

## Incidenza dell'approccio ri-abilitativo sulla qualità della vita nella disabilità intellettiva

*Re-habilitative approach influencing the quality of life in adults with intellectual disabilities*

A. Ferrandi\*\*, A. Castellani\*\*,  
S. Monchieri\*\*

\* IRCCS Centro San Giovanni di Dio  
Fatebenefratelli, Brescia;  
\*\* Società Italiana per gli studi sul  
Ritardo Mentale (SIRM)

### Summary

*Quality of life has been defined by the World Health Organisation as "An individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, personal beliefs, social relationships and their relationship to salient features of their environments" <sup>1</sup>.*

*It has been reported that quality of life has both subjective and objective components. While the subjective component is frequently referred to either "well-being" or "life satisfaction", the objective component includes aspects of living conditions and social functioning such as accommodation, employment, leisure and finance.*

*Quality of life for the mental health of people with intellectual disabilities has been identified as a comprehensive indicator of intervention efficacy. Research into the life quality of life during the lifespan of disabled people has followed the same historical trends as for the general population. The earliest "life quality" data were derived from measures of objective living standards. These results were used to demonstrate the lower objective life quality of people living in institutions compared with presumed*

*"normative" standards for the general population. Such data carry the implicit belief that improved objective well-being denotes improved subjective well-being, but many studies attest to the independence between subjective and objective life quality. Recently, there has been increasing interest in the use of quality of life as outcome measure of community living for people with intellectual disability.*

*QOL should be assessed through the evaluation of the individual's attribution of importance and perception of satisfaction in those areas of life that are applicable to anybody's life.*

*In intellectual disabilities, the idea that therapeutic intervention should consist in the effort to provide an augmentation of intelligence eliminates the significance of the intervention itself. In fact, the aim of therapeutic intervention should be to improve quality of life of these people.*

*In residential care, there are two groups of rehabilitative activities: health activities and social rehabilitative activities, i.e., art therapy, pet therapy, horticulture therapy and sports therapy. The positive effects of these activities are reported in literature. Nevertheless a need for more methodological rigorous studies exists, which is tracked in terms of applicability to daily practice and content effectiveness.*

### Key words:

*Quality of life (QoL) • Intellectual disability • Rehabilitation*

### Corrispondenza

Angela Ferrandi, IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia, Italia • E-mail: angela.ferrandi@libero.it

## Il costrutto della qualità di vita

Perché parlare di qualità di vita?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la qualità di vita (QdV) come "la percezione che ciascuno individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto culturale e nel sistema di valori nel quale è inserito, in relazione ai propri obiettivi, aspettative, priorità e interessi. Concetto influenzato dallo stato di salute fisica, dallo stato psicologico, dal livello di autonomia, dalle credenze personali, dalle relazioni sociali e dal rapporto che si stabilisce con l'ambiente nel quale l'individuo vive" <sup>1</sup>.

Nella comunicazione di massa l'espressione QdV è solitamente usata in riferimento ad una vita di qualità, soprattutto in ambiti di vita più materiali, quali: oggetti posseduti, carriera, performance fisica, ambienti frequentati, ecc. Questo potrebbe essere una ragione per cui molti studiosi ritengono che la QdV sia un parametro inadeguato per le persone con disabilità intellettiva (DI) <sup>2</sup>.

Nel campo della DI, i primi dati sulla "vita di qualità" sono derivati da standard oggettivi. Questi dati erano utilizzati al fine di dimostrare che le persone con disabilità avevano condizioni di vita peggiori rispetto alla popolazione generale. Tali considerazioni hanno portato ad un miglioramento negli standard di vita delle persone con DI, ma anche alla credenza erronea che migliorando le condizioni di vita oggettive migliori anche la QdV.

