

1222·2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E
PSICOLOGIA APPLICATA - FISPPA

CORSO DI STUDIO IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE

Relazione finale

**L'IMPORTANZA DEL MOVIMENTO NEI BAMBINI CON
DISABILITÀ NELLA FASCIA ZERO-TRE ANNI**

RELATRICE: Elisabetta Miotti

LAUREANDA: Mattiazzi Martina
MATRICOLA: 2076965

Anno accademico 2024/2025

INDICE

Introduzione	3
CAPITOLO 1: IL MOVIMENTO NELL'ETÀ EVOLUTIVA	4
1.1 <i>Definizione e importanza del movimento al nido</i>	4
1.2 <i>Le tappe dello sviluppo motorio: aspetti fisiologici e psicologici</i>	5
1.3 <i>Ruolo del movimento nello sviluppo cognitivo, emotivo e sociale</i>	13
CAPITOLO 2: LA DISABILITA' NELL'ETÀ EVOLUTIVA	19
2.1 <i>Definizione di disabilità</i>	19
2.2 <i>Uno sguardo alle disabilità: disabilità sensoriale, psichica, intellettiva e motoria</i>	24
2.3 <i>L'inclusione sportiva</i>	34
CAPITOLO 3: STRATEGIE E METODI PER L'EDUCAZIONE MOTORIA INCLUSIVA	42
3.1 <i>Metodo di facilitazione dello sviluppo delle cerebro-potenzialità (FSC)</i>	42
3.2 <i>Special Olympics</i>	46
3.3 <i>Comitato Insieme si può A.P.S Per l'inclusione e diritti della disabilità</i>	50
Conclusioni	54
BIBLIOGRAFIA	55
SITOGRAFIA	58

INTRODUZIONE

Nei primi anni di vita, il movimento non è soltanto un'attività spontanea, ma rappresenta il principale canale attraverso cui il bambino entra in relazione con il mondo. È il mezzo con cui esplora l'ambiente, comunica con gli altri, costruisce la propria identità e sviluppa competenze fondamentali per la crescita. In questa fase cruciale dello sviluppo, ogni gesto, ogni azione corporea è carica di significato: il movimento diventa linguaggio, esperienza, scoperta. Quando il bambino presenta una disabilità, il ruolo del movimento assume una valenza ancora più profonda. Non si tratta solo di favorire lo sviluppo motorio, ma di riconoscere il corpo come spazio di possibilità, come ponte verso l'autonomia, l'inclusione e la partecipazione attiva. Il movimento, in questo contesto, diventa strumento educativo, terapeutico e relazionale, capace di valorizzare le potenzialità individuali e di promuovere il benessere globale del bambino. Questa tesi si propone di indagare l'importanza dell'attività motoria nei bambini con disabilità nella fascia d'età zero-tre anni, un periodo in cui lo sviluppo è particolarmente plastico e sensibile agli stimoli ambientali. Attraverso un approccio multidisciplinare che intreccia pedagogia, psicologia dello sviluppo, neuroscienze e pratiche educative inclusive, il lavoro intende mettere in luce il valore del movimento come leva fondamentale per sostenere la crescita armonica e integrata del bambino. Verranno analizzati i principali modelli teorici che sottolineano il ruolo del corpo nell'apprendimento e nella costruzione del sé, nonché le strategie operative adottate nei contesti educativi e riabilitativi. Particolare attenzione sarà dedicata alle metodologie innovative e alle esperienze concrete che promuovono l'inclusione e il rispetto delle diversità, con l'obiettivo di offrire una riflessione critica e costruttiva sul ruolo dell'educazione motoria nella prima infanzia. In un'epoca in cui l'inclusione è ancora una sfida aperta, questa tesi vuole contribuire a diffondere una cultura pedagogica attenta al corpo, al movimento e alla dignità di ogni bambino, affinché nessuno venga escluso dal diritto di crescere, imparare e partecipare.

CAPITOLO 1

IL MOVIMENTO NELL'ETÀ EVOLUTIVA

1.1 Definizione e importanza del movimento al nido

Il movimento è una caratteristica insita nella specie umana ed è funzionale al suo sviluppo. Numerose evidenze scientifiche hanno dimostrato che l'attività motoria influisce in modo specifico e significativo sulla dimensione biologica, strutturale e psicologica della persona, incide sulla salute e in particolar modo sul sistema cardiovascolare, respiratorio, nervoso e muscolo-scheletrico. Non ci può essere, dunque, uno sviluppo adeguato della persona se manca il movimento.¹ Il movimento risulta, non solo, un'espressione fisica, ma un elemento fondamentale per lo sviluppo globale dell'individuo. È, proprio, nei primi anni di vita che l'attività motoria gioca un ruolo fondamentale nel promuovere la crescita cerebrale e nel plasmare l'organizzazione neurologica. Attraverso il corpo e il movimento il bambino apprende elementi fondamentali della realtà, sviluppando così una comprensione diretta del mondo che li circonda. In questo processo, l'esperienza corporea diventa una forma di linguaggio, permettendo ai bambini di tradurre le azioni fisiche in conoscenze pratiche che sono essenziali per il loro continuo sviluppo. Nel contesto educativo del nido, il movimento assume una valenza ancora maggiore, poiché non solo sostiene uno sviluppo fisico equilibrato, ma permette anche di esplorare lo spazio, prendere consapevolezza del proprio corpo e gettare le basi per le relazioni interpersonali. Inoltre, il movimento nel nido non si limita esclusivamente alle attività motorie strutturate, ma si configura come un processo dinamico che si esprime attraverso il gioco e la scoperta dell'ambiente circostante. Come affermava Maria Montessori,

¹ Pento G. Sichi R., *Al Nido con il corpo. Educare al corpo e al movimento al nido*, Editore Fulmino 2021, p. 13.

l'ambiente deve stimolare nel bambino le attività vitali che rispondono alle sue esigenze di crescita, rispettando le sue modalità di agire, di pensare e di essere. Si tratta, quindi, di uno spazio di vita scientificamente studiato e rigoroso, capace di accogliere e sostenere le richieste che emergono dal suo ricco e delicato patrimonio psichico, motorio, intellettuale e spirituale.² L'ambiente rappresenta il fulcro dell'educazione montessoriana: è l'intervento educativo più significativo, quello che permette di scoprire la vera essenza del bambino e i suoi bisogni in continua evoluzione. Per Montessori, esso è al tempo stesso maestro ed educatore. La pedagoga ha sottolineato l'importanza cruciale dei primi anni di vita nello sviluppo dell'individuo e il ruolo determinante che l'ambiente gioca nel suo equilibrio psico-fisico. Senza un contesto adeguato, il bambino rischia di non poter sviluppare appieno le sue potenzialità. L'interazione attiva tra bambino e ambiente favorisce un processo di crescente consapevolezza di sé e del mondo circostante, guidando il bambino a scoprire gradualmente il proprio posto nella realtà che abita. Un ambiente che stimola il movimento, quindi, favorisce non solo il benessere fisico, ma anche lo sviluppo cognitivo, emotivo e sociale. In pratica, questo approccio integrato potenzia: lo sviluppo fisico migliorandone coordinazione, equilibrio e tono muscolare; lo sviluppo cognitivo, aiutando il bambino a comprendere il rapporto tra corpo e spazio e a potenziare la capacità di problem-solving; lo sviluppo emotivo rafforzandone la fiducia in sé stessi e offrendo nuove occasioni di espressione; e infine, lo sviluppo sociale, incentivando l'interazione con i coetanei e il rispetto delle regole nei giochi di gruppo. Solo adottando una prospettiva olistica e coerente è possibile realizzare interventi educativi che supportino in modo soddisfacente e completo lo sviluppo della motricità. Dunque, il movimento ha effetti significativi sullo sviluppo fisico, intellettuale e sociale dell'individuo.

²Montessori M., *Il metodo della pedagogia scientifica applicato all'educazione infantile nelle Case dei bambini*, Magliana 1970.

1.2 Le tappe dello sviluppo motorio: aspetti fisiologici e psicologici

Lo sviluppo motorio costituisce un pilastro fondamentale per la crescita integrale del bambino, influenzando non solo il suo corpo, ma anche la mente, le emozioni e le relazioni. Fin dai primi mesi di vita, il movimento rappresenta il primo linguaggio attraverso cui il bambino esplora il mondo, entra in relazione con gli altri e costruisce gradualmente la propria identità. In un'epoca dominata dalla tecnologia, è quanto mai urgente tornare a valorizzare l'esperienza corporea, favorendo sin dalla prima infanzia l'acquisizione di competenze fino-motorie e grosso-motorie. Le abilità motorie, come afferrare oggetti, vestirsi, correre o scrivere, non sono semplici gesti quotidiani, ma espressioni complesse che nascono dall'interazione dinamica tra maturazione biologica, stimoli ambientali e sostegno relazionale. Il Sistema Nervoso Centrale, in continua evoluzione, guida questo processo seguendo tappe evolutive che, pur comuni, si manifestano in modi e tempi diversi per ogni bambino. Questa progressione è il risultato di una complessa interazione tra maturazione neurologica, esperienze ambientali e stimoli affettivi. Dalla nascita ai tre mesi, il neonato presenta una motricità riflessa e poco coordinata. Alla nascita, braccia e gambe sono ipertoniche, mentre collo e tronco risultano ipotoniche. In posizione supina (a pancia in su) mantiene una postura simmetrica con arti semi-flesse, mentre da prono (a pancia in giù) ruota la testa di lato e assume una posizione raccolta. Già sensibile ai suoni e alla luce, il neonato mostra una reattività agli stimoli ambientali. Entro il primo mese, i movimenti diventano più vivaci e, se tenuto eretto, il bambino mostra riflessi di raddrizzamento e marcia automatica. A tre mesi, la motricità si fa più fluida: il bambino tiene la testa sulla linea mediana, apre le mani, gioca con esse e solleva il capo e il torace da prono, sostenendosi sugli avambracci. Tra i sei e i nove mesi, il controllo del tronco si consolida. Il bambino riesce a stare seduto senza sostegno, si gira autonomamente da prono a supino e viceversa, e mostra una crescente coordinazione visiva e motoria. Manipola oggetti con entrambe le mani, li porta alla bocca e reagisce prontamente agli

stimoli sonori e visivi. A nove mesi, è capace di sedersi da solo, muoversi nello spazio gattonando, sollevarsi in piedi aggrappandosi e compiere i primi passi. La motricità fine si affina: manipola oggetti con interesse, li passa da una mano all'altra e inizia a comprendere il rapporto causa-effetto. A dodici mesi, il bambino cammina senza sostegno, si muove in modo vario e osserva con attenzione ciò che lo circonda. La prensione diventa precisa, utilizza la presa a pinza tra pollice e indice e manifesta preferenza per una mano. Esplora gli oggetti anche per il loro suono e inizia a indicare ciò che lo interessa. Tra i quindici e i diciotto mesi, la deambulazione autonoma si stabilizza, anche se con caratteristiche individuali. Il bambino sale e scende le scale a carponi o tenuto per mano, raccoglie oggetti piccoli con precisione e inizia a usare strumenti come il pennarello. Il gioco diventa funzionale e imitativo, e la presenza dell'adulto resta fondamentale per la sicurezza emotiva. A diciotto mesi, cammina con sicurezza, si arrampica con entusiasmo e mostra una crescente autonomia motoria. Esplora l'ambiente con curiosità, anche se senza percezione del pericolo, e inizia a giocare con gli altri, pur preferendo la compagnia dell'adulto. A due anni, il bambino corre con sicurezza, si arrampica e scende dai mobili autonomamente. Ha una maggiore consapevolezza del proprio corpo nello spazio e usa prevalentemente la mano preferita. È in grado di abbinare forme in semplici puzzle e utilizza gli oggetti in modo simbolico. Il gioco parallelo si sviluppa, anche se la condivisione non è ancora del tutto compresa. A due anni e mezzo, la motricità globale si rafforza: corre, salta, sta in punta di piedi e lancia la palla, seppur con movimenti ancora rigidi. Traccia cerchi e linee, è sempre attivo e si dedica al gioco di ruolo. Osserva gli altri bambini e partecipa brevemente ai loro giochi. A tre anni, il bambino mostra una buona coordinazione motoria: cammina, corre, si arrampica e calcia con forza. Ha consapevolezza del proprio corpo, sa stare su un piede e usa le forbici giocattolo. Il gioco simbolico si arricchisce di personaggi immaginari, condivide i giocattoli e dimostra affetto verso gli altri, costruendo relazioni più consapevoli.

