



Università degli Studi di Padova

SCUOLA di MEDICINA e CHIRURGIA
Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino

CORSO DI LAUREA IN TERAPIA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ
DELL'ETÀ EVOLUTIVA

PRESIDENTE: Prof.ssa Silvia Carraro

SPORT INCLUSIVE

LO SPORT COME STRUMENTO DI INCLUSIONE PER I BAMBINI CON
DISABILITÀ: IL RUOLO DEL TERAPISTA DELLA NEURO E
PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA

RELATORE: Dott.ssa Veronica Pastorello

Correlatore: Dott.ssa Sara Avossa

LAUREANDA: Elena Bottaro
MATRICOLA: 1232009

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

SOMMARIO	1
SUMMARY	3

Prima parte: Riferimenti teorici

CAPITOLO 1 Sport e disabilità fisiche	6
1.1 La storia	6
1.1.1 Ludwig Guttmann e i Giochi di Stoke Mandeville.....	6
1.1.2 Antonio Maglio e i primi Giochi Paralimpici.....	7
1.1.3 Il Comitato Internazionale Paralimpico	8
1.1.4 Il Comitato Italiano Paralimpico.....	9
CAPITOLO 2 Sport e disabilità intellettivo-relazionali.....	10
2.1 Federazione Italiana Sport Paralimpici Degli Intellettivo-Relazionali (FISDIR).....	10
2.1.1 Cenni storici.....	10
2.1.2 La mission.....	11
2.1.3 Le competizioni	12
2.2 Special Olympics.....	13
2.2.1 Cenni storici.....	13
2.2.2 La mission.....	14
2.2.3 “Motor Activity Training Program” (MATP)	14
2.2.4 “Young Athletes Program”	15
2.2.5 Le competizioni	15
2.2.6 Special Olympics in Italia.....	16

CAPITOLO 3 Lo sport in età evolutiva	17
3.1 Le linee guida.....	17
3.1.1 L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).....	18
3.1.2 Il Ministero della Salute	19
3.2 Attività fisica ed effetti positivi	20
3.2.1 Sul corpo	20
3.2.2 Sulla psiche	22
3.2.3 Sulla socialità e le relazioni.....	25
CAPITOLO 4 Sport e inclusione	27
4.1 Definizione di inclusione	27
4.2 Inclusione nello sport.....	29
4.3 Inclusione e disabilità intellettivo-relazionali	31

Seconda parte: Materiali e metodi

CAPITOLO 5 Strategie operative per lo sport inclusivo.....	34
5.1 L'istruttore sportivo	34
5.2 Il tutor	35
5.3 Le strategie.....	36
5.4 L'ambiente	37
5.5 La relazione con i compagni di squadra	37
CAPITOLO 6 Strumenti e dispositivi per il progetto <i>Sport Inclusive</i>	39
6.1 Scheda "Primo incontro con i genitori"	39
6.2 Il diario.....	40
6.3 Scheda di osservazione atleta	41
6.3.1 La struttura della scheda di osservazione	41

CAPITOLO 7 Il progetto <i>Sport Inclusive</i>	43
7.1 La storia.....	43
7.2 A chi è rivolto.....	44
7.3 Obiettivi.....	45
7.4 Modalità.....	46
7.5 Figure coinvolte.....	47
CAPITOLO 8 Il ruolo del TNPEE nel progetto <i>Sport Inclusive</i>.....	48
8.1 Il TNPEE riferimento per il bambino con disabilità: il caso di E.	48
8.1.1 Dati anamnestici	48
8.1.2 Definizione del contesto	49
8.1.2 Osservazione iniziale	52
8.1.3 Individuazione dei punti di forza e di debolezza	58
8.1.4 Il progetto.....	60
8.1.5 L'intervento	62
8.2 Il TNPEE mediatore con il gruppo dei pari.....	68
8.2.1 L'osservazione	68
8.2.2 L'intervento con il gruppo dei pari	69
8.3 Il TNPEE collaboratore del tecnico di squadra	71
8.4 Verifica dell'intervento	72
8.4.1 Individuazione dei punti di forza e di debolezza	74

Terza parte: Conclusioni

CONCLUSIONE	78
BIBLIOGRAFIA.....	81
ALLEGATI.....	96
RINGRAZIAMENTI.....	102

SOMMARIO

Lo sport come disciplina dedicata a persone con disabilità fisica nasce in seguito all'intuizione del neurologo tedesco Ludwig Guttmann di proporre ai veterani del secondo conflitto mondiale un nuovo ed efficace "strumento" di riabilitazione, al fine di garantire loro una qualità di vita soddisfacente e l'opportunità di tornare ad essere membri attivi della comunità. Alle sue idee si devono le origini del movimento paralimpico. Il mondo delle disabilità intellettive e relazionali ha ottenuto la medesima visibilità qualche decennio più tardi, quando gli ideali di Eunice Kennedy Shriver hanno dato vita al movimento di *Special Olympics*.

La ricerca scientifica ha evidenziato come l'attività sportiva comporti dei benefici rilevanti nelle capacità motorie, psichiche e relazionali anche dei soggetti con disabilità, soprattutto se praticata insieme ai coetanei con sviluppo tipico. L'articolo 30 della *Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità*, indica la necessità di adottare misure atte a promuovere la partecipazione dei bambini con disabilità alle attività sportive favorendone le stesse condizioni dei coetanei, poiché queste permettono di superare gli stereotipi e favorire l'inclusione sociale. I progetti sportivi d'inclusione, come proposto da Mazzone et al. (2017), richiedono la presenza di una molteplicità di figure adeguatamente formate e in particolare coloro che entrano in contatto diretto con il bambino con disabilità dovrebbero essere in grado di adattare le attività proposte alle sue abilità atletiche in modo da essere riconosciuto dal gruppo dei pari come un punto di riferimento, al fine di creare vere opportunità di inclusione.

Questo progetto di tesi prende forma nel contesto del progetto *Sport Inclusive* di una società sportiva dilettantistica. L'obiettivo principale è determinare in quale modo le competenze del Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE) possano essere utilizzate per la progettazione e l'attuazione, nelle vesti di tecnico di riferimento del bambino con disabilità, di un progetto d'intervento per favorire l'evoluzione e l'inclusione nel gruppo dei pari dei bambini con disabilità intellettivo-relazionale. A tale scopo, il progetto prevede l'utilizzo di alcuni strumenti operativi, quali una scheda di primo colloquio con i genitori per ottenere

informazioni sulla storia clinica del bambino, l'utilizzo del diario e una scheda di osservazione dell'atleta specifica del progetto *Sport Inclusive* per l'osservazione del bambino e del gruppo in cui è inserito. In particolare, viene descritto il lavoro svolto con una bambina di nove anni con diagnosi di disturbo dello spettro autistico all'interno di una squadra di ginnastica artistica. Gli esiti dell'intervento sono stati positivi sia per l'evoluzione delle competenze motorie, cognitive e relazionali della bambina, sia per il suo riconoscimento come parte della squadra da parte delle coetanee.

SUMMARY

Sport, as a discipline dedicated to people with physical disabilities, was born following the intuition of the German neurologist Ludwig Guttmann to offer veterans of the Second World War a new and effective rehabilitation "tool", in order to guarantee them a satisfying quality of life and the opportunity to become again active members of the community. The origins of the Paralympic movement are due to his ideas. The world of intellectual and relational disabilities gained the same visibility a few decades later, when the ideals of Eunice Kennedy Shriver gave birth to the Special Olympics movement.

Scientific research has shown that sporting activity has significant benefits in the motor, psychic and relational skills even of people with disabilities, especially if practiced together with peers with typical development. Article 30 of the *UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities* indicates the need to adopt measures to encourage the participation of children with disabilities in sporting activities by promoting the same conditions as their peers, since these allow to overcome stereotypes and promote social inclusion. Sports inclusion projects, as proposed by Mazzone et al. (2017), require the presence of a multiplicity of adequately trained figures and in particular those who come into direct contact with the child with disability should be able to adapt the proposed activities to his athletic abilities in order to be recognized by the peer group as a reference point and create real opportunities for inclusion.

This thesis project takes shape in the context of the *Sport Inclusive* project of an amateur sports club. The main objective is to determine how the skills of the Neuropsychomotor Developmental Therapist can be used for the design and implementation, in the role of reference technician for the child with disability, of a project of intervention to promote the development and inclusion of children with intellectual-relational disabilities in the peer group. For this purpose, the project involves the use of some operational tools, such as a first interview with the parents form to obtain information on the child's medical history, the use of the diary and an athlete observation form specific to the *Sport Inclusive* project, for the

observation of the child and the group in which it is inserted. In particular, the work carried out with a nine-year-old girl diagnosed with autism spectrum disorder within an artistic gymnastics team is described. The results of the intervention were positive both for the evolution of the child's motor, cognitive and relational skills, and for her recognition as part of the team by her peers.

Prima Parte:
Riferimenti Teorici

CAPITOLO 1

Sport e disabilità fisiche

1.1 La storia

1.1.1 Ludwig Guttmann e i Giochi di Stoke Mandeville

Lo sport per persone con disabilità si espanse dopo la Seconda guerra mondiale in risposta alla necessità di assistere i veterani e i civili feriti durante il conflitto. In questo contesto si inserì l'approccio riabilitativo di Ludwig Guttmann.

Ludwig Guttmann (1899-1980) nacque in Slesia da una famiglia di ebrei tedeschi. Fuggito nel Regno Unito per allontanarsi dalla persecuzione nazista, nel 1944 fondò su incarico del governo britannico la prima unità per lesioni spinali del Regno Unito presso l'Ospedale di Stoke Mandeville, ad Aylesbury.

In quegli anni, i pazienti con lesioni spinali erano destinati a morire di sepsi per le piaghe da decubito e le infezioni urinarie causate dall'immobilità cui erano obbligati. Non esistevano figure sanitarie specializzate nel trattamento di questa patologia. Guttmann introdusse alcune tecniche mediche per evitare le piaghe e le infezioni ed inserì nel personale del reparto dei fisioterapisti per il mantenimento della flessibilità dei muscoli ed incrementare la mobilità dei pazienti (Gold e Gold, 2016). Il neurologo tedesco nutriva la ferma convinzione che tramite programmi riabilitativi adeguati questi pazienti potessero tornare ad essere parte attiva della comunità. Guttmann individuò nello sport la riabilitazione più adatta ai suoi giovani pazienti. Perché potessero diventare più autonomi nell'uso della carrozzina, il neurologo tedesco introdusse il polo su sedia a rotelle, presto abbandonato poiché causa di diversi infortuni e sostituita dal basket e dal tiro con l'arco. Guttmann dimostrò come l'attività fisica e sportiva potessero ripristinare in modo naturale la forma fisica, la forza, la coordinazione, la velocità e la resistenza, oltre a ripristinare il piacere nella vita e contribuire alla reintegrazione sociale (Gold e Gold, 2016). Tuttavia, l'opera di promozione dello sport di Guttmann non cambiò solo la

riabilitazione e il trattamento delle lesioni spinali, ma diede anche inizio al movimento paralimpico.

Nel luglio 1948, negli stessi giorni dei Giochi Olimpici Estivi di Londra, Guttman tenne i primi Giochi di Stoke Mandeville, a cui parteciparono 16 veterani e donne feriti e che consistettero in una gara di tiro con l'arco sul prato dell'ospedale. Negli anni successivi Giochi si espansero e nel 1952 una squadra di veterani di guerra olandesi prese parte alla competizione, segnando la prima edizione dei Giochi Internazionali di Stoke Mandeville (Gold e Gold, 2016). Lo stesso anno venne fondata la *Federazione Internazionale dei Giochi di Stoke Mandeville*. Negli anni seguenti, diversi centri di riabilitazione di altri Paesi inviarono le loro rappresentative e in alcuni Stati iniziarono a essere organizzate competizioni di livello nazionale (Fonzo, 2021). I Giochi portarono Guttman all'attenzione del Comitato Olimpico Internazionale (Marchesi, 2004).

1.1.2 Antonio Maglio e i primi Giochi Paralimpici

In Italia, lo sport come mezzo terapeutico ed il movimento paralimpico furono promossi dal dottor Antonio Maglio (1912-1988), nato al Cairo, in Egitto. Tornato in Italia nel 1929, studiò alla facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bari, laureandosi nel 1935.

Maglio lavorò presso l'Inail (Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro) e nel corso delle sue funzioni entrò in contatto i pazienti con lesioni spinali, per lo più giovani reduci di guerra per i quali non erano ancora state sviluppate delle terapie adeguate. In molti casi i pazienti finivano per cadere in depressione e ricorrere al suicidio perché esclusi dalla vita sociale (Fonzo, 2021). Maglio decise di dedicarsi alla cura di questi pazienti ed entrò in contatto con le esperienze condotte da Ludwig Guttman presso l'Ospedale di Stoke Mandeville. Su modello di Guttman, nel 1954 organizzò i primi tornei di scherma per disabili. Il medico italiano riteneva che lo sport fosse un elemento fondamentale per rinvigorire il corpo delle persone con disabilità e che nell'agonismo sportivo potessero trovare la motivazione per reagire alle difficoltà (Fonzo, 2021).

Nel 1957, Maglio fu nominato dall'Inail direttore del Centro Paraplegici di Ostia "Villa Marina", specializzato nella cura dei pazienti con lesioni del midollo spinale.

Qui propose dei programmi terapeutici che comprendevano un'ampia gamma di discipline sportive. Tra i primi effetti ottenuti da Maglio vi furono la diminuzione della mortalità e degli stati depressivi nei pazienti affetti da paraplegia (Saitta, 2018). Ogni anno, i pazienti che dimostravano maggiore talento nello sport partecipavano ai Giochi di Stoke Mandeville.

Lo sport, inoltre, non era utile solamente alla riabilitazione fisica, ma anche all'integrazione dei disabili nella società, che iniziava a comprendere come i paraplegici potessero svolgere le stesse attività dei normodotati (Fonzo, 2021).

Nel 1958, Maglio collaborò con Guttmann per organizzare i Giochi di Stoke Mandeville del 1960 a Roma, nelle stesse sedi dei Giochi Olimpici di quell'anno. In questo modo, l'evento avrebbe avuto maggiore visibilità e sarebbe stato associato direttamente ai giochi olimpici. I Giochi Paralimpici di Roma del 1960 iniziarono due settimane dopo la chiusura dei Giochi Olimpici e furono aperti ufficialmente dall'allora Ministro della Sanità Camillo Giardina. Vi parteciparono 400 atleti in carrozzina e 250 accompagnatori, in rappresentanza di 21 Paesi (Saitta, 2018).

1.1.3 Il Comitato Internazionale Paralimpico

Nel 1964 nacque l'*Organizzazione Internazionale per lo Sport per Disabili* (ISOD), che offriva opportunità di praticare un'attività sportiva anche agli atleti che non potevano affiliarsi alla Federazione Internazionale dei Giochi di Stoke Mandeville: ipovedenti, amputati o persone con paralisi cerebrale. Tuttavia, rispettivamente nel 1978 e nel 1980 furono fondate l'*Associazione Sportiva e Ricreativa Internazionale per Paralisi Cerebrali* (CP-IRSA) e la *International Blind Sports Federation* (IBSA), che rappresentavano gli atleti con paralisi cerebrale e quelli ciechi.

Le organizzazioni internazionali necessitavano di coordinarsi per organizzare i Giochi, perciò, nel 1982 crearono il *Comitato Internazionale Sport per i Disabili nel Mondo* (ICC), al quale nel 1986 si unirono il *Comitato Internazionale degli Sport dei Sordi* (CISS) e la *Federazione Internazionale Sport per persone con Disabilità Intellettiva* (INAS-FID).

Il 22 settembre del 1989 a Düsseldorf, in Germania, l'ICC cambiò denominazione e venne ufficialmente fondato il *Comitato Internazionale Paralimpico* (ICP) come organizzazione internazionale no-profit che conduce il movimento paralimpico e

ne supporta i membri per permettere loro di raggiungere l'eccellenza sportiva. Dal 1999 ha sede a Bonn, in Germania.

Dal 1984 le Paralimpiadi si svolgono ogni quattro anni nelle stesse città e sedi delle Olimpiadi. Infatti, il termine "Paralimpico" ha origine dalla fusione tra la preposizione greca "para" (accanto, a fianco) e la parola "Olimpico", a significare che i Giochi Paralimpici sono paralleli a quelli Olimpici e che i due movimenti coesistono l'uno accanto all'altro.

Oggi, i Giochi Paralimpici offrono ad atleti con diverse disabilità uno spazio per mostrare le loro capacità a miliardi di persone nel mondo. I Giochi si sono affermati come il primo evento sportivo al mondo per la promozione dell'inclusione sociale, poiché influenzano positivamente l'atteggiamento verso la disabilità e la vita di milioni di persone.

1.1.4 Il Comitato Italiano Paralimpico

In Italia nel 1974 venne costituita l'*Associazione Nazionale per lo sport dei paraplegici* (ANSPI). Quattro anni dopo divenne FISHA (*Federazione Italiana Sport Handicappati*), nell'intento di includere anche gli atleti con disabilità diverse dalla lesione spinale. Il suo presidente rappresentava, infatti, anche la FICS (*Federazione Italiana Ciechi Sportivi*) e la FSSI (*Federazione Sportiva Silenziosi Italiana*) e dall'unificazione delle tre federazioni nel 1990 nacque la *Federazione Italiana Sport Disabili*. In quest'occasione, gli atleti con disabilità intellettiva e relazionale ottennero lo stesso riconoscimento dei colleghi con disabilità fisica e sensoriale.

Nel luglio 2003 fu istituito il *Comitato Italiano Paralimpico* (CIP), che mira a garantire il diritto allo sport in tutte le sue espressioni "promuovendo la massima diffusione della pratica sportiva per disabili in ogni fascia di età e di popolazione" affinché ciascun disabile abbia l'opportunità di migliorare il proprio benessere e di trovare una giusta dimensione nel vivere civile proprio attraverso lo sport. Ad oggi, il CIP riconosce circa cinquanta entità sportive, tra federazioni paralimpiche, discipline paralimpiche, enti di promozione paralimpica ed associazioni benemerite paralimpiche, di cui circa trenta riconosciute anche dal CONI.

CAPITOLO 2

Sport e disabilità intellettivo-relazionali

Gli atleti con disabilità intellettivo-relazionali hanno atteso più a lungo per vedere riconosciuta la propria pratica sportiva. Se lo sport per i disabili fisici iniziò ad essere considerato a livello internazionale con la pratica di Guttman dagli anni '40 del Novecento, per i disabili intellettivi e relazionali è stato necessario attendere gli anni '60 con l'esperienza di Eunice Kennedy Shriver e in Italia il 1990, con la costituzione della Federazione Italiana Sport Disabili. Le intuizioni di allora hanno permesso oggi il riconoscimento degli sport delle persone con disabilità intellettivo-relazionali tramite due realtà fondamentali: la Federazione Italiana Sport Paralimpici degli Intellettivo-Relazionali (FISDIR) e *Special Olympics*. La prima è l'unica federazione per gli sport per gli intellettivo-relazionali in Italia ad essere riconosciuta dal Comitato Italiano Paralimpico. La seconda è la più grande organizzazione mondiale per la pratica sportiva delle persone con disabilità intellettiva e nel 1988 è stata riconosciuta dalla Commissione Olimpica Internazionale come rappresentante degli ideali olimpici per gli atleti con disabilità intellettiva.

2.1 Federazione Italiana Sport Paralimpici Degli Intellettivo-Relazionali (FISDIR)

2.1.1 Cenni storici

La *Federazione Italiana Sport Paralimpici degli Intellettivo-Relazionali* (FISDIR), è l'associazione sportiva paralimpica senza fini di lucro che ha ricevuto la delega dal CIP per "la gestione, l'organizzazione e lo sviluppo dell'attività sportiva per gli atleti con disabilità intellettiva e relazionale".

La FISDIR è stata costituita il 22 febbraio 2009 con la definitiva trasformazione del Dipartimento 9 del CIP in federazione sportiva paralimpica. Nel 2015 è stata riconosciuta quale ente pubblico per lo sport praticato da persone disabili. Fino al

2017, l'acronimo FISDIR indicava Federazione Italiana Sport Disabilità Intellettiva-Relazionale, poi modificato per inserire la parola "Paralimpici" e indicare l'appartenenza al mondo sportivo paralimpico.

In questo contesto, la disabilità intellettivo-relazionale è riuscita a ritagliarsi uno spazio a pari livello degli atleti con disabilità fisica: dalle Paralimpiadi di Londra del 2012 gli atleti FISDIR sono stati inclusi nel programma con le discipline dell'atletica, del nuoto e del tennistavolo e dai Giochi di Rio de Janeiro del 2016 anche la pallacanestro è stata riconosciuta anche per gli atleti FISDIR.

Ad oggi, la FISDIR conta oltre 8000 tesserati, 400 società sportive affiliate e oltre 1000 medaglie internazionali vinte.

2.1.2 La mission

I fini istituzionali della FISDIR, definiti nel suo Statuto, riguardano la promozione e disciplina della pratica sportiva delle persone con disagio intellettivo-relazionale, la preparazione tecnica delle squadre nazionali, l'organizzazione e patrocinio delle competizioni internazionali e la divulgazione del messaggio federale per favorire l'integrazione e socializzazione delle persone con disabilità intellettivo-relazionale. La Federazione percepisce le persone con disabilità intellettivo-relazionali come membri della società soggetti agli stessi diritti, opportunità e regole degli altri. Non si tratta di persone "speciali", ma solamente con specifiche necessità.

Per questo motivo la FISDIR agisce secondo il concetto di "pratica sportiva normalizzata", credendo fermamente che lo sport possa migliorare la qualità della vita ed esaltare le capacità individuali se praticato seguendo le regole che gli sono proprie. I regolamenti tecnici delle discipline sportive FISDIR presentano solo degli adattamenti minimi rispetto a quelli degli atleti "normodotati". L'inclusione degli atleti con disagio intellettivo-relazione nello sport dei colleghi senza disabilità può avvenire solamente se sono in grado di seguire in autonomia i canoni della disciplina che praticano.

