



***I DISABILI E LO SPORT:
Una Trattazione Psicologica***

INTRODUZIONE

Le Paraolimpiadi sono l'appuntamento più importante per l'élite degli atleti con disabilità. La filosofia fondamentale del movimento Paralimpico è di dare a questi campioni di livello mondiale le stesse opportunità ed esperienze di quelle raggiunte dagli atleti normodotati.

Il 28 Luglio del 1948, in concomitanza con la cerimonia di apertura delle Olimpiadi di Londra, si tennero i primi *Giocchi di Stoke Mandeville* che nel 1952 divennero internazionali fino ad inserirsi nel contesto delle Olimpiadi di Roma del 1960. Vi presero parte 400 atleti para e tetraplegici provenienti da 23 Paesi, impegnati in 8 discipline sportive. Da allora le Paraolimpiadi sono sempre state organizzate con cadenza quadriennale nel medesimo anno in cui si effettuavano le Olimpiadi.

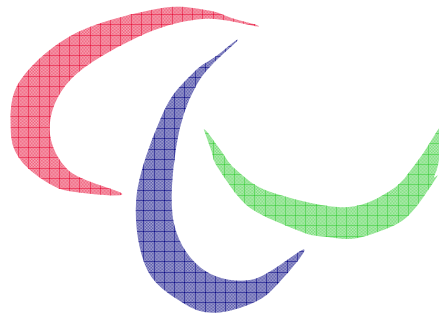
Nel 1964 a Tokyo appare per la prima volta lo stendardo e l'inno delle Paraolimpiadi e vengono introdotte nuove discipline.

Nel 1988 (VIII edizione dei Giochi Paralimpici) a Seul gli atleti disabili hanno utilizzato per la prima volta gli stessi impianti e la stessa logistica dei Giochi Olimpici per normodotati.

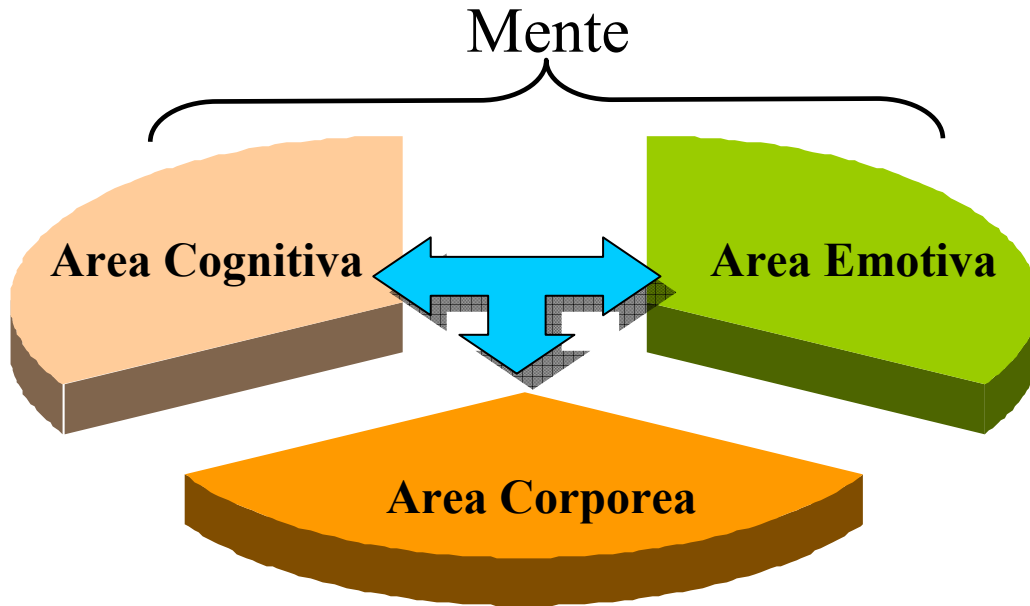
Negli anni il movimento Paralimpico ha aggiunto nuove classi di partecipanti con diverse disabilità: fisiche, sensoriali e mentali. Inoltre, il numero degli atleti è sempre aumentato: dai 400 partecipanti alle Paraolimpiadi di Roma del 1960 a più di 4000 all'ultima edizione dei Giochi di Atene 2004.

Anche il termine Paralympics ha acquisito nel tempo un diverso significato, inizialmente **Paralympics** voleva intendere, quando fu creato, **Giochi Olimpici per Paraplegici**, oggi, il prefisso “para” vuole invece indicare che i giochi sono **paralleli** e assolutamente **complementari** alle Olimpiadi per normodotati.

Come le Olimpiadi hanno i loro cerchi colorati, anche le Paraolimpiadi hanno un loro logo:



1. LA PERSONA: verso un'Integrazione tra Mente e Corpo.



Stimoli Corporei → Risposte Psicologiche

Stimoli Psicologici → Risposte Corporee



Integrazione tra Mente e Corpo

=

Unità Psicofisica

■ **Processi sensoriali, percezione, attenzione, pensiero, memoria, linguaggio, motivazione e apprendimento**

■ **Le emozioni sono state definite come sistemi di reazione coordinati comprendenti:**
Valutazione degli stimoli
Mutamenti fisiologici
Risposte comportamentali (ad. es. attacco, fuga)
Risonanze affettive
Risonanze cognitive
L'emozione va distinta dal sentimento che ne è il suo vissuto ed è più durevole, stabile e complesso

■ **Strutture anatomo-fisiologiche e funzioni corporee**

PERSONA —————> PERSONALITA'

Il termine latino *Persona* indica la *maschera* indossata dagli attori nelle recite teatrali realizzata appositamente per dare vita al personaggio da mettere in scena.

Personalità: modalità strutturata di Pensiero (Area Cognitiva), Sentimento (Area Emotiva) e Comportamento (Area Corporea) che caratterizza le relazioni di un soggetto con sé stesso, con gli altri e con l'ambiente circostante e che risulta da fattori costituzionali, dello sviluppo e dell'esperienza sociale.

Carattere: il complesso delle caratteristiche individuali e delle disposizioni psichiche che distingue un soggetto dall'altro. E' una combinazione di componenti psichiche individuali che riflette gli elementi di base dell'organizzazione e dello stile della personalità di un dato soggetto.

INTELLIGENZA EMOTIVA: *“capacità di riconoscere i nostri sentimenti e quelli degli altri, di motivare noi stessi, e di gestire positivamente le nostre emozioni, tanto interiormente, quanto nelle relazioni sociali”* **Goleman 1995.**

Le abilità che compongono l'Intelligenza Emotiva sono cinque:

1. Conoscenza delle proprie emozioni

2. Controllo emotivo

3. Motivazione di se stessi

4. Riconoscimento delle emozioni altrui (empatia).

5. Gestione delle relazioni interpersonali

2. IMPORTANZA DEL CORPO E SVILUPPO PSICOMOTORIO

Schema Corporeo: coscienza immediata delle posizioni e degli stati del corpo che permettono all'individuo di relazionarsi con il mondo esterno.