La motricità si sviluppa, quindi, in sinergia con le esperienze affettive, cognitive e sociali, rendendo fondamentale un ambiente che stimoli curiosità, autonomia e sicurezza emotiva. Ecco, infatti, che secondo la teoria ecologica di Bronfenbrenner, il corpo è lo strumento principale con cui il bambino si connette all'ambiente esterno. In questo senso, il movimento diventa occasione di esplorazione, comunicazione e apprendimento. Quindi il bambino ha necessità di crescere in modo adeguato sia fisicamente che psichicamente, e fin dai primi mesi di vita nel bambino è presente ciò che Kurt Lewin (1935)³ ha definito "spazio psicologico di libero movimento". Questo spazio psicologico di libero movimento ha diverse connotazioni: è uno spazio fisico in cui il bambino può muoversi liberamente senza incontrare barriere o divieti; è uno spazio dato da tutte quelle sensazioni in cui il bambino si sente sicuro poiché possiede le capacità giuste per dominarlo, comprese quelle conoscenze che gli permettono di prevedere i possibili effetti, presenti o futuri, di una decisione che sta per prendere; è uno spazio costituito anche dalla possibilità di chiedere aiuto nel caso in cui si trovi in difficoltà e dalla corretta conoscenza tra ciò che si può fare e non si può fare. Questo spazio di azione è maggiore se ha la possibilità di rivolgersi con fiducia ai genitori o agli adulti⁴, in quanto si ripercuote sullo sviluppo affettivo del bambino perché è proprio con questi adulti che il bambino instaura forti legami affettivi positivi, soprattutto se sono in grado di allargare in modo continuativo questo spazio di movimento. Al contrario, il bambino stabilisce rapporti affettivi negativi verso quelle persone che gli pongono sempre divieti e punizioni, che lo trascurano limitando, cioè, il suo spazio di libero movimento. Lo "spazio psicologico di libero movimento" di Kurt Lewin sottolinea, quindi, l'importanza di offrire ai bambini ambienti fisici e affettivi che favoriscano la libertà di agire, il sostegno dell'adulto e la possibilità di costruire relazioni basate sulla fiducia. Attraverso il gioco, l'attività motoria e l'interazione

³Lewin K., tr.it. *Teoria dinamica della personalità*, Giunti e Barbéra, Firenze 1965.

⁴Per approfondimenti si veda Petter G., *Psicologia e scuola dell'infanzia*, Giunti Firenze, 1997.

quotidiana, il bambino non solo migliora le proprie capacità di coordinazione e controllo motorio, ma sviluppa anche competenze cognitive, abilità sociali e una maggiore consapevolezza di sé. Il percorso psicomotorio diventa il centro di una crescita armonica, in cui corpo e mente si fondono. Per sostenere questo processo, è essenziale che genitori, educatori e professionisti offrano esperienze positive, ricche di stimoli manuali e corporei, che rispettino i tempi individuali e valorizzino ogni conquista. Investire nello sviluppo motorio del bambino significa investire nel suo futuro, nella sua salute mentale e fisica, e nella sua capacità di vivere relazioni autentiche e consapevoli con sé e con gli altri.

Nello sviluppo motorio vi è, dunque, una stretta relazione tra organismo e ambiente e tale interazione da vita ad un sistema dinamico che è in costante auto-organizzazione, ed è proprio all'interno di questo sistema dinamico che si sviluppano le diverse fasi evolutive del movimento.⁵ Il percorso motorio del bambino si articola in tappe che riflettono una continua integrazione tra maturazione biologica, stimoli ambientali ed esperienze. Inizialmente, si osservano momenti più semplici, caratterizzati da riflessi innati e pattern automatici che tendono a scomparire nei primi tre mesi di vita. Questi movimenti, pur essendo istintivi, pongono le basi per le future competenze motorie. Segue la fase di transizione, in cui il bambino passa dai movimenti riflessi a quelli cognitivamente controllati, iniziando a scoprire il proprio corpo, ad afferrare oggetti, a rispondere agli stimoli con gesti più volontari: è il momento in cui il movimento diventa intenzionale e sostenuto dall'interazione con l'ambiente. Con il tempo e l'esperienza, i movimenti diventano più raffinati, inserendosi in abilità complesse come correre, lanciare e saltare. Il bambino sviluppa equilibrio, coordinazione e velocità, rendendo il proprio corpo uno strumento versatile, capace di affrontare sfide motorie sempre più articolate. Infine, il movimento si struttura in sequenze apprese, che richiedono

⁵Pento G. Sichi R., *Al Nido con il corpo. Educare al corpo e al movimento al nido*, Editore Fulmino 2021, p.26.

competenze cognitive elevate e un percorso intenzionale di apprendimento. Attività come scrivere, fare ginnastica o giocare a tennis implicano pianificazione, memoria e controllo, e rappresentano l'evoluzione matura della motricità. In ogni fase, il movimento non è mai isolato: è influenzato da relazioni affettive, contesti educativi e stimoli sensoriali. Ogni gesto è il frutto di un equilibrio tra ciò che il corpo può fare e ciò che l'ambiente gli permette di sperimentare⁶.

Dunque, il controllo dei movimenti, e in generale lo sviluppo motorio, si perfeziona durante tutta l'infanzia e solo nell'adolescenza diventa simile a quello dell'adulto (Rosbald, 1966)⁷, poichè la funzione motoria, che si riferisce alla pianificazione, al controllo e all'esecuzione del movimento, non ha sede in un'unica area cerebrale ma in più regioni e in numerose e importantissime connessioni tra aree cerebrali diverse la cui maturazione continua almeno sino all'adolescenza (Cermak, Larkin, 2001)⁸, infatti il bambino, in questo periodo, organizza l'apprendimento delle abilità motorie di base per prove ed errori, per tentativi sperimentali, basandosi su un'imitazione imprecisa dei movimenti e sulle sue esperienze precedenti.

1.3 Ruolo del movimento nello sviluppo cognitivo, emotivo e sociale

Dopo aver definito la natura del movimento e le principali tappe del suo sviluppo nel bambino, è ora fondamentale soffermarsi sull'influenza che esso esercita sullo sviluppo cognitivo, emotivo e sociale. Il movimento, infatti, gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo cognitivo, emotivo e sociale dei bambini da 0 a 3 anni, poiché è attraverso l'esplorazione motoria che i bambini iniziano a comprendere il mondo che li circonda e a sviluppare le loro capacità cognitive, emotive e sociali. Lo sviluppo cognitivo è il processo attraverso il quale un individuo acquisisce, organizza e utilizza conoscenze e abilità mentali per comprendere il mondo che lo circonda. Coinvolge funzioni come la

⁶Le Boulch J., *Lo sviluppo psicomotorio dalla nascita a sei anni*, Armando Editore, Roma 2008.

⁷Rosbald B. (1966) in Zoia S., *Lo sviluppo motorio del bambino*, Carocci, Roma 2004, p. 25.

⁸Cermak S.A., Larkin D. in Zoia S., 2001, op.cit., p.26.

percezione, l'attenzione, la memoria, il linguaggio, il ragionamento e la risoluzione dei problemi. In ambito psico-pedagogico, lo sviluppo cognitivo è visto come una progressiva trasformazione delle capacità mentali, influenzata sia da fattori biologici (come la maturazione del sistema nervoso) sia da esperienze ambientali e sociali.⁹ Jean Piaget, fondatore dell'epistemologia genetica, concepisce lo sviluppo cognitivo – al pari di quello motorio – come un processo che si struttura in stadi evolutivi successivi, suddivisi in quattro fasi principali, le quali si manifestano in una sequenza invariabile nell'esperienza di ogni individuo. Essi sono caratterizzati da specifici modelli di pensiero e modalità di risoluzione dei problemi, e sono: lo stadio senso-motorio, lo stadio pre-operatorio, lo stadio operatorio concreto e infine lo stadio operatorio formale (Lucangeli, 2024).

Stadio senso-motorio (0 ai 2 anni): in questa fase, il bambino costruisce la propria conoscenza del mondo attraverso l'interazione diretta con l'ambiente, utilizzando i sensi e le abilità motorie. Il bambino nello stadio-senso motorio possiede, inizialmente, solo l'uso dei riflessi per elaborare le informazioni e restituire le risposte (pianto, vocalizzazioni, allungamento degli arti), per poi passare all'uso di schemi motori semplici (strisciare, afferrare, lanciare) a schemi motori sequenziali (correre, camminare, saltare). Inoltre, questo stadio è molto importante perché pone le basi per lo sviluppo del pensiero rappresentativo e del linguaggio, che saranno centrali nei successivi stadi.

Stadio pre-operatorio (2 ai 6 anni): in questo stadio emergono nel bambino forme di gioco simbolico e di finzione, che indicano la crescente capacità di rappresentare e manipolare mentalmente elementi della realtà pur sviluppando gradualmente la facoltà di rappresentazione mentale, utilizzando elementi del linguaggio verbale e immagini simboliche per richiamare alla mente realtà, situazioni e idee che non sono

⁹Lucangeli D., Vicari V., *Psicologia dello sviluppo*, Mondadori Università 2019.

presenti nell'immediato. Inoltre, il bambino presenta un forte egocentrismo cognitivo, ovvero la difficoltà nel considerare prospettive diverse dalla propria: per cui il bambino tende pertanto a interpretare il mondo secondo il proprio punto di vista soggettivo. Parallelamente, si osserva, anche, un significativo sviluppo delle competenze linguistiche. Il bambino inizia a costruire frasi sempre più complesse e grammaticalmente corrette, mostrando una maggiore padronanza della lingua madre.

Stadio operatorio concreto (7 ai 12): questo stadio è caratterizzato dall'emergere di un pensiero basato sul ragionamento logico e sistematico, che consente al bambino di interpretare in modo coerente la realtà che lo circonda e di acquisire consapevolezza delle regole che guidano i fenomeni naturali e le dinamiche della vita quotidiana. Si osserva, poi, una significativa riduzione dell'egocentrismo cognitivo: il bambino inizia a considerare prospettive diverse dalla propria, riconoscendo che gli altri possiedono pensieri, emozioni e intenzioni autonome, che possono non coincidere con le proprie.

Stadio operatorio formale (12 anni in poi): rappresenta l'ultimo stadio dello sviluppo cognitivo e coincide, solitamente, con la pubertà e l'inizio dell'adolescenza. In questa fase, l'adolescente inizia a pensare in modo astratto, ragiona su problemi ipotetici e si pone questioni morali, filosofiche, etiche, sociali e politiche. Iniziare a utilizzare la logica deduttiva o il ragionamento per ottenere un'informazione specifica da un principio generale. Questo stadio finale consiste in un aumento delle capacità logiche, di astrazione e di problem solving.

