, suitable with the TR activity context.**

## DISCUSSION

Our achievements suggested that Natural Management can be functional to the preservation of homeostasis.

More researches, based on objective parameters of wellbeing in relation to different management conditions, are requested: further parameters (endocrine, hematological, immunological parameters as expression of wellbeing of horses, in relation to different management conditions) are under evaluation and results should support our behavioral data.



# ABNORMAL BEHAVIOURS IN THERAPEUTIC RIDING HORSES

D. Li Destri Nicosia\*, S. Sabioni<sup>†</sup>, E. Facchini<sup>†</sup>, E. Ridolfo<sup>†</sup>, S. Cerino<sup>‡</sup>, G. Giovagnoli<sup>‡</sup>, M.L. Bacci\*

\*Department of Veterinary Morphophysiology and Animal Production - DIMORFIPA, Faculty of Veterinary Medicine, Bologna;

<sup>†</sup>DVM - practitioner; <sup>‡</sup>Italian Equestrian Federation- FISE, Roma; Italy.

## INTRODUCTION

Therapeutic Riding (TR) is a global therapeutic method considering the whole person as a subject of the rehabilitation. Human-horse relationship is central in TR intervention. The horse becomes an active component provided that his features are recognized and respected. Nevertheless as reported in an our recent review, TR is recognized as source of potential stressors for horses.

**The aim was the identification/characterization of abnormal behaviours in TR horses.**

## MATERIALS AND METHODS

- **Questionnaires** were sent to 45 TR centres in Centre-Northern Italy, for a first evaluation of the consistence of the problem.

- Preliminary **direct ethological observation** of four TR horses in one centre in Emilia Romagna has been conducted (along a period of two months).

- **Further ethological studies** were performed comparing three experimental groups (n=4): TR (A), destined to sport activities (B) and semi-wild breeding (C) horses. The subjects were observed 25 consecutive days, at fixed time (20 min, twice a day) and at random time (once every 3<sup>rd</sup> day) period.

A data sheet of behavioural assessment was utilised, to establish, through analysis of social and maintenance behaviours, the basal behavioural patterns of the subjects, respect to referring ethogram and in relation to different environmental conditions. Behavioural answers to variable and unforeseeable environmental cues have been noted too.



*A tendency toward hypo reactivity with sporadic demonstrations of iper reactivity (particularly evident during some specific moments of activities) have been noted. Inappropriate attitude of operators toward the horse is observable too.*



*Feeding and giving care are important activities to both the subjects of the relationship: it may nevertheless be a source of stress for animals.*

MAINTENANCE AND SOCIAL BEHAVIOURS	
REACTIVITY	KINETIC BEHAVIOURS
Vocal activities	Type of Kinetic activities
Reactivity to acoustic or visual sudden cues	Times of exit from box
Times and type of interactions with others horses	Times of put out to pasture or paddock and n. of animals in the same paddock
Times of interactions with humans and their role (horse keeper, rider, groom, TR operators, patient, other)	Explorative behaviours
Reaction to human transit (near box)	Use of space
Reaction to horses transit (near box)	<b>BODY CARE, RESTING AND SLEEPING BEHAVIOURS</b>
Reaction to others animals transit	Grooming activities (n. and type)
Attitude at the entrance in the riding arena	Postures during sleeping, feeding, resting
Attitude at the stair	Vet. Intervent.
Attitude during stops in the riding arena	Farriers Intervent.
INGESTIVE BEHAVIOURS	
Composition	
Rationing, duration of intake, attitude during feeding	
Water assumpt.	
Others oral activities	

*Data Sheet utilised for behavioural assesment, directed to formulate basal behavioral pattern of each animal*

## RESULTS

Preliminary approach highlighted a late identification of stress related behaviours; frequent onset of physical and behavioural problems (due to features of activities as repetitiveness, constrictiveness, interference with horse motor dynamics and as precariousness of human-animal relationship). Such conditions, however, were often under-estimated or not declared, until these compromised the use of the horses.

Further ethological studies highlighted a prevalence of reactive type anomalies (tendency toward hypo reactivity, with sporadic demonstrations of hyper reactivity) in group A; in group B, motor/oral-ingestive anomalies resulted more frequent. Group C didn't show abnormal behaviours and behaviours observed resulted more consistent (in quality and variety) with specific referring ethogram, in agreement with what already prospectated from others author's studies.

## DISCUSSION

Our results confirm previous observations and seem to reflect that specific and various stressors characterize TR setting, conflicting with horse's motivations and adaptive skills. These factors may determine the arise of disturbs related to a state of constraint or anxiety. Our achievements therefore highlight the necessity of animal welfare supervision by a vet and the request of more appropriate animal's management strategies.

**EAAP 2009**

**60th ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN FEDERATION  
OF ANIMAL SCIENCE**

**Barcelona, August 24-27 2009**

**Stefania Cerino, M.D., Psychiatrist, Chief of Therapeutic Riding Department,**

**Italian Equestrian Federation – Rome- Italy**

**THERAPEUTIC AND PARALYMPIC RIDING IN  
ITALIAN EQUESTRIAN FEDERATION**

**INTRODUCTION**

Italian Equestrian Federation (FISE) includes in its activities and disciplines Therapeutic Riding and Para-Equestrian. In the present poster will be presented the two Departments most significant peculiarities and programs.

**THERAPEUTIC RIDING**

Italian Equestrian Federation set up Therapeutic Riding Department in 2003, in order to organize the development of this activity together with the others equestrian activities all over the country area. Moreover the Federation decided to point out particularly the training of qualified technicians able to work in the Therapeutic Riding field, one of the most important and delicate one in the whole riding doings.

**MEMBERS AND THERAPEUTIC RIDING CENTERS**

Nowadays there are more than 1000 members in Therapeutic Riding area, who ride with A/R license, that let disabled people ride with a complete insurance coverage, with regard to any neurological or psychiatric disability.

The Therapeutic Riding Centers acknowledged by FISE (Italian Equestrian Federation) acting inside Riding Centers affiliated or associated to the Italian Equestrian Federation are about 120: each one works with qualified technicians specialized in Therapeutic Riding.

### THERAPEUTIC RIDING ACTIVITIES

The most widespread activities in Italian Therapeutic Riding Centers are

#### HIPPOTHERAPY and VAULTING

Whether for people with physical or psychic disability.