Immagine Psico - Corporea: percezione e vissuto emotivo dell'individuo rispetto al proprio corpo, correlata alla formazione dello schema corporeo.

Movimento: espressione di una corporeità globale, risultato di una costante integrazione tra mente e corpo.

Coordinazione Motoria: controllo e regolazione dell'attività di movimento.

Dal concetto di Unità Psicofisica, allo scopo di favorire lo sviluppo armonico della persona, nasce ***L'EDUCAZIONE PSICOMOTORIA***. La sua peculiarità consiste nel rivolgere l'attenzione alla centralità del corpo e dell'azione.

Lo sviluppo psicomotorio necessita di alcuni fondamentali prerequisiti:

- ✓ integrità fisica e coordinazione motoria;
- ✓ capacità attentive a vari livelli a seconda delle attività da svolgere (*ad es. nel controllo del proprio corpo, nel mantenimento dell'equilibrio e nella capacità di concentrazione*);
- ✓ capacità discriminative sia sul piano visivo che uditivo che permettono l'orientamento spazio-temporale;
- ✓ pensiero simbolico e capacità di astrazione;
- ✓ capacità comunicative e relazionali.

3. UNA NUOVA DEFINIZIONE DI HANDICAP

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) 1980: Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Svantaggi Esistenziali (ICDH).

MENOMAZIONE	DISABILITA'	HANDICAP
<p>Perdita o anomalia permanente a carico di una struttura anatomica o di una funzione: psicologica, fisiologica o anatomica. Esteriorizzazione</p>	<p>Limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività di base (camminare, mangiare, lavorare). Oggettivazione</p>	<p>Condizione di svantaggio, dovuta a menomazione o disabilità, tale da impedire l'adempimento di un ruolo sociale adeguato a: età, sesso e contesto socio-culturale. Conseguenze Sociali</p>



OMS: ICDH-2 Ridefinizione di Disabilità e Handicap

MENOMAZIONE	ATTIVITA' PERSONALI	DIVERSA PARTECIPAZIONE SOCIALE
Perdita o anomalia permanente a carico di una struttura anatomica o di una funzione: psicologica, fisiologica o anatomica. Esteriorizzazione	Limitazioni di natura, durata e qualità (conseguenti a menomazione strutturale o funzionale), tali da impedire le attività di una persona a qualsiasi livello di complessità. Diversamente Abile	Restrizioni di natura, durata e qualità (conseguenti alle interazioni fra le menomazioni, le attività ed i fattori contestuali), tali da limitare una persona in tutte le aree o le sfere della propria vita.

Il disabile sperimenta una crisi nell'Unità Psicofisica dovuta ad una integrazione Mente/Corpo deficitaria. Oggi, la valutazione del paziente affetto da menomazioni non si basa più semplicemente sulla rilevazione dei deficit presenti, bensì sulla quantificazione delle sue abilità residue. E' a partire da ciò che il disabile, attraverso l'educazione psicomotoria, sperimenterà una nuova integrazione Mente/Corpo.

OMS 2001: Classificazione Internazionale del Funzionamento (ICF), della Disabilità e della Salute.

Scopo: fornire un linguaggio standard ed unificato come modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati.

Descrizione dello Strumento

ICF

Funzionamento e Disabilità:

- Funzioni e Strutture Corporee
- Attività e Partecipazione

Fattori Contestuali:

- Fattori Ambientali
- Fattori Personali

DISABILITA': UNA PRIMA DIFFERENZIAZIONE

DISABILITA' CONGENITA:

LIMITAZIONI MOTORIE
INNATE

DISABILITA' ACQUISITA:

LIMITAZIONE O PERDITA
DELLE FUNZIONI VITALI
PER INCIDENTI O
MALATTIE INTERVENUTI
DOPO LA NASCITA

+

DEFICIT
COGNITIVI

PRIMARI

Conseguenti a lesioni
in aree cerebrali
deputate alle funzioni
cognitive superiori
(ad es. il linguaggio).

SECONDARI

Conseguenti alle
limitazioni motorie.

**VISSUTO
PSICOLOGICO:**

**Maggiore facilità
nell'affrontare gli
ostacoli poiché
noti sin dalla
nascita.**

**VISSUTO
PSICOLOGICO:**

**Maggiore
difficoltà
nell'affrontare gli
ostacoli
conseguenti al
trauma subito.**

MODALITA' ED ATTEGGIAMENTI RELAZIONALI:

IL MONDO ESTERNO VERSO I DISABILI

- Pietà
- Indifferenza
- Fastidio
- Spirito iperpropulsivo
- Spirito iperprotettivo
- Coscienza del problema

I DISABILI VERSO IL MONDO ESTERNO

- Indifferenza
- Fastidio
- Protezione
- Solidarietà
- Stimolo

4. CRITERI DI CLASSIFICAZIONE E TIPOLOGIE DI DISABILITA' AFFERENTI AL C.I.P.

PRIMA DEL 1992 → Valutazione del Deficit = Classificazione Medica



Classe di Appartenenza

DOPO IL 1992 → Valutazione del Deficit = Classificazione Medica

+

Valutazione Potenzialità Motorie = Classificazione Funzionale*

Classe di Appartenenza

TRE TIPOLOGIE DI DISABILITA'

FISICA

- *Lesioni Midollari*
- *Lesioni Cerebrali*
- *Amputazioni*
- *Les Autres*

MENTALE

- *Ritardo Mentale*
- *Sindrome di Down*
- *Sindrome Autistica*

VISIVA

- *Non Vedenti*
- *Ipovedenti*

➤ **Lesioni Midollari:** interruzione della trasmissione nervosa tra il Sistema Nervoso Centrale (SNC), il Sistema Nervoso Periferico (SNP) e le nervazioni muscolari e viscerali. Al fine di una corretta interpretazione del trauma è necessario identificare con chiarezza il livello spinale in cui si è prodotto il danno.

• **Paraplegia:** danno al Midollo Spinale

(lesione compresa tra 2[^] vertebra toracica e la 2[^] sacrale).

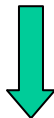
Paralisi parziale o completa di entrambi gli arti inferiori

+ Paralisi parziale o completa del tronco

• **Tetraplegia:** danno al Midollo Spinale Cervicale
(lesione tra la 4[^] vertebra cervicale e la 1[^] toracica).

Paralisi parziale o completa dei quattro arti e del tronco

+ Muscoli respiratori



Eziologia - causa:

Traumatica (incidenti);

Non Traumatica (mielite trasversa, tumori e accidenti vascolari).