In sintesi, la teoria piagetiana concepisce lo sviluppo cognitivo come il risultato di un'interazione dinamica tra il bambino e l'ambiente, e sottolinea che il movimento non è solo un mezzo per esplorare il mondo, ma anche un motore essenziale per il pensiero. La coordinazione motoria, l'interazione senso-motoria e l'attività corporea stimolano la costruzione della realtà, supportando l'evoluzione delle strutture cognitive via via più complesse.

Il ruolo del movimento nello sviluppo emotivo del bambino da 0 a 3 anni è significativo e multidimensionale: il corpo non è solo uno strumento di esplorazione, ma anche il primo linguaggio attraverso cui il bambino comunica emozioni, bisogni e stati interiori. Gli studi che indagano lo sviluppo emotivo dei bambini mirano a esplorare sia l'evoluzione dell'affettività e delle emozioni del bambino, sia l'acquisizione della capacità di riconoscere e comprendere le emozioni negli altri. L'emozione può essere definita come una risposta psicofisiologica complessa a uno stimolo interno o esterno, che coinvolge il corpo, la mente e il comportamento, ovvero un meccanismo evolutivo che ci aiuta ad adattarci all'ambiente, prendere decisioni rapide e comunicare con gli altri; ed è formata da diverse componenti che interagiscono tra di loro quali: la componente fisiologica, nella quale l'emozione provoca l'attivazione del sistema nervoso centrale e autonomo ed il sistema endocrino che gioca un ruolo primario nella regolazione dei livelli di stress e ansia e suscita cambiamenti corporei come battito cardiaco, sudorazione, tensione muscolare; nella componente cognitiva, invece, la risposta che viene messa in atto è fondamentale per permettere al soggetto di dare un senso a ciò che sta succedendo di capire di che situazione si tratta e come mai si hanno determinate risposte a livello fisiologico; nella componente comportamentale troviamo le manifestazioni osservabili dell'emozione come il tono della voce, le espressioni facciali, ovvero come essa si traduce in azioni, atteggiamenti o reazioni motorie.¹⁰ Queste manifestazioni sono cruciali per la comunicazione sociale, poiché trasmettono agli altri lo stato emotivo di una persona, facilitando empatia e interazione; e infine, troviamo la componente esperienziale, nota anche come dimensione soggettiva, che riguarda il vissuto personale e interno dell'emozione in quanto è influenzata dalla storia personale, dal contesto, dalla cultura e dalla personalità: è ciò che la persona sente "dentro" al di là delle reazioni osservabili. Questa componente è fondamentale per la consapevolezza emotiva e per lo sviluppo

¹⁰Batacchi, M.W., *Lo sviluppo emotivo*, Laterza editori, Bari 2004.

dell'identità affettiva: il bambino impara non solo a vivere le emozioni, ma anche a riconoscerle e nominarle. Ekman, Izard e Tomkins hanno individuato le cosiddette emozioni primarie: gioia, tristezza, rabbia, paura che comportano un carattere irriducibile rintracciabile nell'esperienza soggettiva che caratterizza ciascuna di esse; mentre le cosiddette emozioni secondarie, note anche come emozioni complesse, sociali o autocoscienti, sono considerate esclusivamente umane e fortemente influenzate dalla dimensione culturale. Esse non dipendono solo dalle circostanze o dagli stimoli che le attivano, ma anche dai significati che la cultura attribuisce loro.¹¹ Gli ultimi studi nel campo delle neuroscienze hanno messo in evidenza un aspetto importante: cioè il forte legame reciproco tra sistemi cognitivi e emotivi, esse parlano di Embodied Cognition, secondo cui la mente si sviluppa attraverso l'esperienza corporea. Secondo questa teoria, infatti, il movimento attiva circuiti neuro-senso-motori che sono alla base della regolazione emotiva, dell'empatia e della costruzione del Sé. Per illustrare in maniera più chiara e sistematica tale teoria, è possibile fare riferimento al modello della piramide dello sviluppo, che offre una rappresentazione articolata e gerarchica delle competenze emergenti. Alla base di tale struttura si collocano la motricità e la sensorialità, dimensioni strettamente interconnesse che costituiscono il fondamento del percorso neuro-psicomotorio del bambino. È su questa base che si solidificano progressivamente le abilità socio-emotive e le funzioni cognitive. Al vertice della piramide si posizionano le funzioni esecutive, tra cui la capacità di regolazione emotiva, la comprensione delle conseguenze delle proprie azioni, e proprio queste competenze poggiano interamente su una struttura neuro-senso-motoria ben consolidata. In questa prospettiva, anche le emozioni risultano strettamente collegate al movimento e alla dimensione corporea. Il corpo rappresenta infatti il primo linguaggio del bambino, e assume un ruolo essenziale nella comunicazione affettiva, soprattutto nei primi anni di vita. Attraverso il movimento, la

¹¹Lucangeli D., Vicari V., *Psicologia dello sviluppo*, Mondadori Università 2019.

gestualità, lo sguardo e il tono corporeo, il bambino esprime stati interni ed emozioni sin dalla nascita. In sintesi, il corpo “dice” ciò che ancora non può essere verbalizzato, diventando un canale privilegiato per accedere alla dimensione emotiva del bambino.¹² Riconoscere e valorizzare questa comunicazione incarnata è fondamentale per promuovere uno sviluppo armonico e relazionale nella fascia 0–3 anni.

Il movimento rappresenta uno degli aspetti più rilevanti e al tempo stesso sottovalutati nello sviluppo globale del bambino. Fin dai primi mesi di vita, il corpo non è semplicemente uno strumento di esplorazione del mondo circostante, ma diventa un potente mezzo di comunicazione, relazione e costruzione dell'identità sociale. Attraverso il gesto, la postura e l'azione, il bambino si inserisce nel tessuto sociale, dando forma ai legami che lo accompagneranno nel suo percorso di crescita. Lo sviluppo sociale riconosce il bambino come soggetto attivo nel processo di socializzazione. Egli è un essere naturalmente sociale, capace di creare legami significativi con molteplici figure di riferimento: genitori, adulti, coetanei. Vive immerso in una rete complessa di relazioni familiari ed extra-familiari, all'interno della quale apprende non solo norme e valori, ma anche modalità di espressione, empatia e reciprocità. Durante la prima infanzia, il bambino comincia a comprendere le azioni, i sentimenti e le intenzioni altrui grazie all'interazione con gli adulti e con figure significative. A partire dai due mesi di età, si sviluppano scambi relazionali profondi e reciprocamente regolati, definiti come intersoggettività primaria, in cui adulto e bambino si osservano, si rispondono e mantengono attenzione condivisa.¹³ Man mano che il bambino cresce, il rapporto con i coetanei assume un ruolo sempre più centrale, offrendo occasioni concrete per sperimentare modalità relazionali, ruoli sociali e regole condivise. Dai 18 mesi il bambino inizia a comprendere gli altri bambini e ad

¹² Lowen A., *Il linguaggio del corpo*, Universale economica Feltrinelli, 2022.

¹³ Trevarthen C., Aitken K.J., “Infant intersubjectivity: Research, theory and clinical applications” in *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 200, 42, 1, pp-3-48.

adeguare il proprio comportamento alle dinamiche relazionali. Le interazioni simmetriche che emergono tra i due e i tre anni sono particolarmente significative: il bambino non solo impara a condividere, negoziare e cooperare, ma anche a esercitare ruoli di autonomia e dipendenza. Numerosi studi evidenziano come i bambini che instaurano rapporti di amicizia precoci siano più competenti nel gioco sociale e nella cooperazione, mostrando una maggiore predisposizione all'adattamento scolastico. In questo senso, il movimento, inteso come gioco motorio, esplorazione dello spazio, diventa un linguaggio privilegiato per accedere alla dimensione sociale e relazionale.¹⁴ Infine, non si può trascurare l'importanza della diade madre-bambino nella fase iniziale della vita: quel primo legame emotivo e corporeo costituisce la base sicura su cui si costruiranno tutte le altre relazioni. Dal secondo anno in poi, questa rete si amplia gradualmente, includendo i coetanei e promuovendo un passaggio da relazioni asimmetriche a simmetriche, che stimolano il bambino a riconoscere l'altro come pari e a modulare il proprio comportamento in funzione dell'altro.

¹⁴ Pento G. Sichi R., *Al Nido con il corpo. Educare al corpo e al movimento al nido*, Editore Fulmino 2021.

CAPITOLO 2

LA DISABILITA' NELL'ETÀ EVOLUTIVA

2.1 Definizione di disabilità

La disabilità, pur essendo connaturata dall'essere umano e pur essendo stata da sempre presente nella storia dell'umanità, solo recentemente, è diventata materia di studio scientifico e argomento di dibattito all'interno delle questioni associate al diritto, al benessere delle comunità e alla sostenibilità degli sviluppi possibili¹⁵. Fin dall'antichità la disabilità è stata interpretata come segno di imperfezione e sventura. Nella civiltà greco-romana il corpo "perfetto" veniva celebrato come emblema di virtù civica: un fisico atletico era sinonimo di valore sociale, mentre chi non rientrava in quei canoni veniva considerato inferiore, e spesso, relegato ai margini. Inoltre, a quel tempo la produttività fisica determinava le gerarchie sociali: le persone con limitazioni motorie o sensoriali venivano spesso escluse dalla cittadinanza attiva o destinate alla schiavitù. Durante carestie ed epidemie, le persone più fragili venivano spesso accusate di aver causato tali tragedie, ricevendo in cambio l'emozione collettiva di paure e frustrazioni. Successivamente, nel IV secolo, con l'affermazione del Cristianesimo nell'Impero romano, la disabilità fu interpretata come punizione divina, attribuita al peccato materno; solo la fede e la misericordia potevano redimere questa condizione. A partire dal XII secolo, in poi, si avviò la medicalizzazione della disabilità, con la fondazione di ospedali e manicomi finalizzati all'isolamento e alla cura forzata dei soggetti esclusi. Più tardi, con il passare degli anni, e con l'arrivo della rivoluzione industriale, la disabilità diventa una questione sociale. A seconda delle varie epoche e delle diverse tipologie di menomazione, quindi, sono stati usati diversi termini, sia in

¹⁵ Soresi S., *Psicologia delle disabilità e dell'inclusione*, Il Mulino/strumenti, Lavis 2024.

ambito scientifico-medico sia nel linguaggio corrente. Il cambiamento significativo e cruciale si ebbe nel 1980, quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) pubblicò la prima edizione della *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), un documento fondamentale che proponeva un modello sequenziale per interpretare le conseguenze delle malattie. Questo approccio, di tipo biopsicosociale, mirava a ufficializzare tre concetti chiave: menomazione, disabilità e handicap, ciascuno collocato su un diverso livello di analisi. La menomazione è definita come qualsiasi perdita o anomalia a carico di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche. Essa rappresenta l'espressione visibile di uno stato patologico e riflette disturbi localizzati a livello organico.¹⁶ L'OMS, in quegli anni, la descriveva come l'evidenza di anomalie, difetti o perdite che coinvolgono arti, organi, tessuti o funzioni mentali. La disabilità è intesa come la limitazione o perdita, derivante da una menomazione, della capacità di svolgere attività considerate normali per un essere umano. Essa rappresenta l'oggettivazione della menomazione e si manifesta attraverso difficoltà funzionali che influenzano comportamenti e atti quotidiani. In questo senso, la disabilità riflette disturbi a livello della persona e si riferisce alla capacità di partecipare attivamente alla vita sociale. L'handicap è la condizione di svantaggio che una persona sperimenta a causa di una menomazione o disabilità, quando queste compromettono la possibilità di assumere ruoli sociali adeguati in relazione all'età, al sesso e al contesto socioculturale. Esso rappresenta la dimensione sociale delle conseguenze della malattia, riflettendo le barriere ambientali, culturali ed economiche che ostacolano l'inclusione¹⁷. L'handicap, pur essendo definito come "fenomeno sociale", è considerato il risultato dell'interazione tra la condizione individuale e le aspettative del contesto.