Scanty is the carriage driving activity, because of a traditional less interest in our country for this discipline.

### PROGRAMS OF THERAPEUTIC RIDING DEPARTMENT FOR YEAR 2009

#### ❖ Technical cadres training

*Two different training ways have been foreseen: "Therapeutic Riding Assistant" (the basic one) and "Riding Technician Specialized in Therapeutic Riding"*

#### ❖ Scientific Program

*Therapeutic Riding Department of Italian Equestrian Federation is partner of many interesting research projects:*

*"WALK!" – a four year project regarding patients with different disabilities in evolutive age, in collaboration with University of Rome "La Sapienza"*

*" BIO-PSYCHO-SOCIAL INTEGRATION OF CHRONIC PSYCHOTIC PATIENTS BY IPPOTHERAPY" , a ten months project , in collaboration with International Center of The Horse, Turin, Faculty of Veterinary Medicine, University of Turin, and Mental Health Departments of Turin 1,2,3*

#### ❖ " ITALIAN EQUESTRIAN FEDERATION THERAPEUTIC RIDING INTERNATINAL CONGRESS

#### NEW PERSPECTIVES IN THERAPEUTIC RIDING"

*that is scheduled for September 25-26, 2010 at International Center of The Horse, "La Mandria", Durento, (To), Italy*

#### ❖ EQUESTRIAN ACTIVITIES

*Project of "Carriage Driving for Disabled", that aims to develop the use of carriage driving activity among Therapeutic Riding ones by demonstrative events during the most important riding occasions*

*Project of "Integrated teams disabled/able children for pony games activities", that aims to promote the social integration in the riding field*

### PARAEQUESTRIAN

At the beginning of 2009, Italian Equestrian Federation has been recognized by CIP (Paralympic Italian Committee) as Paralympic Sporting Federation, in accordance with the IPC (International Paralympic Committee) decisions, and acquired all the expertise concerning the Paralympic Riding Competitions.

Consequently IEF has created, among its Olympic Disciplines Departments, the Paralympic one. It consists of a technical and organizational staff in order to follow up the athletes and their horses, especially the best ones.

#### MEMBERS AND PALYMPIC RIDING CENTERS

Nowadays there are about 230 athletes who compete in Paralympic Dressage completion, in grade I,II,III, and IV. The best recent result has been the 4<sup>th</sup> position in Hong Kong 2008 Paralympic Games.

There is just one athlete competing in Carriage Driving area.

The Riding Centers with a specialized section for Para -equestrian are about 80.

#### PARA -EQUESTRIAN COMPETITIONS

In Italy, from this year and in accordance with the international courses, para-equestrian competitions are scheduled during the usual riding events, in the viewpoint of a complete social and sporting integration.

Para-equestrian competitors are people with physical handicap, blind and partially blind. For people with intellectual and relational handicaps an "Agreement protocol" has been just signed between Italian Equestrian Federation and FISDIR (Italian Sporting Federation for Intellectual and Relational Disabilities) which permits to these athletes (according to their grade of disability, usually grade 39 of FEI rules) to take part in some equestrian competitions.

The next most important Para-Equestrian Competitions are:

August, 2009 – European Para-Equestrian Championships, Norway

August, 2010 – World Equestrian Games, Lexington, Kentucky, USA

August 2012- London Paralympic Games

## SCIENTIFIC PROGRAM

### ❖ Medical and Psychological Program for the most performing athletes

*The Paralympic Department aims to monitor physical and psychological conditions of the athletes involved in major competitions. The program foresees to study the different stimulations received in riding from each body district in conformity with the various athlete's handicap, so to avoid physical injuries and keep a good and settled form.*

*At regular intervals the athletes will be checked by a medical team, and will be prescribed the eventual necessary remedies.*

*From the psychological point of view, each athlete will be tested in order to his motivations, capability of managing anxiety and frustrations in competitions. They will be taught about relaxing techniques, and will take part in group interviews in order the above mentioned situations. Under request, the athletes will be admitted to personal interview with the team psychologist.*

### ❖ ANTIDOPING PROGRAM

*The Antidoping Program has been settled according to the WADA International Rules and all the athletes have been informed about the requested certification in case of using prohibited drugs and substances for their specific pathology.*

## **CONCLUSIONS**

In all the equestrian programs the federal Departments work in agreement with the Veterinary one, because of the particular attention reserved to the protection of the wellness of the horse.

Both the Departments, Therapeutic Riding and Paralympic one, work together exchanging their expertise and professionalism: in fact starting from therapeutic riding, it will be possible to increase the number of disabled riders and achieve an international competitiveness by an even greater number of athletes.

### **ABSTRACT**

The Italian Equestrian Federation set up in 2003 the Therapeutic Riding Department, concerning the development of this activity over the country area and particularly the training of qualified technicians able to work in the therapeutic section, one of the most important and delicate one of the whole riding activity. Nowadays there are more than 1000 members in the Therapeutic Riding area and about 120 Therapeutic Riding Centers acknowledged by FISE and acting inside Riding Centers affiliated or associated to the Italian Federation. In Italy Therapeutic Riding went on especially in Hippotherapy and in Carriage Driving section, but there are also several athletes playing International Dressage competitions. In Italy, however, the Carriage Driving competitions are not very popular and so they are rare. Since February 2009 FISE has been acknowledged by CIP as Sporting Paralympic Federation, and acquired all the expertise concerning the Paralympic riding competitions. So a New Department has been created inside FISE, the Paralympic Riding Department, consisting of a technical and organizational staff in order to follow up the athletes and their horses, especially the best ones. Both the Departments, Therapeutic Riding and Paralympic Riding, work together exchanging their expertise and professionalism: in fact starting from therapeutic riding it will be possible to increase the number of disabled riders and to achieve an international competitiveness by an even greater number of athletes.

### **AUTHOR:**

**Dott. Stefania Cerino, Dipartimento Riabilitazione Equestre, Federazione Italiana Sport Equestri**

**Viale Tiziano 74 00196 Roma ITALY**

**Tel. 06 36858157 fax 06 36858797**

Mail . [riabilitazione@fise.it](mailto:riabilitazione@fise.it) ; [equitazioneparalimpica@fise.it](mailto:equitazioneparalimpica@fise.it)

## **BIBLIOGRAPHY**

Plans and information on official web site [www.fise.it](http://www.fise.it) –attività – Riabilitazione Equestre;

[www.fise.it](http://www.fise.it) – discipline olimpiche – Equitazione Paralimpica

# La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

Prof.ssa Donatella Valente

DIPARTIMENTO DI SCIENZE  
NEUROLOGICHE PSICHIATRICHE  
E RIABILITATIVE DELL'ETÀ EVOLUTIVA



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

## Manifesto per la Riabilitazione del bambino (2000)

La Riabilitazione è l'insieme di tutte quelle azioni dirette e indirette volte a promuovere la miglior qualità di vita possibile del bambino disabile considerato nella sua globalità fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale.....

