



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

Il Child Occupational Self Assessment - COSA

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

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

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

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

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

Introduzione

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

Al centro della valutazione: la performance occupazionale

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

dall'approccio biomedico e creando in lui la necessità di tenere conto in modo più ampio della specificità della persona bisognosa di cure¹.

Il terapeuta occupazionale è ora confrontato all'esigenza di conoscere i bisogni, le opinioni, i valori e le abitudini del cliente, e di tenere conto della sua performance occupazionale per strutturare il processo terapeutico. Secondo l'Associazione Canadese Ergoterapisti (ACE), la *performance occupazionale* è definita come la capacità di una persona di scegliere, organizzare e dedicarsi a occupazioni significative che gli procurano soddisfazione. Queste occupazioni, definite sul piano culturale e generazionale, le permettono di prendersi cura di sé, di divertirsi e di contribuire alla costruzione sociale ed economica della comunità in cui vive².

Le occupazioni si suddividono appunto in cura personale, produttività e tempo libero³. Secondo questo modello, il cliente è considerato competente per valutare la sua prestazione e l'importanza che ogni attività assume per lui, e partecipa attivamente all'elaborazione di un piano di trattamento che tiene conto dei suoi bisogni. La finalità della terapia e gli obiettivi di trattamento sono condivisi e il cliente assume la corresponsabilità del raggiungimento degli scopi prefissati. Affinché il cliente possa prendere delle decisioni oculate, il terapeuta occupazionale deve fornirgli tutte le informazioni scientifiche di cui dispone, e mettere a disposizione la sua esperienza e la sua competenza

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

La partecipazione del cliente in età evolutiva

Tra le resistenze all'implementazione del Modello canadese di performance occupazionale, c'è la considerazione che non sempre il cliente è in grado di autovalutarsi e di decidere per sé⁴. In età evolutiva il termine cliente si riferisce non soltanto al bambino ma egualmente ai suoi genitori, la cui presenza nel ragionamento clinico del terapeuta occupazionale è necessaria per più motivi. Innanzitutto è all'interno della famiglia che il bambino costruisce il suo profilo occupazionale: impara come utilizzare il suo tempo e il valore di ogni attività della vita quotidiana^{7,8}. I membri della famiglia costruiscono e trasmettono un modello culturale, una trama per giudicare gli eventi e per decidere come interagire, all'interno e all'esterno della propria abitazione⁹. In secondo luogo, nella vita del bambino le sedute di terapia non occupano che dei piccoli momenti, mentre

la famiglia rappresenta una fonte di continuità: i genitori hanno un progetto che va al di là degli anni di vita scolastica o dei trattamenti di cui ha bisogno; conoscono il bambino e la situazione meglio di tutti. Infine, i genitori possono decidere, esplicitamente o implicitamente, di portarlo o non portarlo in terapia e di limitare o massimizzare gli effetti terapeutici. In questo contesto, la relazione con i genitori occupa un posto privilegiato e la valutazione del rendimento occupazionale apre la porta ad un vero e proprio partenariato con i genitori, in cui la relazione tra le parti è egualitaria e la presa di decisioni è consensuale¹⁰. Il terapeuta occupazionale deve considerare i genitori come esperti nella vita del bambino, fornire loro l'informazione scientifica, l'esperienza clinica e le competenze professionali di cui dispone affinché possano prendere le migliori decisioni possibili per il suo avvenire¹¹. La finalità del trattamento non porta sulla malattia, ma sull'adattamento e l'autonomia del bambino e della sua famiglia, e la gerarchizzazione degli obiettivi è definita insieme.

La valutazione occupazionale attraverso il COSA

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

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

1. La valutazione della Competenza fornisce delle informazioni sulla percezione di sé, rivela l'abilità a identificare le esigenze dell'ambiente e indica il livello di supporto di cui il bambino ha bisogno per partecipare alle attività;
 2. La valutazione dell'Importanza permette di identificare gli interessi, i valori, le abitudini di vita e i ruoli che il bambino deve assumere nella vita quotidiana.
- Grazie alle scale di valutazione, il terapeuta occupazionale dispone di un gran numero di informazioni che gli permetteranno di pianificare un trattamento individuale insieme al bambino.