2.1.3 Le competizioni

Le competizioni FISDIR prevedono il raggruppamento degli atleti in classi in base a quanto la disabilità influenzi la prestazione sportiva, secondo la divisione di VIRTUS (*World Intellectual Impairment Sport*), la federazione internazionale di riferimento per la disabilità intellettiva:

- II1 - atleti con disabilità intellettiva riconosciuta secondo le linee guida dell'OMS e dell'*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD). L'atleta deve possedere una diagnosi avvenuta in età evolutiva, un quoziente intellettivo (QI) uguale o inferiore a 75 e limitazioni significative nelle capacità di adattamento concettuali, sociali e pratiche. Qui vengono inseriti anche gli atleti con mosaicismo.
- II2 - atleti con disabilità intellettiva significativa (sindrome di Down): L'OMS definisce la sindrome di Down come "una disabilità intellettiva" causata dalla trisomia del cromosoma 21. Gli atleti devono avere una diagnosi ufficiale di Trisomia 21 e una dichiarazione che l'atleta non ha un'instabilità atlanto-assiale sintomatica.
- II3 - atleti autistici ad alto funzionamento (QI>75): Il disturbo dello spettro autistico è definito dall'OMS come un gruppo di disturbi dello sviluppo cerebrale collocati su un continuum di gravità e caratterizzati da difficoltà nell'interazione sociale, interessi e attività ristretti e ripetitivi. I criteri di ammissibilità comprendono un QI superiore a 75 e/o nessuna diagnosi di compromissione intellettiva e una diagnosi formale di autismo eseguita da un professionista qualificato utilizzando tecniche diagnostiche accettate.

Gli atleti che non possiedono i requisiti stabiliti da VIRTUS per essere inseriti in queste tre classi sono collocati nella classe IIQ. In questo modo gli atleti possono partecipare in modo equo e senza disparità a tutte le competizioni.

Le discipline sportive FISDIR sono suddivise in settore promozionale (DIRp), ossia non agonistico, e settore agonistico (DIRa). Le attività non agonistiche prevedono dei regolamenti adattati, nessuna suddivisione in categorie e gli atleti partecipanti devono avere più di otto anni. Le attività agonistiche, invece, contemplano regolamenti tecnici, suddivisione degli atleti e limiti di età specifici per ogni disciplina.

2.2 Special Olympics

2.2.1 Cenni storici

La nascita di *Special Olympics* si deve a Eunice Kennedy Shriver (Brookline, 10 luglio 1921 – Hyannis, 11 agosto 2009), sorella del 35° Presidente degli Stati Uniti d'America, John Fitzgerald Kennedy.

Nel 1957 ha assunto la direzione della *Joseph P. Kennedy Jr. Foundation*, creata nel 1946 in memoria del figlio maggiore della famiglia ucciso nella Seconda guerra mondiale. La fondazione aveva il fine di sviluppare la ricerca sulle disabilità intellettive, individuarne le cause e migliorare il modo in cui la società accoglieva le persone con disabilità intellettivo-relazionali, che al tempo venivano rinchiusi negli istituti perché fonti d'imbarazzo per le famiglie.

Eunice nutriva già un profondo interesse verso il tema della disabilità intellettiva poiché la sorella Rosemary era nata con un deficit cognitivo a causa di una complicazione durante il parto. Le sorelle passavano molto tempo insieme, ma la disabilità di Rosemary fu tenuta segreta dalla famiglia fino a quando non fu la stessa Eunice a renderla pubblica.

Eunice intuì che lo sport aiutasse a sviluppare le potenzialità e a favorire l'inclusione delle persone con disabilità. Nel 1962, organizzò per la prima volta nel giardino di casa sua il *Camp Shriver*, un campo estivo con attività sportive per persone con disabilità intellettiva.

Nel luglio del 1968, la stessa Eunice aprì i primi Giochi Internazionali Special Olympics a Chicago, Illinois. Nacque così l'organizzazione Special Olympics.

Ad oggi, Special Olympics è diventata un movimento globale che coinvolge persone con disabilità intellettiva in 200 Paesi. Nel mondo 5.755.056 Atleti, 627.452 famiglie e 1.114.697 volontari ogni anno collaborano alla riuscita di 114.888 eventi nel mondo.

2.2.2 La mission

La missione di Special Olympics è dare l'opportunità a bambini e adulti con disabilità intellettiva di ricevere una formazione atletica e poter gareggiare in molteplici sport olimpici. L'esperienza in Special Olympics permette loro di sviluppare il proprio benessere fisico, mettere alla prova le proprie capacità sportive e scoprire nuove possibilità in un ambiente di condivisione ed amicizia tra atleti, tecnici, volontari, famiglie e comunità. Special Olympics vuole promuovere la cultura del rispetto e dell'inclusione, impegnandosi per superare i pregiudizi con l'obiettivo di spostare l'attenzione da ciò che gli atleti non riescono a fare a ciò che possono fare.

2.2.3 “Motor Activity Training Program” (MATP)

Il *Motor Activity Training Program* (MATP) è un programma di allenamento motorio studiato per bambini e adulti con disabilità intellettive gravi e disabilità fisiche o sensoriali con disabilità intellettiva associata, con limitazioni che impediscono loro di partecipare agli sport ufficiali di Special Olympics. Il MATP pone l'accento sull'allenamento e sulla partecipazione, con l'obiettivo di sviluppare e migliorare abilità motorie direttamente correlate agli sport ufficiali.

Special Olympics richiede che questi atleti siano seguiti da insegnanti di educazione fisica o terapisti della riabilitazione, in grado di valutare il soggetto, fissare obiettivi personalizzati e proporre attività divertenti adeguate al livello di attività che promuovano la partecipazione. Il MATP può corrispondere solamente a un periodo di passaggio per poi accedere ad attività sportive più definite, molti atleti che vi partecipano svilupperanno abilità necessarie a prendere parte agli sport ufficiali di Special Olympics.

2.2.4 “*Young Athletes Program*”

Young Athletes è un programma di sport e gioco per bambini con e senza disabilità intellettive di età compresa tra i due e i sette anni. Il programma intende incoraggiare i bambini, i ragazzi e le loro famiglie ad entrare nel mondo di Special Olympics permettendo ai bambini con e senza disabilità di giocare insieme, incoraggiando l’inclusione sociale e sportiva in diversi ambiti di vita tramite attività che rispecchino le abilità di tutti e che dimostrino che tutti i bambini dovrebbero essere apprezzati per i loro talenti. *Young Athletes*, inoltre, educa i bambini sin da piccoli ad uno stile di vita attivo e salutare, ponendo le basi di una vita all’insegna dell’attività fisica, dell’amicizia e dell’educazione. Il programma vuole accogliere i genitori di bambini con disabilità intellettive nel mondo di Special Olympics, introducendoli ad un’organizzazione che si dedica esclusivamente all’emancipazione ed integrazione di bambini e adulti con disabilità intellettive.

2.2.5 *Le competizioni*

L’associazione prevede Giochi per una moltitudine di sport, classificati in ufficiali, dimostrativi e sperimentali. Sono previste inoltre le gare di sport unificato, in cui atleti con e senza disabilità partecipano all’attività nella stessa squadra, per alcune discipline. Le competizioni Special Olympics hanno una filosofia diversa rispetto a quelle del Comitato Paralimpico Internazionale. Quest’ultimo, infatti, opera secondo i criteri dei Giochi Olimpici, perciò le gare competitive sono riservate ai migliori. Special Olympics, invece, organizza eventi dedicati alle persone con disabilità intellettive per ogni livello di abilità. Le competizioni sono aperte a tutti e premiano tutti, per questo motivo, il giuramento dell’atleta Special Olympics è: “Che io possa vincere, ma se non riuscissi che io possa tentare con tutte le mie forze”.

2.2.6 Special Olympics in Italia

Special Olympics Italia è nata nel 1983 e opera in tutte le regioni. È riconosciuta come Associazione Benemerita dal CONI e dal CIP. Ogni anno migliaia di atleti e volontari collaborano all'organizzazione di 204 eventi di vario livello e una rappresentativa italiana partecipa ai Giochi Mondiali Invernali o Estivi.

Special Olympics prosegue dal 2016 un'intesa con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) finalizzata alla sensibilizzazione dei giovani alla conoscenza della disabilità intellettiva tramite l'attività motoria e sportiva.

Speciali Olympics Italia ha un protocollo d'intesa anche con il Ministero della Salute per la promozione del benessere delle persone con disabilità intellettive sin dalla primissima infanzia, con l'obiettivo anche di organizzare corsi di preparazione e di aggiornamento per operatori del settore per promuovere la realizzazione di un'*Healthy Community* attraverso la diffusione di informazioni sullo stato di salute della popolazione con disabilità intellettiva.

CAPITOLO 3

Lo sport in età evolutiva

L'attività fisica svolge un ruolo chiave per lo sviluppo generale del bambino, non soltanto per quanto riguarda le abilità motorie e la prevenzione di molte malattie, ma anche nello sviluppo della personalità, delle capacità cognitive, affettive e sociali (De Pascalis, 2010). La promozione dell'attività fisica e la riduzione della sedentarietà sono per questo percepite come prioritarie da una pluralità di realtà nel mondo. Lo testimoniano la presenza di documenti indicanti le raccomandazioni per tenere uno stile di vita attivo sin dalla prima infanzia, con riferimento specifico ad alcune categorie della popolazione, tra i quali bambini e ragazzi con disabilità e malattie croniche. Esiste una vasta letteratura scientifica che evidenzia come l'attività fisica e sportiva, svolta in maniera regolare e costante, permetta di mantenere uno stato di benessere e salute per tutti i soggetti (Poitras et al., 2016), in special modo per bambini e adolescenti con disabilità (Ross, 2016; OMS, 2020).

3.1 Le linee guida

Le linee guida promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dal Ministero della Salute italiano, fanno riferimento al concetto di "attività fisica". Secondo l'OMS, l'attività fisica, anche detta "attività motoria", comprende "qualunque movimento determinato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduce in un dispendio energetico superiore a quello delle condizioni di riposo". Questa definizione non si riferisce solo alle attività sportive, ma a tutti i movimenti che vengono compiuti nell'arco della giornata (camminare, andare in bicicletta, giocare, fare i lavori domestici etc.).

D'altro canto, per attività sedentarie si intendono tutte le situazioni che richiedono un dispendio energetico inferiore a quello di riposo, durante le quali generalmente si tiene una posizione seduta o reclinata (guardare la televisione, leggere, guidare, stare seduti alla scrivania etc.).

3.1.1 L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

Le nuove *Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'attività sportiva e il comportamento sedentario*, pubblicate il 25 novembre 2020, hanno l'obiettivo di supportare le politiche e i programmi di promozione dell'attività fisica e di contrasto alla sedentarietà tramite indicazioni scientificamente valide sull'attività fisica e i comportamenti sedentari.

Il testo contiene raccomandazioni riguardanti la quantità e il tipo di attività fisica che bambini e adolescenti (5-17 anni), adulti (dai 18 anni) e anziani (dai 65 anni) dovrebbero svolgere per ottenere benefici significativi e ridurre i rischi per la salute, con attenzioni specifiche riguardo donne in gravidanza e nel postparto, adulti e anziani con patologie croniche e persone con disabilità.

Le Linee Guida sottolineano che fare un po' di attività fisica è meglio di niente, che ogni movimento conta e che aumentarne la quantità permette di ottenere maggiori benefici. Viene raccomandata una riduzione del tempo trascorso in condizioni di inattività e un parallelo incremento dell'attività fisica, fino a raggiungere un bilanciamento. I ragazzi dovrebbero ridurre l'esposizione a dispositivi elettronici. L'OMS indica che l'attività fisica di bambini e adolescenti può essere inserita nel contesto familiare, scolastico e comunitario nei momenti di svago, nelle modalità di spostamento (prediligendo quello a piedi o in bicicletta) e nello sport, che dovrebbe essere prevalentemente di tipo aerobico. Vengono raccomandati almeno sessanta minuti di attività fisica d'intensità da moderata a vigorosa al giorno. A questi andrebbero aggiunte attività aerobiche ad intensità vigorosa per il rinforzo di muscoli e ossa, almeno tre volte a settimana.

L'OMS sottolinea come tutti i bambini e gli adolescenti debbano essere incoraggiati e avere le stesse opportunità di partecipazione ad attività fisiche piacevoli, varie ed appropriate alla loro età ed abilità. Le raccomandazioni e i benefici legati all'attività fisica per i bambini e gli adolescenti sono applicabili, dunque, anche ai coetanei con disabilità. Nel caso in cui non dovessero incontrare queste raccomandazioni, dovrebbero iniziare a compiere un po' di attività fisica e gradualmente aumentarne l'intensità, la frequenza e la durata; in modo da ridurre il tempo di sedentarietà e di esposizione agli schermi. Bambini e ragazzi con disabilità non corrono rischi per la

salute nel compiere attività fisica ad un livello appropriato al loro stato di attività corrente e alla funzionalità fisica. In ogni caso, i benefici per la salute superano i rischi.

3.1.2 Il Ministero della Salute

Il Ministero della Salute italiano ha adottato il 3 novembre 2021 le *Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie*.

Il testo riprende le indicazioni dell'OMS per quanto riguarda l'età evolutiva e aggiunge che "l'attività fisica deve essere proposta e facilitata in tutte le età della vita, sin dalla primissima infanzia", con suggerimenti su modalità di accudimento che favoriscano il movimento sin dai primissimi mesi di vita.

Il documento sottolinea l'importanza di ogni contesto di vita del bambino nella promozione dell'attività fisica secondo il suo specifico ruolo e integra le raccomandazioni con attenzioni specifiche per bambini e ragazzi con disabilità.

L'influenza della famiglia sull'attività fisica è parte di un processo educativo che coinvolge il bambino sin dai primi anni di vita. La famiglia può trasmettere al bambino uno stile di vita attivo e motivarlo a intraprendere e poi mantenere l'impegno nel proseguimento dell'attività sportiva.

La scuola può sviluppare interventi educativi di promozione dell'attività fisica e sportiva, assecondando la naturale tendenza del bambino a muoversi. Nell'ambito dell'attività fisica scolastica è importante porre attenzione all'inclusione degli alunni disabili, affinché le loro limitazioni fisiche o cognitive non divengano motivo di esclusione ed emarginazione. È importante anche favorire il movimento nel percorso casa-scuola tramite iniziative quali il *pedibus* o il *bicibus*, che rappresentano la possibilità di effettuare attività fisica regolare e gratuita, per molti l'unica occasione di muoversi.

Gli operatori sanitari hanno il ruolo fondamentale di sensibilizzare le famiglie e i bambini sui vantaggi dell'attività fisica regolare, indicando le attività sportive più adatte e consigliando strutture qualificate per praticarle. Per bambini e ragazzi affetti da patologie croniche, il medico di riferimento e gli altri professionisti

possono esortare ad evitare la sedentarietà ed indirizzare verso l'attività sportiva più adatta.

3.2 Attività fisica ed effetti positivi

3.2.1 Sul corpo

Numerose ricerche hanno contribuito ad evidenziare che quantità maggiori di attività fisica ad elevata intensità in bambini e adolescenti sono associate a molteplici benefici per la salute (OMS, 2020). L'attività fisica condotta nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza è necessaria al corretto sviluppo dell'organismo, specialmente degli apparati osteo-muscolare e cardiovascolare (Poitras et al., 2016). Bambini e adolescenti che hanno uno stile di vita più attivo dei coetanei hanno infatti maggiore massa ossea, densità minerale e resistenza ossea (Dipartimento della Salute e Servizi Umani, 2018). L'attività fisica regolare, di tipo aerobico, in bambini e adolescenti è associata a benefici per la salute cardiometabolica, con un miglioramento della pressione sanguigna, del profilo lipidico, del controllo del glucosio e dell'insulino-resistenza (Dipartimento della Salute e Servizi Umani, 2018).

L'attività motoria è favorevolmente associata ad un minor rischio di obesità in bambini e adolescenti (Poitras et al., 2016, Dipartimento della Salute e Servizi Umani, 2018). Alcune ricerche, che hanno proposto dei programmi strutturati e specifici di incremento dell'attività fisica (Zenong Yin et al. 2012, Lopes et al. 2012, Jones et al. 2011) o che hanno messo in relazione i livelli di Indice di Massa Corporea (IMC) di bambini attivi con quelli di coetanei più sedentari (Iivonen et al. 2013), indicano un'associazione positiva tra attività fisica e riduzione del peso corporeo. L'obesità influisce sull'aumento della probabilità, da adulti, di contrarre malattie croniche come diabete, ipertensione, patologie cardiovascolari e tumori (Maffeis, 2009). Oltre alle conseguenze sulla salute, i bambini obesi e in sovrappeso presentano difficoltà emozionali, sociali e psicologiche.

È essenziale che anche bambini e adolescenti con disabilità rispettino le raccomandazioni e partecipino ad attività sportive con l'obiettivo di ridurre le complicanze secondarie per la salute connesse alla condizione di disabilità stessa.

La partecipazione ad attività sportive è spesso vitale per la salute dei bambini con disabilità intellettive e dello sviluppo (Chenchen et al., 2020), che spesso hanno capacità e performance molto diverse rispetto ai cosiddetti “neurotipici” e questo li rende meno attivi, più sedentari e con scarse abilità motorie. Tali condizioni li espongono al rischio di malattie croniche, quali obesità o malattie cardiovascolari (Chenchen et al., 2020; Scifo et al., 2019; Kampasová e Valková, 2021).

Numerosi studi evidenziano come bambini e ragazzi con disabilità intellettive e dello sviluppo che conducono un'attività fisica regolare hanno una maggiore massa ossea, che riduce il rischio di osteoporosi in età avanzata (Boreham e Riddoch, 2010; Kampasová e Valková, 2021; Scifo et al., 2019).

Bo et al. (1997) ritengono che l'esercizio aerobico nei bambini con disabilità intellettive possa ridurre il loro IMC, mentre altri studi indicano che l'esercizio aerobico ha uno scarso effetto sull'IMC dei bambini con disabilità intellettive e dello sviluppo (Pitetti et al., 2007; Hinckson et al.; Chenchen et al., 2020). Alcune ragioni possono risiedere nelle caratteristiche dei bambini con disabilità intellettive e dello sviluppo, che spesso presentano deficit di forza e nelle capacità motorie e cognitive, che impediscono loro di raggiungere la massima intensità dell'esercizio (Chenchen et al., 2020).

L'esercizio aerobico condotto regolarmente e per un lungo periodo può avere effetti positivi sulla capacità aerobica dei bambini, che riescono a percorrere distanze maggiori a una velocità stabile. Gli studi hanno dimostrato che l'esercizio aerobico da moderato a intenso può migliorare il funzionamento dei sistemi cardiovascolare e respiratorio (Yilmaz et al., 2004; Lochbaum et al. 2003; Dillon et al., 2017; Scifo et al., 2019).

Chenchen et al. (2020) rilevano che, dopo 16 settimane di allenamento, i parametri di salute fisica della maggior parte dei bambini partecipanti hanno mostrato una tendenza positiva. Studi precedenti hanno dimostrato che l'esercizio aerobico ha un effetto positivo sulla capacità di equilibrio (Puszczałowska-Lizis e Omorczyk, 2019; Omorczyk et al., 2018), sulla coordinazione del corpo (Boraczyński et al., 2013; Senatore e D'Elia, 2018), sulla forza muscolare (Chenchen et al., 2020; Dillon et al. 2020; Lochbaum et al. 2003; Pan 2011), sulla resistenza muscolare e sulla flessibilità (Bressel, 2007; Werner, 2011; Bencke et al., 2002) dei bambini con

disabilità. Queste qualità contribuiscono allo sviluppo delle capacità motorie (Rogers et al., 2010; Dillon et al. 2017) e alla forma fisica dei soggetti, fondamentali per ottenere l'indipendenza nelle attività della vita quotidiana e costruire uno stile di vita più sano (Chenchen et al., 2020).

3.2.2 Sulla psiche

Il corpo è il primo mezzo con cui il bambino sperimenta l'ambiente. I primi processi mentali si costruiscono sulle azioni che egli compie nei confronti dell'ambiente e degli oggetti che lo circondano. L'attività motoria ha il compito di promuovere il movimento e il gioco non solo per la salute e la maturazione fisica, ma anche favorire per lo sviluppo intellettuale (Santandrea, 1989).

Nei bambini e negli adolescenti l'attività fisica ha effetti positivi sulla funzione cognitiva, ad esempio la memoria e le funzioni esecutive, e sui risultati scolastici (Poitras, Gray et al., 2016 e Dipartimento della Salute e Servizi Umani, 2018). La revisione di Xue et al. (2019) ha dimostrato che sessioni di allenamento fisico più volte alla settimana per sei settimane o più sono associate ad un cambiamento maggiore nei valori delle funzioni cognitive come il controllo inibitorio, la memoria di lavoro e la flessibilità cognitiva, rispetto ai soggetti con nessun intervento. Vi è inoltre una stretta relazione tra un'attività fisica regolare e lo sviluppo cerebrale, in particolare nell'area corticale prefrontale. L'esercizio fisico abituale ha effetti positivi sulla produzione di neurotrofine, sulla sinaptogenesi e sull'angiogenesi con il conseguente miglioramento di prestazioni cognitive quali la velocità di elaborazione delle informazioni, la memoria di lavoro, la pianificazione e le strategie di controllo comportamentale (Scifo et al., 2019).

Il movimento, il gioco e l'attività motoria, inoltre, migliorano molteplici aspetti della sfera psichica ed emozionale. Valentini e Piacentini (2015) riportano numerosi studi che evidenziano come l'attività fisica migliori la gestione dello stress, riduca l'ansia, promuova una sana regolazione del sonno e aumenti l'autostima. L'attività motoria riduce il rischio di depressione e di sintomi depressivi in bambini e adolescenti con e senza depressione maggiore (Dipartimento della Salute e Servizi Umani, 2018; Castelli et al., 2004) e può avere l'effetto delle terapie psicologiche e farmacologiche nella riduzione dei sintomi (OMS, 2020).

L'attività fisica di tipo aerobico permette anche a bambini e adolescenti con disabilità intellettive e dello sviluppo di ottenere dei benefici nel funzionamento cognitivo e sul rendimento scolastico. Una metanalisi di Srinivasan et al. (2014) su 16 studi ha suggerito che, in media, gli interventi basati sull'esercizio fisico portano a un miglioramento del 37% della sintomatologia generale dell'autismo, in particolare miglioramenti comportamentali e accademici.

Wang et al. (2020) hanno esaminato gli effetti di un programma di allenamento di minibasket di 12 settimane sulle funzioni esecutive di 33 bambini di età compresa tra i 3 e i 6 anni con disturbo dello spettro autistico. Il gruppo sperimentale di 18 bambini ha partecipato insieme ai genitori a un programma di minibasket che prevedeva tre livelli progressivi in modo da adattarsi alle capacità dei partecipanti. Le funzioni esecutive sono state valutate tramite il *Childhood Executive Functioning Inventory* (CHEXI), composto da 24 item suddivisi in tre domini (regolazione, inibizione e memoria di lavoro). Lo studio ha evidenziato un miglioramento delle funzioni esecutive, incluse memoria di lavoro, inibizione e regolazione, coerentemente ai risultati di altri studi precedenti (Hilton et al., 2013; Phung e Goldberg, 2019; Chen et al., 2014; Pan et al., 2016; Ziereis e Jansen, 2015). Questi effetti sono probabilmente correlati alle richieste neurocognitive che vengono poste al cervello nell'eseguire i compiti motori. Il programma di minibasket ha promosso l'apprendimento di nuove e complesse abilità motorie, che richiedono l'applicazione di vari domini cognitivi. Le richieste cognitive poste dall'attività sportiva possono quindi influire più o meno direttamente su aspetti specifici delle funzioni cognitive.