Per dimensione soggettiva s'intende la percezione individuale di soddisfazione rispetto all'esistenza. In relazione a tale considerazione, offrire vantaggi materiali sembra non essere sufficiente per un miglioramento della QdV, soprattutto in ambito psichiatrico e della disabilità, perché la relazione fra aspetti oggettivi e benessere percepito è modesta. Infatti, la caratteristica essenziale del concetto della QdV è la soggettività, ciò che può essere piacevole, importante e soddisfacente per una persona, può non esserlo per un'altra.

Tuttavia, per questioni pratiche e d'indagine scientifica sono stati individuati ambiti oggettivi di riferimento nei quali valutare la modulazione soggettiva. La percezione soggettiva riferita al grado di soddisfazione nelle varie aree della vita e l'importanza attribuita ad esse, è una variabile significativa nel determinare la QdV, infatti, non sarà motivo di soddisfazione e quindi non aggiungerà nulla alla QdV, una cosa che non interessa <sup>3</sup>.

Esiste attualmente un consenso, pressoché unanime, che valuta la qualità della vita come un costrutto globale, olistico, che non può riferirsi a un momento fisso del tempo e che, sebbene si fonda su un'idea astratta, si è notevolmente sviluppato negli ultimi anni in termini più operativi <sup>4</sup>.

Al meeting dell'*International Association for the Scientific Study of Intellectual Disability* (Sydney, October 2004), si è giunti all'accordo che l'applicazione della QdV dovrebbe essere alla base degli interventi e dei supporti offerti all'utenza e dovrebbe occupare un posto importante nel training professionale ed educativo.

L'approccio alla QdV invece deve essere considerato come obiettivo integrante del modello medico, un modo per approcciarsi al sistema paziente-persona poiché, per chi opera nella sanità, lo scopo operativo non si identifica solo con il restituire o mantenere la salute, ma con l'impiego a restituire o a far acquisire ai malati una vita che offra soddisfazione soggettiva. Curare non si identifica, quindi, soltanto con la restituzione di funzionamenti fisici o psichici, ma con la tensione a fornire a ciascuno, mediante l'intervento, ciò che meglio permetta di provare soddisfazione negli ambiti di vita di interesse <sup>2</sup>.

## Qualità di vita ed organizzazione dell'assistenza nella disabilità intellettiva

La DI è per definizione presente dalla nascita, oppure è insorta nei primi diciotto anni di vita: le potenzialità insite nell'individuo vengono alterate da questa condizione, con la conseguente insorgenza di vari gradi di difficoltà nell'acquisire alcune abilità, funzioni, capacità, ecc. necessarie per un'adeguata vita personale e relazionale nel proprio contesto socio-culturale. Per questo risulta più funzionale l'impiego del termine intervento abilitativo piuttosto che intervento riabilitativo, quest'ultimo più legato alla psichiatria perché, nella maggior parte dei casi, le difficoltà individuali e i vari risvolti psicopatologici, si presentano dopo i primi anni di vita e le varie abilità risultanti sono acquisite almeno fino ad un certo livello. Nella DI gli interventi hanno quindi l'obiettivo di aiutare l'individuo a sviluppare abilità mai possedute precedentemente.

Nell'ambito della DI, ogni équipe assistenziale dovrebbe quindi cercare di non limitarsi all'unicità nella gestione dell'utente, ma impegnarsi in una

propria strutturazione, finalizzata ad un'operatività sempre migliore e quanto più specifica possibile per lo sviluppo delle potenzialità di ogni persona assistita. Ogni équipe dovrebbe identificare i presupposti operativi fondamentali, quali: l'attuazione di interventi terapeutico-abilitativi individuali e monitorati; l'apertura di ogni progetto alla collaborazione tra i centri ri-abilitativi e la famiglia del disabile; l'attitudine a "formare" chi compone, frequenta e opera presso contesti "più avanzati" frequentati dal disabile e la disponibilità ad accettare le eventuali fasi di progressione e, quindi, le necessarie modificazioni del proprio operare in funzione del timing del disabile.