¹⁶ Schianchi M., *Disabilità e relazioni sociali. Temi e sfide per l'azione educativa*, Carrocci Editore, Roma 2021.

¹⁷ Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*, GenOva 1980.

Nonostante ciò, durante la ventinovesima assemblea dell’OMS, si era avvertita la necessità di ampliare la riflessione sulle conseguenze delle malattie, e tuttavia, nonostante l’importanza del documento, emersero presto critiche significative. Organizzazioni internazionali come *Disabled People’s International* e *Union of the Physically Impaired Against Segregation* contestarono la visione lineare e causale tra menomazione, disabilità e handicap. Secondo queste voci, tale impostazione rischiava di semplificare eccessivamente la complessità delle esperienze vissute dalle persone con disabilità, influenzando negativamente le politiche di prevenzione e gli interventi operativi. Ecco, dunque, che nel 1993, l’Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato la risoluzione *Norme standard sulle pari opportunità dei disabili*, un documento fondamentale che ha segnato una svolta nel modo di concepire la disabilità a livello internazionale. In linea con questa nuova visione, l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha avviato una revisione della precedente classificazione ICIDH, dando vita alla versione aggiornata denominata ICIDH-2, entrata in vigore nel 1999. Questa nuova classificazione ha rappresentato un passaggio cruciale: ha spostato l’attenzione dal tradizionale modello medico, centrato sulla patologia e sul deficit, verso un modello sociale della disabilità. In questo quadro, la disabilità non è più vista come una conseguenza diretta e lineare della menomazione, ma come il risultato di interazioni complesse tra lo stato di salute dell’individuo e una serie di fattori contestuali, tra cui quelli ambientali, sociali e culturali.¹⁸ La ICIDH-2 introduce, infatti, una lettura più dinamica e relazionale del concetto di disabilità, riconoscendo che il funzionamento corporeo e le limitazioni nelle attività non dipendono esclusivamente dalle condizioni cliniche, ma sono fortemente influenzati dal contesto in cui la persona vive. Un ulteriore aspetto distintivo della ICIDH-2 è l’abbandono del nesso causale rigido tra menomazione, disabilità e handicap, che aveva caratterizzato la versione del

¹⁸Schianchi M., *Disabilità e relazioni sociali. Temi e sfide per l’azione educativa*, Carrocci Editore, Roma 2021.

1980. Al suo posto, viene proposta una visione più articolata, in cui le diverse dimensioni non sono gerarchicamente subordinate, ma coesistono e si influenzano reciprocamente. Questa evoluzione concettuale ha aperto la strada a una riflessione più ampia e inclusiva, che ha portato, nel 2001, alla pubblicazione della International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'ICF ha introdotto una nuova prospettiva per comprendere la salute, il funzionamento e la disabilità, superando il modello lineare e gerarchico precedente, proponendo un approccio multidimensionale e sistemico, in cui le condizioni di salute sono strettamente interconnesse con i fattori ambientali e personali. In questa visione, la disabilità non è più considerata una caratteristica intrinseca dell'individuo, ma il risultato di una complessa interazione tra lo stato di salute e il contesto di vita. L'ICF riconosce che tutti gli individui, nel corso della vita, possono sperimentare limitazioni funzionali, rendendo la disabilità un fenomeno trasversale e universale¹⁹. Questo cambiamento ha spostato l'attenzione dalle menomazioni alle condizioni di vita, promuovendo una lettura più inclusiva e dinamica del funzionamento umano. L'ICF si configura come uno strumento operativo e descrittivo, che valuta le componenti della salute attraverso indicatori specifici, applicabili a ogni individuo, indipendentemente dalla presenza di disabilità. Le dimensioni fondamentali considerate sono: le funzioni corporee e le strutture anatomiche; le attività svolte; la partecipazione sociale; i fattori contestuali, ambientali e personali. Inoltre, questa classificazione ha sostituito i concetti di disabilità e handicap con quelli di attività e partecipazione, già introdotti nelle bozze di revisione dell'ICIDH tra il 1997 e il 2001.

Nel 2007, l'ICF è stato adattato per l'età evolutiva con la versione ICF-CY (Children and Youth), pensata per documentare lo sviluppo infantile e adolescenziale in relazione

¹⁹Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps, GenOva 1980.

all'ambiente. Questo strumento è oggi centrale nel sistema scolastico italiano, dove viene utilizzato per la redazione del Piano Educativo Individualizzato (PEI), previsto dal D. Lgs. 66/2017. Il PEI si basa su un profilo di funzionamento costruito da un'équipe multidisciplinare (medici, psicologi, insegnanti, educatori, genitori), con l'obiettivo di delineare le condizioni di apprendimento e partecipazione scolastica. L'ICF-CY consente di: analizzare la situazione del bambino in relazione al contesto familiare; considerare il ritardo evolutivo nella comparsa di funzioni e capacità; valorizzare i fattori ambientali, come atteggiamenti, barriere, servizi e supporti, che influenzano la salute, l'educazione e l'inclusione²⁰. Questa classificazione è oggi utilizzata da clinici, amministratori e decisori politici per pianificare interventi, valutare l'accessibilità ai servizi e promuovere politiche inclusive. La sua applicazione si estende oltre i confini nazionali, offrendo una base comune per descrivere e misurare il funzionamento e lo sviluppo nei bambini e negli adolescenti.

In questo contesto, la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata nel 2006, rappresenta uno strumento fondamentale per definire il concetto di disabilità e per affermare i principi che devono orientare le politiche e gli interventi in questo ambito. Ratificata dall'Italia nel 2009 con la Legge n. 18, la Convenzione è il risultato di un lungo percorso di attenzione da parte dell'ONU verso il tema della disabilità, avviato già nel 1950 con due rapporti sulla riabilitazione sociale delle persone con disabilità: "The Social Rehabilitation of the Handicapped" e "The Social Rehabilitation of the Blind". Negli anni successivi, sono stati adottati importanti documenti come la Dichiarazione sui diritti delle persone mentalmente ritardate (1971) e la Dichiarazione sui diritti delle persone disabili (1975). Nel 1982 è stato approvato il Programma di Azione Mondiale, che ha articolato le politiche sulla

²⁰ Schianchi M., *Disabilità e relazioni sociali. Temi e sfide per l'azione educativa*, Carrocci Editore, Roma 2021.

disabilità in tre ambiti principali: prevenzione, riabilitazione e pari opportunità²¹. Nel 1993, l'ONU ha istituito la Decade della Disabilità, culminata nell'elaborazione delle norme sulle pari opportunità. La Convenzione non introduce diritti nuovi o specifici per le persone con disabilità, ma riafferma quelli già sanciti dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (1948) e dalle legislazioni nazionali. Essa nasce dalla consapevolezza che, nonostante gli strumenti giuridici esistenti e le politiche dello stato sociale, "le persone con disabilità continuano a incontrare ostacoli nella loro partecipazione alla società come membri eguali della stessa, e ad essere oggetto di violazioni dei loro diritti umani in ogni parte del mondo" (ONU, 2006, preambolo k). Secondo l'articolo 1 della Convenzione, si definiscono persone con disabilità "coloro che presentano una duratura e significativa alterazione fisica, psichica, intellettuale o sensoriale, la cui interazione con barriere di diversa natura può ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione alla vita sociale, su base di uguaglianza con gli altri." Le persone con disabilità, nonostante ciò, sono parte integrante della diversità umana.

2.2 Uno sguardo alle disabilità: disabilità sensoriale, psichica, intellettuale e motoria

La disabilità è, quindi, una condizione temporanea che limita, in modo breve o permanente, la capacità di una persona di svolgere attività quotidiane o di partecipare pienamente alla vita sociale, lavorativa o relazionale²². Secondo l'approccio biopsicosociale promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la disabilità non è solo una caratteristica individuale, ma il risultato dell'interazione tra le condizioni di salute di una persona e le barriere presenti nella società. Per questo, il riconoscimento e l'eliminazione di ostacoli architettonici, culturali e comunicativi sono fondamentali per garantire pari opportunità e inclusione. Come si può pensare, dunque, le disabilità

²¹ Schianchi M., *Disabilità e relazioni sociali. Temi e sfide per l'azione educativa*, Carrocci Editore, Roma 2021, p. 144.

²² Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*, GenOva 1980.

non sono tutte uguali, ne esistono infatti diverse tipologie: la disabilità sensoriale, la disabilità psichica, la disabilità intellettiva, e, infine, la disabilità motoria che si manifestano in relazione all'ambiente e al contesto in cui la persona vive.

La disabilità sensoriale si riferisce alla compromissione di uno o più dei cinque sensi fondamentali: vista, udito, tatto, gusto e olfatto. Sebbene ogni senso possa essere coinvolto, le forme più diffuse e conosciute sono quelle che riguardano la vista e l'udito. La disabilità visiva comprende una vasta gamma di condizioni, che vanno dalla cecità totale alla perdita parziale della vista. Tra le cause più comuni troviamo la degenerazione maculare, che è una patologia dell'occhio che colpisce la macula, la parte centrale della retina, causando una progressiva perdita della visione centrale; il glaucoma, che è una malattia dell'occhio che danneggia il nervo ottico, causando una progressiva perdita della vista, e altre patologie oculari che compromettono la capacità di percepire correttamente l'ambiente visivo. Queste condizioni possono influenzare profondamente l'autonomia della persona, rendendo difficoltose attività quotidiane come leggere, muoversi in spazi pubblici o riconoscere volti e oggetti. La disabilità uditiva, invece, riguarda la perdita parziale o totale dell'udito. Si parla di ipoacusia quando la capacità uditiva è ridotta, mentre la sordità indica l'assenza completa della percezione sonora. Le persone con disabilità uditiva possono incontrare ostacoli nella comunicazione verbale, nell'accesso alle informazioni e nella partecipazione sociale, soprattutto in ambienti non adeguatamente attrezzati. Chi vive con una disabilità sensoriale spesso necessita di strumenti compensativi per interagire con il mondo in modo efficace. Tra questi troviamo i dispositivi acustici per migliorare l'udito, i testi in braille per la lettura tattile, gli interpreti della lingua dei segni (LIS) per facilitare la comunicazione, e i software di sintesi vocale che trasformano il testo scritto in voce. Questi strumenti non solo favoriscono l'autonomia, ma contribuiscono anche a ridurre le barriere che limitano l'inclusione.

La disabilità psichica riguarda i disturbi della salute mentale che influenzano il comportamento, il pensiero e le emozioni di una persona. Alcune disabilità psichiche riguardano il disturbo depressivo, che provoca sentimenti persistenti di tristezza e perdita di interesse per le attività quotidiane, il disturbo bipolare, caratterizzato da alternanza di episodi di euforia e depressione e la schizofrenia, una condizione psichiatrica che altera la percezione della realtà.

Queste disabilità possono essere invisibili, ma avere un impatto significativo sulla vita sociale e lavorativa di una persona, portando spesso all'isolamento e alla stigmatizzazione. L'approccio per affrontarle include terapie farmacologiche, supporto psicologico e programmi di reinserimento sociale che aiutano a migliorare l'autostima e le competenze sociali²³.