Deve coinvolgere il contesto familiare, sociale e ambientale.

## **Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione (1998)**

Fase della prevenzione del danno secondario

Fase della riabilitazione intensiva

Fase della riabilitazione estensiva o intermedia

Fase di mantenimento

Un trattamento riabilitativo per essere efficace deve essere tempestivo, completo e intensivo, ma soprattutto incidere su tutti i diversi ambienti di vita del bambino

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

## **Evoluzione dell'approccio riabilitativo**

MODELLO MEDICO-ORGANICISTICO  
(eccedenza di medicalizzazione)



MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE  
(approccio ecologico)

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

## **Obiettivo primario dell'intervento riabilitativo nei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva**

facilitare e promuovere attraverso  
l'utilizzazione di tecniche specifiche, lo  
sviluppo di competenze che permettano al  
bambino di raggiungere la massima  
autonomia e socializzazione in modo da  
sviluppare una personalità equilibrata

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con  
patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

## **L'intervento riabilitativo neuropsicomotorio interviene su:**

i disturbi dell'infanzia causati da disfunzione  
del Sistema Nervoso di tipo lesionale o di tipo  
dismaturativo

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con  
patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

# Caratteristiche cliniche dei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva

Disabilità neuro-motorie e neuro-sensoriali

Disturbi specifici dello sviluppo

Ritardo Mentale

A.D.H.D

Disturbi pervasivi dello sviluppo

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

## Competenze del bambino

Motorie

Sensoriali

Cognitive

Comunicative

Affettive

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

## **L 'intervento riabilitativo neuro- psicomotorio**

Si rivolge al bambino nella sua globalità psico-somatica tenendo conto che il bambino ha un apparato psichico in via di strutturazione

Tiene conto del fatto che esiste una stretta interrelazione tra attività motoria ed attività psichica e che l' apparato psichico comprende un insieme di strutture molto diverse nella loro costituzione neurologica, psicologica, neuro biologica, socioculturale, che stanno in stretta relazione tra di loro.

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

## **Peculiarità dell'intervento riabilitativo in eta' evolutiva**

Si rivolge a funzioni in via di sviluppo

A diverse fasce di età

A quadri clinici eterogenei

A disturbi che si trasformano nel tempo

Che si stabilizzano rapidamente

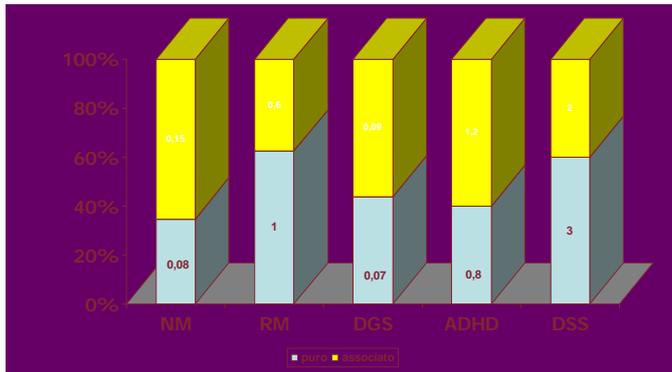
Che si associano a disturbi che si riferiscono ad altre aree dello sviluppo

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

## Comorbidità



In circa la metà dei soggetti con disturbi dello sviluppo al disturbo principale si associa un'alterazione di almeno un'area determinante dello sviluppo  
(Levi G. Penge R. 2007)

## Elementi per la valutazione di un disturbo in età evolutiva

Il livello di sviluppo raggiunto nelle diverse competenze (profilo di sviluppo)

Le alterazioni presenti in competenze e abilità specifiche (profilo del disturbo)

Le strategie di compenso attivate

Le competenze comunicative e di relazione

L'area potenziale di sviluppo

## Intervento abi-riabilitativo

**GLOBALE:** che favorisca uno sviluppo armonico ed equilibrato del bambino

**INTEGRATO:** che tenga conto dell'interrelazione esistente tra le diverse funzioni e che favorisca l'integrazione della funzione deficitaria

**DINAMICO:** il terapeuta deve essere in grado di aggiustare di volta in volta le proposte terapeutiche per favorire l'acquisizione di apprendimenti necessari per lo sviluppo del bambino

**MODIFICABILE :** il programma riabilitativo deve essere continuamente aggiornato in base allo sviluppo del bambino e alle trasformazioni del disturbo

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

## Intervento abi-riabilitativo

**INDIVIDUALIZZATO:** per quel bambino, in quel momento evolutivo, con quel livello di sviluppo e con quelle strategie attivate per far fronte al disturbo

**INTERATTIVO:** la condizione di disponibilità, accoglienza ed empatia facilita la relazione, l'interazione stessa assume valenza terapeutica

**PREVENTIVO:** in grado di evitare l'instaurarsi di disturbi relativi ad altre aree di sviluppo che si associano e si sovrappongono al disturbo primario o comunque di attenuarli

**ADATTIVO:** che faciliti l'adattamento del bambino nei diversi ambienti

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

# Problemi chiave dell'intervento riabilitativo in eta' evolutiva

Delimitazione del campo (fattore terapeutico)

Misurazione del cambiamento e verifica dell'efficacia  
dell'intervento

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con  
patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

## Delimitazione del campo

Sovrapposizioni di più fattori non facilmente distinguibili  
tra loro

Come misurare i cambiamenti di una situazione  
(outcome) quando non è vi è un unico elemento  
terapeutico

Come distinguere i meccanismi d'azione del vero e  
solo fattore terapeutico

Come distinguere gli effetti di quello che "sta intorno  
alla terapia"

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con  
patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