Il rispetto dei tempi permette, infatti, la possibilità di stabilire i momenti più adatti per affrontare situazioni caratterizzate da richieste di aumentata disponibilità, minore dipendenza, maggior impegno <sup>5</sup>, in un'ottica contestuale e in una prospettiva anche psicopedagogica.

## Il concetto di leve riabilitative

Gli operatori nel campo della disabilità devono saper riconoscere i bisogni, espressi attraverso modalità comunicative verbali e/o non verbali.

Un approccio metodologico che, alla luce delle nostre positive esperienze nel campo della psico-riabilitazione, ci permettiamo di suggerire è quello che, basandosi sull'analisi, la comprensione e la gestione del profilo e delle caratteristiche dei reali bisogni dei pazienti, consente l'individuazione di alcuni "punti di forza" definibili "leve riabilitative" che, ad attività ed intensità diverse, sembrano poter influenzare l'operatività tanto nell'area assistenziale quanto in quella riabilitativa.

L'osservazione protratta di persone disabili ha permesso di evidenziare ogni iter riabilitativo sembrando basarsi su alcuni punti di forza i quali, presi nell'insieme, possono essere concettualizzati come basi che, con importanza variabile, danno origine ad una sorta di algoritmo che permette di costruire i vari tipi di intervento.

Secondo questa teoria, si può pensare al contesto del disabile (famiglia o centri specializzati residenziali) come ad un *fulcro* ed immaginare il disabile stesso come una *forza resistente*: analizzando quali possano essere le *forze motrici* da applicare, al nostro intervento, ne derivano delle *leve riabilitative* da utilizzare per ottenere maggiori possibilità di attivazioni finalizzate sia all'abilitazione più com-

pleta possibile che alla migliore QdV ipotizzabile per quel disabile. Queste leve da noi identificate sono così sintetizzabili <sup>7</sup>:

- *leva riferita agli aspetti affettivo-relazionali*: è rappresentata dall'investimento delle persone disabili nel saper stare con familiari, altri frequentatori dei loro contesti, operatori vari, amici e/o con un/a partner. È importante attivare questa componente perché l'alternativa è la solitudine esistenziale. Se questa leva è attiva, il disabile riuscirà a "vivere con" perché essere al mondo significa "essere con" e non "essere in". La leva degli aspetti affettivo-relazionali risulta peraltro una sorta di denominatore comune particolarmente significativo per tutti i tipi di interventi ri-abilitativi;
- *leva riferita agli aspetti sociali o "di facciata"*: i disabili dovrebbero vivere nei vari tipi di contesti e/o di ambienti comunitari con il piacere dell'inserimento. Questa sensazione, configurandosi come un loro successo personale, aumenta la percezione di sentirsi bene, di "sembrare meglio", "più importanti", ecc. L'attivazione di questa leva permette il recupero di un ruolo sociale funzionale all'interno di un sistema comunitario. Il cominciare a funzionare con lo sviluppo di capacità nell'esercitare un ruolo sociale permette l'acquisizione delle risorse che costituiscono una resistenza verso eventuali disadattamenti e/o ritiri sociali;
- *leva riferita agli aspetti ego-correlati*: normalmente il rifiuto del proprio svantaggio e delle proprie difficoltà, può essere visto sia come effetto sia quale strategia per farvi fronte. In entrambi i casi, con il miglioramento dell'ego-sintonia, i disabili sviluppano un maggior grado di autostima personale e, quindi, vivono in condizioni migliori la loro realtà personale;
- *leva riferita agli aspetti di risposta alle aspettative degli operatori*: quasi sempre, nel corso della sua vita, un disabile si trova a relazionare con operatori dell'assistenza e/o della riabilitazione. Queste persone sviluppano naturalmente dei feeling che tendono a trasformarsi in aspettative: tra queste, fondamentale risulta il riuscire a costruire la tolleranza allo spostamento in tempi successivi di un rinforzo (gratificazione, frustrazione, ecc.). Si creano nell'operatore aspettative positive che vengono percepite ed introiettate dal disabile il quale, quando la relazione è positiva, spesso si impegna nel man-

tenere questi presupposti acquisendo una maggiore maturazione personale;