Presentazione dello strumento di valutazione COSA

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

pianificare una presa a carico centrata sul cliente, e offrire un intervento trasparente e individualizzato¹². Il COSA è stato tradotto in tedesco, islandese, nella lingua dei segni britannica e in italiano, anche se nessuna di queste traduzioni è stata per ora validata scientificamente. Coscienti della necessità di coinvolgere i genitori nella valutazione, all'interno della traduzione in lingua tedesca, Hörning, Hoven & Wolf (2004) hanno sviluppato una versione del COSA per i genitori e un formulario che sostiene la discussione tra terapeuta, genitori e bambino. Questi aspetti sono stati ripresi nella versione italiana.

Presentazione del materiale

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

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

Svolgimento della valutazione

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

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

Implicazioni dell'utilizzo del COSA sulla pianificazione del trattamento

L'utilizzo di una valutazione occupazionale, crea una serie di ripercussioni sulla pianificazione e sul corso del trattamento. Innanzitutto, la finalità del trattamento non sarà più legata alla rieducazione delle funzioni deficitarie, ma sarà basata sulle occupazioni, in altre parole sull'adattamento e l'autonomia del bambino e della sua famiglia, rispetto alle esigenze dell'ambiente e in relazione alla partecipazione sociale e al benessere che ne deriva¹³. Se la valutazione porta sulle attività, gli obiettivi di trattamento saranno legati ai compiti piuttosto che ai processi, in un approccio top-down. L'approccio top-down è stato ampiamente validato a livello scientifico in età evolutiva ed è raccomandato all'interno di diverse linee guida, per esempio nella cura dei Disturbi della coordinazione motoria¹⁴. La formulazione degli obiettivi è particolarmente importante e consigliato di fare appello ai principi SMART: Specifico, cioè

che non lascia spazio ad ambiguità; Misurabile, quindi quantificabile e verificabile in fase di controllo; Ambizioso, poiché un obiettivo non raggiungibile demotiva all'azione allo stesso modo di uno facilmente raggiungibile; Rilevante, cioè coerente con la finalità della terapia; Temporale definito, cioè con una scadenza¹⁵. Una formulazione degli obiettivi secondo questi principi, promuove la trasparenza e facilita la valutazione dei progressi da parte del bambino, dei genitori e del terapeuta stesso.

Il COSA e la validità scientifica

Le caratteristiche psicometriche del COSA sono state investigate una prima volta nel 2004, per la prima versione del COSA e più recentemente per valutare la validità scientifica della versione 2.1. Un primo studio pubblicato nel 2005, mostrava che il COSA poteva essere ritenuto uno strumento di valutazione centrato sul cliente significativo e affidabile. I bambini tra gli 8 e i 13 anni si dimostravano competenti nel valutare la loro competenza e l'importanza delle attività nella vita quotidiana, anche se alcune imprecisioni nelle risposte suggerivano che era necessario correggere la formulazione di tre item e modificare le scale di valutazione, permettendo al bambino di esprimersi su una scala a 4 livelli piuttosto che a tre¹⁶. Uno studio più recente sulla versione 2.1¹⁷, ha preso in considerazione la versione originale e diverse traduzioni

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

sultati tramite una somministrazione standardizzata e randomizzata.

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

Inoltre, i bambini percepiscono la gestione delle emozioni e la risoluzione di compiti cognitivi come più importanti rispetto alle attività legate alla cura di sé; di conseguenza, il terapeuta occupazionale dovrebbe riconsiderare la quantità di tempo all'interno delle sedute dedicata alle attività di cura di sé, e focalizzare il suo intervento sulla costruzione di abilità e strategie cognitive per aumentare il sentimento di competenza nel confrontarsi alle attività difficili e alla gestione delle emozioni⁸.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusione

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

Riferimenti bibliografici

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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