# Fattori che favoriscono l'adattamento del bambino

Ambiente facilitante o favorente la maturazione del SNC

Atteggiamento familiare positivo e collaborante

Approccio pedagogico-educativo adeguato

Buone competenze tecniche, relazionali e comportamentali del terapeuta

Buona gestione del caso: collaborazione e condivisione del progetto riabilitativo dell'equipe multiprofessionale

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

## Misurazione del cambiamento e verifica della validità dell'intervento riabilitativo

Storia naturale del disturbo

Efficacia degli interventi

E' più opportuno misurare l'efficacia di un intervento in base a

Riduzione della sintomatologia  
e/o

Miglioramento della qualità della vita

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

## Valutazione neuropsicomotoria

COMPORAMENTO  
FUNZIONI SENSORIALI  
LIVELLO MOTORIO  
LIVELLO VISUO-PERCETTIVO E VISUO-SPAZIALE  
LIVELLO PRASSICO  
LIVELLO COGNITIVO  
LIVELLO LUDICO-SIMBOLICO  
LIVELLO COMUNICATIVO-LINGUISTICO



Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con  
patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

## VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA

### COMPORAMENTO



#### **Interesse per l'ambiente e modalità esplorative**

Modalità di **interazione con l'altro** e con l'oggetto

#### **Stato di vigilanza, livello attentivo, interesse**

**conoscitivo**, perseverazione, instabilità,  
affaticabilità.

**Reazioni emotive** (pianto, riso, inibizione, frustrabilità,  
aggressività, grado di adattabilità)

**Livello affettivo** (consolabilità, separazione dalle figure di  
riferimento).

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con  
patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

## VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA



### FUNZIONI SENSORIALI

Vista  
Udito-funzione vestibolare  
Tatto  
Integrazione sensoriale

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con  
patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre



## VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA

### LIVELLO NEURO-MOTORIO

**TONO E MOTRICITA'**: tono, forza, trofismo, contratture muscolari, retrazioni tendinee, mantenimento delle posture, passaggi posturali, motricità spontanea in senso adattivo

**COORDINAZIONE DINAMICA GENERALE**: deambulazione, corsa, salto, scala, palla, pedalare, ostacoli

**ABILITA' MOTORIE**: ABC mouvement. Oseretzky

**LATERALITA'**: mano, piede, occhio, orecchio

**PRENSIONE E COORDINAZIONE OCULO-MANUALE**: approccio all'oggetto, tipo di prensione, modalità di manipolazione

**SCHEMA CORPOREO**

**SINCINESIE**

**AUTONOMIE**: alimentazione, controllo sfinterico, vestirsi ecc

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con  
patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre



## VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA

### LIVELLO NEURO-MOTORIO

TONO E MOTRICITA': tono, forza, trofismo, contratture muscolari, retrazioni tendinee, mantenimento delle posture, passaggi posturali, motricità spontanea in senso adattivo

COORDINAZIONE DINAMICA GENERALE: deambulazione, corsa, salto, scala, palla, pedalare, ostacoli

ABILITA' MOTORIE: ABC mouvement. Oseretzky

LATERALITA': mano, piede, occhio, orecchio

PRENSIONE E COORDINAZIONE OCULO-MANUALE: approccio all'oggetto, tipo di prensione, modalità di manipolazione

SCHEMA CORPOREO

SINCINESIE

AUTONOMIE: alimentazione, controllo sfinterico, vestirsi ecc

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre



## VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA

### LIVELLO VISUO-PERCETTIVO E VISUO-SPAZIALE

ASSOCIAZIONI

CLASSIFICAZIONI

SERIAZIONI

INCASTRI

PUZZLE

TEST DELLE FIGURE SOVRAPPOSTE

FIGURE DI REY

CUBI DI CORSI

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre



## VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA

### LIVELLO PRASSICO

ATTIVITA' ESPLORATIVA SULL'OGGETTO  
PRASSIE IMITATIVE  
PRASSIE COSTRUTTIVE  
PRASSIE ESECUTIVE  
PRASSIE BIMANUALI  
PRASSIE RAPPRESENTATIVE

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

## VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA

### LIVELLO COGNITIVO



TEST DI SVILUPPO:

- Uzgiris-Hunt
- Griffith
- Brunet-Lezine
- Stanford-Binet
- Leiter
- Wippsi
- WISC-R
- Minnesota

COLLABORAZIONE  
LIVELLO ATTENTIVO

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre



## VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA

### LIVELLO LUDICO-SIMBOLICO

GIOCO SPONTANEO  
GIOCO SU IMITAZIONE  
GIOCO GUIDATO O SU RICHIESTA  
GIOCO CAUSA-EFFETTO  
GIOCO CORPOREO  
GIOCO DI SCAMBIO  
RACCONTO MIMATO  
GIOCO SIMBOLICO  
GIOCO CON REGOLE



Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con  
patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre



## VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA

### LIVELLO COMUNICATIVO-LINGUISTICO

GESTO  
MIMICA CORPOREA  
POSTURE E MOVIMENTI  
PRODUZIONE VERBALE  
PRASSIE ORALI  
LIVELLO SEMANTICO  
COMPRESIONE VERBALE  
LIVELLO METALINGUISTICO  
LIVELLO NARRATIVO

Donatella Valente

10/09/2009

La valutazione neuro-psicomotoria del bambino con  
patologia neuropsichiatrica in riabilitazione equestre

# Progetto: "Attività Ludico Educative in ambiente Equestre"

Realizzato e Coordinato dal dott. Fabrizio Giorda



Il Progetto: "Attività Ludico Educative in Ambiente Equestre" è rivolto a pazienti adulti del Centro Diurno DSM-ASL RMH4. Autore: Dott. Fabrizio Giorda.

Le attività prevedono la partecipazione degli utenti in sessioni di gruppo da sei persone, con cadenza settimanale e della durata di due ore. Iniziate nel mese di ottobre 2008 fino a luglio 2009 e tutt'ora in corso.

Il Progetto è realizzato dall'Associazione "...Che l'Erba Cresce" presso il suo maneggio sito in via Cantinella 120, 00128 Trigoria, Roma.

Le attività equestri proposte sono il Volteggio e l'Equitazione e con cadenza mensile Laboratori di Scuderia/Selleria e Laboratorio del Colore (Disegno libero, a tema, somministrazione Test Disegno della Figura Umana, Disegno dell'Albero, Disegno della Famiglia).