Il termine disabilità intellettiva, o meglio il "disturbo dello sviluppo intellettuale", è entrato in uso, nei documenti ufficiali, da circa una decina di anni, sostituendo, sia nella ricerca scientifica che nelle classificazioni cliniche, quella di ritardo mentale. La distinzione, oltre che terminologica, è anche teorica e culturale e si ripercuote sulla definizione delle caratteristiche delle persone con disabilità intellettiva e sulle procedure di valutazione e diagnosi. Se fino a non molti anni fa l'identificazione del deficit veniva effettuata in base alle caratteristiche dell'individuo e alle sue lacune in termini di intelligenza, misurata attraverso test intellettivi standardizzati, oggi siamo passati a un approccio biopsicosociale²⁴ che considera l'individuo in relazione al contesto, alle caratteristiche individuali, ai punti di forza e a quelli di debolezza che vengono riconosciuti e valutati sulla base di un approccio multidimensionale. Il primo carattere da tenere in presente, in questo modello, è la concretezza, vale a dire l'incapacità di raggiungere il pensiero astratto. Il soggetto presenta un pensiero

²³ <https://www.disabilinews.com/tipi-di-disabilita-classificazioni-e-gradi/>

²⁴ Ricerca e sviluppo Erikson, *Disabilità intellettiva a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti*. Trento, Centro Studi Erikson 2014.

inquadrato su un'unica dimensione del problema, è incapace di rappresentare mentalmente un'azione o il suo apposto e di cogliere relazioni di somiglianza su base categoriale. Il secondo carattere è quello della rigidità, che si manifesta nelle difficoltà, da parte del soggetto, di perseguire due obiettivi divergenti. Le diverse regioni mentali appaiono bloccate e non comunicanti, determinando un'incapacità di modificare il proprio ordine personale e mentale, in risposta all'ambiente, riducendone la capacità di adattamento. Il terzo carattere interessa la sfera percettiva caratterizzata da lentezza e imprecisione, con una limitazione della memoria a breve termine e una scarsa capacità di pianificazione (funzione esecutiva) che riguarda l'ambito della creatività e quello dell'immaginazione.

La disabilità intellettiva può essere classificata in quattro livelli di gravità: la disabilità intellettiva lieve, nella quale, si osservano, spesso, difficoltà nell'apprendimento scolastico, ma nell'età adulta raggiungono comunemente un'indipendenza lavorativa, relazioni sociali soddisfacenti e contribuiscono al benessere della società; la disabilità intellettiva moderata, si associa a significativi ritardi nello sviluppo durante l'infanzia, pur consentendo lo sviluppo di un certo grado di indipendenza nella cura di sé, abilità scolastiche discrete e competenze comunicative. Tendono a richiedere supporto per l'inserimento sociale e lavorativo; la disabilità intellettiva grave, nella quale, è spesso necessario un supporto continuo; e infine, la disabilità intellettiva profonda/estrema, nella quale si osserva una grave limitazione nella cura di sé, nella continenza, nella comunicazione e nella mobilità.

Nel 2013 il termine disabilità intellettiva viene definita dal *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5-TR)* come un disturbo del neuro-sviluppo che riguarda limitazioni significative nel funzionamento intellettuale e nel comportamento adattivo con insorgenza entro il diciottesimo anno di età. Queste limitazioni riguardano, anche, i disturbi della comunicazione, il disturbo dello spettro dell'autismo, i deficit di attenzione e iperattività, il disturbo specifico

dell'apprendimento e i disturbi del movimento che comportano delle compromissioni nel funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo²⁵. Ma non solo, all'interno delle disabilità intellettive, troviamo, anche, la Trisomia 21, meglio conosciuta come Sindrome di Down e la Sindrome di Williams. La sindrome di Down è la causa genetica, non ereditaria, più comune di disabilità intellettiva, e la sua prima descrizione sistematica risale alla seconda metà dell'Ottocento, effettuata dal medico britannico John L. Down. Nelle persone con sindrome di Down, le cellule presentano un assetto genetico composto da 47 cromosomi, anziché i consueti 46, a causa della presenza di tre copie del cromosoma 21. Questo eccesso di materiale genetico interferisce con il normale sviluppo fisico e incide profondamente sulla maturazione del sistema nervoso. Ne derivano alterazioni nella sensibilità agli stimoli, nei meccanismi di elaborazione delle informazioni e nella gestione delle emozioni. Oltre al deficit intellettivo globale, si osserva uno sviluppo cognitivo disomogeneo, con particolare fragilità nelle abilità linguistiche, soprattutto fonologiche e morfosintattiche. Fin da piccoli, i soggetti mostrano una buona comunicazione gestuale, mentre il vocabolario verbale si sviluppa più lentamente, ma migliora nel tempo fino all'adolescenza. La comprensione verbale è spesso nella norma, mentre l'espressione linguistica risulta più compromessa. Inoltre, molto spesso i soggetti con sindrome di Down presentano un grado variabile di ritardo motorio, tale ritardo comporta una difficoltà nella pianificazione delle sequenze motorie, nell'equilibrio dinamico e nella coordinazione, oltre a disturbi dello schema corporeo. Dal punto di vista psichico l'aspetto più rilevante è il deficit delle funzioni cognitive.

La Sindrome di Williams è una malattia genetica rara, non ereditaria, del neurosviluppo, dovuta a una delezione sul cromosoma 7, dove risiede il gene che codifica l'elastina. La sintesi ridotta di questa proteina si ripercuote in alterazioni

²⁵ Borgogni A., Mabel G., *L'attività motoria inclusiva. Traiettorie didattiche e progettuali per la disabilità*, Edizioni Studium, Roma 2023, p.83.

facciali, come il viso "elfico" e la fronte larga, problemi al cuore, ritardi psicomotori, anomalie cognitive, e problemi al tessuto connettivo. Nei bambini con Sindrome di Williams è presente un ritardo nell'acquisizione delle tappe basilari dello sviluppo motorio, dai primi momenti di vita si manifestano problemi nella coordinazione dei movimenti e le abilità motorie vengono apprese con ritardo e in modo impacciato e scoordinato. Presentano inoltre problemi di equilibrio, nell'alternanza dei movimenti e nell'orientamento spaziale in relazione al proprio corpo e gli oggetti circostanti; per una buona parte di questi soggetti risulta difficoltoso andare in bicicletta così come salire o scendere le scale. Le prime espressioni verbali nei soggetti con Sindrome di Williams appaiono dopo due anni di età, un ritardo che viene ampiamente recuperato in relazione all'espressione verbale che si traduce in un vero e proprio impeto del vocabolario²⁶.

Sebbene alla definizione di disabilità intellettiva non sia riportata un'associazione diretta al funzionamento motorio, le persone con disabilità intellettiva presentano, come appena visto, dei ritardi e delle carenze a livello dello sviluppo motorio e, le ricerche dell'American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) hanno evidenziato una correlazione tra prestazioni cognitive e difficoltà di tipo fisico e di controllo neuro-motorio. Da ciò deriva l'incapacità di programmare il movimento, suddividerlo in corrette sequenze motorie e metterlo in atto nello spazio e nel tempo. Il fattore che maggiormente incide, però, sulla partecipazione delle persone con disabilità alle attività motorie e sportive è dato non tanto, ancora una volta, dalle loro competenze motorie, quanto dalle possibilità di mobilità fisica e di movimento offerte dall'ambiente. Per questo la disabilità intellettiva è un fenomeno che viene a determinarsi in gran parte in uno specifico contesto sociale e il suo impatto è

²⁶Ricerca e sviluppo Erikson, *Disabilità intellettiva a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti*. Trento, Centro Studi Erikson 2014.

fortemente correlato sia alle pretese che alle aspettative imposte dalla società (Scheerenberger).

La disabilità motoria è una condizione che coinvolge il sistema muscolo-scheletrico e/o il sistema nervoso, e si manifesta attraverso una compromissione della capacità di movimento, postura, coordinazione e prassia. Può derivare da lesioni congenite, malattie neurologiche, traumi o degenerazioni progressive, e può interessare gli arti superiori, inferiori, la colonna vertebrale, il capo o la muscolatura. Tra le cause più comuni rientrano patologie come la paralisi cerebrale infantile, la spina bifida, la sclerosi multipla e la sindrome di Duchenne. Inoltre, queste condizioni possono essere classificate in base alla localizzazione del danno: danno periferico, che riguarda gli apparati esecutori del movimento, con degenerazione delle fibre muscolari e nervose fino all'atrofia; e danno centrale, che coinvolge il cervello e il midollo spinale, e può essere specifico, cioè lesioni localizzate nelle aree motorie, o aspecifico, cioè lesioni diffuse, spesso associate a disabilità cognitive²⁷. Le persone con disabilità motoria possono presentare uno sviluppo motorio ritardato, difficoltà nel controllo del capo, nella postura seduta, nella deambulazione e nell'esecuzione di movimenti complessi. Queste difficoltà si traducono spesso in gesti goffi, impacciati e poco finalizzati, influenzando negativamente l'autonomia e la partecipazione sociale. La disabilità motoria può manifestarsi in forma temporanea, ad esempio in seguito a una frattura, oppure essere permanente. Si differenzia inoltre per il grado di severità, che può variare da lieve a gravissima, e per la prognosi: alcune condizioni evolvono progressivamente, altre rimangono stabili nel tempo o tendono a regredire.

Dal punto di vista funzionale, il movimento può essere compromesso in diversi aspetti: nel tono muscolare, che regola l'attività del muscolo in risposta alle esigenze motorie; nella postura, influenzata da fattori fisici, psicologici e patologici; nella coordinazione,

²⁷ Borgogni A., Mabel G., L'attività motoria inclusiva. Traiettorie didattiche e progettuali per la disabilità, Edizioni Studium, Roma 2023, p.102.

che consente di eseguire movimenti controllati e adattati e nella prassia, ovvero la capacità di compiere gesti coordinati e finalizzati. Anche, la partecipazione all'attività motoria e sportiva è influenzata da molteplici fattori: personali, come atteggiamenti e menomazioni; sociali, come il sostegno familiare o l'eventuale stigma; ambientali, come la disponibilità di attrezzature e trasporti; e politici, come i finanziamenti e le politiche di inclusione. Per favorire l'autonomia e migliorare la qualità della vita, è fondamentale l'impiego delle Tecnologie Assistive (TA). Queste comprendono strumenti, sistemi e servizi che supportano le persone con disabilità nella vita quotidiana, nell'educazione, nel lavoro e nel tempo libero. Si va da ausili semplici, come bastoni o carrozzine manuali, a dispositivi avanzati come carrozzine elettroniche a comando vocale, computer adattati, tastiere e mouse speciali. In conclusione, la disabilità motoria è una condizione complessa che richiede un approccio multidisciplinare, attento alle esigenze individuali e orientato all'inclusione²⁸. Promuovere l'accessibilità, investire nella riabilitazione e garantire il diritto alla partecipazione sono passi fondamentali per costruire una società più equa e consapevole.