1^a fase Shock Midollare da alcuni giorni a qualche settimana: mancanza di riflessi, depressione dell'attività delle cellule nervose, stato di flaccidità muscolare.

2^a fase Spasticità: ritorno dei riflessi con compromissione degli schemi motori e delle capacità di coordinazione motoria.

CLASSE	LESIONE	LOCALIZZAZIONE	ASSENZA	PRESENZA
1A	TETRAPLEGIA	da C4 a C6	Assenza funzioni del polso .	tricipite può agire <u>contro gravità</u> estensione avambraccio (C6) , ma non contro resistenza, flessione avambraccio (C5-C6) .
1B	TETRAPLEGIA	da C4 a C7	Assenza funzioni motorie delle dita della mano.	Estensione avambraccio (C7) anche <u>contro resistenza</u> buona motilità del tricipite , del polso (C6) .
1C	TETRAPLEGIA	da C4 a C8	Assenza funzione adduzione/abduzione dita .	Buona funzione tricipite , estensione avambraccio (C6-C8) , flessione (C7) , estensione polso (C6) , flessione (C8) ed estensione dita (C7) .
II	PARAPLEGIA	da D1 a D5	Nessun equilibrio, mancato uso addominali e intercostali bassi.	Abduzione e adduzione delle dita (D1) .
III	PARAPLEGIA	da D6 a D10	Mancato uso degli addominali bassi, estensori tronco .	Un certo equilibrio: addominali alti (D8-D10) .
IV	PARAPLEGIA (1-20) POLIOMIELETTITE (1-15)	da D11 a L3	Deboli flessori e abduzioni dell'anca .	Buon equilibrio da seduti. Buoni addominali , erettori spinali , flessori anca (L2) e abduzioni .
V	PARAPLEGIA (21-40) POLIOMIELETTITE (16-35)	L4 - L5		Buon equilibrio e buoni muscoli addominali , erettori spinali , quadricipite femorale (L2-L4) per l'estensione della gamba.
VI	PARAPLEGIA (41-60) POLIOMIELETTITE (36-50)	S1 - S3	Un arto, o basso coinvolgimento entrambi arti inferiori .	Flessione della gamba (L4 -S2) , flessione plantare della caviglia (S1) .

• **Poliomielite: virus che colpisce le cellule nervose spinali associate alle funzioni motorie.**

Perdita del controllo motorio, atrofia e paralisi dei muscoli (in genere nella parte inferiore del corpo).

Un Poliomiolitico rispetto ad un Paraplegico/Tetraplegico presenta una *sensibilità integra* e non è afflitto da problemi di *spasticità*, di conseguenza il danno non compromette la formazione del suo schema corporeo, come invece accade nel caso di un Paraplegico/Tetraplegico.

➤ Lesioni Cerebrali: possono insorgere prima, durante o dopo la nascita.

Per cerebrolesione si intende un danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura (malattia), tale da determinare una condizione di coma, più o meno protratto, e menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave. Da questa definizione vengono escluse le patologie cronico-degenerative e, di norma, gli esiti di ictus.

Non si ha paralisi dei muscoli ma compromissione della zona cerebrale deputata al controllo motorio e quindi alla regolazione di postura e movimento.

Tipologia del disturbo motorio

- a) Sindrome Spastica: aumento dei riflessi e del tono muscolare;
- b) Sindromi Discinetiche: movimenti involontari;
- c) Sindrome Atossica: deficit della coordinazione dovuta a disturbo dell'equilibrio.

Distribuzione topografico-corporeo

- a) Monoplegia: paralisi di un solo arto;
- b) Paraplegia;
- c) Emiplegia: paralisi di un emisoma destro o sinistro;
- d) Triplegia: paralisi di tre arti;
- e) Tetraplegia;
- f) Diplegia: paralisi bilaterale del tono e del movimento di 2 su 4 arti (prevalentemente quelli inferiori);
- g) Paresi: paralisi parziale della motilità volontaria dei muscoli;
- h) Anchilosi: blocco dell'articolazione.

Si distinguono in base a

CLASSE	LESIONE	PROFILO FUNZIONALE	POSSIBILITA' OPERATIVE INDIVIDUALI
CP1	TETRAPLEGIA grave SPASTICITA' con o senza Atetosi (mutevole) ATETOSI grave con o senza Spasticità	Efficienza estremamente ridotta; necessitano sempre di un assistente per eseguire qualsiasi movimento; possibilità di movimenti ridotta e ridotta forza funzionale di tutte le estremità; inabili a far girare le ruote di una carrozzina. Controllo statico e dinamico scarso o inesistente del tronco.	Gare su carrozzina elettrica , lanci, anche se con ridotte capacità. E' possibile l'opposizione del pollice con l'indice che permette di fare presa. Potrebbero avere una funzionalità statica adeguata della mano ma minore funzionalità nei lanci.
CP2 Superiore	TETRAPLEGIA con residuo funzionale delle braccia SPASTICITA' con o senza Atetosi ATETOSI grave	Residua funzionalità motoria degli arti superiori sufficiente a sospingere la carrozzina con le proprie braccia, sia pure con difficoltà; la chiave di valutazione è la funzionalità della mano.	Possiede presa cilindrica o sferica e può dimostrare sufficiente destrezza per tirare o maneggiare un pallone, ma dimostra una presa ed un rilascio scarsi. Nelle gare di corsa la propulsione della carrozzina avverrà con uno o due braccia , ma la spinta sarà limitata dalla scarsa capacità di controllo e del grado di spasticità.
CP2 Inferiore	TETRAPLEGIA con residuo funzionale delle gambe SPASTICITA' con o senza Atetosi ATETOSI grave	Residua funzionalità motoria degli arti inferiori sufficiente a sospingere la carrozzina con le gambe stesse; un dimostrabile grado di funzionamento in uno o in entrambi gli arti inferiori, che permette la propulsione di una sedia a rotelle avanti e indietro.	Modesto controllo del tronco e degli arti superiori; nelle gare di corsa la propulsione della carrozzina avverrà solamente con i piedi.
CP3	EMIPLEGIA grave o TETRAPLEGIA lieve simmetrica o asimmetrica	Emiplegia con quasi piena <i>forza funzionale nell'arto superiore dominante</i> . Discreta spasticità .	Può muovere una sedia a rotelle in modo indipendente. La funzione della mano dominante può mostrare efficacia nelle prese cilindriche e sferiche, con scarsa destrezza delle dita nel rilascio ad esempio del peso e del disco. Per differenziare la 3 ^a con la 4 ^a classe sono importanti la mobilità del tronco nella propulsione della sedia a rotelle e la mobilità della mano .