Gli operatori redigono, alla fine di ogni seduta, un diario delle attività e del "funzionamento" sia dei singoli che del gruppo. L'Equipe Multidisciplinare, composta dallo staff dell'Associazione e dallo staff del DSM ASL RMH4, si riunisce periodicamente per stabilire le linee guida dell'intervento e per esprimere una valutazione sull'iter riabilitativo.

## **PROGETTO "ATTIVITA' LUDICO EDUCATIVE IN AMBIENTE EQUESTRE**

**REALIZZATO E COORDINATO DAL DOTT. FABRIZIO GIORDA**

### **PREMESSA**

Il progetto ludico-educativo in ambiente equestre è un intervento che permette di strutturare, all'interno di un contesto naturale, una serie di azioni che stimolano la sfera affettiva e relazionale dell'individuo tramite il cavallo quale stimolo affettivo e contenitore emotivo nonché strumento di comunicazione.

Le esperienze maturate in questo contesto ci suggeriscono l'importanza dell'ambiente equestre quale luogo facilitante la socialità e quindi, la comunicazione, nonché l'integrazione dei soggetti coinvolti. Integrazione possibile in un luogo, "il maneggio", poco formale, caratterizzato da un ambiente naturale, molto diverso dai luoghi abitualmente deputati alla "cura".

### **OBIETTIVI GENERALI**

- Sviluppare percorsi riabilitativi integrati volti all'acquisizione/potenziamento delle autonomie funzionali e relazionali di persone disabili;
- Contribuire a sviluppare e/o consolidare le iniziative finalizzate a rendere possibili esperienze di integrazione ed inclusione sociale di soggetti svantaggiati;

### **OBIETTIVI SPECIFICI**

#### **Acquisizione/potenziamento delle autonomie funzionali:**

- Autonomie di base;
- Miglioramento dell'equilibrio, della coordinazione e del tono muscolare.

#### **Acquisizione/potenziamento delle capacità emotive, relazionali e sociali:**

- Miglioramento dell'autostima e dell'assertività;
- Permettere esperienze di contatto con il Sé Corporeo;
- Favorire occasioni di socializzazione e di integrazione.

### **DESTINATARI**

Il Progetto è rivolto a dodici pazienti adulti (età anagrafica tra i 22 a e i 45 a) del Centro Diurno DSM-ASL RMH4 di Pomezia (RM).

I pazienti hanno diagnosi psichiatriche di psicosi e/o disturbi narcisistici di personalità in associazione a deficit cognitivi (da lieve a moderato), storie cliniche con diversi segni di cronicizzazione.

Le attività prevedono la partecipazione degli utenti in due sessioni di gruppo da sei persone, con cadenza settimanale e della durata di due ore, dal mese di ottobre 2008 fino a luglio 2009.

Riprese le attività nel mese di settembre 2009, sono tuttora in corso.

### **LE ATTIVITA'**

Le Attività Ludico-Educative in Ambiente Equestre possono essere considerate come un complesso di tecniche rieducative agenti per il superamento del danno sensoriale, cognitivo e comportamentale attraverso un'attività che prevede l'utilizzo di quello "strumento" particolare che è il cavallo.

Il progetto, oltre alle valenze ludiche ed educative, si configura anche come proposta innovativa di aggregazione sociale attraverso lo sport per gruppi di persone in condizione di disagio sociale con la possibilità di conoscere il cavallo nel suo ambiente ed avvicinarlo con l'aiuto di operatori specializzati.

L'intervento prevede più fasi, interscambiabili e flessibili in base alle caratteristiche individuali del ragazzo, agli obiettivi ad personam e di gruppo, alle competenze in ambito equestre (se già acquisite in precedenza)

### **Avvicinamento al cavallo**

E' prevista una conoscenza graduale e approfondita del cavallo in varie situazioni: durante lo stazionamento nei boxes, al paddock con gli altri cavalli ed in campo. Questo momento dà la possibilità ai ragazzi di capire il comportamento del cavallo come animale "sociale" e "gregario", inoltre eventuali sentimenti di preoccupazione e/o timore, curiosità ecc. possono cominciare ad emergere ed essere affrontati in gruppo con la mediazione degli operatori.

### **Pulizia e Bardatura del cavallo**

L'attività di pulizia e governo del cavallo consiste nel prendersi cura dell'animale prima di montarlo. Il cavallo, appena preso dal box o dal paddock (ampio recinto per lo stazionamento all'aperto) ha bisogno di essere pulito. In questo frangente si usano alcuni attrezzi di cui si apprende nome, funzionalità e sequenzialità di utilizzo. Questo lavoro è mirato a stimolare le facoltà intellettive, la coordinazione oculo-manuale, al consolidamento dei prerequisiti spazio-temporali, alla gestione delle emozioni che crea il contatto diretto uomo-cavallo ed a creare sintonia e fiducia nella relazione sia con il cavallo che con l'operatore.

Dopo le operazioni di pulizia si passa alla "bardatura" ossia alla sistemazione sul cavallo degli ausili equestri e dei finimenti che ne rendono possibile l'impiego.

### **Attività in campo: volteggio ed equitazione di base**

Il Volteggio consiste nel praticare sul cavallo, che è mantenuto in circolo da un longeur e condotto da questi alle tre andature - passo - trotto e galoppo -, una serie di esercizi di ginnastica a corpo libero, sia da un solo soggetto che da due o più persone. La scelta di praticare l'attività equestre del volteggio con più soggetti contemporaneamente è dovuta alla considerazione che alla base di questa disciplina ci sia il gioco e la voglia di imparare esercizi ginnici ed acrobatici in collaborazione con altri e attraverso il contatto con il cavallo; l'animale detta, con il suo movimento e con le variazioni di andatura, lo svolgimento e l'esecuzione delle varie figure ginniche. Questo implica un costante adattarsi al cavallo e lo sviluppo di un positivo senso di collaborazione tra i partecipanti ; chi fa parte di un gruppo di volteggio acquisisce un comportamento responsabile verso sé e verso gli altri.

Nell' Equitazione, è prevista la guida del cavaliere.

Si svolgeranno esercizi e figure di maneggio al passo e, se sarà possibile, sarà proposto il trotto ed il galoppo. In questa attività è stimolata e rinforzata la partecipazione cognitiva e relazionale del ragazzo, la strutturazione spazio-temporale, il senso ritmico, abilità necessarie alla conduzione in uno spazio definito, il rettangolo di maneggio, del cavallo. Inoltre il lavoro muscolare del cavaliere è sollecitato in maniera leggera ed armonica, in un lavoro di sforzo "simmetrico" finalizzato al raggiungimento dell'equilibrio necessario. L'equitazione che viene insegnata è notevolmente semplificata ma permette comunque al soggetto di esercitare la sua volontà.