- *leva riferita agli aspetti di risposta alle aspettative dei familiari*: spesso le resistenze dei familiari al processo ri-abilitativo sono sostanziali timori dell'ignoto rispetto al noto dello status quo: ne consegue un livello di resistenza alle attività finalizzate al cambiamento e al coinvolgimento nel lavoro riabilitativo. In questo caso la leva consiste nel riuscire a forzare e far superare le perplessità e le resistenze di fronte ad ogni possibilità di cambiamento di stile di vita del loro congiunto;
- *leva riferita agli aspetti di riconoscimento e/o remunerazione*: l'impegno "riconosciuto" in qualche attività può costituire una leva abilitativa di grande portata, poiché essere "ripagati" funge da rinforzo. Infatti, incide sulla componente "senso di un certo potere", fondamentale nel sostenere l'identità individuale e perché permette al soggetto di guadagnarsi, mediante riconoscimenti e/o remunerazioni, una stima sociale tale da fargli avvertire la sensazione di un "posto sicuro in una porzione di realtà".

L'esperienza clinica nell'utilizzo di queste leve in psicoriabilitazione, ci ha permesso di evidenziare quanto segue: nel campo della DI, diversamente da quello delle patologie neuropsichiatriche, risultano relativamente funzionali le proposizioni ri-abilitative finalizzate ad un buon funzionamento sociale o ad una realizzazione di determinati ruoli; in tutti i tipi di disabilità neuropsichiatrica, la leva degli aspetti affettivo-relazionali rappresenta una sorta di denominatore comune particolarmente significativo per ogni intervento ri-abilitativo. Analogamente, anche se in modo più attenuato, il sostegno ed il rinforzo dell'lo risultano una leva di interesse costante pur con estrinsecazione di varia significatività, nell'assistenza e nella ri-abilitazione di tutta l'area neuropsichiatria. Invece, gli operatori che svolgono attività specifica nell'ambito della DI, devono aver ben presente la notevole importanza che rivestono gli investimenti, l'entusiasmo, la vivacità e le attese che supportano la loro propositività e il fatto che non possono prescindere dal rapporto, dalla collaborazione e dal coinvolgimento dei contesti familiari, sia, infine, come l'area della DI, più delle patologie neuropsichiatriche, risulti particolarmente suscettibile agli stimoli abilitativi basati anche sul riconoscimento a significato o sfondo remunerativo.

## Quali attività ri-abilitative nella disabilità intellettiva?

Si distinguono *attività sanitarie* di ri-abilitazione, quali: interventi diagnostico-terapeutici finalizzati al miglioramento della salute e del funzionamento personale e sociale della persona con disabilità nel proprio ambiente familiare, scolastico, lavorativo, e sociale e *attività di ri-abilitazione sociale*, intese come azioni ed interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minore restrizione possibile delle sue scelte operative e delle disabilità irreversibili, al fine di contenere la condizione di disabilità e migliorare la QdV.

Nel panorama ri-abilitativo attuale ci sono attività basate su "strumenti alternativi", che costituiscono, con le proprie specificità, un intervento ri-abilitativo che integra gli effetti della ri-abilitazione tecnica, intesa a ridurre al minimo la disabilità, con quelli della riabilitazione sociale, intesa a risolvere le problematiche di identità personale, del ruolo familiare e sociale e con effetti anti-stigma. Accanto ai modelli consolidati e validati si inseriscono: le artiterapie, la pet-therapy, la sport-terapia e l'orticoltura.

### Le artiterapie

Si includono, nelle arti terapie, l'arteterapia figurativa, la musicoterapia, la danzaterapia, lo psicodramma e l'animazione.

