

LE CLASSIFICAZIONI FUNZIONALI

Fin dagli albori dell'attività sportiva delle persone disabili si è evidenziata la necessità di suddividere i vari quadri nosologici in gruppi di atleti con abilità simili per una competizione sportiva ad armi pari e dove a ciascuno sia riconosciuto il diritto di aspirare alla vittoria.

Inizialmente i vari comitati medici internazionali preposti alla codificazione delle classificazioni si sono orientati su una valutazione essenzialmente riferita alla patologia fino ad arrivare ai giorni nostri dove si privilegia sempre di più l'aspetto funzionale dell'individuo quasi indipendentemente dalla causa della disabilità.

Questo tipo di approccio è sicuramente migliore, ora l'attenzione è posta non su ciò che l'atleta non è in grado di fare, ma su ciò che, nonostante la patologia, può fare.

Per capire meglio le classificazioni attuali è opportuno fare un cenno su quelle denominate tradizionali.

L'attenzione verso l'attività sportiva e riabilitativa è nata nel lontano 1944 nell'ospedale di Stoke Mandeville in Gran Bretagna per opera di Sir Ludwig Guttman che studiò e realizzò dei programmi di allenamento per i reduci paraplegici della seconda guerra mondiale.

Nel 1948 furono istituiti i primi Giochi di Stoke Mandeville e successivamente nacque, con la partecipazione alle Olimpiadi di Roma nel 1960, l'ISMGF (International Stoke Mandeville Games Federation). Gli ottimi risultati del dottor Guttman fecero il giro del mondo e da più parti nacquero organizzazioni preposte all'attività sportiva per persone disabili.

Venne così fondata nel 1964 l'ISOD (International Spor Organisation for Disabled) che si occupava di atleti amputati, nel 1980 si formarono l'IBSA (International Blind Sport Association) e il CP-ISRA (Cerebral Palsy Sport and Recreation Association) che si occupavano rispettivamente di ciechi e cerebrolesi.

Successivamente venne fondata, nel 1986, INAS-FID che si occupa di atleti con disabilità intellettiva relazionale.

Nel 1982 venne fondato un comitato internazionale che coordinava tutte le varie organizzazioni e ha tuttora lo scopo di codificare e redigere le regole tecniche ed organizzative dei Giochi Paralimpici, oggi questo comitato si chiama IPC (International Paralympic Committee).

Ognuna di queste organizzazioni aveva il proprio sistema di classificazioni che, come già scritto, si basava sulla patologia.

L'ISMGF aveva suddiviso gli atleti con lesioni midollari in 8 classi:

T1a/b/c erano le classi per gli atleti tetraplegici dove T1a erano gli atleti con maggior danno neurologico e T1c quelli con il minor danno.

P2/3/4/5/6 erano le classi per gli atleti paraplegici dove P2 erano gli atleti con una lesione midollare alta (dal metamero D1 a D5) e P6 gli atleti con una lesione più bassa (S1-S2),

Il CP-ISRA si occupava di atleti con paralisi cerebrali e li aveva suddivisi in 8 classi che andavano da CP1 a CP8, anche qui il numero determinava la gravità della patologia, l'atleta CP1 era quello con la patologia più invalidante, in linea di massima gli atleti da CP1 a CP4 erano non deambulanti, mentre quelli da CP5 a CP8 potevano deambulare con aiuto o meno di ausili.

L'ISOD che inizialmente si occupava di amputati, successivamente si occupò anche di tutte quelle patologie che dovevano essere permanenti e che non potevano rientrare nelle altre organizzazioni denominando questi atleti come Les Autres e suddividendoli in 6 classi collocando sempre l'handicap più grave in classe 1.

Per quanto riguarda gli amputati vennero suddivisi con un sistema molto semplice:

A1 amputazione bilaterale sopra o attraverso l'articolazione del ginocchio

A2 amputazione monolaterale sopra o attraverso l'articolazione del ginocchio

A3 amputazione bilaterale sotto l'articolazione del ginocchio

A4 amputazione monolaterale sotto l'articolazione del ginocchio

A5 amputazione bilaterale sopra o attraverso l'articolazione del gomito

A6 amputazione monolaterale sopra o attraverso l'articolazione del gomito

A7 amputazione bilaterale sotto l'articolazione del gomito

A8 amputazione monolaterale sotto l'articolazione del gomito

A9 amputazioni combinate tra arti inferiori e superiori

L'IBSA suddivideva i propri atleti in tre classi:

B1 cieco completo

B2 atleti che riconoscono la forma di una mano, con un visus non superiore a 2/60

B4 atleti con un visus da 2/60 a 6/60

Gli atleti con una disabilità intellettiva relazione non avevano suddivisioni in classi.

Con l'unificazione sotto un'organizzazione comune di tutti gli atleti disabili si è evidenziata la necessità di rivedere i sistemi classificativi e cercare di crearne uno che raggruppasse in un numero minore di classi tutti gli atleti, nascono così le attuali classificazioni denominate funzionali, che sono in continua revisione e aggiornamento.

Le classificazioni funzionali si basano sulla valutazione del gesto tecnico sportivo specifico e necessariamente sono diverse da disciplina a disciplina.

La classificazione viene eseguita da un medico e/o fisioterapista e un tecnico di disciplina è suddivisa in due momenti ben precisi.