Lo studio di Oriel et al. (2011) ha analizzato l'effetto di un'attività di corsa di quindici minuti sui risultati di bambini in età prescolare con disturbo dello spettro autistico in un compito in classe proposto immediatamente dopo. Per tutta la durata dello studio sono stati registrati il numero di comportamenti stereotipati, i comportamenti sul compito e il numero di risposte corrette ed errate fornite durante i compiti accademici. I risultati riportano che 7 dei 9 partecipanti sono migliorati nei compiti accademici successivamente all'attività fisica. I miglioramenti della risposta accademica sono continuati per 30 minuti dopo l'esercizio aerobico. Questi risultati sono coerenti con risultati simili nei bambini più grandi. Lo stesso

studio ha evidenziato una riduzione dei comportamenti stereotipati (sbattere le mani e le braccia, dondolarsi e camminare sulle dita dei piedi) dopo la corsa. Il numero totale di comportamenti stereotipati tra i partecipanti è diminuito da 11 durante i giorni di controllo a 2 durante i giorni di trattamento, un risultato clinicamente significativo. Kern et al. (1982) hanno scoperto che la diminuzione dei comportamenti autostimolanti diminuisce per 90 minuti dopo l'attività fisica.

La letteratura scientifica riporta dati significativi sulla riduzione dei comportamenti ripetitivi e stereotipati in seguito allo svolgimento dell'attività sportiva. In particolare, uno studio che valuta i benefici del karate in bambini con disturbo dello spettro autistico attribuisce l'effetto di riduzione delle stereotipie all'attività fisica e motoria, poiché la stimolazione fisica ottenuta attraverso il karate può risultare simile, in termini di conseguenze interne piacevoli per l'individuo e di mantenimento dello stato di attivazione (*arousal*), a quella sperimentata durante i comportamenti stereotipati e ripetitivi (Bahrami et al., 2012). La riduzione delle stereotipie motorie potrebbe essere spiegata anche dal punto di vista neurochimico. Nel disturbo dello spettro autistico è stata ampiamente dimostrata la presenza di alterazioni del metabolismo e dei livelli di neurotrasmettitori come la serotonina e la dopamina (Volkmar e Anderson, 1989), che svolgono un ruolo cruciale nel mantenimento dei comportamenti stereotipati. Lo sport ha dimostrato di avere effetti significativi sulla modificazione di questi neurotrasmettitori, per cui è possibile ipotizzare che il coinvolgimento in programmi sportivi intensivi possa portare a miglioramenti a livello neurotrasmettitoriale e a una conseguente diminuzione dei comportamenti stereotipati (Meeusen e Merleir, 1995).

Attraverso l'attività sportiva organizzata, i soggetti con disabilità possono inoltre imparare progressivamente a prendersi cura di sé stessi, sviluppando molteplici autonomie utili nella vita di tutti i giorni: farsi la doccia, vestirsi, allacciarsi le scarpe, ricordare i giorni e gli orari di allenamento (Ghirlanda, 2003). Queste esperienze e l'osservazione di un miglioramento nelle proprie capacità permette a bambini e adolescenti con disabilità di sperimentare una maggiore percezione di sé, autostima, autocompetenza e senso di autoefficacia.

3.2.3 Sulla socialità e le relazioni

Gli studi che hanno dimostrato miglioramenti nelle capacità cognitive hanno ritrovato un potenziamento anche nella socializzazione e nella volontà di cooperare con i compagni. È stato osservato che all'aumentare dell'attività fisica e dei giochi di movimento, i bambini acquisiscono maggiori capacità cognitive e sono più propensi ad interagire e collaborare con i coetanei (Valentini e Piacentini, 2015). Al contrario, alcuni studi hanno dimostrato che tempi elevati di esposizione a televisione e videogiochi sono significativamente associati a comportamenti e condotte antisociali (OMS, 2020).

L'attività fisica ha un ruolo fondamentale nell'influenzare la vita dei bambini e adolescenti con disabilità perché, come già discusso, può aiutarli a migliorare non solo la loro condizione fisica, ma anche la loro autostima, comportamenti e abilità sociali e stabilire uno stile di vita positivo per il loro futuro (Mengxian e Shihui, 2018). La pratica sportiva consente alle persone con disabilità di inserirsi o reinserirsi in un contesto sociale, promuovendo l'inclusione (Ghirlanda, 2003). I bambini con disabilità intellettiva che frequentano regolarmente attività sportive strutturate hanno maggiori opportunità di interazioni sociali e uscite più frequenti nella comunità rispetto ai coetanei sedentari (Scifo et al. 2019). Questo è particolarmente importante per i bambini con disturbo dello spettro autistico, che hanno maggiori difficoltà nelle interazioni sociali e nella comunicazione (Pan e Frey, 2006; Fox e Riddoch, 2000). La partecipazione ad attività sportive consente ai bambini con disturbo dello spettro autistico di vivere un'attività divertente con i loro coetanei e di sviluppare le abilità interpersonali critiche (Srinivasan et al., 2014).

La revisione di 16 studi di Sowa e Meulenbroek (2012), per un totale di 133 bambini con disturbo dello spettro autistico di età compresa tra i 4 e 41 anni, ma con un'età media inclusa nella fascia adolescenziale (13.6 anni) misura gli effetti di diversi sport sul miglioramento delle abilità motorie e nelle principali aree deficitarie per l'autismo, ossia la sfera sociale e quella comunicativa. Emerge che i partecipanti hanno ottenuto maggior beneficio dagli interventi individuali piuttosto che da quelli di gruppo. Secondo gli autori questo risultato inatteso può essere in parte spiegato da una difficoltà a determinare con precisione la frequenza delle interazioni

significative nell'ambito di gruppo, a differenza degli interventi individuali. Molti interventi di gruppo sfruttano strategie e tecniche di matrice comportamentale, come il rinforzo, oppure dei supporti visivi tipici del metodo TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*) per la promozione della comunicazione e delle interazioni sociali nel corso dell'attività (Mazzone et al., 2017).

Lo studio di Mengxian e Shihui (2018) ha analizzato l'effetto di un programma strutturato di attività fisica di 12 settimane (per un totale di 24 sessioni) sull'interazione sociale e la comunicazione di 25 bambini dai cinque agli otto anni con disturbo dello spettro autistico. I risultati sono stati misurati attraverso alcuni strumenti: *The Assessment of Basic Language and Learning Skills-Revised* (ABLLS-R) per valutare l'area dell'interazione sociale, *The Social Skills Improvement System Rating Scales* (SSIS-RS) per valutare le abilità sociali, dei questionari per i genitori e per i volontari hanno inoltre permesso di raccogliere dei dati qualitativi sull'intervento. L'attività fisica è stata integrata ad alcuni contenuti che hanno promosso comportamenti prosociali. Ad esempio, al completamento di ogni prova, ogni bambini doveva rispondere al saluto dei compagni e comunicare con loro. L'intervento prevedeva anche un sistema di ricompensa per incoraggiare i bambini a essere attivi e disposti a partecipare al programma di attività fisica. Al suo termine, il programma ha evidenziato un miglioramento significativo nei punteggi sull'interazione sociale e sulla comunicazione. Genitori intervistati hanno riportato che l'intervento ha avuto un effetto positivo sull'interazione sociale e le capacità di comunicazione dei bambini.

I risultati sono confermati anche dallo studio di Reid e Collier (2016), confermando che esiste una relazione positiva tra attività fisica e sportiva e interazione sociale, che sono dunque utili per migliorare le relazioni interpersonali e aumentare la frequenza dell'interazione sociale. Una possibile spiegazione risiede nel fatto che si tratta di un contesto naturale per costruire relazioni tra i partecipanti, in cui anche i bambini con disturbo dello spettro autistico possono entrare in relazione e comunicare per impegnarsi in giochi cooperativi o collaborare per il lavoro di squadra (Mengxian e Shihui, 2018; O'Connor et al., 2000; Reid e O'Connor, 2003).

CAPITOLO 4

Sport e inclusione

4.1 Definizione di inclusione

Il termine “inclusione” deriva dal latino *inclusio-onis* e indica “l’atto, il fatto di includere, cioè di inserire, di comprendere in una serie, in un tutto”. Questa è la prima definizione proposta dal vocabolario Treccani, un enunciato breve e sintetico che racchiude un argomento in realtà ampio e complesso.

In ambito sociale, l’inclusione è definita come il processo teso a migliorare le opportunità partecipazione delle persone svantaggiate e soggette ad esclusione alle attività economiche, sociali, politiche e culturali della società di appartenenza. L’obiettivo primario del modello inclusivo è contribuire a porre fine all’emarginazione e all’esclusione, per garantire a tutte le persone il diritto di affermarsi e trovare il proprio spazio all’interno della comunità tramite una partecipazione attiva, autodeterminata e condivisa. Il principio su cui si basa è la valorizzazione e la tutela dell’identità della persona, in quanto unica, originale ed irripetibile (Curatola, 2016). Le relazioni tra la società e le minoranze sono funzionali alla formazione di una nuova identità di appartenenza, che deriva dalla conciliazione di bisogni, attese e potenzialità delle parti (Curatola, 2016).

Nel mondo della disabilità, negli ultimi decenni si è assistito ad una progressiva evoluzione della terminologia. Negli anni Settanta la parola chiave era “inserimento”, negli anni Ottanta si è affermato il concetto di “integrazione” e in seguito all’approvazione della *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità* dell’Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), che indica agli Stati firmatari di agire per la tutela dei diritti delle persone con disabilità, è stato introdotto il termine “inclusione” (Milani, 2020). Il termine vuole affermare che le strategie e azioni da promuovere devono avere l’obiettivo di rimuovere ogni forma di emarginazione sociale che le persone con disabilità vivono nella quotidianità. L’inclusione sposta l’attenzione dell’analisi e dell’intervento dalla persona al contesto, in modo da

individuare gli ostacoli che incontra ed operarsi per la loro rimozione (Milani 2020). Il concetto è promosso anche dalla *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute* (ICF, OMS 2007) che si attiene al modello bio-psico-sociale ed è uno strumento di classificazione relativa alla salute e al funzionamento delle persone con o senza disabilità. L'ICF delinea lo stato di salute degli individui nella relazione tra i campi esistenziale, sociale, familiare e lavorativo, mostrando come il contesto socioculturale di riferimento possa essere causa di disabilità ed evidenziando come sia possibile migliorare queste condizioni. L'ICF non si limita all'individuazione dei deficit del soggetto, ma ne ricerca le modalità di funzionamento in una visione orientata alla maturazione della sua identità all'interno della partecipazione a contesti di vita (De Vita e Rosa, 2017). Nell'articolo 3 della Convenzione, l'ONU indica tra i principi generali "la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società". L'inclusione si configura quindi come azione intrapresa per permettere a tutti, indipendentemente dalla propria condizione, le stesse opportunità di partecipazione e coinvolgimento nelle scelte che la riguardano. Perché questo accada è necessario agire nei confronti della società e del territorio per renderli inclusivi e comprendere quanto l'ambiente sociale, le modalità per descrivere le situazioni, le rappresentazioni individuali e sociali siano determinanti per costruire esclusione piuttosto che inclusione. Diventa dunque fondamentale superare lo stereotipo per il quale è il disabile a doversi avvicinare alla "normalità" e adattarsi al contesto, per creare invece un territorio che accolga la persona e ne valorizzi le caratteristiche.

Se scuola e lavoro spesso emergono come contesti d'elezione per l'incontro delle diversità e la promozione dell'inclusione, è vero che per vivere pienamente la vita della comunità sono altrettanto importanti le relazioni, le amicizie, il tempo libero, la cultura e lo sport.

4.2 Inclusione nello sport

Lo stigma sociale dovuto a convinzioni errate e mancanza di conoscenze sui veri effetti della disabilità spesso portano all'esclusione sociale, politica ed economica delle persone che vivono questa condizione. In molte comunità, lo stigma è profondamente radicato ed influenza molte pratiche e politiche che risultano in barriere fisiche e sociali per le persone con disabilità, escluse dall'istruzione, dal lavoro e dalla vita comunitaria sin dai primi anni di vita (Link e Phelan, 2006). L'esclusione li priva dell'opportunità di sviluppare relazioni con gli altri, determinanti per uno stato di salute e benessere.

L'attività sportiva, complice anche la popolarità universale che ha ottenuto in questi ultimi anni, è un grande strumento di inclusione per le persone con disabilità perché permette di cambiare sia il pensiero della comunità, sia le convinzioni delle persone con disabilità nei confronti di sé stesse (Sport for Development and Peace International Working Group, 2008). Il primo cambiamento è necessario per ridurre lo stigma associato alla disabilità. Il secondo permette alle persone con disabilità di riconoscere il proprio potenziale ed attivarsi per realizzarlo pienamente. In questo senso, lo sport non rappresenta solamente l'opportunità di praticare un'attività diversa dalla terapia e la riabilitazione, ma un approccio che può ampliare i risultati ottenuti sullo sviluppo dell'individuo con metodi tradizionali (Sport for Development and Peace International Working Group, 2008). Lo sport aiuta a ridurre l'isolamento delle persone con disabilità e includerle nella vita comunitaria. Questi benefici sono riconosciuti anche dall'ONU, che all'articolo 30 della *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità* riporta l'impegno degli Stati Parti a adottare misure adeguate a incoraggiare e promuovere la partecipazione delle persone con disabilità alle attività sportive ordinarie a tutti i livelli, garantendo che i minori con disabilità possano partecipare ad attività sportive su base di uguaglianza con i coetanei (ONU, 2006). Lo sport permette di abbattere gli stereotipi che dipingono le persone con disabilità come passive, inattive e prive della capacità di partecipare alla vita comunitaria. Questo permette di costruire società più inclusive, nelle quali vi è una maggiore cooperazione e coesione sociale (Walker, 2007). Lo sport cambia la percezione della comunità sulle persone con disabilità perché evidenzia le loro capacità e porta in secondo piano la loro

disabilità. L'attenzione non è più focalizzata su ciò che “manca” loro ma sulla capacità di vincere o di portare la squadra alla vittoria.

La varietà e la flessibilità dello sport lo rende perfetto per essere adattato con pochi e semplici cambiamenti e adattamenti. Ad esempio, la pallavolo è resa più inclusiva chiedendo ai partecipanti di sedersi a terra. In questo modo tutti gli atleti possono partecipare, indipendentemente dal fatto che abbiano o meno una disabilità agli arti inferiori. Questo tipo di intuizioni permettono di cambiare punto di vista e generano interesse per la creazione di nuovi sport inclusivi (Sport for Development and Peace International Working Group, 2008). Quando vengono uniti nello stesso campo individui con e senza disabilità, tutti sono posti sullo stesso piano e contribuiscono al raggiungimento di un obiettivo comune. Le persone senza disabilità possono incontrare persone con disabilità, anche per la prima volta, in un contesto positivo e vederle raggiungere obiettivi ritenuti impossibili. Lo sport permette alle persone senza disabilità di andare oltre le apparenze e cogliere la specificità del singolo, la sua storia e le sue qualità, solitamente nascoste dall’etichetta “disabile”. D’altra parte, le persone con disabilità sviluppano un senso positivo di sé e d’identità di gruppo perché non si sentono più separati, ma sono come tutti gli altri.

La copertura mediatica degli eventi sportivi che coinvolgono persone con disabilità crea percezioni più positive e veritiere (Sport for Development and Peace International Working Group, 2008). Ad esempio, i Giochi Paralimpici di Tokyo 2020 hanno ottenuto un pubblico televisivo stimato di 4,25 miliardi di persone in tutto il mondo, contribuendo ad accrescere notevolmente la consapevolezza sulle capacità delle persone con disabilità. In occasione delle Paralimpiadi di Tokyo del 2004 ad Atene, il governo greco ha avviato delle modifiche legislative e fisiche alle infrastrutture perché tutti gli atleti potessero circolare liberamente nella città ospitante. In seguito, la città ha continuato ad essere accessibile ed inclusiva. La popolarità dello sport può portare le istituzioni tradizionali a introdurre una maggiore inclusività per le persone con disabilità (Sport for Development and Peace International Working Group, 2008). Un progetto pilota del 2007 di Special Olympics in Bulgaria, *Changing Attitudes-Changing Schools*, ha utilizzato lo sport per incoraggiare le scuole tradizionali a creare un ambiente accogliente e inclusivo per i bambini con disabilità intellettiva. Il preside di una scuola partecipante ha

affermato che le attività inclusive proposte hanno aiutato “gli educatori delle scuole tradizionali a diventare più comprensivi con gli studenti con bisogni speciali”. Le istituzioni tradizionali sono potenti agenti nella promozione di programmi inclusivi per le persone con disabilità perché raggiungono molte persone con e senza disabilità, con il risultato di un cambiamento significativo negli atteggiamenti della comunità rispetto alle persone con disabilità.

4.3 Inclusione e disabilità intellettivo-relazionali

La ricerca sull'educazione fisica inclusiva si è per molto tempo concentrata sulle persone con disabilità fisiche e sul modo migliore per facilitare e adattare l'attività perché possano svolgerci un ruolo attivo (Thoren et al., 2021). Le conoscenze riguardo all'inclusione dei bambini con disturbi dello sviluppo neurologico (quali il disturbo del deficit di attenzione e iperattività, il disturbo dello spettro autistico e la disabilità intellettiva) sono ancora scarse. Le persone con disabilità intellettiva, infatti, sperimentano situazioni di esclusione in molte società (Allerton et al., 2011; Hatton et al., 2015), con una maggiore limitazione nelle relazioni sociali rispetto alle persone con disabilità fisiche e senza disabilità (Lippold e Burns, 2009; Van Asselt-Goverts et al., 2015). Bambini con disabilità come il disturbo dello spettro autistico vengono esclusi dalla partecipazione agli sport giovanili (Moran e Block, 2010) e hanno meno probabilità di praticare sport e creare amicizie.

Lo sport contribuisce all'inclusione sociale, specialmente quando persone con e senza disabilità lo praticano insieme. Tuttavia, non basta l'inserimento di bambini con e senza disabilità nello stesso gruppo per creare interazioni sociali significative. I bambini con disabilità del neurosviluppo sono spesso sensibili alle richieste e alle situazioni stressanti e faticano a decodificare le interazioni sociali. Questo può rendere negativa l'esperienza dell'attività sportiva. Nel *National Standards Report* (2015) del *National Autism Centre*, la partecipazione all'educazione fisica dei bambini con disturbo dello spettro autistico è però definita come un metodo d'intervento promettente. Il contesto dell'attività fisica inclusiva può essere considerato come uno strumento importante per trasformare gli atteggiamenti

negativi dei coetanei dei bambini con disabilità intellettivo-relazionali, in modo che anche per loro lo sport possa trasformarsi in un'attività appagante.

Lamb et al. (2016) sottolineano come i ragazzi con disturbo dello spettro autistico hanno avuto esperienze positive nell'attività sportiva quando hanno potuto impegnarsi e contribuire allo sport di squadra secondo le proprie capacità.

Le ricerche sui legami sociali sottolineano come essi dipendano da fattori endogeni ed esogeni. Questi ultimi sono i più rilevanti per la costruzione di una robusta rete di amicizie (McPherson et al., 2001; Curry e Dunbar, 2013). I fattori esogeni comprendono tutti gli attributi simili tra i singoli attori, ad esempio nelle abilità, nel genere o nella popolarità (Robins e Lusher, 2013; Wasserman e Faust, 2019). Nei bambini sembra predominante l'omofilia di genere, per cui i ragazzi fanno amicizia con i ragazzi e le ragazze con le ragazze (Steiger et al., 2021).

Lo studio di Steiger et al. (2021) ha indagato il ruolo della disabilità intellettiva rispetto ad altri fattori esogeni (quali l'abilità atletica, il genere o la lingua parlata) nella possibilità di stringere amicizie a scuola e in attività sportive che non seguono un metodo inclusivo specifico di 24 bambini con disabilità intellettiva. Le amicizie create sono state misurate chiedendo ai bambini di scrivere i nomi dei loro amici e i dati ottenuti sono stati analizzati mettendo in relazione le caratteristiche dei soggetti. I risultati emersi evidenziano come nello sport i bambini con disabilità intellettiva siano stati nominati come amici quanto i loro coetanei, mentre a scuola sono stati nominati meno volte. Lo stesso è stato rilevato riguardo alle capacità linguistiche. A scuola la disabilità intellettiva è più visibile e rilevante per la presenza di obiettivi di apprendimento diversi dal resto della classe. Un fattore esogeno importante nelle amicizie in contesto sportivo, così come evidenziato da studi precedenti (Siperstein et al., 2009), è la capacità atletica. La disabilità intellettiva o le capacità linguistiche nel contesto sportivo non sono rilevanti perché anche questi bambini possono contribuire al risultato sportivo della squadra tramite le loro abilità. Gli studiosi concludono che la disabilità intellettiva risulta essere un fattore irrilevante nelle reti amicali in contesto sportivo, indicandolo dunque come favorevole alla formazione di legami sociali "oltre la disabilità intellettiva". I bambini con disabilità intellettiva, esclusi nel contesto scolastico, possono dunque trovare nell'ambiente sportivo un luogo prezioso in cui stringere amicizie.

Seconda Parte:
Materiali e metodi

CAPITOLO 5

Strategie operative per lo sport inclusivo

Bambini con disabilità significative come l'autismo sono spesso esclusi dalla partecipazione sportiva per la paura dei genitori che coloro che verranno in contatto con il figlio disabile (istruttori, insegnanti di educazione fisica, tutor...) manchino della formazione adeguata (Moran e Block, 2010). Secondo Moran e Block (2010), esiste una paura diffusa tra genitori e figli, di non voler ferire sé stessi o gli altri, ad esempio in risposta ad una crisi violenta, di non riuscire ad impegnarsi nell'attività a causa dei comportamenti ripetitivi o di essere emotivamente feriti dai coetanei. Per questi motivi i programmi di attività fisica che prevedono l'inclusione di bambini con disabilità del neurosviluppo con i coetanei senza disabilità devono tenere in considerazione molti elementi come gli attori, i modi, i luoghi, i tempi e l'intensità delle attività proposte.