## **LABORATORI DI APPRENDIMENTO E CONSOLIDAMENTO DELLE ACQUISIZIONI**

### **Laboratorio di Selleria e Scuderia**

La nostra selleria è predisposta in modo funzionale per i ragazzi: tutto ciò che è all'interno è disposto in modo da facilitare i ragazzi nella scelta del materiale da utilizzare; ad ogni cavallo è stato abbinato un colore ed ogni finimento che lo riguarda ha attaccato un laccio con lo stesso colore.

Le attività di selleria prevedono il riordino degli strumenti di pulizia e della bardatura, la cura dei finimenti, pulendoli ed ingrassandoli quando ce ne sarà bisogno.

E' un modo di prendersi cura delle cose utilizzate dai ragazzi stessi nelle attività con il cavallo: presuppone una collaborazione di gruppo ed offre la possibilità di potenziare le capacità di riconoscimento e memorizzazione degli ausili equestri, la motricità fine e la capacità manipolativa nella manutenzione di oggetti.

Il laboratorio di scuderia consiste nel partecipare alle operazioni di accudimento del cavallo in box e alla somministrazione dei foraggi di cui necessita. E' occasione per una conoscenza del cavallo come essere vivente che ha esigenze specifiche.

### **Laboratorio del Colore**

Il laboratorio del "colore" nasce dalla volontà di creare un gruppo che sperimenti le potenzialità offerte dalle arti pittoriche e manuali in genere. Le suddette arti si rivelano un approccio molto stimolante ed efficace sia per imparare ad esprimersi in modo più creativo, migliorando la propria immagine di sé e autostima, sia per scopi educativi più specifici con persone che presentino disabilità fisiche, ritardo mentale o altre difficoltà emotive, comportamentali e relazionali.

Il cavallo ed il mondo che lo circonda, elementi attorno ai quali si attua il progetto, sono anche lo spunto per fornire un contenuto di immagini, sensazioni ed emozioni elaborabili, oltreché con un approccio diretto di contatto e di attivazione fisica, anche attraverso il disegno ed altre tecniche di manipolazione che prevedono e presuppongono una riflessione successiva all'esperienza fondata sull' autorappresentazione.

## **METODOLOGIA**

### **Acquisizione/potenziamento delle autonomie funzionali**

#### ***Autonomie di base***

Si prevede, prima e dopo l'attività con il cavallo, un lavoro negli spogliatoi per prepararsi con gli indumenti adatti e si chiederà agli accompagnatori di far arrivare ogni ragazzo con una borsa contenente i cambi.

Questa fase del progetto verrà svolta dai ragazzi con l'assistenza degli operatori dell'associazione che attraverso una modalità di aiuto progressivamente meno diretta, favoriranno l'emergere di capacità autonome negli stessi.

#### ***Miglioramento dell'equilibrio, della coordinazione e del tono muscolare***

A livello neurofisiologico il cavallo consente spostamenti e posture adattive che introducono l'idea di "spazio" permettendo la ricostruzione di patterns motori che il portatore di handicap non realizzerebbe spontaneamente. A livelli diversificati favorisce la presa di coscienza dello schema corporeo, permette una regolazione del tono muscolare ed un controllo dell'equilibrio, favorendo una migliore coordinazione e lateralizzazione.

## **Acquisizione/potenziamento delle capacità emotive, relazionali e sociali**

### ***Miglioramento dell'autostima e dell'assertività***

L'assertività nel senso di saper proporre le proprie intenzioni con sicurezza è una forma di comunicazione intenzionale, verbale e non verbale, cui si arriva per gradi: il progressivo "farsi parte attiva" del disabile nel cimentarsi con il cavallo e la sempre maggiore "rispondenza" di quest'ultimo ai comandi che gli vengono impartiti rinforza la messa in atto dell'azione corretta e rinsalda l'autostima.

Inoltre il desiderio di muoversi con il cavallo rimanda alla necessità di comunicare nella maniera appropriata, possibile solo in un rapporto di conoscenza reciproca (relazione). Proviamo solo ad immaginare quanto possa essere importante sul piano motivazionale per un disabile scoprirsi capace di montare un cavallo e, sul piano dell'autostima, vedere che si è assertivi abbastanza da poterlo dirigere ed avere la sua collaborazione!

### ***Permettere esperienze di contatto con il Sé Corporeo***

Il cavallo è molto sensibile alla comunicazione gestuale e corporea e risponde con reazioni di intenso piacere alle stimolazioni acustiche (il baby talking con cui spesso si accompagnano le effusioni) e tattili (cure e carezze) ed ha le caratteristiche adatte a soddisfare le pulsioni di attaccamento per fornire sicurezza: calore, odore, movimenti ritmati e regolari, sguardo.

E' in questo senso che si può parlare di "rispondenza tonico-emozionale" del cavallo.

Durante la fase di preparazione e cura del cavallo, supportata da questa tendenza a stabilire un contatto, è possibile che la persona disabile prenda pian piano coscienza non solo del corpo del cavallo ma anche del proprio corpo e che cominci ad integrare questi due corpi con un "interno" che li anima.

L'esperienza senso motoria di "abitare" il proprio corpo è fondante per l'emergente e progressivo costituirsi del Sé Corporeo.

### ***Favorire occasioni di socializzazione e di integrazione***

Primo elemento innovativo rispetto alla terapia "classica" è l'ambiente in cui si svolge l'intervento riabilitativo. Il maneggio è uno spazio aperto e naturale, con una suddivisione degli spazi in cui ogni luogo ha una funzione specifica e di fondamentale importanza per lo svolgimento delle mansioni di stabulazione e cura dei cavalli, manutenzione dei finimenti, pratica equestre ludica e sportiva, oltre alla presenza di spazi di aggregazione sociale come la scuderia, la club-house e, non ultimo per importanza, il locale spogliatoio. Tutti questi spazi diventano parte integrante del setting terapeutico, permettendo al portatore di handicap di:

- avvicinarsi ad un gruppo di persone eterogenee ed estranee al mondo dell'handicap (stallieri, veterinari, cavalieri, maniscalchi), ma anche aperto ad amici, parenti, curiosi, con i quali rapportarsi in modo socialmente positivo;
- conoscere regole, tecniche e terminologie sportive uguali per tutti e, soprattutto, legate alle necessità dell'animale cavallo.
- adattarsi alle variazioni meteorologiche, che modificano casualmente le modalità dell'intervento terapeutico;
- muoversi all'interno di uno spazio che non ha sempre confini delimitati da pareti.