Queste attività, strategie e tecniche sono finalizzate a scopo educativo e/o ri-abilitativo a seconda della tipologia di deficit del fruitore. Nella DI gli interventi hanno valenze abilitative, psicopedagogiche ed educative, mediante l'utilizzo di metodiche espressive di comunicazione non verbale. Rispetto ai punti di forza o "leve ri-abilitative", nelle artiterapie sono attivate tutte le leve ri-abilitative anche se, nello specifico, con l'arteterapia sono maggiormente attivate le aspettative degli operatori, nella danzaterapia gli aspetti ego-correlati e la risposta alle aspettative degli operatori. Infine, nella musicoterapia il punto di forza diviene la risposta alle aspettative degli operatori attraverso una sintonizzazione affettiva.

### La pet-therapy

Nella pet-therapy si inseriscono due tipologie d'intervento: le *attività assistite* con animali e le *terapie assistite* con animali.

Le attività assistite con gli animali risultano di tipo educativo-ricreativo, non hanno quindi obiettivi specifici, tranne quello di migliorare la QdV. In questo caso la leva affettivo relazionale è maggiormente attivata rispetto alle altre, poiché i comportamenti evocati (quali la cura dell'animale e l'attivazione empatica con gli stati d'animo e la presenza dell'animale stesso) ne facilitano l'attuazione costante.

Le terapie assistite con gli animali, invece, e cioè l'equitazione terapeutica e la delfinoterapia, hanno obiettivi terapeutici precisi e devono essere gestite da figure professionali specifiche. È vero che la pet-therapy sembra stimolare soprattutto la leva affettivo-relazionale, ma non si deve tralasciare l'importanza delle leve di risposta alle aspettative degli operatori e dei familiari e, soprattutto, quella remunerativa, perché alcuni animali permettono il ricavo di "derivati". Inoltre, è importante ricordare la notevole significatività delle situazioni anti-stigma che vengono a determinarsi con la frequentazione e lo sviluppo di attività in luoghi partecipati da normoabili.

### *Sport-teraphy*

Nella sport-terapia è previsto lo sviluppo di percorsi riabilitativi, attraverso esercizi preparatori differenziati, in relazione alle diverse discipline, finalizzati principalmente al miglioramento dei parametri fisici (capacità motorie, coordinazione riflessi, forza, gesto fisico, capacità sensoriali, cardio-respiratorie ecc.). Anche la sport terapia è un intervento che permette l'attivazione di tutte le leve riabilitative, poiché consente la partecipazione alla vita sociale, le occasioni di integrazione e gli auto riconoscimenti che ne derivano. Inoltre, le prestazioni nelle attività sportive enfatizzano i risultati attesi ed entusiasmano gli operatori ed anche i familiari.

### *Orticolturaterapia*

La orticolturaterapia consiste nell'incentivare le persone disabili a coltivare fiori, vegetali, e altre piante: è finalizzata al recupero della capacità della persona, oltre alla sua ri-abilitazione, attraverso le pratiche per la cura del mondo vegetale. L'obiettivo è quello di costruire o ricostruire la fiducia nelle proprie abilità personali attivando sia l'autostima che l'autonomia operativa dalle quali consegue un miglioramento del benessere psicologico.

Nell'orticoltura terapia la leva remunerativa è il maggior punto forza. Infatti, ci sarà sempre un prodotto ottenuto che avrà una valenza materiale, che diventa un compenso per l'attività svolta, ma anche psicologica, poiché la persona diversamente abile avrà ottenuto lo stesso tipo di prodotto del maestro d'arte e di tutti quelli che si dedicano alla stessa attività.