La valutazione clinica viene svolta in un ambulatorio medico su un lettino, è prevalentemente di competenza medica e si basa sulla valutazione di uno o più dei seguenti fattori:

- + forza muscolare
- + mobilità articolare
- + coordinazione motoria
- + arti amputati o dismelle
- + statura

Nel caso di forza, coordinazione e mobilità vengono attribuiti dei punti da 1 a 5 per ogni azione degli arti superiori, tronco e arti inferiori, nel caso di arti amputati o dismelle si procede a misurare i segmenti corporei e tramite un tabella codificata vengono assegnati dei punti.

Nella valutazione della forza vengono attribuiti:

0 punti nessuna contrazione

1 punto contrazione minima

- 2 punti movimento solo in assenza di gravità
- 3 punti movimento contro gravità
- 4 punti movimento contro resistenza
- 5 punto forza normale

Nella valutazione della coordinazione motoria vengono attribuiti:

- 0 punti nessun movimento funzionale
- 1 punto ridottissimo range di movimento
- 2 punti ridotto range di movimento e gravi problemi coordinativi
- 3 punti moderati problemi di coordinazione
- 4 punti range di movimento quasi normale
- 5 punti range di movimento normale

Nella valutazione della mobilità articolare vengono attribuiti:

- 0 punti nessun movimento
- 1 punto minimo movimento
- 2 punti 25% del normale range articolare
- 3 punti 50% del normale range articolare
- 4 punti 75% del normale range articolare
- 5 punti normale particolarità

La valutazione dei nuotatori non vedenti deve essere necessariamente eseguita da un classificatore oftalmologo che valuti il visus residuo.

La somma dei punti ,che nel caso di un normodotato è di 300 per gli stili S (stile libero, dorso e farfalla) e di 290 per gli stili SB (rana), determina la provvisoria collocazione in una classe che andrà poi verificata con la valutazione in acqua, per poter prendere parte alle competizioni un atleta deve avere almeno un deficit di 15 punti al test sul lettino.

La valutazione clinica è di fondamentale importanza per procedere poi alla valutazione in acqua.

Nella valutazione in acqua si osservano i seguenti elementi:

- tuffo di partenza
- galleggiamento supino
- galleggiamento prono
- nuotate negli stili praticati
- virata

Al tuffo di partenza e alla virata viene attribuito un punteggio da 1 a 10 che verrà poi sommato ai punteggi degli arti superiori, inferiori e del tronco.

E' fondamentale che l'atleta effettui il gesto tecnico al massimo delle proprie capacità, laddove sussistano dubbi sulla piena collaborazione dell'atleta è opportuno rivedere lo stesso durante una competizione.

Durante la valutazione in acqua devono essere valutati la funzionalità effettiva degli arti superiori, degli arti inferiori e del tronco, a volte capita che un punteggio calcolato sul lettino non trovi pieno riscontro in acqua questo può avvenire principalmente perché le due

valutazioni vengono fatte in ambienti fondamentalmente diversi per caratteristiche fisiche, la caratteristica principale è l'assenza della forza di gravità in acqua.

Laddove le valutazioni differiscano deve essere tenuta in maggior considerazione la valutazione acquatica del gesto tecnico.

Durante la valutazione viene compilata una scheda di classificazione dove nella prima pagina vengono inseriti i dati anagrafici e l'anamnesi classificativi, nella seconda vengono inseriti i punteggi del test da effettuarsi sul lettino (bench test), nella terza pagina vanno segnate schematicamente le posizioni del galleggiamento prono e supino e si segnano le somme del bench test e della valutazione in acqua, nell'ultima pagina sono riportate le ampiezze angolari dei vari movimenti.

Al termine della valutazione si sommano i punteggi e si verifica dal manuale il profilo funzionale più adatto all'atleta in questione.

I profili sono determinati da una definizione generale del quadro clinico e da una descrizione della funzionalità in acqua suddivisa in mani, arti superiori, tronco, arti inferiori, partenza e virata.

Nel nuoto la classificazione è suddivisa per tipo di nuotate:

S1 – S14 per lo stile libero, dorso e farfalla

SB1 –SB14 per la rana

SM1-SM14 per i misti

Le classi da S1 a S10, da SB1 a SB9 e da SM1 a SM10 sono riferite ad atleti con disabilità fisica.

Le classi da S11 a S13, da SB11 a SB13 e da SM11 a SM13 sono riferite ad atleti con disabilità visiva.

Le classi S14, SB14 e SM14 sono riferite ad atleti con disabilità intellettiva relazionale.

Come per le classificazioni tradizionali gli atleti con la minor funzionalità vengono collocati nella classe più bassa (S1), quelli con la maggior funzionalità in S10, proporzionalmente vengono collocati in tutte le altre classi.

A titolo d'esempio in S1 ci sono atleti affetti da lesioni midollari, cerebrali o gravi artrogriposi che limitano in maniera massiccia tutti i movimenti normalmente in questa classe gli atleti nuotano solo a dorso con la doppia bracciata; in S5 ci sono atleti con lesioni midollari, cerebrali o articolari che possono avere una funzionalità normale degli arti superiori e nulla degli arti inferiori e tronco, oppure una discreta funzionalità di tutti e quattro gli arti; in S10 atleti con un'amputazione ad un arto inferiore sotto il ginocchio o atleti con una lieve limitazione ad un arto.

Come già scritto le classificazioni attuali sono in costante revisione, non si otterrà mai un tipo di suddivisione delle classi ottimale perché troppo numerose sono le patologie e all'interno di ognuna ci sono variabili infinite, l'obiettivo costante è quello di creare sempre più omogeneità all'interno di ogni classe.

Fondamentale deve essere la continua collaborazione tra i medici e i tecnici classificatori al fine di poter lavorare in completa sinergia unendo le differenti competenze.

Micaela Biava