CLASSE	LESIONE	PROFILO FUNZIONALE	POSSIBILITA' OPERATIVE INDIVIDUALI
CP4	DIPLEGIA da moderata a grave	La diplegia implica la presenza di maggiore spasticità negli arti inferiori piuttosto che in quelli superiori. Possono usare anche le stampelle, ma non nelle gare dove usano la carrozzina.	Buona forza funzionale con limitazione o problemi di controllo minimi degli arti superiori e del tronco. Normale forza funzionale degli arti superiori. Funzionalità normale della mano. La limitazione, se presente, appare solo durante i movimenti rapidi e il rilascio degli attrezzi.
CP5	DIPLEGIA simmetrica o asimmetrica di media gravità TRIPLEGIA moderata	Spasticità in una o entrambe le gambe. Uso saltuario della carrozzina. L'individuo può aver bisogno di stampelle per camminare, ma non necessariamente per stare in piedi o per lanciare. Uno spostamento del centro di gravità può portare ad una perdita di equilibrio.	Buona efficienza degli arti superiori; in una prima fase di avviamento sono controindicati saltelli sul posto ed in avanzamento. Sono invece consigliati salti in basso da moderata altezza. Alcuni atleti con diplegia e spasticità lieve possono avere funzionalità sufficiente per correre sulla pista. Funzionalità normale della mano nella presa cilindrica/sferica; opposizione, presa e rilascio nella mano dominante.
CP6	ATETOSI o ATASSIA lieve TETRAPLEGIA e SPASTICITA' con possibilità di deambulazione	Non necessitano di carrozzina. Difficoltà di controllo motorio nei quattro arti. Sono difficili da realizzare anche i movimenti esplosivi.	Problemi nel controllo degli arti superiori rispetto alla classe 5^A , e un funzionamento migliore degli arti inferiori specie durante la corsa, anche se l'atetosi può creare problemi nelle partenze delle corse per l'incapacità di rimanere fermi. Tuttavia i movimenti ciclici sono realizzati nel modo migliore.



CLASSE	LESIONE	PROFILO FUNZIONALE	POSSIBILITA' OPERATIVE INDIVIDUALI
CP7	EMIPLEGIA lieve o lievissima Soggetti deambulanti senza ausili	<p>Buona forza funzionale nella parte non affetta. Camminano senza appoggi, ma zoppicano a causa della spasticità.</p> <p>La parte dominante ha uno sviluppo migliore ed un buon proseguimento nel camminare e nel correre. L'atleta ha difficoltà a camminare sui talloni ed ha grande difficoltà nel saltellare sulla gamba lesa.</p>	<p>Hanno un buon controllo dell'emicorpo sano. Possibilità di corsa, lanci ed esecuzione di elementi di giochi sportivi.</p> <p>Quando cammina zoppica con la parte del corpo lesa, cosa che invece scompare quasi del tutto quando corre.</p> <p>Il motivo è che nel deambulare inizia la fase di appoggio posizionandosi su un tallone, cosa molto difficile per chi è affetto da paresi spastica. Nella corsa invece, solo l'avampiede tocca in terra, fornendo supporto e spinta.</p>
CP8	DIPLEGIA, EMIPLEGIA, MONOPLÉGIA, ATETOSI, in forme lievissime	<p>Hanno una buona motilità in diverse attività sportive, anche se rimane un impatto visibile dei seguenti problemi: 1. Evidente riflesso di Babinski* uni o bilaterale, 2. Evidente clono (serie ritmica di contrazioni muscolari, es. 5 uni o bilaterale); 3. Riflessi bruschi o differenza nei riflessi sn/dx.; 4. Atetosi o Atassia, rigidità di uno o più arti; 5. Lieve atrofia o differenza di lunghezza di un arto.</p>	<p>Corse e salti. Giochi sportivi.</p>

* Il Babinski è un riflesso patologico esteroceettivo, normalmente assente nel soggetto sano. Nei soggetti con sindrome piramidale, compare strisciando con un oggetto a punta stondata la pianta del piede in direzione calcagno-dita e si manifesta con l'estensione dell'alluce. Le dita possono seguire o meno l'alluce in una apertura e ventaglio. a volte una reazione in estensione dell'alluce si ottiene anche con una pressione più o meno forte, limitata alla pianta del piede. 21

➤ **Amputazioni** : traumi, tumori maligni, perdita di un'adeguata irrorazione sanguigna.

Perdita di una o più arti.

Tre tipologie di amputazione:

- ✓ **al di sotto del ginocchio e bilaterale:** tipologia più frequente, buon adattamento alle protesi con conseguente recupero locomotorio;
- ✓ **al di sopra del ginocchio:** grande difficoltà nell'uso delle protesi che solitamente comporta l'utilizzo della carrozzina;
- ✓ **estremità superiori:** migliore capacità di adattamento.

SUPPORTI NECESSARI:

- ✓ **Ausili:** strumenti tecnici per compensare le funzioni compromesse;
- ✓ **Ortesi:** Le ortesi sono apparecchi, standard o confezionati su misura, che hanno lo scopo di sostenere una parte del nostro corpo, sostituendosi alla debole forza muscolare di un determinato segmento corporeo.

Si riconoscono:

a) le ORTESI STATICHE – Sono apparecchi che consentono di tenere allineato un segmento corporeo durante le ore diurne o notturne, con lo scopo di cercare di limitare l'insorgenza di retrazioni muscolari e tendinee (tendenza da parte di articolazioni come le anche, le ginocchia e i piedi ad irrigidirsi in flessione).I “corsetti ortopedici” possono considerarsi delle ortesi statiche;

b) le ORTESI DINAMICHE – Sono, principalmente, gli apparecchi che consentono di reggere il carico sugli arti inferiori, quando le forze muscolari deboli non lo permetterebbero. Si possono, così, sfruttare meglio le residue competenze a mantenere la stazione eretta o a spostarsi per pochi passi.

- ✓ **Protesi:** apparecchi che sostituiscono parzialmente o totalmente gli arti amputati.

➤ **Les Autres**: a questa categoria appartengono, per esclusione, tutte le altre patologie non inserite nelle classificazioni precedenti. Citiamo come esempio:

- ridotta modalità passiva delle articolazioni;
- patologie congenite che interessano l'apparato locomotore: nanismo ipofisario, displasia congenita dell'anca, artrogriposi, amelia, dismelia;
- disabilità permanenti causate da: ustioni, ferite, lesioni dell'apparato muscolo scheletrico e del sistema nervoso.

DISABILITA' MENTALE

➤ Ritardo mentale (R.M.):

I. CRITERI DIAGNOSTICI*:

- a) Funzionamento intellettivo al di sotto della media. QI (Quoziente Intellettivo) di circa 70 o inferiore, ottenuto mediante il test del QI;
- b) Concomitanti deficit e compromissioni nel funzionamento adattivo attuale (capacità del soggetto di adeguarsi a standard propri della sua età e del suo ambiente culturale) in almeno due delle seguenti aree:
 - comunicazione;
 - cura della propria persona;
 - vita in famiglia;
 - capacità sociale interpersonale;
 - esordio entro il 18° anno di età.
 - uso risorse della comunità;
 - autodeterminazione;
 - capacità di funzionamento scolastico;
 - lavoro, tempo libero, salute e sicurezza.