2.3 L'inclusione sportiva

Riconoscere e valorizzare le diversità è oggi uno dei temi centrali del dibattito pedagogico. La disabilità, in particolare, non va intesa come un limite, ma come una delle tante forme di differenza che arricchiscono il panorama educativo²⁹. Promuovere una cultura dell'inclusione significa creare contesti in cui ogni bambino possa sentirsi parte integrante della comunità, rispettato e sostenuto nel suo percorso di crescita. In questo, i servizi educativi per l'infanzia svolgono un ruolo fondamentale nel promuovere pari opportunità, offrendo a tutti i bambini, inclusi quelli con disabilità,

²⁸ <https://www.ctsvenezia.it/newsite/index.php/percorsi-guidati-disabilita/motoria>

²⁹ Ricci L., *Accogliere le diversità nei servizi educativi per l'infanzia: i bambini con bisogni speciali*. Rivista italiana di Educazione familiare, n. 2-2016, p.137.

ambienti aperti e inclusivi, ricchi di occasioni di crescita e apprendimento. Nel caso di bambini con disabilità al nido d'infanzia, aver cura in maniera autentica significa, anche, ascoltare i genitori, renderli partecipi della progettualità per il loro figlio in modo che il bambino possa sperimentare spazi di autonomia; è importante, infatti, che i genitori, gli educatori e gli insegnanti sappiano immaginare il piccolo fattosi adulto e inserito nel mondo dei grandi, in modo che non emergano gli stereotipi del bambino disabile come soggetto da proteggere per tutta la vita e non venga meno la costruzione del progetto di vita³⁰. Gli educatori devono, quindi, saper accogliere le diverse prospettive presenti nel loro lavoro, per riconoscere le caratteristiche uniche di ogni bambino e adattare gli interventi educativi ai suoi bisogni specifici. I bambini, infatti, mostrano una naturale inclinazione all'inclusione dei compagni con bisogni speciali. È fondamentale promuovere non solo il dialogo tra gli educatori che operano quotidianamente all'interno del servizio, ma anche il riconoscimento del valore delle collaborazioni con figure professionali specialistiche, le quali, pur non essendo presenti nella routine del bambino, apportano competenze e prospettive indispensabili per favorire un'inclusione efficace del bambino con bisogni speciali nel contesto educativo. Per questo motivo, all'interno del nido l'inclusione motoria riveste un ruolo centrale, poiché contribuisce sia alla valorizzazione delle diversità, sia alla promozione di percorsi di integrazione. Nel corso del XX secolo, l'attività motoria e sportiva ha progressivamente assunto un ruolo centrale nei contesti educativi e sociali³¹, trasformandosi da semplice esercizio fisico a potente strumento di coesione, partecipazione e inclusione. In particolare, la diffusione dello sport tra le persone con disabilità ha rappresentato una svolta epocale, inscrivendosi nel più ampio processo di

³⁰Cesaro A., *Asilo nido e integrazione del bambino con disabilità*, Carocci Faber, Roma 2015, p.42.

³¹ Si vedano tra gli altri: M.E., Block, & E. W. Volger, *Inclusion in regular physical education: The research base*, in "Journal of Physical Education, Recreation & Dance", 65 (1), 1994, pp.40-44; D. L. Goodwin & E. J. Watkinson, *Inclusive physical education from the perspective of students with physical disabilities*, in "Adapted physical activity quarterly", 17 (2), 2000, pp. 140-160.

democratizzazione dell'accesso alla pratica sportiva e riflettendo un cambiamento profondo nelle politiche pubbliche, nella cultura e nella percezione sociale del corpo e della disabilità. Un momento cruciale si colloca nel secondo dopoguerra, quando le esigenze di riabilitazione fisica e psicologica dei reduci con lesioni spinali portarono alla nascita di un nuovo paradigma: lo sport come terapia e come mezzo di reintegrazione sociale. In Inghilterra, presso lo Stoke Mandeville Hospital, il neurologo Sir Ludwig Guttmann avviò nel 1944 un programma pionieristico di attività motoria per persone con disabilità, dando vita nel 1948 agli Stoke Mandeville Games³², considerati i precursori delle Paralimpiadi. Questi giochi non solo offrirono una nuova prospettiva sulla disabilità, ma posero le basi per la creazione di un movimento sportivo internazionale che avrebbe portato alla nascita di federazioni dedicate e competizioni di alto livello. Negli anni successivi, il riconoscimento del diritto allo sport per tutti si consolidò attraverso eventi simbolici e documenti fondamentali. Nel 1960, Roma ospitò i primi Giochi Paralimpici ufficiali, mentre nel 1968 nacquero negli Stati Uniti le *Special Olympics*, rivolte a persone con disabilità intellettiva. Parallelamente, si intensificarono gli sforzi per rendere l'educazione fisica accessibile anche nei contesti scolastici, con particolare attenzione ai bambini e ai giovani con disabilità, nacque, così, la *Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*, un trattato internazionale approvato il 20 novembre 1989 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (ONU) che riconosce i diritti civili, sociali, politici, culturali ed economici di tutte le persone di minore età. Ha istituito, inoltre, gli obblighi degli Stati nel garantire la sopravvivenza, lo sviluppo, la protezione e la partecipazione di tutti i bambini, e ha portato alla creazione di un Comitato ONU per monitorarne l'attuazione. Nel 1978, l'UNESCO pubblicò la *Carta Internazionale per l'Educazione Fisica e lo Sport*, che sanciva per la prima volta il principio che la pratica sportiva è un diritto universale,

³² Borgogni A., Mabel G., *L'attività motoria inclusiva. Traiettorie didattiche e progettuali per la disabilità*, Edizioni Studium, Roma 2023, p.39.

indipendentemente dalle condizioni personali. Questo principio fu successivamente ribadito nella *Carta Olimpica* del 1999³³ e nella *Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità* del 2006³⁴, che riconosce lo sport come strumento di inclusione, sviluppo e partecipazione sociale. Anche l'Europa ha giocato un ruolo fondamentale nel promuovere l'inclusione sportiva. Già nel 1966, il Consiglio d'Europa introdusse il concetto di "*sport for all*", poi formalizzato nella *Carta Europea dello Sport per Tutti* del 1976. Questo documento affermava il diritto di ogni cittadino alla pratica sportiva, sottolineando il valore educativo, sociale e terapeutico dell'attività motoria. Dieci anni più tardi, nel 1987, fu pubblicata la *Carta europea per lo sport per tutti*³⁵: che evidenziava l'importanza dello sport come mezzo di riabilitazione, integrazione e promozione della dignità umana. La Carta invitava gli Stati membri a sviluppare politiche inclusive, investendo in infrastrutture accessibili, nella formazione di personale qualificato, in reti associative e programmi scolastici che garantissero pari opportunità agli studenti con e senza disabilità. In Italia, il movimento sportivo per persone con disabilità ha trovato un pioniere in Antonio Maglio³⁶, medico e visionario che, ispirandosi al modello di Guttmann, organizzò le prime Paralimpiadi a Roma nel 1960. Maglio comprese il potenziale dello sport non solo come strumento riabilitativo, ma come veicolo di inclusione sociale. Grazie al suo impegno, discipline come nuoto, atletica, pallacanestro e tiro con l'arco furono integrate nei programmi sportivi per persone con disabilità. Negli anni successivi, l'INAIL sostenne il progetto, promuovendo

³³International Olympic Committee, *La Carta Olimpica*, 1999. Documento disponibile al seguente sito: <https://olympics.com/ioc> (consultato in data 20 agosto 2025).

³⁴ Organizzazione delle Nazioni Unite, *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità*, 2006. Documento disponibile all'indirizzo https://www.unicef.it/Allegati/Convenzione_diritti_person_e_disabili.pdf (consultato in data 20 agosto 2025).

³⁵ Consiglio D'Europa, *Carta Europea dello Sport per tutti*, Bruxelles, 1976. Documento in italiano disponibile al sito: https://unipd-centrodirittiumani.it/public/docs/88_01_129.pdf (consultato in data 20 agosto 2025).

³⁶Borgogni A., Mabel G., *L'attività motoria inclusiva. Traiettorie didattiche e progettuali per la disabilità*, Edizioni Studium, Roma 2023, p.51.

lo sport come mezzo di recupero e benessere. Nel 1974 nacque l'Associazione Nazionale Sport Paraplegici Italiani (ANSPI), che nel 1978 si trasformò in Federazione Italiana Sport Handicappati (FISHa), ottenendo nel 1981 l'adesione al CONI. A queste seguirono la Federazione Italiana Cechi Sportivi (FICS) e la Federazione Sportiva Silenziosi Italiani (FSSI), che nel 1990 confluirono nella Federazione Italiana Sport Disabili (FIDS), riconoscendo pari dignità a tutte le forme di disabilità. Nel 2005, la nascita del Comitato Italiano Paralimpico (CIP) ha segnato un ulteriore passo verso la piena istituzionalizzazione dello sport paralimpico, che nel 2015 ha ottenuto lo status di ente pubblico, consolidando il suo ruolo nella promozione dell'inclusione attraverso lo sport. Dunque, l'inclusione sportiva è uno dei pilastri fondamentali per costruire una società più equa, aperta e solidale. Non si tratta solo di permettere a tutti di partecipare alle attività sportive, ma di creare ambienti in cui ogni persona, indipendentemente dalle proprie abilità, condizioni fisiche, culturali o sociali, possa sentirsi accolta, valorizzata e parte integrante del gruppo. L'inclusione sportiva è molto più di una semplice partecipazione: è un potente strumento di trasformazione sociale.

CAPITOLO 3

STRATEGIE E METODI PER L'EDUCAZIONE MOTORIA INCLUSIVA

3.1 Metodo di facilitazione dello sviluppo delle cerebro-potenzialità (FSC)

Il Metodo FSC – Facilitazione dello Sviluppo delle Cerebropotenzialità è un approccio innovativo, semplice ed efficace, volto alla diagnosi precoce e alla terapia riabilitativa di eventuali ritardi psicomotori nei bambini. Nato dall'esperienza pluridecennale del Dott. Mario Castagnini, medico neurologo e riabilitatore, il metodo si fonda su solide basi scientifiche, come la neuroplasticità del cervello infantile e integra tecniche provenienti da diversi approcci riabilitativi, tra cui quello del Dott. Vojta, arricchite da varianti e innovazioni che ne potenziano l'efficacia³⁷.

Il metodo del Dott. Vojta, viene anche chiamato *"locomozione riflessa"*, ed è una tecnica fisioterapica che attiva schemi motori innati attraverso la stimolazione manuale di zone corporee specifiche, provocando movimenti riflessi globali. Sviluppato dal neurologo intorno alla metà del Novecento, questo metodo viene usato per riabilitare bambini, ma anche adulti, con patologie quali paralisi cerebrale e disturbi motori, mirando al recupero di schemi motori "sani". Gli esercizi, che devono essere eseguiti anche a casa, si basano sull'attivazione di due complessi locomotori principali: lo strisciamento riflesso e il rotolamento riflesso. Lo strisciamento riflesso nel Metodo Vojta è un modello di locomozione attivato tramite pressione su specifiche zone del corpo in posizione prona, fondamentale per la riattivazione degli schemi motori

³⁷ Si vedano: [Metodo FSC - Facilitazione dello sviluppo delle cerebro potenzialità – Stefano Jori Osteopata](#) (consultato in data 5 settembre) , [Metodo FSC - I Bimbi di Mario](#) (consultato in data 5 settembre).

globali, mentre, il rotolamento riflesso è un modello di locomozione attivato tramite pressione su specifiche zone del corpo in posizione supina o decubito laterale³⁸.

Dunque, attraverso una valutazione attenta e una terapia manuale strutturata, il metodo FSC favorisce lo sviluppo neuropsicomotorio fisiologico, attivando schemi innati mediante stimoli specifici e posture adeguate, proprio come il metodo della locomozione riflessa. La terapia del metodo di Facilitazione dello Sviluppo delle Cerebropotenzialità si basa sul concetto di locomozione facilitata, ossia si cerca attraverso particolari stimoli posturali, di sollecitare una risposta di locomozione spontanea che facilita lo sviluppo fisiologico del bambino. In sostanza ci si cerca di far ripercorre al bambino le normali tappe dello sviluppo motorio mediante stimolazioni appropriate. Si tratta di un intervento riabilitativo di tipo fisiologico, volto a sostenere lo sviluppo naturale del bambino, e può essere applicato anche in assenza di segni clinici.