5.1 L'istruttore sportivo

I partecipanti agli allenamenti sportivi sono molto diversi in termini di abilità e capacità, soprattutto se alcuni presentano una disabilità. Lo sport inclusivo ha l'obiettivo principale di coinvolgere tutti e soddisfare i loro bisogni individuali (Block, 2000). Perché questo sia possibile, l'istruttore sportivo deve avere un atteggiamento positivo verso i bambini disabilità e modificare il percorso di educazione fisica per includere tutti i partecipanti (Sherrill, 2004). L'istruttore è dunque una figura fondamentale come punto di riferimento per i bambini e per l'adattamento delle attività ai bisogni di tutti al fine di favorire l'inclusione.

Ad esempio, i bambini con autismo hanno difficoltà nelle interazioni sociali e questo si riflette sulla partecipazione agli sport di squadra. Può essere dunque utile concentrarsi sull'insegnamento di singole abilità preliminari in piccoli gruppi e includere delle situazioni in cui sia esplicita la necessità di interagire, come in passaggi o turnazioni (Zhang e Griffin, 2007). Negli sport di squadra, può essere

utile all'inclusione la diversificazione dei ruoli tra i partecipanti, in modo che ognuno possa contribuire con le proprie reali capacità. Questo risulta più semplice se le regole di uno sport preesistente vengono modificate, come accade per attività come il *baskin*, il *sitting volley* o gli sport unificati di Special Olympics.

5.2 Il tutor

La trattazione di Mazzone et al. (2017) individua nel tutor una figura formata in modo specifico sui disturbi del neurosviluppo. Il suo ruolo prevede le capacità di affrontare e risolvere efficacemente gli imprevisti e di osservare, decidere e rimodulare il proprio operato al fine di promuovere il maggiore benessere possibile del bambino affiancato. L'etimologia del termine "tutor", infatti, rimanda ai concetti di "accompagnare, proteggere, guidare".

Il rapporto numerico tra tutor e bambini con disabilità è variabile, ma in genere si stabilisce un rapporto 1:1 o 1:2 in base alle caratteristiche e alla gravità sintomatologica del bambino e quindi all'effettiva necessità di supporto.

L'abbinamento tra tutor e bambino deve tenere conto delle caratteristiche temperamentali del tutor e di quelle individuali e comportamentali del bambino. È essenziale garantire la continuità durante l'intero progetto e che lo stesso tutor rimanga a fianco del bambino per tutta la sua durata.

L'obiettivo principale del tutor è favorire l'inclusione del bambino con disabilità con gli altri promuovendo un'adeguata relazione sociale, oltre che motivarlo all'attività e favorire lo sviluppo dell'autostima e del senso di autoefficacia. È importante, dunque, che il tutor sappia sfruttare tutte le attività, più o meno strutturate, nel corso dell'allenamento per promuovere queste competenze.

Inoltre, il tutor rappresenta una figura di riferimento non solo per il bambino che affianca, ma anche per tutti gli altri bambini che partecipano agli allenamenti. Questa è un'importante risorsa per l'inclusione, perché, se opportunamente stimolato e motivato, un bambino a sviluppo tipico può costituire un importante alleato per favorire l'inclusione.

Nel corso degli allenamenti, l'istruttore sportivo può proporre attività più complicate rispetto alle capacità del bambino con disabilità. Questo può

compromettere sia le possibilità di inclusione, sia risultare frustrante per il bambino. Risulta dunque fondamentale la collaborazione tra tutor e istruttore per modificare le proposte e renderle più adatte alle capacità del bambino.

5.3 Le strategie

I bambini con disabilità intellettive e relazionali possono essere motivati all'attività sportiva e ad apprendere abilità motorie critiche attraverso strategie di insegnamento appropriate. È possibile progettare l'attività per aiutarli ad eseguire correttamente un'azione motoria.

In primo luogo, è importante sviluppare una routine di allenamento prevedibile, con una strutturazione sempre uguale e ripetuta e avvisare in anticipo i bambini dei cambiamenti. Strategie d'insegnamento possono essere il *modeling*, lo *shaping*, il ritardo della risposta e la scomposizione del compito in azioni semplici (Wolery et al., 1992; Zhang, 2003).

È necessario, inoltre, adattare le modalità di comunicazione al singolo bambino. I bambini con disabilità intellettive e relazionali possono avere difficoltà sia con il linguaggio ricettivo (capire cosa dicono gli altri), sia con il linguaggio espressivo (dire qualcosa o farsi capire). Molti bambini utilizzano sistemi di comunicazione per scambio di immagini che possono costituire degli strumenti utili per insegnare alcune abilità motorie di base. Spesso può essere utile fornire un modello o una dimostrazione, oppure utilizzare segni o gesti. Il tutor dovrebbe consultarsi con gli insegnanti, i genitori o altri professionisti che ruotano intorno al bambino per determinare il metodo di comunicazione più efficace per lui. In generale, è essenziale non chiedere al bambino se vuole fare qualcosa quando non c'è scelta, fornire istruzioni brevi e precise che indichino cosa fare, attendere qualche secondo dopo aver dato un'indicazione prima di ripeterla per non confondere il bambino, non utilizzare modi di dire e parlare con voce bassa e calma.

5.4 L'ambiente

L'ambiente, che spesso è costituito da una palestra, dovrebbe essere modificato in modo da ridurre al minimo le attrezzature o le distrazioni non necessarie. Gli strumenti non utili all'esercizio attuale dovrebbero essere spostati nel locale tecnico o non essere visibili.

Bisogna inoltre tenere in considerazione che l'ambiente della palestra può essere soggetto ad imprevisti e variabili non considerate, che possono scatenare comportamenti problema legati alla frustrazione di non riuscire a comprendere il contesto circostante.

I colori delle pareti o del pavimento, gli spazi ampi, le luci a neon, l'acustica dello spazio o la consistenza e la texture dei materiali possono essere difficili da gestire dal punto di vista sensoriale. È necessario adottare le modifiche possibili per ridurre al minimo le distrazioni o i sovraccarichi sensoriali con altre strategie. In questo possono essere utili i genitori, gli insegnanti o gli altri professionisti, i quali potrebbero conoscere delle strategie utili (Zhang e Griffin, 2007).

5.5 La relazione con i compagni di squadra

Aiutare i bambini con disabilità intellettive e relazionali a interagire con i loro coetanei è una parte essenziale della loro partecipazione all'attività sportiva. Poiché spesso mostrano scarse capacità di interazione sociale è necessario esplicitare i comportamenti sociali di base come salutare i coetanei, fare a turno, entrare in un gioco, condividere le attrezzature, interrompere, modificare o partecipare a un'attività con tutti i membri della squadra.

Uno dei modi migliori per insegnare queste abilità consiste nell'affiancare al bambino con disabilità un coetaneo senza disabilità (secondo la tecnica del *peer tutoring*) (O'Connor et al., 2000). I bambini con disabilità intellettive e relazionali sono motivati ad imparare dai modelli e il compagno senza disabilità può fornire un esempio significativo nel corso delle attività. Il *peer tutoring* può anche offrire al tutor la possibilità di comprendere meglio le proprie modalità d'interazione e modificare di conseguenza i propri modi nel dare istruzioni e motivare il bambino con disabilità. A volte può essere utile affiancare al bambino con disabilità due

coetanei, in modo da offrire occasioni differenti d'interazione e mostrare il cambio di turno. Non tutti i bambini si sentono a proprio agio nel lavorare con un coetaneo con disabilità; quindi, è importante non forzare le collaborazioni, ma offrire delle opportunità di inclusione. Quando i bambini con disabilità intellettivo-relazionale lavorano e giocano insieme ai loro compagni di squadra nel corso dell'allenamento, incontrandoli anche in piccoli gruppi, hanno la possibilità di mettere alla prova le proprie capacità in modo divertente, farsi riconoscere come individui con punti di forza e di debolezza, interagire e imparare delle abilità che possono essere utilizzate in altre occasioni a casa, a scuola o in comunità (Zhang e Griffin, 2007).

Una volta che il tutor ha imparato a comunicare con il bambino con disabilità, dovrebbe insegnare a fare lo stesso ai compagni di squadra, fornendo loro anche qualche informazione sulle caratteristiche della sua condizione. Tutto questo può essere svolto in modo efficace se il tutor e l'istruttore lavorano insieme.

CAPITOLO 6

Strumenti e dispositivi per il progetto *Sport Inclusive*

6.1 Scheda “Primo incontro con i genitori”

La scelta di utilizzare la scheda di *Primo incontro con i genitori* (Berti, Comunello e Savini, 2001), nasce dall’esigenza di conoscere lo sviluppo del bambino, le sue caratteristiche per come vengono osservate dai genitori, indagare la sua storia clinica (programmi terapeutici precedenti o in corso) e le risorse della famiglia.

La scheda di *Primo incontro con i genitori* facilita l’individuazione delle informazioni e delle caratteristiche salienti del bambino che potranno essere utili nell’organizzazione dell’intervento.

L’impostazione grafica della scheda, che si presenta come un’intervista semi strutturata, lascia spazio ad una compilazione libera da parte del terapeuta di ogni area ed è funzionale alla registrazione degli elementi emersi dalla narrazione dei genitori nel corso del colloquio.

La scheda è strutturata in sette aree:

1. Distacco dal genitore, attaccamento;
2. Accettazione del contatto corporeo;
3. Motricità;
4. Rapporto con gli oggetti;
5. Linguaggio;
6. Modalità di gioco;
7. Rapporto con i coetanei.

Per ognuna di esse vengono specificati tra parentesi gli aspetti su cui deve vertere il colloquio con il genitore e su cui deve concentrarsi la sua narrazione, in modo da raccogliere tutte le informazioni necessarie sulle caratteristiche del bambino.

Segue poi un ampio spazio per il *Racconto spontaneo* dei genitori, in cui possono essere raccolte tutte le informazioni riportate dai caregiver che non rientrano nell’ambito specifico delle altre categorie.

La scheda si conclude con lo spazio per alcune informazioni sulle *Esperienze riabilitative precedenti o in corso*, la *Scuola frequentata*, le *Indicazioni in merito all'orario della terapia* e *Annotazioni in merito ai genitori*.

6.2 Il diario

Si è scelto di utilizzare lo strumento del *Diario* sulla base del *Diario delle sedute* utilizzato dal terapeuta della neuropsicomotricità (Berti, Comunello e Savini, 2001) con l'intento di:

- Registrare quanto avvenuto nel corso degli allenamenti, comprendendo nello scritto l'osservazione non solo del caso clinico, ma anche dei compagni e del tecnico di squadra;
- Analizzare i dati raccolti e porre delle ipotesi di senso;
- Ipotizzare nuovi approcci e nuove strategie per gli incontri successivi.

Al termine di ogni allenamento, è stato registrato quanto avvenuto in una pagina del diario. La trascrizione a memoria dei comportamenti osservati è un atto professionale necessario per poter tenere un diario clinico che permetta di riflettere sul proprio operato (Wille, 2010). Il diario prevede di annotare con un linguaggio descrittivo gli eventi e le azioni dell'osservato e dell'osservatore, le loro interazioni, seguendo l'ordine cronologico in cui sono avvenute nel corso dell'incontro. La descrizione può essere poi arricchita da sensazioni, riflessioni e ipotesi di senso sulle motivazioni che spingono il soggetto ad agire in un determinato modo. Le note personali sono dunque importanti tanto quanto i fatti avvenuti, poiché permettono l'elaborazione e l'interpretazione di quanto osservato, aiutando anche a ipotizzare le strategie per l'intervento futuro.

6.3 Scheda di osservazione atleta

La *Scheda di osservazione atleta* (Allegato A) nasce all'interno dell'associazione sportiva in cui prende forma il progetto per la necessità di condurre un'osservazione il più sistematica possibile del bambino nel contesto della palestra. La scheda è stata strutturata da terapisti della neuro e psicomotricità inseriti nel progetto *Sport Inclusive* in qualità di tecnici special.

La palestra di ginnastica artistica è infatti uno spazio molto diverso dalla stanza di terapia, in cui le variabili controllabili sono poche e vi è un'alta imprevedibilità. Anche le attività, gli oggetti e le modalità di interazione che vi si svolgono sono diverse. Si rivela dunque utile avere uno strumento di osservazione che prenda in considerazione il contesto in cui avviene l'intervento e le sue specifiche dinamiche. La *Scheda di osservazione atleta* (Allegato A) vuole essere uno strumento attraverso il quale inquadrare in modo complessivo il funzionamento, le competenze e le abilità del bambino seguito durante gli allenamenti, nonché individuarne i punti di forza, le aree più deficitarie e le competenze emergenti. Essa orienta e guida il tecnico nell'osservazione e nella valutazione, facilita l'individuazione delle strategie facilitanti e degli obiettivi d'intervento, ne favorisce quindi l'organizzazione e consente di valutarne l'efficacia.

La scheda è strutturata in modo semplice, con un linguaggio il più possibile accessibile alle diverse competenze e formazioni presenti nel gruppo dei tecnici special, spesso diverse da quelle del terapeuta della neuro e psicomotricità.

6.3.1 La struttura della scheda di osservazione

La scheda di osservazione prevede la suddivisione delle caratteristiche da rilevare in sei aree:

1. Area motorio-prassica;
2. Area cognitiva;
3. Area sensoriale;
4. Area sociale;
5. Area emotiva;
6. Area comunicativo-linguistica.

All'interno di ognuna di esse sono stati individuati degli aspetti specifici osservabili nell'ambiente della palestra e sintetizzati sotto forma di item. Alcuni di questi sono tratti dalla *Scheda di osservazione psicomotoria* di E. Berti, F. Comunello e P. Savini (2001), altri sono specifici per il tipo di attività sportiva.

A ogni singolo item è associato un gruppo di affermazioni, delle quali dovranno essere evidenziate quelle che corrispondono alle caratteristiche specifiche del bambino. Sono previsti anche degli spazi in cui il tecnico special può descrivere liberamente quanto osservato.

L'area motorio-prassica prevede un'iniziale osservazione delle caratteristiche del tono muscolare, compreso il tono di base e d'azione e l'eventuale presenza di differenze toniche dovute a disturbi neuromotori. Continua con l'osservazione delle modalità di movimento del bambino a partire dagli schemi motori di base, fino alle abilità coordinative, con degli item specifici per l'esecuzione delle coreografie di ginnastica artistica e ritmica, così come gli item di destrezza manuale.

L'area cognitiva prevede innanzitutto l'osservazione delle abilità che riguardano la conoscenza e il riconoscimento dello schema corporeo, a partire dalla presenza o meno di una dominanza ben definita. La seconda parte è relativa alla discriminazione e memoria di spazi e persone. Sono compresi nell'area cognitiva anche le caratteristiche del bambino per quanto riguarda l'utilizzo dello spazio, in particolare l'individuazione di spazi preferenziali, e l'iniziativa motoria rispetto allo spazio e agli oggetti. Viene lasciato uno spazio per la compilazione libera rispetto alla comprensione e rispetto delle regole e alle autonomie personali acquisite dal bambino.

L'area sensoriale prevede item riguardanti gli stimoli sensoriali preferiti e quelli verso cui il bambino mostra un'intolleranza. La sua compilazione è fondamentale per comprendere come e se è possibile agire nel contesto della palestra per favorire l'integrazione sensoriale.

L'area sociale permette al tecnico special di individuare le modalità che è possibile utilizzare per entrare in relazione con il bambino e favorirne l'inclusione da parte del gruppo dei pari. Gli item previsti riguardano il riconoscimento e le modalità di interazione con il tecnico di riferimento e con i coetanei e la presenza o meno

dell'azione condivisa, compreso l'interesse verso l'azione dell'adulto, la sua imitazione e accettazione.

L'area emotiva prevede degli spazi in cui il tecnico special può descrivere l'espressione emotiva del bambino, le sue modalità di reazione alla frustrazione e la consapevolezza delle proprie abilità e difficoltà.

L'area comunicativo-linguistica è divisa in comprensione e produzione, entrambe prevedono un item per la comunicazione gestuale e gli altri riconducono ai livelli, dal più semplice al più complesso, di sviluppo del linguaggio. La comprensione, quindi, prevede le singole parole, le frasi semplici e le frasi complesse. Allo stesso modo la produzione, con una particolare attenzione alle modalità di espressione dei bisogni.

CAPITOLO 7

Il progetto *Sport Inclusive*

7.1 La storia

Il progetto *Sport Inclusive* prende forma all'interno di un'associazione sportiva dilettantistica che si rivolge soprattutto ai bambini a partire dai tre anni con corsi di ginnastica artistica, ginnastica ritmica e judo maschile e femminile e realizza manifestazioni sportive e culturali quali gare, spettacoli e iniziative solidali.

La società sportiva ha da sempre accolto tra i suoi atleti bambini e ragazzi con disabilità favorendone l'inserimento nei corsi regolari, ma l'idea di sviluppare un progetto concreto nacque solo dopo la partecipazione agli *Special Olympics European Youth Games* di Roma nel 2006. L'esperienza motivò alcuni tecnici e dirigenti della società ad unire le competenze e le risorse a loro disposizione per creare un progetto innovativo che potesse rispondere ai bisogni di inclusione e partecipazione dei bambini e ragazzi con disabilità intellettiva presenti nella comunità.

Negli anni successivi, grazie alla presenza di pedagogisti ed insegnanti di sostegno tra gli istruttori, la società accolse e inserì nelle attività organizzate alcuni bambini con disabilità intellettiva. Il crescente numero di richieste di partecipazione alle attività da parte delle famiglie di bambini e ragazzi con disabilità portò la società a sviluppare un progetto di inclusione sportiva maggiormente strutturato, con degli obiettivi e una metodologia ancora poco conosciuti nella realtà della zona.

Nell'anno sportivo 2012-2013, venne promosso il progetto *Insieme ...in palestra*, al quale parteciparono 11 ragazzi con disabilità intellettiva. L'anno sportivo successivo (2013-2014), il progetto è stato finanziato dall'Assessorato allo Sport del Comune e ha preso la denominazione attuale. *Sport Inclusive* vuole configurarsi come progetto-pilota all'interno della macroarea di intervento definita dal quartiere nel quale è inserito.

7.2 A chi è rivolto

Il progetto *Sport Inclusive* si rivolge a bambini e adolescenti con disabilità intellettive e disturbo dello spettro autistico. Nell'anno sportivo 2021-2022 hanno partecipato 26 bambini e ragazzi con disabilità intellettive e relazionali, a seconda dell'età hanno preso parte alle attività sportive con due differenti modalità:

- 15 bambini, frequentanti la scuola primaria e secondaria di primo grado, sono stati inseriti nei diversi gruppi di allenamento e hanno seguito un percorso sportivo insieme ai coetanei senza disabilità;
- 11 atleti, frequentati la scuola secondaria di secondo grado, costituiscono una squadra a sé.

La scelta di due distinti percorsi è dettata dalle specifiche necessità dei partecipanti in base alla loro età. Nel periodo che va dai 3 ai 12 anni i bambini esplorano e imparano attraverso il movimento schemi motori sempre più complessi. Inoltre, l'attività sportiva con i coetanei senza disabilità permette loro di sviluppare le proprie capacità relazionali e comunicative. Il periodo adolescenziale porta il ragazzo con disabilità intellettiva ad una maggiore consapevolezza della propria diversità e difficoltà, andando incontro a vissuti di minore autostima e senso di autoefficacia (Fratini, 2017). Per questo motivo, con l'ingresso dell'atleta nella scuola secondaria di secondo grado si decide di inserirlo all'interno di una squadra di soli *atleti special* che continuano a partecipare alle dinamiche di un contesto integrato (rispetto degli altri, condivisione degli spazi e di esperienze), ma possono cogliere i benefici derivanti dalla possibilità di un confronto alla pari e dalla pratica di attività dedicate durante gli allenamenti.

7.3 Obiettivi

Il fine ultimo del progetto *Sport Inclusive* è quello di proporre uno spazio aggregativo a carattere sportivo rivolto a bambini e ragazzi con disabilità capace di sostenere lo sviluppo delle potenzialità e delle abilità di ciascuno. In tale contesto si desidera favorire l'inserimento e l'inclusione nel tessuto sociale di bambini e ragazzi con disabilità, in particolare sensoriale, intellettuale e relazionale, attraverso la pratica delle discipline sportive del judo, della ginnastica artistica e della ginnastica ritmica. Il progetto *Sport Inclusive* vuole promuovere i principi espressi nella *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità* (ONU, 2006) e favorire la pratica sportiva come completa possibilità di sviluppo psico-fisico anche per i bambini con disabilità intellettivo-relazionali.

Gli obiettivi del progetto si articolano in quattro aree generali:

1. Area motoria

- Acquisire nuove abilità motorie e consolidare quelle già apprese;
- Migliorare la conoscenza e la consapevolezza del proprio corpo e delle sue capacità;
- Favorire l'accesso ad attività sportive adeguate alle reali abilità dei soggetti e alle loro preferenze personali;
- Implementare le abilità motorie utili allo sviluppo delle autonomie.

2. Area sociale

- Aumentare le occasioni di interazione tra pari;
- Fornire occasioni per migliorare l'identificazione dei soggetti con la propria fascia d'età;
- Promuovere occasioni di collaborazione per la condivisione e il raggiungimento di obiettivi comuni;
- Aiutare a comprendere e interiorizzare norme e regole sia specifiche che di quotidiana convivenza e l'importanza del rispetto delle stesse;
- Favorire la capacità di esprimere bisogni, opinioni, desideri attraverso l'attivazione di strumenti comunicativi più efficaci;
- Favorire la concreta autonomia nell'uso delle strutture e nella gestione dei rapporti con gli altri utilizzatori.

3. Area emotiva

- Sperimentare e imparare a gestire in maniera adeguata emozioni positive e negative quali gioia, timore, frustrazione o soddisfazione;
- Sviluppare la maturità emotiva;
- Sviluppare consapevolezza dei propri limiti e delle proprie potenzialità;
- Sostenere l'autostima in virtù del raggiungimento di obiettivi predefiniti e adeguati alle possibilità;
- Migliorare l'autostima e la percezione di autoefficacia;
- Fornire occasioni per mettersi alla prova.

4. Area cognitiva

- Facilitare l'acquisizione della comprensione spaziale;
- Facilitare l'acquisizione della comprensione temporale.

L'auspicio della società sportiva è quello che il modello così creato diventi una buona pratica applicabile con continuità in altre associazioni cittadine.

7.4 Modalità

Il progetto prevede la realizzazione di corsi di ginnastica artistica, ginnastica ritmica e judo organizzati per fasce d'età e di abilità. I corsi hanno cadenza bisettimanale e durata annuale, con un'organizzazione differente in funzione dell'età e del livello degli atleti.