#### **STRUMENTI**

### **Analisi della domanda: valutazione/ridefinizione delle richieste di intervento**

## **Valutazione iniziale dell'Utenza**

La valutazione iniziale dell'Utenza prevede: la partecipazione agli incontri previsti con la Struttura Inviante (integrazione, raccordo e comunicazione con DSM), incontri con l'Utenza e le famiglie, contatti con il medico e/o psicoterapeuta del soggetto, la valutazione psicometrica adeguata alle possibilità dell'utente.

La possibilità di una valutazione psicometrica è stata ritenuta non praticabile in fase di start –up del progetto in quanto non si è potuto in tempi brevi identificare un gruppo di controllo ed i dati preliminari necessari alla strutturazione di un protocollo di somministrazione si sono resi disponibili ad attività intraprese.

## **Protocollo di monitoraggio/valutazione dei risultati**

Lo staff dell'Associazione ha provveduto, in accordo e collaborazione con la Struttura Inviante (DSM), a realizzare un protocollo di monitoraggio/valutazione dei risultati definibile come Analisi/Valutazione Qualitativa fondante le sue osservazioni su:

- 1) **Riprese video-foto** dello svolgimento delle attività;
- 2) **Diario sedute**: compilazione da parte degli Operatori di R.E. di un diario del lavoro svolto in ogni singola sessione di lavoro con annotazioni su difficoltà e/o punti di forza sia del singolo che del gruppo nel suo insieme;
- 3) **Profilo Psicomotorio**: dopo una fase di Osservazione (partecipata e “fuori campo”), coincidente con il primo mese di attività, Psicologo e Neuropsicomotricista stilano un profilo psicomotorio;
- 4) **Test dei Disegni**: durante lo svolgimento del Laboratorio del Colore viene somministrato il Test del Disegno della Figura Umana, Dell'Albero e della Famiglia: la sua somministrazione è possibile in utenti anche di diverso livello nelle capacità cognitive, di solito non genera stress o ansia poiché consiste in un lavoro carta-matita a tavolino e consente di avere informazioni sul livello dello schema corporeo, sull'acquisizione della topologia corporea di base, sul livello di autostima; il disegno dell'Albero e della Famiglia sono test proiettivi ma è possibile, con una somministrazione test pre-post, utilizzarli per valutare differenze apprezzabili su alcune variabili semplici prese in considerazione ed in particolare rispetto al vissuto soggettivo delle proprie capacità relazionali e sociali.

Questo protocollo di monitoraggio è previsto in fase di avvio attività, dopo il primo mese, durante lo svolgimento (quinto mese) del progetto e durante il mese di luglio, prima della pausa estiva.

## **Verifica dell'andamento delle attività in periodiche riunioni dell'equipe**

La verifica dell'andamento delle attività viene monitorata in periodiche riunioni dell'Equipe Multidisciplinare, composta dall'equipe del DSM e dell' dell'Associazione “Che l'erba cresce”.

### **Composizione dell'Equipe dell'Associazione “...Che l'erba cresce”:**

- Psicologo Responsabile dell'Area Riabilitazione Equestre e Sportiva;
- Operatori specializzati nell'area equestre (n. quattro);
- Terapista della Neuropsicomotricità;

- Assistente Sociale;
- Educatore Professionale (verifiche e raccordo tra i tre Laboratori del Progetto).

#### **Composizione dell'Equipe DSM Pomezia:**

- Medico Psichiatra Responsabile DSM
- Psicologo, Psicoterapeuta Coordinatore Centro Diurno DSM
- Infermieri Professionali DSM

L'Equipe Multidisciplinare nel suo insieme si riunisce periodicamente per un numero di incontri minimo di tre nell'arco temporale del Progetto (undici mesi circa) e, comunque, ogniqualvolta risultasse necessario.

La valutazione dei risultati del primo anno di attuazione del Progetto, conclusosi alla fine del mese di luglio 2009, è ancora in fase di elaborazione e non è al momento disponibile.

## **CENNI BIBLIOGRAFICI**

**Altieri R., Angelini N., Giannotti A.**, (1994), La Riabilitazione Equestre: una prospettiva di integrazione neuropsichiatrica, in "Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza"; 1994;61:287/295 n.3, maggio-giugno.

**Caporali M., Ponzeveroni M., Ferruti A.**, (1997), Autismo infantile e TMC: una scelta alternativa in campo terapeutico e riabilitativo. Estratto da: Lo Psichiatra e i suoi pazienti, trasformazioni culturali in psichiatria, simposi e comunicazioni, XL Congresso Nazionale S.I.P., Palermo.

**Cawley R.C., Cawley D.J., Retter K.**, Therapeutic horseback riding and self-concept in adolescent with special aducational needs, Anthrozoos; 1994, Vol.7(2) pp. 129-134.

**De Lubersac R., Lallery H.**, (1973), Rieducare con l'equitazione. IGIS Ed., (trad. it. 1977).

**Farneti P., Carlini M.G.,** (1981), Il ruolo del corpo nello sviluppo psichico, Ed. Loescher, Torino.

**Frascarelli M., Citterio D.N.,** (2001), Trattato di Riabilitazione Equestre, Ed. Phoenix, Roma.

**Lapierre A., Aucouturier B.,** (1980), Fantasmatica corporale e pratica psicomotoria, Spelling e Kupfer, Milano, (trad. it. 1982).

**Papini M., Pasquinelli A.,** (1996), Principi pratici di Riabilitazione Equestre, Utet Periodici, Milano.

**Smirni P., Bratta B., Branciforti V., Castellino G.,** La riabilitazione equestre nel danno grave delle funzioni cognitive, in: Atti del 5° Congresso Internazionale di Riabilitazione Equestre, 4-8 giugno, Milano 1985.