Una caratteristica fondamentale della terapia è la frequenza di applicazione, le sessioni, della durata di 20 minuti ciascuna vengono ripetute quattro volte al giorno, e prevedono il coinvolgimento attivo dei familiari, debitamente formati da specialisti certificati FSC, rendendo il percorso terapeutico partecipativo e sostenibile³⁹. L'applicazione e la diffusione del Metodo FSC – Facilitazione dello Sviluppo delle Cerebropotenzialità – sono curate dall'Associazione Ricerca e Sviluppo delle Cerebropotenzialità 'A.R.C. i Nostri Figli' ONLUS, che ne promuove l'efficacia dimostrata nel supportare migliaia di bambini in tutto il mondo, favorendo il raggiungimento armonioso delle loro potenzialità.

L'obiettivo principale del Metodo FSC – Facilitazione dello Sviluppo delle Cerebropotenzialità – è favorire il corretto sviluppo neuropsicomotorio del bambino,

³⁸ Vojta V., Annegret P., I principi fondamentali della metodica Vojta, Raffaello Cortina Editore, 1994.

³⁹ Si veda: [Metodo FSC – Facilitazione dello Sviluppo delle Cerebropotenzialità – OsteoHug](#) (consultato in data 5 settembre).

sia in chiave preventiva che terapeutica, attraverso la valutazione e la diagnosi precoce di eventuali ritardi. Infatti, lo sviluppo del bambino avviene in tappe regolari durante le quali acquisisce progressivamente nuove capacità e posture in base all'età. Se la sua età neuropsicomotoria corrisponde all'età anagrafica, il bambino è considerato in salute; in caso contrario, è necessario approfondire l'analisi, poiché il ritardo potrebbe rappresentare un primo segnale di rischio per uno sviluppo patologico⁴⁰. Proprio per questo il Metodo FSC, attraverso tecniche specifiche e un approccio mirato, consente di intervenire tempestivamente per prevenire o ridurre difficoltà nello sviluppo motorio e potenziare le competenze innate del bambino, promuovendo così un percorso di crescita armonioso e naturale. Sappiamo, infatti, come sia difficile fare diagnosi in bambini nei primi mesi di vita, ma è proprio in questo periodo che bisogna applicare il metodo FSC perché è proprio nei primi mesi di vita che la terapia risulterà nel tempo più efficace. L'esperienza dimostra che, per ottenere un buon risultato, un programma terapeutico di riabilitazione neuropsicomotoria precoce deve prevedere la diagnosi e la valutazione tempestiva come elementi indispensabili⁴¹.

3.2 *Special Olympics*

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 sociali⁴². 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 soggetti⁴³, in special modo per bambini e adolescenti con disabilità. Lo

⁴⁰ Castagnini M., *È nato un bimbo. Consigli alle Famiglie per una crescita armoniosa dei loro Bimbi nel Primo anno di Vita*, A.R.C i nostri figli, Verona 2016.

⁴¹ Si veda: [Metodo FSC Castagnini | ELISA DOZIO](#) (consultato in data 5 settembre).

⁴² De Pascalis P., *Il giovane campione: lo sviluppo psicomotorio in età evolutiva. Il ruolo della motricità*, Aracne, 2010, Roma.

⁴³ 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).

sport, come disciplina dedicata ai bambini e alle persone con disabilità, nasce nel 1948, nel secondo dopoguerra, con il neurologo tedesco Ludwig Guttmann, nell'Ospedale di Stoke Mandeville in Inghilterra. Il Dottor Guttmann, concentrandosi sui disabili motori, in particolare i veterani che avevano riportato lesioni al midollo spinale durante il conflitto mondiale, introdusse un innovativo ed efficace strumento di riabilitazione: lo sport⁴⁴. Attraverso l'attività sportiva, questi pazienti iniziarono a sviluppare la muscolatura di braccia e gambe, ottenendo risultati superiori rispetto a quelli raggiunti con le tradizionali tecniche riabilitative. L'obiettivo era quello di garantire loro una qualità di vita soddisfacente e offrire l'opportunità di reintegrarsi come membri attivi nella comunità⁴⁵. Alle sue idee si devono le origini del movimento paralimpico.

La nascita di Special Olympics nel 1968 si deve a Eunice Kennedy Shriver, nata a Brookline nel 1921, quinta di cinque figli e sorella del 35° Presidente degli Stati Uniti d'America, John Fitzgerald Kennedy. Eunice Kennedy Shriver, nutriva già un profondo interesse verso il tema della disabilità, in quanto aveva una sorella, Rosemary, nata con una disabilità intellettiva a causa di complicazioni durante il parto. Lei e Rosemary sono cresciute insieme, facendo sport e passando molto tempo con la loro famiglia. Le sorelle nuotavano, sciavano, giocavano a calcio insieme. Una disabilità, quella della sorella, tenuta segreta, fino a quando la stessa Eunice decise di renderla pubblica⁴⁶. Eunice era convinta che lo sport potesse rappresentare non solo un mezzo per sviluppare le capacità fisiche, cognitive e relazionali delle persone con disabilità, ma anche uno strumento potente di inclusione sociale, per questo motivo nel 1962, diede vita a un'iniziativa rivoluzionaria che avrebbe segnato una svolta nel modo di concepire le disabilità intellettive: il Camp Shriver. Eunice organizzò il primo campo estivo direttamente nel giardino della sua abitazione. L'obiettivo era offrire ai bambini con

⁴⁴ Riccardi R., *Un cuore da campione. Storia di Ludwig Guttmann inventore delle Paralimpiadi*, Giuntina, Firenze 2021.

⁴⁵ Si veda: [Storia dello sport per disabili](#) (consultato in data 8 settembre).

⁴⁶ Si veda: [La storia di Eunice Kennedy Shriver](#) (consultato in data 8 settembre).

bisogni speciali un ambiente accogliente e stimolante, dove potessero partecipare ad attività sportive, divertirsi e sentirsi valorizzati. Questa iniziativa nacque anche in risposta alle gravi lacune del sistema educativo dell'epoca, che non era in grado di fornire programmi estivi adeguati per i bambini con disabilità intellettive. Le istituzioni scolastiche, infatti, non sapevano come gestire le esigenze di questi ragazzi e spesso li escludevano dalle attività ricreative. Il Camp Shriver rappresentò, quindi, un primo passo verso la creazione di un mondo più equo, dove ogni individuo potesse avere l'opportunità di esprimere il proprio potenziale⁴⁷. Camp Shriver continuò per quattro anni, fino al punto in cui qualcosa di più grande e di più vasta portata lo sostituì: Special Olympics. Special Olympics è un programma internazionale di allenamenti e competizioni atletiche per persone con e senza disabilità intellettiva. La fondatrice di Special Olympics è, appunto, Eunice Kennedy, che nel 1968 diede il via ufficiale al movimento con i Primi Giochi Internazionali di Chicago, Illinois. Oggi Special Olympics è riconosciuto dal CIO, Comitato Olimpico Internazionale, e i suoi programmi sono adottati in 174 Paesi. Si calcola che nel mondo ci siano 5.169.489 atleti più di 627.452 i membri di famiglie e 1.114.697 i volontari che ogni anno collaborano alla riuscita di 103.540 grandi eventi nel mondo⁴⁸. Dunque, la missione di Special Olympics va ben oltre la semplice pratica sportiva. Essa rappresenta un potente strumento di cambiamento culturale, capace di promuovere il rispetto, l'inclusione e la valorizzazione della diversità. In particolare, si rivolge ai giovani, ma il suo impatto si estende all'intera comunità, generando un ambiente più aperto, accogliente e consapevole. Special Olympics ha un obiettivo ambizioso: spostare l'attenzione da ciò che gli atleti non riescono a fare a ciò che invece possono fare, cioè un cambio di prospettiva che trasforma il modo in cui guardiamo alla disabilità. Attraverso

⁴⁷ Si veda: [Camp Shriver - L'inizio di un movimento](#) (consultato in data 8 settembre).

⁴⁸ Si veda: <https://www.specialolympics.it/wp-content/uploads/2021/12/factsheetSO2021-1.pdf> (consultato in data 8 settembre).

programmi sportivi che si svolgono durante tutto l'anno, Special Olympics offre a bambini e adulti con disabilità intellettive l'opportunità di allenarsi, gareggiare e vivere lo sport come esperienza di crescita. Non si tratta solo di migliorare il benessere fisico, ma di coltivare il coraggio, la gioia di partecipare e il senso di appartenenza. In ogni competizione, in ogni allenamento, si mettono in campo abilità straordinarie. Si creano legami autentici tra atleti, tecnici, volontari e familiari⁴⁹. Si vivono esperienze che lasciano il segno, che costruiscono ponti e abbattano barriere. Inoltre, per introdurre i bambini, dai 2 ai 7 anni di età, al mondo dello sport, Special Olympics ha studiato il programma Young Athletes, che coinvolge i bambini con disabilità intellettiva in attività di gioco studiate per favorire il loro sviluppo fisico, cognitivo e sociale, ma anche per dare il benvenuto ai loro familiari nel sistema di supporto di Special Olympics e per far crescere la consapevolezza sulle capacità dei bambini con disabilità intellettiva tramite la partecipazione integrata di coetanei in eventi dimostrativi. Le diverse ricerche scientifiche, evidenziano, infatti, 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 tipico⁵⁰.

Dal 1983 è presente, anche, Special Olympics Italia, riconosciuta dal CONI e dal CIP, e opera in tutte le regioni attraverso Team Special Olympics che preparano gli atleti nelle diverse discipline sportive. Sono circa 18.000 gli Atleti e 7.556 i volontari che ogni anno contribuiscono all'organizzazione di 204 eventi. Special Olympics Italia collabora, inoltre, con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, attraverso il "Progetto Scuola", un progetto che propone iniziative formative rivolte agli insegnanti e incentiva una maggiore socializzazione tra tutti gli studenti, attraverso la

⁴⁹ Si veda: [La nostra storia | Special Olympics Italia](#) (consultato in data 8 settembre).

⁵⁰ Si veda: <https://www.specialolympics.it/wp-content/uploads/2021/12/factsheetSO2021-1.pdf> (consultato in data 8 settembre).

partecipazione ad eventi sportivi, per un futuro che non guardi alle differenze ma alle persone, che non parli esclusivamente di integrazione ma di inclusione⁵¹.