Gli atleti con disabilità intellettiva e relazionale si avvicinano alle discipline sportive sia attraverso l'inserimento nei corsi comuni, con l'ausilio di un istruttore o facilitatore di sostegno, sia attraverso la creazione di percorsi dedicati ad atleti con esigenze specifiche.

Tutti gli atleti hanno la possibilità di partecipare a competizioni adeguate al proprio livello tecnico, promosse e organizzate da FISDIR e Special Olympics, e alle gare dei compagni di squadra senza disabilità all'interno di enti di promozione sportiva (ad esempio ACLI).

7.5 Figure coinvolte

La realizzazione del progetto *Sport Inclusive* richiede la presenza di molteplici figure, con formazioni personali e professionali differenti, che svolgono ognuna un ruolo diverso.

- Il *presidente della società*, il quale è deputato alla direzione dell'associazione sportiva e la direzione del progetto di inclusione;
- Le *figure dirigenti* rappresentano la società nei confronti di soggetti terzi, in particolare delle famiglie. Sono i responsabili del progetto agli occhi di enti esterni, partecipano alla definizione degli obiettivi e alla sua attuazione;
- Il *referente del progetto*, il quale predispone la realizzazione del progetto, segue l'attività del progetto e sovrintende alle relative attività controllando il suo avanzamento. Il referente è il punto di riferimento per tecnici di squadra e special, di quest'ultimi segue la formazione;
- Il *tecnico di squadra*, l'incaricato della progettazione e attuazione degli allenamenti e della cura della preparazione sportiva dei giovani atleti. Solitamente si tratta di atleti o ex atleti di ginnastica artistica, ginnastica ritmica o judo. Costituisce il punto di riferimento per tutti i componenti della squadra. In collaborazione con il tecnico special, può individuare le modalità per costruire un percorso personalizzato adatto alle esigenze del bambino con disabilità e l'atteggiamento che ha nei suoi confronti è fondamentale per favorirne l'inclusione;
- Il *tecnico special*, indicato al Capitolo 4 con il nome di "tutor", ha il compito di affiancare il bambino con disabilità nel corso degli allenamenti, promuovendo la sua preparazione atletica, ma soprattutto la sua inclusione nel gruppo dei pari. Deve saper osservare il bambino, entrare in relazione con lui e promuovere la sua partecipazione alle attività in vista di obiettivi specifici. Il tecnico special deve conoscere le disabilità intellettivo-relazionali per saper agire sul bambino e collaborare con i genitori e gli altri operatori coinvolti nel progetto terapeutico per conoscere la sua storia clinica. Inoltre, è essenziale che sia abile nell'entrare in contatto con i compagni di squadra del bambino e creare un clima positivo, nel quale possano essere inserite delle opportunità d'inclusione.

CAPITOLO 8

Il ruolo del TNPEE nel progetto *Sport Inclusive*

8.1 Il TNPEE riferimento per il bambino con disabilità: il caso di E.

Nome e cognome: E.B.

Data di nascita: 03/08/2012

Diagnosi: Autismo infantile (F84) in associazione a grave disturbo del linguaggio misto, in comprensione e in produzione

8.1.1 Dati anamnestici

E. nasce il 03/08/2012 dopo gravidanza normodecorsa da parto cesareo a termine, indotto per sofferenza fetale.

Lo sviluppo delle tappe motorie viene riferito nella norma. La bambina ha presentato un cammino digitigrado nei primi anni di vita, poi scomparso in concomitanza con la partecipazione all'attività sportiva. La madre riferisce che E. a un anno e mezzo diceva il proprio nome e cognome a modo suo e produceva frasi dirematiche, nelle quali abbinava il proprio nome ad altre parole (ad esempio "E. giù" per chiedere di essere portata giù dalle scale), dopodiché viene riportata una regressione. A due anni la bambina non si esprimeva attraverso il linguaggio verbale ed è arrivata all'attenzione del pediatra.

Nel 2014 è stata effettuata la prima valutazione presso una struttura privata accreditata, con successiva presa in carico nel 2015. Nel periodo tra il 2014 e il 2015, E. ha frequentato un percorso di psicomotricità di gruppo.

Dai 4 ai 6 anni d'età, la bambina è stata seguita con intervento educativo domiciliare dei Servizi Sociali del Comune di residenza per lo sviluppo delle autonomie e per facilitare il passaggio dalla scuola dell'infanzia alla primaria.

Nel 2021, la bambina è stata seguita presso una struttura dell'ULSS territoriale per introduzione di un piano alimentare per il controllo dell'aumento ponderale.

Contestualmente è stata condotta un'analisi endocrinologica che ha evidenziato una pubertà precoce, che ha richiesto l'inizio di una terapia a base di *Decapeptyl*, iniettato dal pediatra ogni 28 giorni.

Attualmente, E. è in carico presso centro privato, con terapia secondo il metodo TEACCH e logopedia una volta a settimana e intervento educativo domiciliare una volta a settimana. La bambina ha un comunicatore per immagini, che viene però scarsamente utilizzato perché in ambito domestico e scolastico la bambina viene compresa e si fa comprendere senza difficoltà. Viene invece utilizzato un diario delle attività per immagini sia a casa che a scuola per aumentare la prevedibilità del contesto.

8.1.2 Definizione del contesto

E. partecipa agli allenamenti di ginnastica artistica ed è inserita nella squadra *Scoiattole*, costituita da circa 20 bambine nate nel 2011 e nel 2012. L'inserimento della bambina nella squadra è avvenuto circa un mese dopo l'inizio dell'anno sportivo, in modo tale che, concluso il periodo delle prove, si fosse costituito un gruppo-squadra stabile.

L'attività si svolge all'interno della palestra di ginnastica artistica degli impianti sportivi a disposizione della società. All'interno della palestra si trovano tutti gli attrezzi maschili e femminili, i quali non possono essere spostati dalla loro posizione. L'allenamento si tiene in concomitanza con quelli degli altri corsi e gli attrezzi vengono utilizzati secondo una turnazione predefinita. Le *Figure 8.1 e 8.2* riportano delle immagini dall'alto della palestra compresa di tutti gli attrezzi presenti.



Figura 8.1 Veduta dall'alto della palestra, con concentrazione su parallele asimmetriche e trampolone



Figura 8.2 Veduta dall'alto della palestra, con concentrazione su travi e area del corpo libero

Di seguito viene fornita una breve descrizione degli attrezzi utilizzati nel corso degli allenamenti dalla squadra delle *Scoiattole*, il cui utilizzo da parte di E. verrà approfondito nel capitolo riguardante l'intervento:

- Il **corpo libero femminile** prevede una serie di esercizi con musica senza l'ausilio di strumenti specifici al di fuori del suolo, eseguiti su una pedana quadrata ampia 12×12 metri, con un metro di “sicurezza” intorno;
- La **trave** è un attrezzo su cui l'atleta deve eseguire una coreografia composta da salti, elementi acrobatici ed artistici in massimo 70-90 secondi. Secondo il regolamento della *Federazione Internazionale*, la trave deve essere posta ad un'altezza di 125cm, deve essere lunga 500cm e larga 10cm. Ai fini di allenamento dei corsi-base, viene utilizzata una trave più bassa, a circa 50cm dal suolo;
- Il **volteggio** è composto da una pedana di battuta, sulla quale l'atleta prende la spinta per il salto. L'esercizio prevede una fase di rincorsa precedente alla battuta dell'atleta in pedana;
- Le **parallele asimmetriche**, o comunemente “**parallele**”, sono costituite da una struttura in metallo, che si aggancia al pavimento, la quale sorregge due staggi in legno, uno inferiore (più basso e utilizzato per entrare all'attrezzo) e uno superiore. L'esercizio inizia con un'entrata e termina con un'uscita, nella quale il ginnasta si stacca definitivamente dallo staggio ed atterra sul tappeto. Lo staggio superiore è alto 2,45 m, lo staggio inferiore 1,65 m; sono lunghi 1,65 m e distano tra loro dai 130 ai 180 cm;
- Il **trampolone** è costituito da un grande tappeto elastico di forma rettangolare. L'attrezzo non è previsto nelle competizioni, ma viene utilizzato nel corso degli allenamenti per esercitarsi in varie forme di salto.

8.1.2 Osservazione iniziale

Nel corso dei primi quattro allenamenti di ginnastica artistica dell'anno sportivo 2021/2022, dal 18/10/2021 al 28/10/2021, è stata eseguita l'osservazione neuropsicomotoria di E., seguita poi dalla compilazione della *Scheda di Osservazione Atleta*, di cui si riportano estratti della compilazione, e dalla definizione del seguente profilo neuropsicomotorio. È stato osservato il comportamento spontaneo della bambina nel corso delle attività proposte durante l'allenamento e della sua reazione all'interazione con il tecnico di riferimento, il tecnico di squadra e le compagne.

Area motorio-prassica. E. mostra un tono di base e d'azione tendenzialmente basso e scarsamente modulato. La bambina non utilizza sempre una forza adeguata all'esecuzione dell'esercizio.

La bambina è in grado di compiere gli schemi motori di base autonomamente, anche se non sempre in modo fluido e coordinato. E. dalla posizione seduta a terra raggiunge la stazione eretta sbilanciandosi all'indietro appoggiando le mani a terra, sollevando il bacino e dunque alzandosi con un colpo di reni. Talvolta può passare dalla posizione a cavalier servente, con preferenza per l'arto inferiore destro.

Nel cammino si evidenzia un'extrarotazione dei piedi e scarsa coordinazione tra oscillazione degli arti superiori e inferiori. E. tende a non correre, quando lo fa la velocità non cambia e il movimento avviene con scarsa coordinazione (Tab.8.1).

La bambina non salta sul posto staccando i piedi da terra e non salta dall'alto della trave, ma piuttosto si lascia cadere verso il basso atterrando in posizione eretta o accovacciata con le mani appoggiate a terra (Tab. 8.1).

Tabella 8.1 Item Corre e Salta da Scheda di osservazione atleta

Corre	con equilibrio stabile con coordinazione variando la velocità no	instabile in modo scoordinato sempre alla stessa velocità
Salta	salto monopodalico sul posto lasciandosi cadere con coordinazione	salto bipodalico dal basso con slancio no

Per quanto riguarda le abilità coordinative, la bambina esegue i movimenti in modo grossolano e non coordina autonomamente le fasi dell'esercizio, ma ne compie i singoli elementi su guida fisica parziale o totale.

E. presenta delle ottime capacità di equilibrio statico, che però decadono in molte attività dinamiche. La bambina è in grado di mantenere l'equilibrio sulla trave anche per molti minuti e di camminare su di essa senza cadere, ma l'equilibrio diviene inadeguato quando si applicano delle correzioni per ottenere una maggiore pulizia del gesto, ad esempio, se si richiede di mantenere gli arti superiori abdotti ed estesi durante la camminata.

La bambina non segue autonomamente le sequenze ritmiche date dall'esterno (ad esempio la musica o il prompt verbale), ma esegue l'esercizio su guida fisica totale secondo i tempi e gli spazi che vengono definiti dal tecnico di riferimento.

E. tende ad avere dei tempi di attivazione della risposta motoria spesso molto lunghi e presenta una motricità fine ancora non specializzata. La bambina non ha ancora acquisito la pinza superiore e per compiere azioni che richiedono l'utilizzo fine delle dita (come chiudere gli strap delle scarpe) utilizza una presa a pinza inferiore. La bambina è tuttavia in grado di eseguire semplici compiti di coordinazione bimanuale, in relazione soprattutto alle autonomie quotidiane. In palestra, nella prensione di attrezzi come le parallele, E. si sostiene con appoggio e non rimane in sospensione.

Area cognitiva. E. presenta una dominanza dell'emisoma destro, con una lateralità acquisita a destra sia per l'arto superiore, sia per quello inferiore. La bambina è inoltre in grado di riconoscere ed indicare su richiesta le parti principali del proprio corpo (gli occhi, il naso, la bocca, le orecchie, la testa, le mani, le braccia, le gambe e i piedi) su richiesta dell'adulto. La bambina non ha mai nominato le parti del proprio corpo.

Per quanto riguarda le capacità mnestiche, E. riconosce le persone e gli spazi a lei familiari, ma non riconosce la posizione degli attrezzi all'interno della palestra. Rispetto all'orientamento temporale, la bambina riconosce i termini "prima" e "dopo" all'interno di semplici frasi dirematiche (*Tab. 8.2*).

Tabella 8.2 Item Discriminazione e memoria da Scheda di osservazione atleta

2.2 DISCRIMINAZIONE E MEMORIA			
Riconosce persone	no	molto familiari	poco familiari
Riconosce la posizione degli attrezzi all'interno della palestra:	sì		no
Ricorda la posizione degli attrezzi all'interno della palestra:	sì		no
Riconosce	adesso	prima	dopo
	oggi	ieri	domani

E. tende ad esplorare la palestra camminando per ricercare uno spazio privilegiato in cui sedersi o stendersi, come sopra ai cuscini o tappeti morbidi di gommapiuma, sulle gambe del tecnico di riferimento e sempre lontano da fonti di rumore come gli amplificatori per la musica. L'iniziativa motoria nei confronti degli attrezzi deve essere promossa e mediata dal tecnico di riferimento.

La bambina, se guidata, è in grado di rispettare semplici regole proprie dello spazio della palestra e nei confronti delle compagne di squadra. Inoltre, E. ha acquisito le principali autonomie personali del vestiario e dell'igiene personale. In spogliatoio la bambina si spoglia e si veste da sola, con l'adulto che fornisce supporto indicando l'ordine dei capi d'abbigliamento. E. necessita di aiuto solamente per indossare i calzini.

Area sensoriale. Per quanto riguarda gli aspetti senso-percettivi, E. viene attratta da stimoli di tipo visivo; infatti, viene distratta e indica al tecnico oggetti dai colori vivaci o le luci. La bambina ricerca anche stimolazioni di tipo cinestesico, tramite equilibri e disequilibri ottenuti in modo passivo sugli attrezzi come la trave o il trampolone, oppure proposti dal tecnico di riferimento.

E. manifesta un'intolleranza verso stimoli visivi bruschi e veloci. Quando sale sul trampolone, inizialmente tiene gli occhi chiusi e si tappa le orecchie, con un'espressione infastidita. Solo dopo un po' di salti, la bambina si abitua agli stimoli visivi e prova il piacere dovuto alle stimolazioni labirintiche. La bambina dimostra una forte intolleranza rispetto a tutti gli stimoli uditivi che superano il rumore di fondo, quali la musica o il tono di voce alto.

È da sottolineare che E. riferisce tutti gli stimoli sensoriali al canale uditivo. La bambina tende a coprirsi le orecchie con le mani di fronte ad ogni stimolo che la infastidisca, a prescindere dal canale sensoriale di appartenenza.

Area sociale. E. riconosce l'adulto di riferimento, al quale prende la mano e con il quale accetta brevi interazioni e scambi di sguardo. La bambina utilizza l'adulto in modo strumentale, utilizza il pointing richiestivo per indicare l'oggetto di suo interesse, eventualmente prendendo il volto dell'adulto con le mani e girandolo verso ciò che desidera. Se l'oggetto d'interesse non è presente lo nomina, spesso in modo poco intellegibile. Nel caso in cui E. non sia in grado di compiere in autonomia un'azione, ad esempio mettere i calzini, dà l'oggetto all'adulto e lo guarda dicendo "tu". In queste situazioni, la bambina ricerca e mantiene brevemente il contatto oculare. In generale, è E. a decidere gli avvicinamenti e gli allontanamenti, tendendo solitamente ad invadere lo spazio personale dell'altro, sedendosi sulle sue gambe, abbracciandolo o guardandolo molto da vicino.

Per quanto riguarda l'interazione con i coetanei, E. non riconosce la sua squadra e segue il suo spostamento all'interno della palestra su indicazione del tecnico di riferimento. La bambina tende ad accettare le interazioni delle coetanee, se queste non utilizzano un tono di voce troppo alto. E. non ha ricercato attivamente l'interazione con le compagne di squadra.

E. si dimostra generalmente disinteressata all'azione dell'adulto, se non quando questo mette in atto piccole azioni per imitarla, enfatizzandole o rallentandole. Talvolta imita immediatamente l'azione dell'adulto, anche se in modo parziale.

La bambina accetta piccoli cambiamenti, anche non annunciati, nella routine degli allenamenti (Tab. 8.3).

Tabella 8.3 Item Azione Condivisa da Scheda di osservazione atleta

4.3 AZIONE CONDIVISA				
È interessato all'azione dell'adulto		se gli si rivolge direttamente se enfatizza l'azione in ogni caso	se lo imita se rallenta mai	
Accetta i cambiamenti	sempre graduali	spesso annunciati	qualche volta improvvisi	mai
Imita l'azione dell'adulto	sempre con imitazione immediata globale	spesso	qualche volta differita parziale	mai
Accetta di essere imitato	sempre in ogni tipo di azione	spesso	qualche volta solo in alcune azioni	mai

Area emotiva. Le manifestazioni emotive sono limitate all'espressione di piacere e dispiacere, tramite una mimica facciale adeguata anche se non molto varia. E. nei momenti di forte eccitazione emotiva emette piccole grida di gioia, talvolta accompagnate da alcune stereotipie, come lo sfarfallio delle mani o la spinta delle stesse giunte contro il labbro inferiore. Gli stati di dispiacere vengono manifestati tramite lamenti che se protratti possono diventare pianto, che è però spesso consolabile. E. a volte trova difficoltà nella gestione della frustrazione e può reagire tramite comportamenti autolesivi consistenti nel mordere l'avambraccio destro.

Area comunicativo-linguistica. E. dimostra delle difficoltà comunicative sia dal punto di vista espressivo che ricettivo.

La bambina sembra comprendere messaggi semplici, costituiti da singole parole o da due parole di uso frequente riferite al contesto. E. comprende anche alcuni gesti codificati, come "ciao", "vieni" e l'indicazione. Se non comprende, la bambina ripete l'ultima parola detta in ecolalia (Tab. 8.4).

Tabella 8.4 Item Comprensione da Scheda di osservazione atleta

6.1 COMPRESIONE		
Comprende gesti codificati (es. indicazione, "ciao", "vieni" ...)	si	no
Comprende singole parole	si	no
Comprende frasi semplici (es. soggetto e verbo)	si	no
Comprende frasi complesse (soggetto, verbo e complementi)	si	no

Per quanto riguarda la produzione comunicativa, E. si esprime attraverso il canale gestuale e verbale. Dal punto di vista gestuale, la bambina utilizza soprattutto l'indicazione, anche di oggetti o immagini. Questa può essere talvolta accompagnata da singole parole bisillabiche di uso comune (Tab. 8.5), che però vengono formulate con numerose semplificazioni fonologiche che le rendono poco intelleggibili a persone che non entrano quotidianamente in relazione con lei.

Tabella 8.5 Item Produzione da Scheda di osservazione atleta

6.2 PRODUZIONE		
Utilizza gesti	si	no
Produce singole parole	si	no
Produce frasi semplici	si	no
Produce frasi complesse	si	no

Conclusioni. Dall'osservazione emerge una bambina con difficoltà a livello di coordinazione motoria, dell'area sensoriale e limitazioni sul piano relazionale e comunicativo-linguistico, con tendenza alla manifestazione di stereotipie e comportamenti autolesivi, ma che presenta anche molte competenze e altrettante potenzialità. Verranno di seguito riportati i punti di forza, di debolezza e le aree emergenti di E., per poi formulare gli obiettivi d'intervento e indicare le specifiche strategie.

8.1.3 Individuazione dei punti di forza e di debolezza

Tabella 8.6 Punti di forza, aree emergenti e punti di debolezza di E. all'inizio dell'anno sportivo 2021/2022

Area	Punti di debolezza	Aree emergenti	Punti di forza
<i>Motorio-prassica</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Difficoltà di coordinazione del movimento - Scarsa regolazione tonica 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacità di equilibrio - Costruzione dello schema corporeo - Organizzazione del movimento 	<ul style="list-style-type: none"> - Esecuzione in autonomia dei principali passaggi posturali
<i>Cognitiva</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Scarsa iniziativa motoria rispetto agli attrezzi - Limitata sperimentazione sensomotoria 	<ul style="list-style-type: none"> - Rispetto delle regole 	<ul style="list-style-type: none"> - Dominanza definita - Riconoscimento di persone note - Principali autonomie del vestiario e dell'igiene personale
<i>Sensoriale</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Intolleranza percettiva ad alcuni stimoli visivi e sonori - Riferimento percettivo ad un solo canale sensoriale (udito) 		<ul style="list-style-type: none"> - Abituazione a stimoli uditivi non troppo forti e al rumore di fondo

<i>Sociale</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Scarso interesse per i pari 	<ul style="list-style-type: none"> - Rimane nel gruppo - Accetta l'interazione con i coetanei - Reciprocità nella relazione con le persone di riferimento - Risposta al nome e ai richiami - Accettazione di lievi variazioni della routine 	<ul style="list-style-type: none"> - Pointing richiestivo e triangolazione dello sguardo di fronte a oggetti o eventi - Imitazione di azioni - Accettazione e ricerca del contatto corporeo anche esteso
<i>Emotiva</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Stereotipie e comportamenti autolesivi 	<ul style="list-style-type: none"> - Tolleranza alla frustrazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Emotività limitata ma coerente al contesto
<i>Comunicativo-linguistica</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Livello di produzione e comprensione verbale non adeguato all'età - Ecolalia 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprensione di affermazioni semplici legate al contesto - Produzione di singole parole coerenti al contesto, ma poco intellegibili 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprensione e utilizzo di alcuni gesti codificati - Comprensione di singole parole di uso comune

8.1.4 Il progetto

Si ritiene opportuno che l'intervento con E. comprenda il potenziamento sia delle capacità relazionali della bambina, soprattutto nei confronti del gruppo dei pari per promuovere la sua inclusione, sia delle abilità motorie e cognitive. Vengono di seguito definiti (Tab. 8.7) gli obiettivi d'intervento, divisi per aree, da raggiungere entro il termine dell'anno sportivo (8-9 mesi). Per ognuno di essi sono state individuate delle specifiche strategie.