II. EZIOLOGIA:

Molteplicità dei fattori eziologici: il R.M. si può considerare come la via finale comune di vari processi patologici che agiscono sul funzionamento del Sistema Nervoso centrale (S.N.C.).

- Nel 30-40% non può essere determinata una eziologia chiara nonostante gli sforzi diagnostici;
- i soggetti con R.M. giungono alla osservazione più per la compromissione del funzionamento adattivo che per punteggi QI < alla media;
- I problemi di adattamento sono più suscettibili di miglioramento di quanto non sia il QI che tende a rimanere stabile.

III. CARATTERISTICHE DESCRITTIVE E DISTURBI MENTALI ASSOCIATI:

Non vi sono caratteristiche specifiche di personalità e di comportamento associate in maniera esclusiva al R.M.

- I soggetti con R.M. hanno una prevalenza di disturbi mentali in comorbilità (associati), stimati a 3 o 4 volte > rispetto alla popolazione generale.
- I disturbi mentali più comunemente associati sono:
 - disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHI);
 - disturbi dell'Umore;
 - disturbi Generalizzati dello Sviluppo (come ad esempio la Sindrome Autistica);
 - disturbi da Movimenti Stereotipati;
 - disturbi Mentali dovuti a Condizioni Mediche Generali (Demenza da trauma cranico).

IV. FATTORI PREDISPONENTI:

- Ereditarietà: 5%;
- Alterazioni precoci dello Sviluppo Embrionale (Sindrome di Down): 30%;
- Condizioni mediche acquisite durante l'infanzia: 5%;
- Influenze ambientali e altri Disturbi Mentali: 15 – 20% (Sindrome Autistica).

LIVELLI DI GRAVITA' DEL RITARDO MENTALE

I livelli che riflettono il grado di compromissione intellettiva sono:

✓ **R.M. Lieve:** QI tra 50 e 70 —————> 85% dei soggetti

I soggetti sviluppano capacità sociali e comunicative dai 0 ai 5 anni di età e spesso non sono distinguibili dai bambini senza R.M. fino ad un'età più avanzata. Prima dei 20 anni possono acquisire capacità scolastiche corrispondenti all'incirca alla V elementare. Con i sostegni adeguati essi sono in grado di vivere con successo nella comunità da soli o in ambienti protetti.

✓ **R.M. Moderato:** QI tra 35 a 55 —————> 10% dei soggetti

La maggioranza acquisisce le capacità comunicative durante la prima fanciullezza e con una moderata supervisione può provvedere alla cura della propria persona; nelle materie scolastiche difficilmente progredisce oltre il livello della II elementare. Durante l'adolescenza la difficoltà nel riconoscere le convenzioni sociali interferisce nelle relazioni con i coetanei. Nell'età adulta la maggior parte riesce a svolgere lavori non specializzati sotto supervisione in ambienti di lavoro protetti.

✓ **R.M. Grave:** QI tra 25 a 40 —————> 3 - 4% dei soggetti

Durante la prima fanciullezza essi solitamente acquisiscono un livello minimo di linguaggio comunicativo ma possono anche non acquisirlo affatto. Nell'età adulta possono essere in grado di svolgere compiti semplici in ambienti altamente protetti. La maggior parte di essi si adatta bene alla vita in comunità, in comunità alloggio o con la propria famiglia .

✓ **R.M. Gravissimo:** QI < 25 —————> 1% dei soggetti

La maggior parte dei soggetti che rientra in tale categoria presenta una condizione neurologica diagnosticata. Tale compromissione è considerevole e lo sviluppo motorio e la capacità di cura della propria persona e di comunicazione possono migliorare solo con un adeguato addestramento.

➤ **Sindrome di Down:**

INCIDENZA: 1 su 650 nascite.

I. CRITERI DIAGNOSTICI: non presente nel DSM IV

II. EZIOLOGIA:

Tale Sindrome (insieme di sintomi) è anche conosciuta come Trisomia 21 in quanto vi è un' alterazione nel corredo genetico dovuta a Tre cromosomi 21 anziché due.

III. CARATTERISTICHE DESCRITTIVE:

Si associa ad un ritardo mentale di entità variabile con un QI tra 25 e 70, dove il livello di gravità moderato è quello più rappresentato.

ANATOMO-PATOLOGICHE:

- ipoplasia corticale;
- ritardo nella mielinizzazione delle fibre nervose;
- cranio microcefalo;
- ipotonia muscolare;
- incompleto sviluppo della lunghezza degli arti;
- linee palmari particolari;
- ipotonia e ipoplasia legamentosa.



Spesso associate a:



- malformazioni dell'apparato cardiovascolare;
- malformazioni dell'apparato endocrino;
- instabilità atlanto-assiale (malformazione delle vertebre cervicali C1 o C2 10% dei casi).

MOTORIE:

- sviluppo motorio e linguaggio rallentati mediamente di 2 o 3 anni;
- spiccato spirito imitativo.

PSICOSOCIALI:

- buone capacità di relazione interpersonale;
- difficoltà sul piano emotivo-comportamentale (tendenza alla messa in atto di comportamenti a volte aggressivi);
- aperture verso il confronto con gli altri.

➤ **Sindrome Autistica:**

INCIDENZA: 10 casi ogni 10.000.

I. CRITERI DIAGNOSTICI:

Triade di sintomi relativi alla *relazione* con gli altri, alla *comunicazione* e al *comportamento*.

Compromissione qualitativa dell'interazione sociale

(per la diagnosi di autismo devono essere presenti almeno due elementi fra i seguenti)

- marcata compromissione nell'uso di svariati comportamenti non verbali, come lo sguardo diretto, l'espressione mimica, le posture corporee ed i gesti che regolano l'interazione sociale;
- incapacità di sviluppare relazioni con i coetanei adeguate al livello di sviluppo;
- mancanza di ricerca spontanea nella condivisione di gioie, interessi ed obiettivi con altre persone, ad esempio non mostrare, portare né richiamare l'attenzione su oggetti di proprio interesse;
- mancanza di reciprocità sociale ed emotiva.

Compromissione qualitativa della comunicazione sociale

(per la diagnosi di autismo deve essere presente almeno un elemento fra i seguenti)

- ritardo o totale mancanza dello sviluppo del linguaggio parlato (non accompagnato da un tentativo di compenso attraverso modalità alternative di comunicazione come gesti o mimica);
- in soggetti con linguaggio adeguato, marcata compromissione della capacità di iniziare o sostenere una conversazione con altri;
- uso di un linguaggio ripetitivo o di un linguaggio eccentrico;
- mancanza di giochi di simulazione vari e spontanei o giochi di imitazione sociale adeguati al livello di sviluppo.