**Wallon H.,** (1942), De l'acte à la pensée, Flammarion, Paris.

-----  
Associazione Sportiva ONLUS  
“...Che l'erba cresce”  
Via Cantinella n. 120 – 00128 Roma

[www.lerbacresce.org](http://www.lerbacresce.org)

# Riabilitazione Equestre

## Scienza senza confini

**Dott.ssa Ida Brancaleone (1), Prof. Mario Brancaleone (2), Dott. Antonio Brancaleone (3)**

### **SOMMARIO**

- Centro Ippico "Sughereta San Vito" A.S.D. : introduzione e storia
- Il caso: Aurora e la Sindrome di West
- Gioco di squadra e mezzi: l'equipe e la nuova sella Podium M.S.B. R.E.
- Un sogno diventato realtà: dalla Riabilitazione Equestre allo Sport

### **INTRODUZIONE E STORIA DEL C.R.E. "SUGHERETA SAN VITO" A.S.D.**

Il Centro Ippico "Sughereta San Vito" A.S.D. situato nel cuore della più grande Sughereta dell'Italia peninsulare in un contesto rurale di particolare bellezza, si trova a Monte San Biagio (LT).

-1989 Nascita del Centro

-1992 Centro Affiliato A.N.T.E.

-2002 Centro Affiliato Equitazione di Campagna F.I.S.E.

-2006 Centro Federale di Riabilitazione Equestre F.I.S.E.

-2008/2009 Centro Affiliato al C.I.P.

-2006/2009 Progetto di Riabilitazione Equestre rivolto a N°16 soggetti diversamente abili a basso reddito, finanziato dall'Assessorato alle Politiche Sociali della Provincia di Latina.

Grazie alla legge 104 del 1992 che tutela i diritti delle persone disabili, si è creata una sinergia tra neuropsichiatri infantili e professionalità non mediche quali psicologi, logopedisti, fisioterapisti, assistenti sociali, insegnanti di sostegno, riabilitatori motori, tecnici e operatori del settore della Riabilitazione Equestre e, da pochissimi anni, anche del settore Sportivo.

Il neuropsichiatra infantile si occupa di patologie presenti fondamentalmente in due ambiti:

**1. Neurologia dell'età evolutiva**

- Paralisi cerebrale infantile
- Traumi cranici
- Epilessia
- Etc.

**2. Psichiatria dell'età evolutiva**

- Disturbi legati allo sviluppo psicologico, dell'apprendimento, del linguaggio, del comportamento, della personalità, dell'emotività.
- Ritardo mentale.
- Etc.

Le professionalità non mediche che operano nel settore della R.E., hanno il compito di potenziare al massimo le capacità residue del soggetto in questione e di sfruttare la "diversità" per trasformarla in opportunità (di integrazione, di lavoro...).

**IL CASO**

Il caso da noi osservato è affetto da una patologia che si lega sia all'ambito neurologico, che all'ambito psichiatrico: la Sindrome di West con una diagnosi di "Cerebropatia Epilettogena e Ritardo Mentale" .

**Sindrome di WEST**

È una malattia considerata "rara", una grave forma di epilessia che si manifesta nel 1° anno di vita nel bambino tra i 4-7 mesi; la casistica è di 1 su 150.000 nascite. Questa sindrome è caratterizzata da una triade sintomatica con spasmi muscolari in flessione o in estensione con forte regressione mentale e con tracciato encefalografico particolare e desincronizzato (Ipsaritmia).

**Aurora**

1991 nasce a Fondi

1999 inizia ad essere seguita da una neuropsichiatra infantile

2003 arriva al nostro Centro ed inizia il percorso riabilitativo

Inizio 2005 la Rieducazione Equestre è quasi terminata, ma le crisi ormai diventano sempre più frequenti fino a dover interrompere la R.E. in settembre

2006 gennaio intervento: esplorazione intracranica con elettrodi subdurali e Cortectomia parietale sinistra

2007 giugno dopo quasi due anni di inattività ricomincia lentamente la R.E.

2008 settembre inizia l'avventura di atleta C.I.P.

## **MEZZI**

Febbraio 2008 la sella ideata, progettata e sperimentata presso il nostro Centro, prende forma grazie alla Equitec International : si chiama Podium M.S.B. R.E. e, senza l'uso della maniglia, è presente alla sua prima uscita ufficiale a Giugno 2008 ai Campionati Tecnici Paralimpici a Città di Castello (PG).

La sinergia tra medici ed operatori è consolidata dai nuovi mezzi che donano sicurezza e comodità ai cavalieri della R.E. e che aiutano a raggiungere gli obiettivi in tempi decisamente più brevi.

## **RISULTATI E CONCLUSIONI**

Prende parte alle riprese di dressage e alle lezioni di salto insieme ai suoi coetanei del centro ed ha iniziato da poco la preparazione atletica per la stagione agonistica 2009/2010.

Le nuove argomentazioni hanno migliorato la comunicazione integrando le relazioni sociali e quindi di riflesso anche il ventaglio di emozioni che Aurora scambia con i nuovi amici, e con i nuovi cavalli; riscontri positivi si hanno anche sul piano motorio: buona la propriocettività, la regolarizzazione del tono muscolare, la mobilitazione del bacino ed i meccanismi di equilibrio, che donano un assetto più fluido e controllato. Buoni anche i tempi di reazione agli stimoli.

Un sogno è diventato realtà: Aurora è finalmente uscita dalla R.E. ed ora è un atleta.

**(1)** Dottore Magistrale in Scienze e Tecniche dello Sport, Riabilitatore motorio, Tecnico Equitazione di Campagna II livello, Istruttore Tecnico C.I.P., Coordinatore progetti Provinciali sulla R.E. 2006/2009, Docente corsi F.I.S.E., Tutor Ausiliari della R.E. presso il C.R.E. "Sughereta San Vito" A.S.D., Docente di Scienze Motorie.

**(2)** 1996 "Corso Universitario teorico pratico di R.E." presso la Cattedra di Neuropsichiatria Infantile di Firenze. Inizia l'avventura per il presidente nonché fondatore del "C.I. Sughereta San Vito" A.S.D. Prof. Mario Brancaleone Tecnico Equitazione di Campagna III livello.

**(3)** Dottore in Tecnologie delle Produzioni Animali, Tecnico di Equitazione di Campagna di I livello, Giudice Regionale Endurance, Commissario alle Partenze F.I.S.E., Esperto di razza Associazione Italiana Allevatori, Segretario C.I. "Sughereta San Vito" A.S.D.