Tabella 8.7 Obiettivi e strategie d'intervento, divisi per area

<i>Area</i>	<i>Obiettivi</i>	<i>Strategie</i>
<i>Motorio-prassica</i>	Sostenere l'esecuzione di alcuni elementi fondamentali della ginnastica artistica	<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo della guida fisica e verbale per la realizzazione dei movimenti a partire dalle competenze motorie già acquisite- Sfumare gradualmente l'aiuto fino a dare solo l'input al movimento- Utilizzo dell'imitazione del tecnico di riferimento
	Favorire l'attivazione del piacere sensomotorio	<ul style="list-style-type: none">- Stimolare la bambina alla sperimentazione corporea tramite tono della voce e mimica facciale enfatizzate- Organizzare e finalizzare il movimento tramite guida fisica per sperimentarsi attraverso gli elementi della ginnastica artistica

<i>Cognitiva</i>	Favorire la creazione di riferimenti spazio-temporali	<ul style="list-style-type: none"> - Scelta di un posto in spogliatoio, da mantenere per tutti gli allenamenti - Mantenere tempi stabili nella divisione dell'allenamento tra i vari attrezzi - Richiedere ai genitori di preannunciare cambiamenti nella routine settimanale inserendoli nel diario delle attività
<i>Sociale</i>	Sostenere la relazione con il tecnico di riferimento, con il tecnico di squadra e con i pari	<ul style="list-style-type: none"> - Favorire il contatto oculare - Condivisione del piacere del movimento - Inserirsi nel ritmo dell'azione - Indicare al tecnico di squadra e al gruppo dei pari le modalità adeguate d'interazione con E. - Utilizzo del <i>peer tutoring</i>
	Promuovere la partecipazione alle stesse attività delle compagne di squadra	<ul style="list-style-type: none"> - Proporre gli stessi esercizi del gruppo negli stessi tempi, attuando semplificazioni - Partecipazione alle competizioni delle compagne di squadra
	Creazione di interazioni significative con le compagne di squadra	<ul style="list-style-type: none"> - Creazione di momenti d'inclusione tramite la mediazione tra E. e il gruppo nei momenti di attesa, nelle pause e all'inizio e alla fine dell'allenamento

8.1.5 L'intervento

L'intervento si è svolto nel corso degli allenamenti di ginnastica artistica della squadra di E., che consistono in due incontri settimanali di un'ora e mezza ciascuno. Gli allenamenti sono strutturati in una prima fase di riscaldamento ed attività a corpo libero, talvolta seguita da esercizi di potenziamento e stretching, e da un secondo momento di attività sulla trave, a cui poi segue l'esercizio alle parallele, al volteggio o al trampolone. Di seguito viene riportata la descrizione dell'intervento così come è stato promosso per ogni attività di cui sono stati composti gli allenamenti e vengono inoltre riportate le esperienze di preparazione e partecipazione alle competizioni sportive.

Corpo libero. Dopo il riscaldamento, che consiste in qualche giro di corsa lungo la corsia riservata alla squadra, inizia l'attività di corpo libero. All'inizio dell'anno sportivo E. tendeva a camminare lungo la corsia anziché correre con le compagne di squadra, poiché il loro movimento veloce intorno a lei la costringeva a portare le mani alle orecchie e a chiudere gli occhi. Questa difficoltà si è risolta quando la squadra di E. è stata spostata in una corsia della palestra più larga per fare il riscaldamento, dove la bambina riusciva a sostenere lo stimolo sensoriale. Per invogliare E. alla corsa è stato introdotto il primo luogo un conto alla rovescia che desse il via al movimento, che veniva pronunciato dal tecnico tramite un tono di voce enfaticizzato e la guida fisica consistente nel tenere una mano alla bambina. Questo ha progressivamente portato ad un maggiore investimento nel piacere di muoversi, ed in particolare di correre, finché E. è riuscita a compiere il riscaldamento in autonomia con le compagne di squadra.

Gli esercizi al corpo libero erano costituiti da una serie di elementi della ginnastica artistica da ripetere nel tragitto di andata e ritorno lungo la corsia. Questi potevano essere salti a piedi uniti, slanci degli arti inferiori o superiori, capovolte o varie tipologie di camminata. E. all'inizio dell'anno sportivo era molto in difficoltà in questa parte dell'allenamento poiché non era in grado di seguire le istruzioni verbali per l'esecuzione degli esercizi ed alcuni di essi richiedevano dei movimenti troppo complessi per essere solamente imitati. In questo caso è stato fatto ampio uso della guida fisica, mentre l'imitazione è stata lasciata ai movimenti più semplici, che la

bambina sapeva già compiere e per i quali aveva bisogno solo di un input all'azione. I primi prompt fisici sono stati utilizzati per richiedere l'elevazione dell'arto inferiore esteso, inizialmente l'arto è stato sollevato passivamente a partire dalla caviglia dal tecnico special. Nel corso degli allenamenti la guida è diventata sempre minore, finché alla fine dell'anno E. attuava il movimento quando il tecnico che camminava accanto a lei si fermava. Una procedura simile è stata utilizzata per l'introduzione del salto a piedi uniti, che la bambina non eseguiva all'inizio dell'anno sportivo. Il tecnico special si è posto davanti a E. con le braccia estese verso l'alto e le mani aperte chiedendo alla bambina con tono enfaticizzato di raggiungere le mani per "battere il cinque". L'attività è risultata divertente per E., che progressivamente ha iniziato a saltare per battere le mani del tecnico che nel frattempo accompagnava il movimento dicendo "salto!". Successivamente, la bambina ha iniziato a saltare solamente vedendo le mani alzate del tecnico o all'udire della parola "salto".

Quando E. ha costruito una relazione abbastanza forte con il tecnico, tale da fidarsi di lui, è stata introdotta la capovolta in avanti. All'inizio dell'anno sportivo, la bambina provava delle resistenze rispetto a movimenti così bruschi, che provocavano sollecitazioni a livello vestibolare e labirintico molto intense. Inizialmente il prompt fisico era totale e comprendeva accompagnare lentamente E. ad abbassarsi a terra per assumere la posizione iniziale corretta, ponendo enfasi sugli arti superiori e inferiori che dovevano rimanere in una posizione precisa ed essere pronti ad attivarsi per dare inizio al movimento. Era anche importante mostrare alla bambina quale fosse la corretta posizione della testa perché non rischiasse di farsi male. Il movimento veniva poi anticipato dal conto alla rovescia del tecnico special, che attendeva brevemente l'eventuale attivazione di E. prima di attuare la guida fisica. Al momento della sua introduzione il movimento veniva accolto dalla bambina in modo passivo e veniva attuato soprattutto dal tecnico, ma successivamente E. ha iniziato ad attivare gli arti inferiori e il ruolo del tecnico si è ridotto quasi del tutto al solo accompagnamento. In due occasioni la bambina è riuscita ad attuare da sola il movimento, in seguito alla minima guida fisica e verbale del tecnico.

È da sottolineare che la maggior parte degli esercizi a corpo libero che avvenivano su guida fisica non venivano prodotti con l'obiettivo della massima precisione possibile, ma con quello di sostenerne progressivamente l'apprendimento nei modi e nei tempi di E. permettendole di partecipare alle stesse attività del gruppo.

Stretching. Il momento dello stretching creava ad E. molte difficoltà: la bambina non riusciva ad assumere e mantenere le posizioni proposte e non era in grado di compiere i passaggi posturali velocemente quanto il resto del gruppo. Per far assumere alla bambina le posizioni corrette è stato utilizzato il corpo del tecnico special e talvolta, come nella posizione a cavalier servente, è stato offerto come supporto per mantenerle stabili. Per proporre ad E. le posizioni di allungamento si è rivelata fondamentale la guida fisica totale.

Quando la bambina ha stretto una relazione abbastanza forte con il tecnico e lo ha riconosciuto come modello, è stato possibile proporre alcuni esercizi a tappeto su imitazione. Ad esempio, il “mezzo ponte” o la “candela” venivano eseguiti in modo parziale su imitazione e poi corretti dal tecnico tramite la guida fisica, volta ad esempio a ricercare un maggior distacco dei glutei dal suolo durante il mezzo ponte. Il mantenimento della posizione è stato promosso tramite il conto da uno a dieci, durante il quale veniva lasciato un tempo di sospensione perché E. potesse continuare il conto in autonomia. La bambina pronunciava i numeri con numerose semplificazioni fonologiche e il tecnico li ripeteva nel modo corretto.

Trave. Gli allenamenti alla trave erano costituiti dalla ripetizione di vari tipi di camminata e figure statiche in equilibrio sull'attrezzo. La trave si è rivelata sin da subito l'attrezzo preferito di E. La bambina possiede delle capacità di equilibrio che le hanno permesso di compiere quasi tutti gli elementi proposti, anche se non è riuscita a completarli con precisione.

L'esercizio proposto sulla trave più bassa era poi ripetuto su quella alta, particolarmente apprezzata da E., che richiedeva di salirci indicandola, guardando il tecnico e dicendo “alta”. Per la corretta esecuzione degli esercizi alla trave veniva utilizzata la guida fisica per il mantenimento delle posizioni corrette, ad esempio l'estensione e abduzione degli arti superiori durante la camminata. È stata proposta

su imitazione l'esecuzione della figura del "fenicottero", ovvero la postura monopodalica. Il tutor ha offerto la sua mano come supporto poiché questo caso richiedeva il mantenimento dell'equilibrio in condizioni di maggiore precarietà.

La bambina non era in grado di eseguire gli esercizi nello stesso modo sulla trave più alta e anche in questo caso è stato necessario l'appoggio monolaterale alla mano del tutor per mantenere l'equilibrio. All'inizio dell'anno sportivo la bambina non era in grado di saltare giù dalla trave alta, ma si lasciava solamente cadere dall'alto atterrando spesso in posizione accovacciata. È stato quindi importante supportare la bambina per renderla più sicura delle proprie capacità, offrendo la mano dell'operatore come aiuto e mettendosi poi di fronte a lei per attendere che saltasse rassicurandola con tono di voce calmo. La discesa con il salto veniva immediatamente rinforzata tramite l'abbraccio. La bambina tramite il riconoscimento del proprio successo da parte dell'adulto di riferimento è diventata sempre più sicura di sé e delle proprie capacità.

Parallele. L'esercizio proposto più spesso alle parallele era la salita in capovolta e il mantenimento della posizione di arrivo in appoggio frontale sugli arti superiori per qualche secondo prima di scendere. Inizialmente si è ritenuto opportuno far sperimentare in modo graduale l'attrezzo a E. poiché il suo approccio verso di esso si limitava all'afferrare lo staggio senza sollevarsi sulle braccia. Per far provare il distacco dei piedi dal suolo e far conoscere in modo piacevole alla bambina le parallele le si è fatto sperimentare lo strumento attraverso dei movimenti simili all'altalena in avanti e indietro mentre si sosteneva con le mani sullo staggio. La bambina ha apprezzato molto l'attività, durante la quale sorrideva divertita, e successivamente ne ha richiesto la riproposizione porgendo un piede al tecnico special. In un'occasione E. si è avvicinata allo staggio e porgendo il piede al tecnico lo ha guardato dicendo "su". Il tecnico ha riproposto il "gioco dell'altalena" ma la bambina si è lamentata e divincolata per poi ripetere la richiesta, portando il ginocchio verso l'alto. In accordo con il tecnico di squadra è stato dunque proposto su guida fisica totale lo stesso esercizio delle compagne. La bambina nel corso dell'esercizio si è lamentata lievemente. In seguito, però ha avuto un momento di eccitazione in cui ha sorriso e si è portata le mani alla bocca. Il movimento è stato

dunque riproposto nel corso degli allenamenti. Per rendere E. più attiva nel momento della salita è stato posto un cubo che fornisse una superficie verticale su cui la bambina potesse camminare fino a spingersi e compiere la capovolta intorno allo staggio con la guida fisica dei tecnici.

Volteggio. L'attività a volteggio era costituita dalla rincorsa per raggiungere l'attrezzo sul quale bisognava darsi la spinta per saltare e poi atterrare su un materassone. I salti richiesti erano di tipologie diverse: a piedi uniti, con le ginocchia raccolte verso il petto, con le gambe divaricate e, verso la fine dell'anno sportivo, con la capovolta in aria. E. all'inizio dell'anno spesso non correva verso il volteggio e sono state utilizzate molte modalità (tra cui quelle viste nella sezione "Corpo libero") per invogliare la bambina ad accelerare il passo fino alla corsa. La difficoltà maggiore legata a questo attrezzo consisteva nel fatto che a differenza di un trampolino non garantiva uno slancio in aria se non si spingeva attivamente su di esso, azione che E. non era in grado di compiere. Per questo motivo alcune volte è stato utilizzato il trampolino. Tuttavia, i momenti degli allenamenti con questo attrezzo sono stati utilizzati per promuovere l'interazione di E. con le compagne di squadra, scegliendo per ogni salto una di esse che la prendesse per mano nella corsa e che la accompagnasse fino al volteggio. Verso la fine dell'anno questo esercizio è entrato a far parte della routine e di frequente alcune bambine si presentavano di loro iniziativa per aiutare E., la quale accettava il contatto con loro e dopo l'esercizio spesso le abbracciava.

Trampolone. Il trampolone veniva utilizzato talvolta alla fine dell'allenamento per sperimentare alcuni elementi artistici durante i salti. E. apprezzava particolarmente saltare sul trampolone per le stimolazioni labirintiche che questo comportava nonostante avesse bisogno di qualche salto per abituarsi agli stimoli visivi. La sua difficoltà nell'integrazione sensoriale la portava a non riuscire a saltare se qualcun altro saltava con lei sul trampolone. Era quindi impossibile per il tecnico di riferimento stare di fronte a lei per farle da modello. È stato ritenuto opportuno far rimanere il tecnico sul bordo del trampolone rivolto verso di lei per mostrarle gli

elementi da eseguire. Tuttavia, solo in rare occasioni E. è riuscita a compiere in parte le figure richieste.

Competizioni. E. ha partecipato, il 13/03/2022 e il 23/04/2022 a due gare provinciali di ginnastica artistica con la sua squadra. La bambina partecipava come atleta fuori classifica perché la competizione era aperta esclusivamente ad atleti senza disabilità. In accordo con il tecnico di squadra e le figure dirigenti è stato deciso di promuovere questa esperienza perché è stato valutato che E. fosse un grado di affrontarla e che essa potesse rivelarsi importante per la sua inclusione nel gruppo. La gara prevedeva degli esercizi a trampolino, a corpo libero e sulla trave, con l'esecuzione di una coreografia che presentava alcuni elementi fondamentali della ginnastica artistica. In accordo con il tecnico di squadra è stato deciso di individuare una compagna che affiancasse E. nell'esecuzione del trampolino e della trave. La coreografia a corpo libero è invece stata gestita dal tecnico special in quanto la bambina necessitava di facilitazioni fisiche che richiedevano maggiore forza fisica. Negli allenamenti precedenti alla gara è stata dunque individuata una compagna che potesse affiancare E. ed è stato utilizzato il *peer tutoring* per preparare entrambe le bambine alla competizione. Il tecnico special ha quindi mostrato al *peer tutor* come dovevano essere svolti gli esercizi, modificati rispetto a quelli del resto della squadra, e le modalità per aiutare E. nell'esecuzione. In particolare, è stata utilizzata la guida fisica e in parte verbale per far assumere ad E. le posture corrette e l'imitazione in modo da farle svolgere nel giusto ordine i singoli elementi dell'esercizio. La gara hanno dato grande soddisfazione sia ad E., la quale ha riconosciuto il premio che le è stato consegnato alla fine come tale, che alle sue compagne, le quali si sono mostrate molto orgogliose e felici del suo successo.

E. ha partecipato il 20/03/2022 ad una competizione non agonistica FISDIR di livello regionale in cui tutti i partecipanti sono stati premiati. Gli esercizi sono stati svolti sotto la guida del tecnico special perché si trattava di una gara aperta esclusivamente ad atleti con disabilità. Nonostante la competizione avesse luogo nello spazio della palestra in cui avvenivano gli allenamenti E. si è mostrata molto disturbata dalla modifica della routine settimanale e ha manifestato comportamenti autolesivi e uno stato di frustrazione difficilmente consolabile. La sua disponibilità

alla relazione e alla prestazione atletica ne hanno risentito, ma è risultata maggiormente consolabile quando le è stato indicato il premio che avrebbe ricevuto, ovvero la medaglia. Al momento del ricongiungimento con il genitore alla fine del pomeriggio, la bambina ha mostrato immediatamente la medaglia ottenuta.

8.2 Il TNPEE mediatore con il gruppo dei pari

Le conoscenze e competenze del TNPEE nell'ambito dell'età evolutiva, nella relazione e nella comunicazione con i bambini, possono rivelarsi particolarmente utili nell'attività di tecnico special per entrare in relazione con i componenti della squadra del bambino con disabilità e trovare le modalità più adatte per la costruzione di un'interazione significativa tra il gruppo e il bambino al fine di favorirne l'inclusione.

8.2.1 L'osservazione

L'osservazione svolta sul gruppo dei pari è di tipo qualitativo ed è stata svolta con l'ausilio del *Diario*, descritto nel capitolo 6, negli stessi tempi dell'osservazione iniziale di E.

La maggior parte delle compagne di squadra di E. tende ad ignorarla, guardandola con curiosità oppure reagendo in modo infastidito quando mette in atto dei comportamenti inadeguati, come le grida, le stereotipie e l'invasione dello spazio personale dell'altro per ricercare il contatto fisico o di sguardo.

Un paio di bambine hanno mostrato interesse per E., cercando di entrare in relazione con lei tramite il saluto all'entrata in spogliatoio o rivolgendole delle domande sui suoi interessi. Al quarto allenamento di E., una di queste ha creato dei braccialetti di perline da regalare ad alcune amiche della ginnastica in occasione del suo compleanno, includendo tra queste anche E., esprimendo la speranza di poter diventare sua amica nel corso dell'anno. Il gesto della bambina ha portato l'attenzione delle sue amiche su E. e il loro avvicinamento alla figura del tecnico di riferimento, al quale sono state poste delle domande sul perché lei si comportasse in modo diverso dagli altri e sulle cose che poteva e sapeva fare.

8.2.2 L'intervento con il gruppo dei pari

L'intervento con la squadra delle *Scoiattole* è stato volto soprattutto a creare delle occasioni di inclusione, in cui il gruppo dei pari ed E. potessero interagire nel modo più naturale possibile.

In primo luogo, è risultato fondamentale comunicare in modo semplice alcune informazioni sulle caratteristiche di E., spiegando come lei fosse sì differente dalla maggior parte degli altri bambini, ma potesse fare molte delle cose che sanno fare anche loro se aiutata. Allo scopo è stato necessario rispondere alle domande delle bambine, per poter soddisfare alcune curiosità e comunicare le modalità migliori per entrare in contatto con E.

Una delle domande poste più spesso è stata infatti se E. sapesse parlare. La bambina, infatti, emette soprattutto delle vocalizzazioni e tende a gridare per esprimere gli stati di piacere, oppure comunica attraverso l'indicazione. Il suo linguaggio è scarso e spesso di difficile comprensione. È stato dunque importante insegnare alle bambine come comunicare con E. attraverso parole e frasi semplici, con un volume di voce basso e facendo ampio uso dei gesti.

Uno dei comportamenti che E. ha messo in atto più volte nel corso degli allenamenti e che ha incuriosito le compagne di squadra è stata la tendenza a tapparsi le orecchie con un'espressione infastidita. Questa è stata l'occasione per condividere con le bambine la difficoltà di E. a sopportare i rumori forti, comprese le voci alte delle compagne di squadra in spogliatoio prima e dopo l'allenamento. In seguito, molte bambine hanno posto attenzione a questo aspetto, controllando il volume della loro voce o sincerandosi di come reagisse E. quando questo diventava alto.

Il comportamento sicuramente più eclatante di E. consiste nel mordersi l'avambraccio, atto che spesso avviene in corrispondenza di un momento di frustrazione, ad esempio per la stanchezza della bambina, per un malessere fisico oppure a causa di cambiamenti importanti nella routine dell'allenamento. Si è rivelato essenziale spiegare alle bambine come E. utilizzasse questo gesto per esprimere il suo malessere, spiegando loro quanto la permanenza di alcune abitudini e una scansione stabile degli avvenimenti fossero fondamentali per il suo benessere. In concomitanza con la settimana del 2 aprile, Giornata Mondiale della Consapevolezza sull'Autismo, alcune compagne di squadra di E. hanno ricevuto a

scuola alcune informazioni specifiche sul disturbo dello spettro autistico, riconoscendo in esso le caratteristiche della loro compagna di allenamento. Molte si sono rivolte al tecnico special per chiedere se E. fosse davvero autistica, condividendo le informazioni che avevano ottenuto in classe. Questo interesse è divenuto un momento formativo che ha coinvolto la quasi totalità delle compagne di E., le quali hanno capito le sue esigenze e le sue modalità di comunicazione, comprendendo i suoi comportamenti. Aspetto più importante, le bambine non si sono fermate all'“etichetta” della diagnosi, ma hanno voluto approfondire cosa questa significasse per la loro compagna e cosa potessero fare per aiutarla.

L'esperienza delle competizioni svolte con la squadra ha permesso il vero riconoscimento di E. da parte del gruppo. Numerose bambine che fino a quel momento non hanno rivolto molta attenzione ad E. si sono interessate a lei e hanno apprezzato maggiormente la sua presenza nel corso degli allenamenti, talvolta anche congratulandosi con lei per i piccoli progressi nell'esecuzione degli esercizi. A fronte delle molteplici esperienze vissute con E. nel corso dell'anno sportivo, le bambine che hanno dimostrato maggiore interesse sono state molto propense ad aiutare la compagna di squadra. Sono stati dunque individuati alcuni momenti in cui alle compagne potessero essere delegati alcuni momenti per stare con lei, ad esempio nella pausa per bere a metà allenamento, durante la quale le compagne hanno aiutato E. a prendere la borraccia dallo zaino e aprirla, nel corso degli esercizi a volteggiare e alla fine dell'allenamento. Anche i momenti di attesa in fila per attendere l'esercizio sono stati utilizzati per includere E. nelle conversazioni delle bambine.

8.3 II TNPEE collaboratore del tecnico di squadra

Il TNPEE per sua formazione lavora in équipe ed è in grado confrontarsi con gli altri professionisti, i bambini e i loro genitori con modalità positive ed efficaci. Nel ruolo di tecnico special queste competenze risultano utili per collaborare con il tecnico di squadra al fine di trovare modalità utili al raggiungimento degli obiettivi d'intervento con il bambino con disabilità e per la mediazione delle relazioni con i compagni di squadra.

In particolare, il tecnico di squadra di E. è G., ex atleta che segue gli allenamenti delle *Scoiattole* ed è solitamente affiancata da un altro tecnico con minore esperienza.