Modalità di comportamento, interessi e attività ristretti, ripetitivi e stereotipati

(per la diagnosi di autismo deve essere presente almeno un elemento tra i seguenti)

- dedizione assorbente ad uno o più tipi di interessi ristretti e stereotipati anomali o per intensità o per focalizzazione;
- sottomissione del tutto rigida ad inutili abitudini o rituali specifici;
- manierismi motori stereotipati e ripetitivi (battere o torcere le mani o il capo, complessi movimenti di tutto il corpo ecc..);
- persistente ed eccessivo interesse per parti di oggetti.

II. EZIOLOGIA: considerata la complessità della **Sindrome Autistica**, non è ancora stata **individuata una causa scientificamente provata.**

III. CARATTERISTICHE DESCRITTIVE:

Una marcata compromissione qualitativa rispetto alle seguenti aree:

- **percezione e reazioni sensoriali insolite;**
- **motricità;**
- **comunicazione e linguaggio;**
- **affettività ed emozioni;**
- **socialità.**

DISABILITA' VISIVA

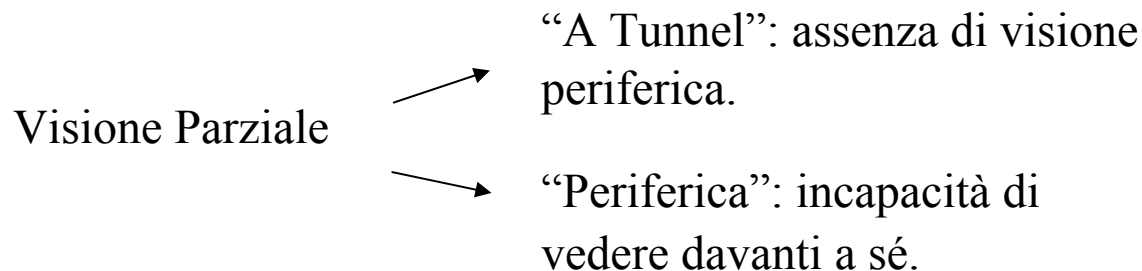
L'80% circa delle informazioni provenienti dal mondo esterno derivano dal canale visivo.

Il deficit visivo può essere:

Congenito → la rappresentazione della realtà esterna deriva da una differente capacità percettiva, risultato dell'integrazione di informazioni provenienti dai canali sensoriali non danneggiati (in particolare: tatto, udito, olfatto).

Acquisito → la rappresentazione della realtà esterna deriva dall'integrazione di informazioni provenienti dai canali sensoriali non danneggiati + le informazioni visive precedenti al danno.

La perdita della vista può essere Parziale o Totale.



In assenza di deficit, il processo visivo consiste in una:

SINCRESI → ANALISI → SINTESI

➤ **Non Vedenti**: Classificazione secondo l'International Blind Sports Association IBSA: B1 = nessuna percezione della luce in entrambi gli occhi in caso contrario incapacità di riconoscere la forma degli oggetti (ad esempio la forma della mano). **Percezione della realtà = ANALISI → SINTESI**

Il videoleso opera fin dall'inizio un'esplorazione analitica dell'ambiente mediante l'uso del tatto e degli altri sensi, per poi giungere ad una rappresentazione mentale sintetica che vede il costituirsi dell'insieme delle parti in precedenza analizzate.

Il deficit della vista non solo rende difficoltoso l'orientamento nello spazio, ma produce anche una impossibilità ad apprendere una sequenza di movimenti attraverso l'osservazione.

Tale apprendimento avviene tramite percezioni tattili, scomponendo una sequenza di movimenti in singoli gesti. Ciò richiede tempi più lunghi poiché la conoscenza che ne consegue, essendo priva di capacità sincretica, è analitica e frammentaria.

ATTEGGIMENTI MOTORI VIZIATI:

- RIGIDITA' GENERALE e CATTIVA POSTURA:** dovuta all'inattività e al timore di urtare negli spostamenti;
- DONDOLIO:** si può riscontrare come conseguenza di una chiusura in se stessi e di una difficoltosa relazione con il mondo esterno;
- ESPRESSIONI MIMICHE FACCIALI POCO CONTROLLATE:** si verificano spontaneamente in assenza di un feedback che ne consenta una “presa di coscienza”. Ad esempio un bambino non vedente impara a parlare con maggiore difficoltà poiché non potendo osservare i movimenti della bocca, utilizza il solo canale uditivo.

➤ **Ipovedenti:** Classificazione secondo l'International Blind Sports Association IBSA:

- B2:** residuo visivo non superiore a 2/60 e/o campo visivo non superiore a 5 gradi;
B3: acuità visiva da 2/60 a 6/60 o campo visivo da 5 a meno di 20 gradi.

Mentre la cecità, nella sua gravità, è una condizione evidente e socialmente riconoscibile, la condizione di un Ipovedente è poco riconoscibile dagli altri. Di conseguenza risulta più difficile provare a “mettersi nei panni” di un Ipovedente rispetto a quanto non lo sia nei confronti di un Non Vedente.

5. LE CLASSIFICAZIONI FUNZIONALI

Si basano su criteri relativi al *gesto tecnico* che svolge l'atleta. Una parte rilevante della valutazione, necessaria per la classificazione, è eseguita direttamente sul campo di gara o nel contesto specifico del gesto sportivo.

Scopo: integrare tra loro atleti con diverse patologie, classificandoli in base alla propria abilità funzionale, per assicurare che essi gareggino con atleti dello stesso livello. I sistemi di classificazione funzionale attribuiscono un punteggio corrispondente alle funzioni che l'atleta disabile può esprimere. Ciò permette il confronto di atleti con diverse patologie poiché a queste vengono attribuiti valori numerici correlabili fra loro.

Le funzioni motorie valutabili sono per tutte le discipline sportive:

- forza muscolare;
- mobilità articolare;
- coordinazione motoria.

6. L'ATLETA DISABILE

Il disabile convive con pesanti modificazioni della propriocezione, della esterocezione, delle sensazioni relative al dolore/piacere; alcuni piaceri gli sono preclusi, alcuni dolori diventano abituali o comunque più frequenti della norma e alcune sensazioni muscolari sono assenti dalla nascita o sono improvvisamente sparite. Il quadro affettivo legato alla propria immagine psichica risente sia dei connotati negativi risultanti dalla propria figura riflessa nello specchio, che del giudizio degli altri. Nell'affrontare un contesto sociale c'è dunque una inibizione determinata dalla coscienza di disporre di un corpo imperfetto.