### **Qualità di vita e disabilità intellettiva**

Le misure della QdV sono state utilizzate per determinare il grado in cui i bisogni e i desideri di una persona vengono soddisfatti <sup>6</sup> e per rispondere ai bisogni reali delle persone. Si dovrebbe essere in grado di misurare, con sufficiente approssimazione, la distanza che intercorre tra le aspettative individuali nei diversi ambiti di vita e gli obiettivi terapeutici raggiungibili. Nella letteratura sono emerse posizioni contrastanti rispetto all'applicazione del concetto della QdV in ambito della DI e della sua misurazione. Considerare la percezione soggettiva come componente essenziale della QdV ha privilegiato l'uso di questionari autosomministrabili, tuttavia, nella popolazione con disabilità il rischio di commettere errori di distorsione è maggiore rispetto ad altre patologie.

Fra gli errori responsabili della distorsione percettiva si annoverano:

- a. errori affettivi, le persone tendono a dare giudizi sulla loro soddisfazione utilizzando i propri stati d'animo, è l'errore più difficile da cogliere e da monitorare rispetto agli altri che possono essere più riconoscibili;
- b. errori di distorsione della realtà che si colgono dalla percezione alterata della persona di sé e dei suoi giudizi;
- c. errore cognitivo relativo le valutazioni erranee di un paziente quando non è in grado di fornire un giudizio corretto sulla realtà a causa delle limitazioni intellettive. Nonostante oggettivamente difficoltà, la letteratura dimostra che le persone con DI lieve o moderata sono in grado di fornire informazioni attendibili in merito alla loro QdV <sup>7-9</sup> e di discriminare la loro percezione soggettiva nelle varie aree indagate. Tuttavia, al fine di ottenere informazioni più attendibili, la misura della QdV dovrebbe integrare variabili qualitative e quantitative, derivate dalle prospettive soggettive ed oggettive <sup>10</sup> ed impiegare valutazioni auto ed eterosoggettive <sup>11</sup>.

Infatti, quando le persone non sono in grado di fornire informazioni o le informazioni sono ambigue, al fine di ottenere dati ottenuti più attendibili e validi, l'impiego di un proxy o caregiver diventa una soluzione<sup>12 13</sup>, possibile in generale e necessaria nella disabilità grave.

Comunque, la QdV dovrebbe essere sempre valutata facendo riferimento alle attribuzioni d'importanza e alla percezione di soddisfazione della persona in diverse aree. Brown (1997)<sup>14</sup> riporta che, in aggiunta all'importanza e alla soddisfazione, devono essere considerate nella valutazione della QdV anche: a) il livello in cui la persona può prendere parte attiva nei processi decisionali di alcune aree della sua vita, b) le opportunità che una persona può avere per sviluppare i propri interessi ed essere soddisfatta in vari aspetti esistenziali.

Partendo da questo presupposto, la valutazione della QdV consente di individuare quali sono gli ambiti di maggiore importanza per una persona essendo questi determinati al fine di offrire la maggior soddisfazione possibile. Indagare la QdV permette anche di individuare le aree maggiormente compromesse di una persona quelle cioè che presentano particolare necessità di intervento.

Si ritorna quindi al concetto dei punti di forza o delle leve riabilitative che si possono attivare negli interventi ri-abilitativi.

Nell'ambito della letteratura scientifica, l'incidenza sulla QdV di interventi basati su strumenti alternativi non è stata ancora pienamente dimostrata, anche per il ridotto numero di indagini presenti in letteratura.

Peraltro, in particolare per quanto concerne la musicoterapia, sono stati condotti studi soprattutto con bambini, mentre minori sono le ricerche su campioni di adulti. Da questi, comunque, sembra dimostrata l'efficacia della musicoterapia sui soggetti presi in considerazione: più specificamente, si evidenziano: la riduzione dei comportamenti autolesivi, delle aggressioni verso cose o persone<sup>15</sup>, il miglioramento nelle abilità comunicative e il miglioramento della qualità della vita.

L'incidenza della pet-therapy sulla QdV è resa possibile dalla soddisfazione di bisogni affettivi e dallo sviluppo di relazioni sociali nonché dal miglioramento nell'autonomia.