3.3 Comitato Insieme si può A.P.S Per l'inclusione e diritti della disabilità

Il Comitato Insieme si può A.P.S. è un'organizzazione nata a Chioggia nell'anno 2024, nonché mia città natale, che promuove l'inclusione e i diritti delle persone con disabilità. Tale associazione nasce dalla pressante esigenza di un gruppo di famiglie del territorio, e limitrofi, circa 60, all'interno delle quali è presente una persona con bisogni speciali, di creare una struttura organizzata e riconosciuta, capace di dialogare in modo efficace con le istituzioni pubbliche e le realtà private, per proporre soluzioni, segnalare criticità e contribuire concretamente al miglioramento dei servizi esistenti e allo sviluppo di nuove iniziative." L'obiettivo è fare in modo che vengano rispettati i diritti delle persone con disabilità. Il comitato, dunque, si propone di collaborare attivamente con le istituzioni, offrendo un contributo concreto e costruttivo. Intende agire come interlocutore unico e coordinato, evitando sovrapposizioni e richieste frammentate. L'obiettivo è formulare proposte mirate e ben strutturate, in modo da favorire risposte altrettanto precise, efficaci e orientate al miglioramento. Un' entità che deve comunque poter farsi portavoce non solo di una determinata fragilità o disabilità, ma che possa abbracciare in maniera molto più ampia il mondo della disabilità, valorizzando la pluralità delle esperienze già presenti al suo interno. Proprio per questo si è costruito un vero e proprio comitato che, in maniera trasversale e senza vincoli di tipo associazionistico, possa muoversi in rappresentanza di tutti i suoi appartenenti e non solo, creando quel collegamento mancante proprio tra il cittadino e le istituzioni stesse, poiché, in molti casi, proprio la voce dei cittadini più fragili stenta ad essere ascoltata. Per questo, in maniera spontanea e naturale, l'associazione ha preso il nome di Insieme si può, che ad oggi non è più solo un nome, ma ma un vero e proprio senso di appartenenza ad una visione collettiva di convivenza, di aiuto e

⁵¹ Si veda: [Special Olympics Italia | Sport per Disabilità Intellettiva](#) (consultato in data 8 settembre).

supporto reciproco, in contrapposizione al pensiero della società odierna che sembra avere la tendenza a far primeggiare sempre di più l'individualismo del singolo e l'aiuto fine a se stesso. Per questo motivo, attraverso iniziative pratiche, come dimostra la recente inaugurazione di una passerella per consentire l'accesso alla spiaggia, l'associazione punta a sensibilizzare il territorio sull'importanza dell'inclusione e dei diritti delle persone con disabilità. Tale progetto è un esempio di come il Comitato Insieme si può A.P.S. collabori con altre realtà, tra cui: Ascot, cioè l'Associazione Operatori Balneari , Gebis, cioè l'associazione che raggruppa le spiagge più importanti di Sottomarina e Isolaverde a Chioggia, Cisa camping, cioè l'associazione che riunisce i migliori Camping Village presenti a Chioggia e il Comune di Chioggia. Dunque, insieme si può migliorare la nostra comunità per il bene di tutti, soggetti fragili compresi, perché il cambiamento oltre che un dovere diventi una grande opportunità di miglioramento collettivo⁵².

⁵² Si veda: [COMITATO INSIEME SI PUÒ A.P.S. per l'inclusione e diritti della disabilità | Facebook](#) (consultato in data 8 settembre).

CONCLUSIONI

Il percorso di ricerca e riflessione sviluppato in questa tesi ha messo in luce come il movimento rappresenti un elemento centrale e imprescindibile nello sviluppo globale del bambino, e ancor più nei bambini con disabilità nella fascia d'età zero-tre anni. In questa fase delicata e ricca di potenzialità, il corpo diventa il primo strumento di comunicazione, esplorazione e relazione, capace di attivare processi cognitivi, emotivi e sociali fondamentali per la crescita. Attraverso l'analisi delle tappe dello sviluppo motorio, delle diverse tipologie di disabilità e delle strategie inclusive adottate nei contesti educativi e sportivi, è emersa una visione pedagogica che valorizza il movimento non solo come funzione biologica, ma come linguaggio educativo e relazionale. Il corpo, infatti, non è mai neutro: è portatore di significati, emozioni e possibilità, e va sostenuto con attenzione, competenza e sensibilità. L'educazione motoria inclusiva, come dimostrano esperienze virtuose quali il Metodo FSC, i programmi Special Olympics e le iniziative territoriali come il Comitato "Insieme si può", si configura come uno strumento potente per promuovere l'autonomia, la partecipazione e il benessere dei bambini con disabilità. Essa richiede un lavoro sinergico tra famiglie, educatori, terapisti e istituzioni, capace di costruire ambienti accoglienti, stimolanti e rispettosi delle unicità di ciascun bambino. In conclusione, investire nel movimento significa investire nella dignità, nella libertà e nel futuro dei bambini. Significa riconoscere che ogni corpo ha diritto di muoversi, esprimersi e appartenere. E significa, soprattutto, credere che l'inclusione non sia un obiettivo da raggiungere, ma un principio da vivere, ogni giorno, in ogni gesto, in ogni relazione.

BIBLIOGRAFIA

- Batacchi M.W., *Lo sviluppo emotivo*, Laterza editori, Bari 2004.
- Block M.E., Volger E.W., *Inclusion in regular physical education: The research base*, in *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 65(1), 1994, pp. 40–44.
- Borgogni A., Mabel G., *L'attività motoria inclusiva. Traiettorie didattiche e progettuali per la disabilità*, Edizioni Studium, Roma 2023.
- Castagnini M., *È nato un bimbo. Consigli alle Famiglie per una crescita armoniosa dei loro Bimbi nel Primo anno di Vita*, A.R.C. i nostri figli, Verona 2016.
- Cermak S.A., Larkin D., in Zoia S., *Lo sviluppo motorio del bambino*, Carocci, Roma 2001.
- Cesaro A., *Asilo nido e integrazione del bambino con disabilità*, Carocci Faber, Roma 2015.
- De Pascalis P., *Il giovane campione: lo sviluppo psicomotorio in età evolutiva. Il ruolo della motricità*, Aracne, Roma 2010.
- Goodwin D.L., Watkinson E.J., *Inclusive physical education from the perspective of students with physical disabilities*, in *Adapted Physical Activity Quarterly*, 17(2), 2000.
- Lewin K., *Teoria dinamica della personalità*, tr. it., Giunti e Barbéra, Firenze 1965.
- Lowen A., *Il linguaggio del corpo*, Universale Economica Feltrinelli, Firenze 2022.
- Lucangeli D., Vicari V., *Psicologia dello sviluppo*, Mondadori Università, 2019.
- Montessori M., *Il metodo della pedagogia scientifica applicato all'educazione infantile nelle Case dei bambini*, Maglione, 1970.
- Pento G., Sichi R., *Al Nido con il corpo. Educare al corpo e al movimento al nido*, Editore Fulmino, 2021.
- Petter G., *Psicologia e scuola dell'infanzia*, Giunti, Firenze 1997.
- 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*, 41(6 Suppl 3), 2016.

Riccardi R., *Un cuore da campione. Storia di Ludwig Guttmann inventore delle Paralimpiadi*, Giuntina, Firenze 2021.

Ricci L., *Accogliere le diversità nei servizi educativi per l'infanzia: i bambini con bisogni speciali*, in *Rivista italiana di Educazione familiare*, n. 2–2016.

Ricerca e sviluppo Erikson, *Disabilità intellettiva a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti*, Centro Studi Erikson, Trento 2014.

Rosbald B. (1966), in Zoia S., *Lo sviluppo motorio del bambino*, Carocci, Roma 2004.

Schianchi M., *Disabilità e relazioni sociali. Temi e sfide per l'azione educativa*, Carocci Editore, Roma 2021.

Soresi S., *Psicologia delle disabilità e dell'inclusione*, Il Mulino/Strumenti, Lavis 2024.

Trevarthen C., Aitken K.J., *Infant intersubjectivity: Research, theory and clinical applications*, in *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Fred Volkmar, 2001.

Vojta V., Annegret P., *I principi fondamentali della metodica Vojta*, Raffello Cortina Editore, 1994.

Zoia S., *Lo sviluppo motorio del bambino*, Carocci Editore, Roma 2014.

SITOGRAFIA

Articolo universitario: <https://oppi.it/wp-content/uploads/2024/04/07-15-mente-e-corpo.pdf> (consultato in data 15 luglio);

Consiglio D'Europa, Carta Europea dello Sport per tutti, Bruxelles, 1976. Documento in italiano disponibile al sito: https://unipd-centrodirittumani.it/public/docs/88_01_129.pdf (consultato in data 20 agosto 2025);

CTS VENEZIA: Centro Territoriale di supporto per le nuove tecnologie nella didattica inclusiva: <https://www.ctsvenezia.it/newsite/index.php/percorsi-guidati-disabilita/motoria> (consultato in data 13 agosto);

International Olympic Committee, *La Carta Olimpica*, 1999. Documento disponibile al seguente sito: <https://olympics.com/ioc> (consultato in data 20 agosto 2025);

Organizzazione delle Nazioni Unite, *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità*, 2006. Documento disponibile all'indirizzo https://www.unicef.it/Allegati/Convenzione_diritti_person_e_disabili.pdf (consultato in data 20 agosto 2025);

Parte del gruppo GEDI e la Repubblica: <https://www.alfemminile.com/genitorialita/corpo-e-mente-perche-il-movimento-e-fondamentale-nello-sviluppo-dei-bambini/> (consultato in data 15 luglio);

Società verticale: <https://www.accessiway.com/blog/la-storia-della-disabilita-un-riassunto-per-capire-il-presente> (consultato in data 19 agosto);

Sito web: [COMITATO INSIEME SI PUÒ A.P.S. per l'inclusione e diritti della disabilità | Facebook](#) (consultato in data 8 settembre);

Sito web: <https://www.disabilinew.com/disabilita-intelettiva-cose-tipologie-come-riconoscerla/> (consultato in data 17 agosto);

Sito web: <https://www.disabilinews.com/tipi-di-disabilita-classificazioni-e-gradi/> (consultato in data 17 agosto);

Sito web: [La nostra storia | Special Olympics Italia](#) (consultato in data 8 settembre);

Sito web: [La storia di Eunice Kennedy Shriver](#) (consultato in data 8 settembre);

Sito web: [Metodo FSC - Facilitazione dello sviluppo delle cerebro potenzialità – Stefano Jori Osteopata](#) (consultato in data 5 settembre);

Sito web: [Metodo FSC - I Bimbi di Mario](#) (consultato in data 5 settembre); Sito web: [Metodo FSC – Facilitazione dello Sviluppo delle Cerebropotenzialità – OsteoHug](#) (consultato in data 5 settembre);

Sito web: [Metodo FSC Castagnini | ELISA DOZIO](#) (consultato in data 5 settembre);

Sito web: [Special Olympics Italia | Sport per Disabilità Intellettiva](#) (consultato in data 8 settembre);

Sito web: [Storia dello sport per disabili](#) (consultato in data 8 settembre).

Sito web: <https://www.specialolympics.it/wp-content/uploads/2021/12/factshhetSO2021-1.pdf> (consultato in data 8 settembre);

Tesi di laurea: <https://thesis.unipd.it/handle/20.500.12608/57641> (consultato in data 14 luglio);

Tesi di laurea di Emanuela Caruso: <https://thesis.unipd.it/retrieve/844e8465-2433-4d7b-adff-8d5a385ee5b7/tesi.%202023%201%20%281%29%20a.pdf> (consultato in data 9 luglio);

Università degli Studi di Palermo: https://www.unisa.it/centri_e_vari/ops/areetematiche/disabilita (consultato in data 22 luglio);

RINGRAZIAMENTI

*A loro, l'ottava meraviglia del mondo,
le stelle più belle del firmamento,
la perfetta metà combaciante
tanto decantata da Platone.
Alla mia famiglia, il pilastro fondamentale
della mia vita vita
che ha sempre creduto in me.*

*Alle mie nonne, custodi di saggezza
e dolcezza, che con il loro amore
hanno reso possibile ogni mio passo.
A chi non è più con me,
a chi continua a vivere nei miei ricordi,
ai miei nonni che non smettono
mai di mancarmi.*

*A Gaja, l'altra metà del mio cuore.
Per i giorni che non ti ho dedicato.
Non sai quante volte io mi sia nutrita
del tuo coraggio, che tutti hanno
scambiato per mio. Per quanto la
vita ci porterà, tu sarai sempre casa.*

*A tutti i bambini che ho incontrato,
a quelli che incontrerò.
Spero di essere alla vostra altezza.*

*E infine, a me che ho deciso di stringere
i denti e andare avanti. Alla luce dentro
di me che ho tante volte lasciato spegnersi,
oggi brilla più che mai.
A tutti coloro che, come me, non sono mai
stati un 10 o un 100 sui libri, ma
sono un mille nella vita.*