La condivisione delle caratteristiche peculiari di E. in relazione al suo caso clinico e degli obiettivi dell'intervento è stata la base di partenza per una proficua collaborazione, nata sin da subito per individuare le modalità migliori di semplificazione degli esercizi proposti alla squadra in modo che E. potesse svolgerli con minore difficoltà. L'aiuto di G. è stato fondamentale anche per individuare i tipi di guida fisica da offrire ad E. per l'esecuzione dei movimenti, ad esempio per realizzare la capovolta in avanti al corpo libero e la capovolta in entrata sulle parallele. G. ha utilizzato il prompt fisico totale su E. per farle eseguire il movimento corretto, che poi successivamente è stato riproposto dal tecnico special, che ha trovato anche le modalità per sfumare l'aiuto in modo da rendere sempre più autonoma la bambina nell'esecuzione.

Al fine di promuovere una relazione significativa tra la bambina e il tecnico di squadra, si è gradualmente strutturata la routine di andare a salutare G. prima di iniziare il riscaldamento. Inizialmente è stato richiesto ad E. di salutare il tecnico di squadra condividendo lo sguardo e salutandola con la mano. In seguito, il momento si è spontaneamente allungato perché ricercato dalla bambina, la quale si avvicinava a G. per abbracciarla.

8.4 Verifica dell'intervento

La verifica del raggiungimento degli obiettivi proposti è stata effettuata mediante una seconda compilazione della *Scheda di osservazione atleta* in data 16/06/2022, che ha permesso di trarre dei dati qualitativi da poter confrontare con quelli riportati nell'osservazione iniziale. È possibile dunque descrivere di seguito quanto emerso alla fine dell'anno sportivo, ad una distanza di otto mesi dall'osservazione iniziale. Al momento dell'osservazione finale, la bambina dimostra di aver raggiunto gli obiettivi riguardanti la creazione di riferimenti spazio-temporali. E. ha infatti individuato il suo posto nello spogliatoio vicino alla sua squadra, verso il quale si dirige autonomamente prima e dopo l'allenamento e la cui funzione è stata correttamente riconosciuta. La bambina ha dimostrato inoltre di comprendere la scansione temporale degli allenamenti, la cui variazione in rare occasioni in concomitanza con la preparazione per le competizioni provinciali ha condotto ad uno stato di frustrazione, con l'attuazione di comportamenti autolesivi, i quali però si sono rivelati lievi e contenibili. La partecipazione alle competizioni è sempre stata annunciata preventivamente e accettata da E., con eccezione della gara FISDIR, alla quale la bambina non ha partecipato serenamente nonostante si tenesse nella palestra in cui si tengono anche gli allenamenti perché costituiva una variazione nella routine settimanale.

E. ha acquisito la capacità di sperimentare le potenzialità di movimento del proprio corpo attraverso l'attivazione del piacere sensomotorio. La bambina si muove attivamente nello spazio attraverso il salto e la corsa, mostrando sensazioni di piacere attraverso sorrisi, grida e talvolta lo sfarfallamento delle mani. Inoltre, i tempi di attivazione motoria di E. rispetto allo spazio e agli oggetti è spesso molto più adeguato, l'azione nei confronti degli attrezzi viene iniziata in autonomia e solo saltuariamente richiede l'intervento del tecnico di riferimento.

L'attivazione del piacere sensomotorio ha permesso un'evoluzione delle modalità d'interazione e relazione con il tecnico di riferimento, di squadra e con i pari. I primi due vengono ricercati tramite il contatto oculare, l'utilizzo della parola-frase, dell'indicazione o di alcuni gesti, perché la aiutino a compiere alcuni movimenti ed esercizi svolti in precedenza. La bambina è interessata alle azioni che l'adulto compie rivolgendosi direttamente a lei. Nel corso dell'allenamento, inoltre, E.

ricerca spesso il contatto corporeo tramite l'abbraccio sia degli adulti che delle compagne di squadra, specialmente di coloro che nel corso degli allenamenti sono spesso entrate in relazione con lei. E. riconosce il gruppo di riferimento, che segue in autonomia negli spostamenti all'interno della palestra. La bambina ha accettato l'interazione con le coetanee nel corso di interventi di *peer tutoring* per la preparazione alle competizioni e durante l'esecuzione degli esercizi a volteggio nel corso degli allenamenti. Anche nei momenti di pausa a metà allenamento, in fila e in spogliatoio molte bambine hanno ricercato l'interazione con E. tramite piccoli giochi, abbracci, carezze e semplici domande a risposta chiusa riferite a oggetti presenti nel contesto.

La partecipazione di E. alle stesse gare delle compagne di squadra ha permesso il suo riconoscimento come parte del gruppo. In seguito, le bambine si sono dimostrate maggiormente coinvolte rispetto ai risultati sportivi di E. e durante gli allenamenti spesso si sono congratulate con lei per gli esercizi che porta a termine. La proposta alla bambina degli stessi esercizi del gruppo dei pari in forma semplificata ha permesso alla squadra di comprendere che anche E. può, secondo i suoi modi e i suoi tempi, riuscire a fare le stesse cose che fanno loro.

In generale, si è assistito ad un miglioramento delle capacità sportive di E., che ha iniziato a compiere autonomamente alcuni esercizi, mentre per altri è ancora richiesta una guida fisica più o meno importante, oppure l'imitazione. La bambina ha acquisito maggiori abilità di imitazione dell'adulto di riferimento, di cui ora imita anche sequenze di azione più complesse se queste vengono mostrate lentamente.

8.4.1 Individuazione dei punti di forza e di debolezza

Viene di seguito riportata una sintesi di quanto emerso dall'osservazione finale della bambina tramite la definizione dei suoi punti di debolezza, di forza e delle aree emergenti (Tab 8.8).

Tabella 8.8 Punti di debolezza, aree emergenti e punti di forza di E. alla fine dell'anno sportivo 2021-2022

Area	Punti di debolezza	Aree emergenti	Punti di forza
<i>Motorio-Prassica</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Difficoltà nella regolazione tonica 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacità di equilibrio - Costruzione dello schema corporeo - Organizzazione e coordinazione della motricità grossolana 	<ul style="list-style-type: none"> - Esecuzione in autonomia dei principali passaggi posturali
<i>Cognitiva</i>		<ul style="list-style-type: none"> - Rispetto delle regole - Iniziativa motoria rispetto agli attrezzi più adeguata - Ricerca attivamente la riproposizione di movimenti già sperimentati 	<ul style="list-style-type: none"> - Dominanza definita - Riconoscimento di persone e luoghi noti - Autonomie principali del vestiario e dell'igiene personale

<i>Sensoriale</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Intolleranza percettiva ad alcuni stimoli visivi, sonori e tattili - Riferimento percettivo ad un solo canale sensoriale (udito) 	<ul style="list-style-type: none"> - Abituazione a stimoli uditivi non troppo forti e al rumore di fondo
<i>Sociale</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Accettazione e ricerca dell'interazione e del contatto corporeo con i coetanei - Risposta al nome e ai richiami - Accettazione di lievi variazioni della routine 	<ul style="list-style-type: none"> - Pointing richiestivo e triangolazione dello sguardo verso oggetti o eventi d'interesse - Imitazione di azioni - Riconoscimento del gruppo di riferimento - Accettazione e ricerca del contatto corporeo anche esteso - Reciprocità nella relazione con gli adulti di riferimento

<i>Emotiva</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Stereotipie e comportamenti autolesivi 	<ul style="list-style-type: none"> - Tolleranza alla frustrazione migliore in presenza di facilitazioni 	<ul style="list-style-type: none"> - Emotività limitata ma coerente al contesto
<i>Comunicativo-linguistica</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Livello di produzione e comprensione verbale non adeguato all'età - Ecolalia 	<ul style="list-style-type: none"> - Produzione di singole parole coerenti al contesto, ma poco intellegibili 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprensione ed utilizzo di gesti codificati - Comprensione di parole singole e di affermazioni semplici legate al contesto

Terza Parte:
Conclusioni

CONCLUSIONE

La nascita dello sport per le persone con disabilità ha una storia relativamente recente, che prende il via dalla necessità di Ludwig Guttmann in Inghilterra e di Antonio Maglio in Italia di fornire adeguate cure mediche e reinserimento sociale a coloro che hanno riportato una lesione midollare nel corso secondo conflitto mondiale. Le loro intuizioni hanno dato inizio ad una rivoluzione culturale che ha portato alla nascita del movimento Paralimpico.

Le disabilità intellettivo relazionali, in quanto spesso “invisibili”, hanno dovuto aspettare la nascita di Special Olympics nel mondo e di FISDIR in Italia per ottenere il medesimo riconoscimento. Le due realtà promuovono la pratica di numerose discipline sportive per tutti i livelli e le età, favorendo l’inclusione sociale delle persone con disabilità e, in alcuni casi, l’incontro nella stessa squadra di atleti con e senza disabilità.

L’attività fisica e sportiva è ad oggi globalmente riconosciuta come fondamentale per uno sviluppo armonico dei soggetti in età evolutiva, benefici importanti soprattutto per i bambini e gli adolescenti con disabilità. Questi, infatti, dovrebbero seguire le stesse raccomandazioni per livelli di attività fisica e tempi di sedentarietà dei coetanei. Esiste un’ampia ricerca scientifica su come lo sport possa costituire un’occasione il miglioramento per le capacità motorie, cognitive e relazionali dei soggetti con disabilità intellettivo-relazionali.

Il contesto sportivo è stato riconosciuto come luogo in cui favorire il superamento degli stereotipi e l’inclusione sociale di bambini e ragazzi con disabilità, inoltre se l’esperienza avviene in condivisione tra soggetti con e senza disabilità può permettere il vero riconoscimento dell’altro e la formazione di legami di amicizia.

La promozione dell’inclusione in ambito sportivo necessita della conoscenza di strategie e modalità adeguate a interagire e adattare le caratteristiche dell’ambiente alle specificità del bambino con disabilità intellettivo-relazionale. Le competenze del Terapista della Neuro e Psicomotricità dell’Età Evolutiva (TNPEE) nell’ambito dei disturbi del neurosviluppo, del lavoro con l’età evolutiva e della collaborazione

tra varie figure in un contesto di équipe, possono risultare fondamentali quando egli assume il ruolo di tutor del bambino disabile.

Il progetto descritto in questo lavoro di tesi si è svolto nell'ambito del progetto di inclusione sportiva *Sport Inclusive*. Le conoscenze e le competenze proprie del TNPEE sono state utilizzate per formulare ed applicare un progetto d'intervento per una bambina con diagnosi di disturbo dello spettro autistico iscritta al corso di ginnastica artistica. Gli obiettivi prevedevano non solo di sostenere le sue capacità motorie, cognitive e relazionali, ma anche e soprattutto di favorirne l'inclusione nel gruppo dei pari. L'intervento è stato promosso in collaborazione con i genitori della bambina, che si sono resi disponibili mediante un colloquio a condividere alcune informazioni sulla storia clinica della figlia. L'osservazione è stata svolta attraverso la scheda di osservazione specifica sviluppata all'interno del progetto stesso. Non è stata presa in considerazione solo la bambina, ma tutta la sua squadra e i modi in cui entrava in relazione con lei. La collaborazione con il tecnico di squadra è stata fondamentale per l'attuazione del progetto d'intervento.

L'intervento ha portato a delle visibili e positive modificazioni nelle abilità sportive della bambina, che ha potuto sperimentare in modo piacevole il proprio corpo attraverso gli elementi della ginnastica artistica. I risultati più importanti si sono registrati nell'ambito sociale, in cui la bambina ha costruito delle relazioni significative con il tecnico di riferimento e quello di squadra, mentre è stata osservata una maggiore ricerca dell'interazione con il gruppo dei pari. Da parte della squadra, si è assistito ad un incremento del riconoscimento delle capacità della bambina e della sua presenza come membro del gruppo.

In seguito alla partecipazione della bambina alle stesse competizioni delle compagne senza disabilità si è osservato un aumento significativo della sua inclusione nel gruppo. Ne deriva una riflessione rilevante, poiché spesso nella pratica sportiva la partecipazione dei bambini con disabilità alle gare dei loro coetanei non è prevista né incentivata, perdendo un'importante opportunità di riconoscimento del disabile stesso come parte della comunità.

In base a quanto esposto, è possibile affermare che il contributo del TNPEE nel contesto di un progetto di inclusione sportiva nel ruolo di tutor per il bambino con disabilità intellettivo-relazionale apporti numerosi effetti positivi. Le competenze

di osservazione proprie del TNPEE si sono rivelate fondamentali per lo svolgimento di un'accurata osservazione, per stilare un profilo neuropsicomotorio e per la progettazione di un intervento al fine di perseguire degli obiettivi specifici. Le conoscenze del terapeuta sono state utilizzate per individuare le strategie più adatte al raggiungimento degli obiettivi. L'osservazione finale ha reso possibile la verifica dell'intervento e la constatazione dell'evoluzione delle capacità della bambina e della sua effettiva inclusione quale membro del gruppo.

L'intervento del TNPEE si è limitato, nell'ambito di questo progetto, all'azione sulla bambina e sul contesto della sua squadra, comprendendo dunque tutti gli attori in gioco. Sarebbe auspicabile però, approfondire come le conoscenze e competenze del terapeuta possano essere utili alla formazione di altri tecnici special, con una preparazione di base differente e che non comprende conoscenze sul mondo della disabilità e sull'uso del gioco e del dialogo corporeo come strumento evolutivo. Una possibilità da esplorare maggiormente potrebbe consistere nella modalità per promuovere l'inclusione con i coetanei anche dei ragazzi nel periodo adolescenziale, che svolgono gli allenamenti in una squadra che non comprende i pari senza disabilità.

BIBLIOGRAFIA

Akkermans R. (2016), *Ludwig Guttmann*, The Lancet Neurology. Disponibile online all'indirizzo [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(16\)30228-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(16)30228-9/fulltext) DOI: 10.1016/S1474-4422(16)30228-9

Allerton L.A., Welch V., Emerson E., *Health inequalities experienced by children and young people with intellectual disabilities. A review of literature from the United Kingdom*, J. Intellect. Disabil. 2011, 269–278

Assemblea generale delle Nazioni Unite (2006), *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità*. Disponibile online all'indirizzo <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

Assemblea Straordinaria delle Società Sportive (2020), *Statuto della Federazione Italiana Sport Paralimpici degli Intellettivo Relazionali*. Disponibile online all'indirizzo https://www.fisdir.it/wp/wp-content/uploads/2020/06/Statuto-Fisdir_assemblea-08.12.2019.pdf

Bencke J., Damsgaard R., Saekmose A. et al., *Anaerobic power and muscle strength characteristics of 11 years old elite and non-elite boys and girls from gymnastics, team handball, tennis and swimming*, in Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 2002, 12(3):171-8 DOI: 10.1034/j.1600-0838.2002.01128.x

Berti E., Comunello F., Savini P., *Il contratto terapeutico in terapia psicomotoria. Dall'osservazione al progetto*, Edizioni Junior, 2001, Parma

Block M.E., *A teacher's guide to including students with disabilities in general physical education*, Paul H. Brookes, 2000, Baltimora

Blukippe A.S.D., *Attraverso lo Sport anche io entro nel Gruppo. Sport Inclusive*. Disponibile online all'indirizzo <http://www.blukippe.com/cosa-facciamo/con-lo-sport-anche-io-entro-nel-gruppo.html>

Blukippe A.S.D., Progetto Educativo. Disponibile online all'indirizzo <http://www.blukippe.com/chi-siamo/progetto-educativo.html>

Blukippe A.S.D., *Storia*. Disponibile online all'indirizzo <http://www.blukippe.com/chi-siamo/storia.html>

Bo F., Pitetti K. H., Vukovich M. D. et al., *Validation of cardiovascular fitness field tests in children with mental retardation*, in American Journal of Mental Retardation, 1997, 102(6):602-12 DOI: 10.1352/0895-8017(1998)102<0602:vocfft>2.0.co;2

Boraczyński T., Boraczyński M., Boraczyńska S. et al., *Changes in body composition and physical fitness of 7-year-old girls after completing a 12-month artistic gymnastics training program*, in Human Movement, 2013, 291-298. DOI: 10.2478/humo-2013-0034

Bressel E., Yonker J. C., Kras J. et al., *Comparison of static and dynamic balance in female collegiate soccer, basketball, and gymnastics athletes*, in Journal of Athletic Training, 2007, 42(1):42-6

Castelli L., Pellai A., Rocca G. et al., *Mi muovo, sto bene. Benessere movimento e sport dalla scuola dell'infanzia alla superiore*, Franco Angeli, 2004, Milano

Celiberti D.A., Bobo H.E., Kelly K.S. et al., *The differential and temporal effects of antecedent exercise on the self-stimulatory behavior of a child with autism*, Research in Developmental Disabilities, 1997 DOI: 10.1016/S0891-4222(96)00032-7

Chenchen X., Mingyan Y., Mengxue K., Guanting D., “*Improving Physical Fitness of Children with Intellectual and Developmental Disabilities through an Adapted Rhythmic Gymnastics Program in China*”, BioMed Research International, 2020
DOI: 10.1155/2020/2345607

Comitato Italiano Paralimpico (2017), *Chi siamo*. Disponibile online all’indirizzo <https://www.comitatoparalimpico.it/amministrazione/ente/chi-siamo.html>

Comitato Italiano Paralimpico (2017), Statuto del Comitato Italiano Paralimpico. Disponibile online all’indirizzo <https://www.comitatoparalimpico.it/amministrazione/ente/statuto/item/statuto-del-comitato-italiano-paralimpico.html>

Comitato Italiano Paralimpico (2018), Storia CIP Nazionale. Disponibile online all’indirizzo <https://www.comitatoparalimpico.it/comunicazione/attivita/notizie/item/storia-cip-nazionale77>

Consiglio Federale FISDIR (2021), *Regolamento attività federale*. Disponibile online all’indirizzo <https://www.fisdir.it/wp/wp-content/uploads/2021/09/Regolamento-attivita-federale-13.03.2021.pdf>

Consiglio Federale FISDIR (2021), *Regolamento sanitario e delle classificazioni*. Disponibile online all’indirizzo <https://www.fisdir.it/wp/wp-content/uploads/2021/03/Regolamento-Sanitario-e-delle-Classificazioni-FISDIR-06.02.2021.pdf>

Consiglio Federale FISDIR, Giunta Nazionale del CIP (2020), *Regolamento organico*. Disponibile online all’indirizzo <https://www.fisdir.it/wp/wp-content/uploads/2020/08/Regolamento-Organico-30.07.2020.pdf>

Curatola A., *Inclusione e Integrazione. Modelli alternativi o correlati di organizzazione?*, *Giornale Italiano della Ricerca Educativa*, 2016, 13-25

Curry O., Dunbar R.I.M., *Do birds of a feather flock together? The relationship between similarity and altruism in social networks*, *Hum. Nat.*, 2013, 336–347

Darcy S., Legg D. (2016), *A brief history of the Paralympic Games: from post WWII rehabilitation to mega sport event*. Disponibile online all'indirizzo <https://theconversation.com/a-brief-history-of-the-paralympic-games-from-post-wwii-rehabilitation-to-mega-sport-event-64809>

De Pascalis P., *Il giovane campione: lo sviluppo psicomotorio in età evolutiva, il ruolo della motricità*, Aracne, 2010, Roma

De Vita T., Rosa R., *Attività motorie, corporeità, educazione, inclusione nella prospettiva di una didattica speciale*, *Giornale Italiano di Educazione alla Salute, Sport e Didattica Inclusiva*, 2017, 45-60

Dillon S.R., Adams D., Goudy L. et al., *Evaluating Exercise as Evidence-based Practice for Individuals with Autism Spectrum Disorder*, *Public Health*, 2017, 4:290
DOI: 10.3389/fpubh.2016.00290

Elliott R.O., Dobbin A.R., Rose G.D. et al., *Vigorous, aerobic exercise versus general motor training activities: effects on maladaptive and stereotypic behaviors of adults with both autism and mental retardation*, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1994, 24(5):565-76 DOI: 10.1007/BF02172138

Farnè R., *Sport e infanzia. Un'esperienza formativa tra gioco e impegno*, Franco Angeli, 2010, Milano

Farrar R. (2012), *Ludwig Guttman and the Paralympics: from lawn to stadium*, *The Lancet*. Disponibile online all'indirizzo [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(12\)61491-3/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(12)61491-3/fulltext) DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61491-3

Federazione Italiana Sport Paralimpici degli Intellettivo-Relazionali, *Chi siamo*.
Disponibile online all'indirizzo <https://www.fisdir.it/chi-siamo/>

Federazione Italiana Sport Paralimpici degli Intellettivo-Relazionali, *Mission*.
Disponibile online all'indirizzo <https://www.fisdir.it/mission/>

Fonzo E., *Alle origini delle Paralimpiadi. I "Giochi internazionali per paraplegici" di Roma 1960*, ICSR Mediterranean Knowledge - Working Papers Series, 2021, 7-36

Fox K.R., Riddoch C., *Charting the physical activity patterns of contemporary children and adolescents*, Proceedings of the Nutrition Society, 2000, 59(4):497-504 DOI: 10.1017/s0029665100000720

Fratini T., *Adolescenza e disabilità: alcune annotazioni*, Studi Sulla Formazione/Open Journal of Education, 2017 345-355

Ghirlanda S., *"Sport per tutti...spazio ai disabili"*, Pisa, Edizioni del Cerro, 2003
Gold J.R., Gold M.M., *Olympic Cities. City Agendas, Planning, and the World's Games, 1896 – 2020*, Routledge, 2017, New York

Hatton C., Emerson E., *Introduction: Health disparities, health inequity, and people with intellectual disabilities*. Academic Press, 2015, Amsterdam

Hinckson E. A., Dickinson A., Water T. et al., *Physical activity, dietary habits and overall health in overweight and obese children and youth with intellectual disability or autism*, in Research in Developmental Disabilities, 34(4):1170-8 DOI: 10.1016/j.ridd.2012.12.006

Iivonen K.S., Sääkslahti A.K., Mehtälä A. et al., *Relationship between fundamental motor skills and physical activity in 4-years-old preschool children*, *Perceptual & Motor Skills: Physical Development & Measurement*, 2013, 117(2):627-46 DOI: 10.2466/10.06.PMS.117x22z7

International Paralympic Committee (2014), *What are the elements building the Paralympic symbol?* Disponibile online all'indirizzo <https://www.paralympic.org/feature/what-are-elements-building-paralympic-symbol>

International Paralympic Committee, *Paralympics history*. Disponibile online all'indirizzo <https://www.paralympic.org/ipc/history>

International Paralympic Committee, *Who we are*. Disponibile online all'indirizzo <https://www.paralympic.org/ipc/who-we-are>

Janssen I., LeBlanc A.G., *Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in schoolaged children and youth*, in *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2010, 7:40 DOI: 10.1186/1479-5868-7-40

Jones R.A., Riethmuller A., Hesketh K. et al., *Promoting fundamental movement skill development and physical activity in early childhood setting: a cluster randomized controlled trial*, *Pediatric Exercise Science*, 2011, 23(4):600-15 DOI: 10.1123/pes.23.4.600