La sport terapia, nell'ambito della letteratura nella popolazione con DI, il numero degli studi sulla QdV è ancor più ridotto: se si fa riferimento agli effetti benefici dello sport si possono trarre alcu-

ni risultati come miglioramento parametri fisici, crescita psicologica rispetto alla percezione del sé corporeo, acquisizione di un ruolo, condivisione di gruppo, miglioramento nell'autostima e nelle relazioni sociali.

Risulta però sempre opportuno utilizzare la QdV come outcome di misura. Condurre valutazioni prima di pianificare un intervento individualizzato, al fine di individuare le aree d'importanza e le eventuali aree compromesse, consente di identificare le possibili leve riabilitative, strutturare su di esse l'intervento, monitorandone l'andamento e, al termine dello stesso, condurre nuovamente una valutazione circa le modifiche della QdV.

Analizzando la letteratura è emersa la necessità di condurre ricerche più rigorose da un punto di vista metodologico, utilizzando campioni più ampi e impiegando strumenti appropriati per la valutazione degli outcome individuati.

Ulteriori studi dovrebbero essere condotti proprio per incrementare le conoscenze in merito all'eterogeneità delle disabilità intellettive, alla loro QdV e ai loro bisogni di cura, proprio al fine di fornire linee guida per l'approccio, l'assistenza ed il trattamento delle persone diversamente abili.

## Bibliografia

- 1 The WHOQOL Group. *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. Soc Sci Med 1995;41:1403-9.
- 2 Brown I, Brown RI. *Quality of life and disability*. London-New York: Jessica Kingsley Publishers 2003.
- 3 Bertelli M. *Le aree della qualità di vita fondamentali nella concettualizzazione dell'approccio alla disabilità intellettiva*. Ital J Psychopathol 2002;8(Suppl 1):104.
- 4 Schalock RL, Brown I, Brown R, Cummins RA, Felce D, Matikka L, et al. *Conceptualization, measurement, and application of Quality of Life for persons with intellectual disabilities: report of an International Panel of Experts*. Mental Retardation 2002;40:457-70.
- 5 Castellani A. *Gli strumenti alternative nella riabilitazione di soggetti con disabilità intellettiva e/o multipla*. In: Atti del Congresso SIRM, Cortona 2004.
- 6 Felce D. *Defining and applying the concept of quality of life*. J Intellect Disabil Res 1997;41:126-35.
- 7 Cummins RA. *Assessing quality of life*. In: Brown RI, editors. *Quality of life for people with disabilities: models, research, and practice*. Cheltenham, England: Stanley Thorners 1997.

- <sup>8</sup> Cummins RA. *Self-rated quality of life scales for people with an intellectual disability: a review*. J Appl Res Intellect Disabil 1997;10:199-216.
- <sup>9</sup> Verri A, Cummins RA, Petito F, Vallero E, Monteath S, Gerosa E, et al. *An italian-australian comparison of quality of life among people with intellectual disability living in the community*. J Intellect Disabil Res 1999;43:513-22.
- <sup>10</sup> Cummins RA. *Moving from the quality of life concept to a theory*. J Intellect Disabil Res 2005;49:699-706.
- <sup>11</sup> Bertelli M, Brown I. *Quality of life for people with intellectual disabilities*. Curr Opin Psychiatry 2006;19:508-13.
- <sup>12</sup> Jenkinson CD. *Assessment of outcomes of health intervention*. Soc Sci Med 1992;35:367-75.
- <sup>13</sup> Stancliffe RJ. *Proxy respondents and quality of life*. Eval Program Plann 2000;23:89-93.
- <sup>14</sup> Brown RI. *Quality of life and professional education*. In: Brown RI, editors. *Quality of life for people with disabilities*. Cheltenham, UK: Stanley Thornes 1997, pp. 310-26.
- <sup>15</sup> Savarimuthu D, Bunnell T. *The effects of music on clients with learning disabilities: a literature review*. Complement Ther Nurs Midwifery 2003;8:160-5.