Queste sono le premesse fondamentali dinnanzi alle quali si trovano sia il disabile che vuole intraprendere l'attività sportiva sia il tecnico che insieme a lui deve affrontare un percorso complesso e a volte difficile. Egli infatti deve fronteggiare sia gli aspetti tecnici della disciplina sia le dinamiche che si sviluppano nella relazione.

In base a quanto espresso finora si può comprendere come il disabile mentale rappresenti una sfida ancor più ardua per il tecnico che si trova a lavorare con lui.

Mentre infatti nel caso della disabilità fisica si assiste ad una compromissione del piano corporeo/motorio e conseguentemente di quello emotivo, nella disabilità mentale la compromissione investe anche il piano cognitivo. Ciò comporta una grande difficoltà, a seconda del grado di disabilità, rispetto alla capacità di:

- percezione e pensiero di se stessi e degli altri;
- elaborazione dei propri ed altrui stati emotivi;
- contenimento dei propri stati emotivi;
- comunicazione con il mondo esterno;
- attenzione;
- apprendimento e memorizzazione;
- Motivazione.

VANTAGGI DELL'ATTIVITA' MOTORIA E SPORTIVA

Per un disabile la pratica regolare dell'attività sportiva riveste i seguenti vantaggi rispetto a:

1- **piano cognitivo:** migliore conoscenza del proprio corpo, dello spazio, del tempo e della velocità;

2- **piano fisico:** incremento della forza muscolare, della capacità di equilibrio, della cinestesia e di coordinazione motoria grazie alle ripetizioni consapevoli e finalizzate degli atti motori;

3- **piano sportivo:** acquisizione delle conoscenze tecniche delle varie discipline sportive, regolamenti e confronti in gara;

4- **piano psicologico:** la pratica sportiva produce uno stato di soddisfazione generale, favorisce la disciplina e l'allenamento che di conseguenza portano al contenimento degli stati emotivi incrementando la capacità di autocontrollo;

5- **piano socio-educativo:** possibilità di aumentare la propria autonomia. Il soggetto è stimolato alla produzione di atti volontari e finalizzati;

Si ribadisce che rispetto ad un soggetto con Ritardo Mentale si assisterà ad una maggior compromissione dei due piani cognitivo e psicologico.

PRINCIPI UTILI PER L'APPRENDIMENTO E PER L'ALLENAMENTO DELL'ATLETA DISABILE

Principio dell'adeguamento alle caratteristiche fisiche e psicologiche dell'allievo: nella metodologia d'insegnamento proposta, il tecnico deve tener conto delle tappe dello sviluppo psicofisico dell'allievo, in quanto la sua capacità di ricezione ed assimilazione di contenuti e proposte pratiche è strettamente correlata alla sua maturazione psicofisica.

Principio dell'individualizzazione: considera le differenze individuali nei **ritmi cinetici**, nell'efficienza e nell'efficacia causate dal deficit motorio. Il tecnico deve saper apprendere e riconoscere questi diversi aspetti, poiché in base a questi sarà possibile una buona programmazione didattica. La funzione socio-educativa dell'attività motoria aiuta l'individuo a sviluppare al massimo le sue potenzialità, evidenziando ciò che egli è già in grado di fare.

Principio della totalità: l'individuo deve essere percepito come unità bio-psichica.

Principio della solidarietà: la ricerca del contatto sociale non dipende da un affetto momentaneo, ma nasce da un'attitudine radicata e dalla necessità di un'azione comune da perseguire in gruppo. L'individuo disabile prima conoscerà se stesso, il suo corpo, in seguito sperimenterà la motricità altrui, imparando ad osservarla, interpretarla e riconoscendone il suo valore espressivo.

Principio di motivazione: lo sport capovolge la situazione in cui si trova il disabile, egli infatti si trova ad aumentare le proprie attività, ampliando il proprio volume di azione e allargando gli orizzonti fisici.

Principio di allenamento: l'allenamento rappresenta la chiave del successo e per la sua programmazione la relazione tra l'allenatore e l'atleta gioca un ruolo decisivo.

Lavorando con i disabili spesso si riscontrano più frequentemente rispetto ai normodotati i seguenti “influssi di disturbo”:

-FATICA;

-EMOZIONE;

-CADUTA DELL'ATTENZIONE;

-DIMINUITO LIVELLO DI CONCENTRAZIONE.

Tali influssi legati più a fattori emozionali e relazionali si prevengono grazie alla messa in atto di strategie operative atte a ridestare sempre curiosità ed attenzione, proponendo gesti possibili che diano piacere alla riuscita dell'esecuzione rinforzando l'autostima e la motivazione a partecipare.

AVVIAMENTO ALL'ATTIVITA' MOTORIA E SPORTIVA PER SOGGETTI CON LESIONI MIDOLLARI E CEREBRALI:

I giovani che rientrano in questa categoria quasi sicuramente hanno trascorso molto del loro tempo nei centri di riabilitazione. A seguito del trauma, infatti, è necessario intraprendere un programma di recupero assistito finalizzato a:

- ridurre e contenere l'insorgenza di reazioni patologiche post-traumatiche transitorie (spasticità e contrazioni cloniche involontarie);
- far acquisire al paziente nuovi schemi comportamentali e motori;
- favorire una ristrutturazione psicologica orientata all'accettazione della menomazione e all'accettazione di sé.

Grande importanza assume la correzione degli atteggiamenti posturali, al fine di evitare attitudini viziate di compenso. La percezione della postura costituisce il primo elemento di acquisizione per la strutturazione dello schema corporeo.

Interventi Riabilitativi: 



Esercizi Posturali:

- mobilizzazione articolare;
- rinforzo muscolare;
- rieducazione al mantenimento dell'equilibrio e deambulazione;
- sensibilizzazione all'uso della carrozzina.

L'obiettivo fondamentale da conseguire, rimane la valida indipendenza in carrozzina, la padronanza cioè di gestire tutti i possibili movimenti con l'attrezzo. E' necessario in tal senso migliorare la mobilità articolare ed incrementare la forza muscolare. Le articolazioni sulle quali bisognerà agire con maggiore cura sono: spalla, gomito e polso.

In particolare per i **TETRAPLEGICI GRAVI** sono indicati esercizi passivi con alternanza di **stiramento e rilassamento**, nei restanti casi, la mobilità articolare potrà essere migliorata con **flessioni e torsioni** del busto sulla carrozzina stessa. A ciò si associano sempre esercizi di stretching.

Rispetto alle **esercitazioni di forza** va particolarmente curata la tonicità dei distretti muscolari degli arti superiori e della muscolatura intervertebrale, evitando però di sollecitare i distretti attigui affetti da paralisi. Sfruttando la struttura della carrozzina stessa è possibile esercitare tutti i distretti muscolari del tronco e degli arti superiori per mezzo dell'utilizzo di elastici.