Kampasová J., Valková H., *Analysis of developmental trends in physical activity, BMI and muscles in children and adolescents with mild-to-moderate intellectual disability*, in *Heliyon*, 2021, 7(7):e07457 DOI: 10.1016/j.heliyon.2021.e07457

Kern L., Koegel R.L., Dyer K. et al., *The effects of physical exercise on self-stimulation and appropriate responding in autistic children*, Journal of Autism and Developmental Disorders, 1982, 399–412. DOI: 10.1007/BF01538327

Lamb P., Firbank D., Aldous D., *Capturing the World of Physical Education Through the Eyes of Children with Autism Spectrum Disorders*, Sport, Education and Society, 2016, 698–722

Levinson L., *The Effects of Exercise Intensity on the Stereotypic Behaviours of Individuals with Autism*, Adapted Physical Activity Quarterly, 1991, 255:261 DOI: 10.1123/apaq.10.3.255

Link B., Phelan J., *On Stigma and its Public Health Implications*, The Lancet, 2006, 528-529

Lippold T., Burns J., *Social support and intellectual disabilities: a comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability*, Journal of Intellectual Disability Research, 2009, 463-473

Lochbaum M., Crews D., *Viability of cardiorespiratory and muscular strength programs for the adolescent with autism*, in Journal of Evidence-Based Integrative Medicine, 2003, 225:233 DOI: 10.1177/1076167503252917

Lopes V.P., Maia J.A.R., Rodrigues L.P. et al., *Motor coordination, physical activity and fitness as predictors of longitudinal change in adiposity during childhood* European Journal of Sport Science, 2012, 12:4, 384-391 DOI: 10.1080/17461391.2011.566368

Luzi I., Possenti V., Cattaneo C. et al. (2020), *Every move counts. Le linee guida 2020 OMS su attività fisica e sedentarietà*. Disponibile online all'indirizzo https://www.epicentro.iss.it/attivita_fisica/linee-guida-oms-2020

Maffeis C., *L'obesità del bambino: aspetti clinici e fisiopatologici*, Centro Scientifico Editore, 2009, Torino

Mazzone L. (a cura di), *Sport, campus e inclusione. Modelli di organizzazione e gestione per bambini e ragazzi con disturbi del neurosviluppo*, Erickson, 2017, Trento

McPherson M., Smith-Lovin L., Cook J.M., *Birds of a Feather: Homophily in Social Networks*, *Annu. Rev. Sociol.*, 2001, 415–444

Mengxian Z., Shihui C., *The Effects of Structured Physical Activity Program on Social Interaction and Communication for Children with Autism*, in *BioMed Research International*, 2018, 2018:1825046 DOI: 10.1155/2018/1825046

Milani M.A., *Sport e inclusione. La disabilità nel contesto scolastico e sociale*, Bononia University Press, 2020, Bologna

Moran T.E., Block M.E., *Barriers to Participation of Children with Disabilities in Youth Sports*, *TEACHING Exceptional Children Plus*, 2010, Article 5

National Autism Center (2015). *Findings and conclusions: National standards project, Phase 2* Disponibile online all'indirizzo <https://nationalautismcenter.org/national-standards/phase-2-2015/>

Nicholson H., Kehle T., Bray M. et al., *The effects of antecedent physical activity on the academic engagement of children with autism spectrum disorder*, *Psychology in the Schools*, 2010, 48(2), 198–213 DOI: 10.1002/pits.20537

O'Connor J., French R., Henderson H., *Use of physical activity to improve behavior of children with autism-two for one benefits*, *Palaestra*, 2000

O'Connor J., French R., Henderson H., *Use of physical activity to improve behavior of children with autism. Two-for-one benefits*, Palaestra, 2000, 22-29

Omorczyk J., Bujas P., Puszczalowska-Lizis E. et al., *Balance in handstand and postural stability in standing position in athletes practicing gymnastics*, in Acta of Bioengineering and Biomechanics, 2018

Oriel K.N., George C.L., Peckus R. et al., *The effects of aerobic exercise on academic engagement in young children with autism spectrum disorder*, Pediatric physical therapy, 2011, 23(2):187-93 DOI: 10.1097/PEP.0b013e318218f149

Pan C., *The efficacy of an aquatic program on physical fitness and aquatic skills in children with and without autism spectrum disorders*, in Research in Autism Spectrum Disorder, 2011, 657-665 DOI: 10.1016/j.rasd.2010.08.001

Pan C.-Y., Frey G.C., *Physical activity patterns in youth with autism spectrum disorders*, Journal of Autism and Developmental Disorders, 2006, 36(5):597-606 DOI: 10.1007/s10803-006-0101-6

Pancalli L., Marchesi B. (2004), *Paralimpiadi*, Enciclopedia dello Sport. Disponibile online all'indirizzo https://www.treccani.it/enciclopedia/paralimpiadi_%28Enciclopedia-dello-Sport%29/

Pitetti K.H., Rendoff A.D., Grover T. et al., *The efficacy of a 9-month treadmill walking program on the exercise capacity and weight reduction for adolescents with severe autism*, in Journal of Autism and Developmental Disorders, 2007, 37(6):997-1006 DOI: 10.1007/s10803-006-0238-3

Poitras V. J., Gray C. E., Borghese M. M. et al., *Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth*, in *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 2016, 41(6 Suppl 3):S197-239 DOI: 10.1139/apnm-2015-0663

Prupas A., Reid G., *Effects of exercise frequency on stereotypic behaviors of children with developmental disorders*, *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 2001, 196–206

Puszczalowska-Lizis E., J. Omorczyk J., *The level of body balance in standing position and handstand in seniors athletes practicing artistic gymnastics*, in *Acta of Bioengineering and Biomechanics*, 2019, 21(2):37-44

Rapp J.T., Vollmer T.R., St Peter C. et al., *Analysis of response allocation in individuals with multiple forms of stereotyped behavior*, *Journal of applied behavior analysis*, 2004, 481-501.

Reid G., Collier D., *Motor behavior and the autistic spectrum disorders: introduction*, Palaestra, 2002

Reid G., O'Connor J., *The autistic spectrum disorders: activity selection, assessment, and program organization*, Palaestra, 2003

Robins G., Lusher D., *Illustrations: Simulation, Estimation, and Goodness of Fit. In Exponential Random Graph Models for Social Networks: Theory, Methods, and Applications*; Cambridge University Press, 2013, New York

Rogers L., Hemmeter M.L., Wolery M. (2010), “*Using a constant time delay procedure to teach foundational swimming skills to children with autism*”, in *Topics in Early Childhood Special Education*, 30(2):102-111 DOI: 10.1177/0271121410369708

Ross S.M., Bogart K.R., Logan S.W. et al., *Physical activity participation of disabled children: A systematic review of conceptual and methodological approaches in health research*, in *Frontiers in Public Health*, 2016, 4:187 DOI: 10.3389/fpubh.2016.00187

Saitta L., *Senza barriere. Antonio Maglio e il sogno delle Paralimpiadi*, Inail, 2018, Roma

Santandrea M.C., *Le ragioni del corpo, analisi delle connessioni tra apprendimento e movimento*, Società Editrice Esculapio, 1989, Bologna

Sartorio A., Buckler J. M., *Obesità infantile: un problema in crescita. I consigli dei medici ai genitori*, Vita e Pensiero, 2008, Milano

Scifo L., Chicau Borrego C., Monteiro D. et al., *Sport Intervention Programs (SIPs) to Improve Health and Social Inclusion in People with Intellectual Disabilities. A Systematic Review*, in *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*, 2019, 4(3):57 DOI: 10.3390/jfmk4030057

Sherrill, C., *Adapted physical activity, recreation, and sport*, McGraw-Hill, 2004, Boston

Siperstein G.N., Glick G.C., Parker R.C., *Social inclusion of children with intellectual disabilities in a recreational setting*. *Intellect.Dev. Disabil.*, 2009, 97–107

Special Olympics Italia, *Chi siamo*. Disponibile online all'indirizzo <https://www.specialolympics.it/panoramica-chi-siamo/>

Special Olympics Italia, *La nostra storia*. Disponibile online all'indirizzo <https://www.specialolympics.it/la-nostra-storia/>

Special Olympics Italia, *Special Olympics Italia*. Disponibile online all'indirizzo <https://www.specialolympics.it/wp-content/uploads/2021/12/factsheetSO2021-1.pdf>

Special Olympics Italia, *Young Athletes Program – YAP*. Disponibile online all'indirizzo <https://www.specialolympics.it/young-athletes-program-yap/>

Special Olympics, *Eunice Kennedy Shriver's Story*. Disponibile online all'indirizzo <https://www.specialolympics.org/eunice-kennedy-shriver/bio?locale=en>

Special Olympics, *History. Camp Shriver – The beginning of a Movement*. Disponibile online all'indirizzo <https://www.specialolympics.org/about/history/camp-shriver?locale=en>

Special Olympics, *History. Out of the Shadows: Events Leading to the Founding of Special Olympics*. Disponibile online all'indirizzo <https://www.specialolympics.org/about/history/out-of-the-shadows-events-leading-to-the-founding-of-special-olympics?locale=en>

Special Olympics, *History. The Beginning of a Worldwide Movement*. Disponibile online all'indirizzo <https://www.specialolympics.org/about/history/the-beginning-of-a-worldwide-movement?locale=en>

Special Olympics, *Mission*. Disponibile online all'indirizzo <https://www.specialolympics.org/about/mission?locale=en>

Special Olympics, *Motor Activities Training Program – MATP*. Disponibile online all'indirizzo <https://www.specialolympics.it/motor-activities-training-program-matp/>

Special Olympics, *Sport e regolamenti*. Disponibile anche online all'indirizzo <https://www.specialolympics.it/panoramica-mettiti-in-gioco/sport-e-regolamenti/>

Sport for Development and Peace International Working Group, *Sport for Development and Peace. Governments in Action*, SDP IWG Secretariat, 2008, Toronto

Srinivasan S.M., Pescatello L.S., Bhat A.N., *Current perspectives on physical activity and exercise recommendations for children and adolescents with autism spectrum disorders*, *Physical Therapy in Sport*, 2014, 875-89 DOI: 10.2522/ptj.20130157

Steiger A., Mumenthaler F., Nagel S., *Friendships in Integrative Settings: Network Analyses in Organized Sports and a Comparison with School*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, 18(12):6603

Thoren A., Quennerstedt M., Maivorsdotter N., *What physical education becomes when pupils with neurodevelopmental disorders are integrated: a transactional understanding*, *Physical Education and Sport Pedagogy*, 2021, 578-592 DOI: 10.1080/17408989.2020.1834525

U.S. Department of Health and Human Services, *U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans. 2nd edition ed.*, Washington, 2018

Valentini M., Marinelli M., *Sport and physical activity for preadolescents/adolescents with disability: a systematic review*, *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, 2021, 105-113 DOI: 10.7346/sipes-02-2021-11

Valentini M., Piacentini C., *Review dell'attività motoria, del movimento e della salute in età evolutiva*, *Revista Latinoamericana de Educación Infantil*, 2015, 177-191

Van Asselt-Goverts A.E., Embregts P., Hendriks A.H. et al., *Do social networks differ? Comparison of the social networks of people with intellectual disabilities, people with autism spectrum disorders and other people living in the community*, J. Autism Dev. Disord., 2015, 1191–1203

Walker S., *The Convention on the Rights of Persons with Disabilities: The Participation in Sport and the Right to Take Part in Cultural Life*, International Disability in Sport Working Group, 2007, 16-17

Wang J.G., Cai K.L., Liu Z.M. et al., *Effects of Mini-Basketball Training Program on Executive Functions and Core Symptoms among Preschool Children with Autism Spectrum Disorders*, Brain Sciences, 2020, 10-263. DOI: 10.3390/brainsci10050263

Wasserman S., Faust K., *Social Network Analysis: Methods and Applications*, Cambridge University Press, 2019, New York

Werner P. H., Williams L.H., Hall T.J., *Teaching children gymnastics*, Human Kinetics, 2011, Stanningley

Wille A., Ambrosini C., *Manuale di terapia psicomotoria dell'età evolutiva*, Cuzzolin, 2010, Napoli

Wolery M., Ault M. J., Doyle P. M., *Teaching students with moderate to severe disabilities*, Longman, 1992, New York

World Health Organization, *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*, World Health Organization, 2020, Geneva

World Health Organization, *World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health*, World Health Organization, 2010, Geneva

Xue Y, Yang Y, Huang T., *Effects of chronic exercise interventions on executive function among children and adolescents: a systematic review with meta-analysis*, British Journal of Sports Medicine, 2019, 1397-1404 DOI: 10.1136/bjsports-2018-099825

Yilmaz I., Yanarda M., Birkan B. et al., *Effects of swimming training on physical fitness and water orientation in autism*, Pediatrics International, 2004, 624-626 DOI: 10.1111/j.1442-200x.2004.01938.x

Yin Z., Moore J.B., Johnson M.H. et al., *The impact of 3-year after-school obesity prevention program in elementary school children. Childhood Obesity*, Childhood Obesity, 2012, 60-70 DOI: 10.1089/chi.2011.0085

Zhang J., Griffin A.J., *Including children with autism in general physical education: eight possible solutions*, Joperd, 2007, 33-50

Zhang, J., *Effective instructional procedures for teaching individuals with severe disabilities in motor skills*. Perceptual and Motor Skills, 2003, 547-5

ALLEGATI

SCHEDA OSSERVAZIONE ATLETA

Nome:.....

Data di nascita:..... Età:.....

Squadra:.....Disciplina:.....Anno Sportivo:.....

Tecnico di riferimento:.....

Data di compilazione:.....Riferita al periodo:.....

1. AREA MOTORIO-PRASSICA			
1.1 TONO MUSCOLARE			
Disturbi neuromotori specifici (se presenti):			
Tono di base	normotono	ipotono	ipertono
Tono nell'azione	normotono	ipotono	ipertono
Presenza di marcate differenze toniche tra i diversi segmenti corporei:.....			
1.2 SCHEMI MOTORI DI BASE			
Rotola	con facilità	con difficoltà	con aiuto
Striscia	con facilità	con difficoltà	con aiuto
Gattona	con facilità	con difficoltà	con aiuto
Cammina	con equilibrio stabile con coordinazione con tono adeguato no		instabile in modo scoordinato non adeguato (iper-ipo)
Sale su un gradino	si sofferma su ogni gradino con appoggio		alterna i piedi sui gradini senza appoggio
Scende da un gradino	si sofferma su ogni gradino con appoggio		alterna i piedi sui gradini senza appoggio
Corre	con equilibrio stabile con coordinazione variando la velocità no		instabile in modo scoordinato sempre alla stessa velocità
Salta	salto monopodalico sul posto lasciandosi cadere con coordinazione	dall'alto no	salto bipodalico dal basso con slancio
Atterra	arriva in piedi	appoggia le mani	cade
Si arrampica	sì	con aiuto	no
Da eretto si siede	con appoggio da solo	senza appoggio con aiuto	
Si alza in piedi	da terra	da seduto	

	da solo con facilità	con aiuto con difficoltà	
1.3 ABILITA' COORDINATIVE			
Coordinazione oculo-manuale (lanciare, afferrare un oggetto):			
Controllo motorio	è preciso nell'esecuzione dei movimenti esegue i movimenti in modo grossolano		
Integra lo sguardo con la direzione del suo movimento: sì no			
Accoppiamento e combinazione	coordina preparazione/esecuzione/arrivo dell'esercizio non coordina preparazione/esecuzione/arrivo dell'esercizio		
Note:.....			
Differenziazione cinestesica	utilizza la forza adeguata nell'esecuzione dell'esercizio non utilizza la forza adeguata nell'esecuzione dell'esercizio		
Note:.....			
Equilibrio statico	adeguato	non adeguato	
Equilibrio dinamico	adeguato	non adeguato	
Se non adeguato, in quali situazioni?.....			
Ritmo: in presenza di un ritmo esterno, esegue i movimenti nel momento e nello spazio corretto: sempre spesso mai			
Note:.....			
1.4 ATTIVAZIONE MOTORIA			
Tempi di risposta	adeguati	lunghi	brevi (è impulsivo/a)
1.5 DESTREZZA MANUALE			
Prensione degli attrezzi: nessuna si sostiene in appoggio si sostiene in sospensione			
Prensione degli attrezzi (ginnastica ritmica):			
Palla:	adeguata	non adeguata	
Note:.....			
Cerchio:	adeguata	non adeguata	
Note:.....			
Nastro:	adeguata	non adeguata	
Note:.....			
Clavette:	adeguata	non adeguata	
Note:.....			
Corda:	adeguata	non adeguata	
Note:.....			

2. AREA COGNITIVA			
2.1 SCHEMA CORPOREO			
Dominanza di un emisoma	dx	sx	non acquisita
Lateraltà: mano	dx	sx	assente
 piede	dx	sx	assente
Riconosce le proprie parti del corpo		sì	no
Denomina le proprie parti del corpo		sì	no
2.2 DISCRIMINAZIONE E MEMORIA			
Riconosce persone	no	molto familiari	poco familiari
Riconosce la posizione degli attrezzi all'interno della palestra:		sì	no
Ricorda la posizione degli attrezzi all'interno della palestra:		sì	no
Riconosce	adesso	prima	dopo
	oggi	ieri	domani
2.3 UTILIZZO DELLO SPAZIO			
Individua degli spazi preferenziali all'interno della palestra:		sì	no
Se sì, quali?.....		
.....		
Sa raggiungere autonomamente un attrezzo (su indicazione dell'adulto):		sì	no
2.4 INIZIATIVA MOTORIA			
Rispetto allo spazio		
.....		
Rispetto agli oggetti/attrezzi		
.....		
2.5 COMPrensIONE E RISPETTO DELLE REGOLE			
.....			
.....			
2.6 AUTONOMIE PERSONALI			
.....			
.....			
.....			

3. AREA SENSORIALE				
3.1 TOLLERANZA PERCETTIVA				
Distraibilità di fronte a stimoli:	uditivi	visivi	tattili	cinestesici
Note:.....			
.....			
.....			
Intolleranza di fronte a stimoli:	uditivi	visivi	tattili	cinestesici
Note:.....			
.....			
.....			

4. AREA SOCIALE				
4.1 INTERAZIONE CON L'ADULTO				
Riconosce l'adulto di riferimento:	sì	no		
Accetta l'interazione:	sì	no		
Ricerca l'interazione:	sì	no		
Se sì, in quali occasioni? Con quali modalità?.....				
.....				
Gestione dello spazio peri/extrapersonale:				
.....				
.....				
4.2 INTERAZIONE CON I COETANEI				
Riconosce il gruppo di riferimento:	sì	no		
Accetta l'interazione:	sì	no		
Ricerca l'interazione:	sì	no		
Se sì, in quali occasioni? Con quali modalità?.....				
.....				
Gestione dello spazio peri/extrapersonale:				
.....				
4.3 AZIONE CONDIVISA				
È interessato all'azione dell'adulto se enfatizza l'azione	se gli si rivolge direttamente se rallenta	se lo imita in ogni caso	mai	
Accetta i cambiamenti	sempre graduali	spesso annunciati	qualche volta improvvisi	mai
Imita l'azione dell'adulto	sempre con imitazione immediata globale	spesso	qualche volta differita parziale	mai
Accetta di essere imitato	sempre in ogni tipo di azione	spesso solo in alcune azioni	qualche volta	mai

5. AREA EMOTIVA				
5.1 GESTIONE DELLE EMOZIONI				
Esprime le proprie emozioni:				
.....				
Tollera la frustrazione spesso a volte mai				
Come reagisce quando non tollera la frustrazione?.....				
.....				
È consapevole delle proprie abilità sì no				
È consapevole delle proprie difficoltà sì no				
Note:				
.....				
.....				

6. AREA COMUNICATIVO-LINGUISTICA		
6.1 COMPrensIONE		
Comprende gesti codificati (es. indicazione, "ciao", "vieni" ...)	sì	no
Comprende singole parole	sì	no
Comprende frasi semplici (soggetto e verbo)	sì	no
Comprende frasi complesse (soggetto, verbo e complementi)	sì	no
Note:.....		
6.2 PRODUZIONE		
Utilizza gesti	sì	no
Produce singole parole	sì	no
Produce frasi semplici	sì	no
Produce frasi complesse	sì	no
Esprime i propri bisogni	sì	no
Se sì, quali modalità utilizza?.....		

RINGRAZIAMENTI

A conclusione di questo percorso, sento di dover dedicare uno spazio del mio elaborato alle persone che sono state per me fonte di ispirazione e motivazione.

Il primo ringraziamento va alla mia famiglia, ai miei genitori e a mio fratello, che mi hanno insegnato a inseguire i miei sogni e a perseguirli con impegno.

Grazie a Riccardo, per essere stato al mio fianco per supportarmi e strapparmi un sorriso quando ne avevo più bisogno.

Ringrazio le amiche e gli amici di sempre, in particolare Laura, sempre accanto a me per incoraggiarmi.

Grazie al gruppo educatori per le infinite riunioni, i discorsi profondi fino a tarda notte e le mille esperienze in cui ho conosciuto la bellezza di aiutare il prossimo.

Ringrazio dal profondo del cuore le mie colleghe, le amiche più sincere che potessi desiderare come compagne di viaggio. Difficile descrivere a parole l'importanza del vostro ruolo nel mio percorso.

Un sentito grazie alla mia relatrice, la dott.ssa Pastorello, e alla mia correlatrice, la dott.ssa Avossa, per aver accolto il mio progetto di tesi con entusiasmo e avermi accompagnato nella sua realizzazione con disponibilità e dedizione.

Ringrazio inoltre la prof.ssa Canella, che con grande passione e immensa disponibilità segue la formazione di noi studenti sin dal primo anno.

Grazie ai professionisti del Servizio Età Evolutiva e Neuropsichiatria Infantile di Monselice, in particolare alle dott.sse Lisa Longhini e Giulia Ramigni, mie Guide di Tirocinio dal secondo anno. Ringrazio per avermi accolto con professionalità e disponibilità, avermi trasmesso la loro passione per questo lavoro e avermi guidato nella mia crescita professionale e personale.

Ringrazio tutte le persone incontrate alla Blukippe, in particolare Luciana, Diego e Giorgia, per aver creduto nelle mie capacità e avermi dato l'occasione di mettermi in gioco e arricchire la mia professionalità.

A E., alla sua famiglia e a tutti i bambini e alle famiglie che ho incontrato e che incontrerò, perché le loro storie siano sempre per me fonte di ispirazione, forza e stupore e mi ricordino la bellezza della professione che ho scelto.