Nel caso dei cerebrolesi la lateralizzazione, ossia la specializzazione da parte di un emisfero cerebrale di determinate funzioni rispetto all'altro, assume un iter diverso.

Le loro funzioni corticali sono, a causa del trauma, già state demandate da un emisfero all'altro, determinando di conseguenza una dominanza laterale che si specializza con modalità obbligata.

Tale quadro funzionale compromette l'efficienza del controllo anche di quelle attività che la patologia preclude per lesione al sistema nervoso centrale. Queste difficoltà sono dovute a scarsa capacità di coordinazione e di sinergismo di semplici gesti motori, compromettendo la riuscita ottimale delle principali attività vegetative e di relazione.

Un intervento educativo deve porsi come obiettivi prioritari:

- l'educazione e il controllo della respirazione;
- l'equilibrio statico-dinamico;
- la coordinazione della lateralità e dei movimenti crociati;
- la coordinazione senso-motoria;
- la strutturazione spazio-temporale;
- l'educazione posturale;
- il controllo e la gestione del tono muscolare e del rilassamento.

FREQUENTI E TIPICI COMPORTAMENTI ED ATTEGGIAMENTI IN PERSONE AFFETTE DA CEREBROLESIONE

SPASTICI	ATETOSICI
(aumento del tono muscolare)	(movimenti convulsivi lenti e continui)
<ol style="list-style-type: none"> 1. TIMORE ED INSICUREZZA 2. MANCANZA DI FIDUCIA IN SE STESSI 3. REAZIONI STEREOTIPATE 4. MANCANZA DI INTEGRAZIONE AMBIENTALE 5. MEDIOCRE ADATTABILITA' A NUOVE SITUAZIONI 	<ol style="list-style-type: none"> 1. INSICUREZZA 2. COMPORTAMENTO IMMATURO 3. NOTEVOLI VARIAZIONI DI UMORE 4. NOTEVOLE IRRITABILITA' 5. INATTESE ESPLOSIONI COMPORTAMENTALI 6. DIFFICOLTA' NEL LINGUAGGIO 7. GIUDIZIO IRREALISTICO SUI PROPRI DEFICIT 8. ASSENTI O MODESTI GLI STATI D'ANSIA
ATASSICI	EMIPLEGICI
(deficit della coordinazione dovuta a disturbo dell'equilibrio)	(paralisi di un emisoma: destro o sinistro)
Risultano talvolta riconducibili a quelli tipici degli emiplegici.	L'atteggiamento psicologico dell'emiplegico adolescente o adulto per cause traumatiche, chirurgiche o patologiche, si presenta spesso con un "quadro clinico" di tipo depressivo. Nei casi invece di eccessiva euforia, è possibile ipotizzare un eventuale e progressivo decadimento mentale, dovuto molto spesso alla somministrazione di farmaci o a cause degenerative vascolari.

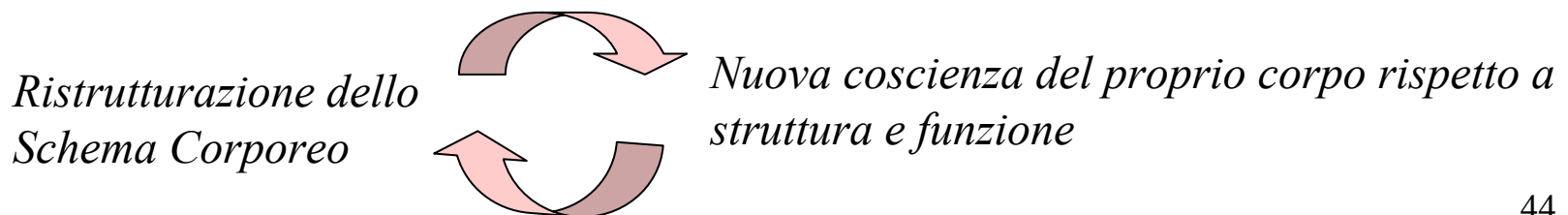
AVVIAMENTO ALL'ATTIVITA' MOTORIA E SPORTIVA PER SOGGETTI AMPUTATI:

La perdita di una o più parti del corpo sconvolge il normale modello motorio di un individuo.

E' necessaria una **ristrutturazione mentale** che deve permettere la presa di coscienza della posizione dei segmenti corporei residui, rispetto al corpo e la consapevolezza dei nuovi movimenti che può svolgere il moncone, relativamente ad elementi di ampiezza e rapidità dei gesti.

Nel caso di **un'amputazione monolaterale**, la maggior difficoltà che si presenta, sta nella mancanza di simmetria dei movimenti crociati, infatti, nel caso di un'amputazione ad un arto superiore, il S.N.C, riceve informazioni di movimento, oscillazione e slancio, da entrambi gli arti, ma con segnali di maggiore ampiezza da parte dell'arto sano e ridotti ad opera del braccio amputato.

Si intuisce come, l'attività motoria, nelle sue fasi iniziali, debba necessariamente orientarsi su proposte che aiutino il soggetto amputato nella **rideterminazione della percezione del proprio corpo**, è fondamentale in tal senso la consapevolezza delle nuove sensazioni che via via si presentano.



A seconda della localizzazione dell'amputazione, gli esercizi che debbono essere compiuti variano di conseguenza.

Non ci si soffermerà sulla esposizione delle tipologie di esercizi da far eseguire, è importante però considerare che l'attuale tecnologia ha permesso di realizzare protesi in fibra di carbonio che, nonostante l'esiguo peso, sono in grado di sopportare notevoli sollecitazioni meccaniche.

AVVIAMENTO ALL'ATTIVITA' MOTORIA E SPORTIVA PER SOGGETTI CON DISABILITA' MENTALE:

E' importante considerare i seguenti punti:

- 1- tenere sempre presenti gli stadi di sviluppo e le differenze individuali;
- 2- costruire un clima di lavoro positivo;
- 3- specificare sempre l'obiettivo dell'attività, facilitando così la comprensione del compito;
- 4- individuare informazioni rilevanti da presentare, privilegiando sempre la dimostrazione, considerati eventuali limiti nelle capacità attentive;
- 5- metodo di insegnamento: dal più semplice al più complesso;
- 6- dopo l'esecuzione fornire sempre un feed-back immediato e specifico per poi diradarlo in vista di un'esecuzione del *gesto tecnico* sempre più autonoma;
- 7- ridurre progressivamente la quantità di assistenza diretta necessaria per l'apprendimento.

Nell'apprendimento motorio di un disabile mentale è importante che l'istruttore sia in grado di adattare le procedure di insegnamento al livello di abilità, bisogni ed interessi. Tale adattamento dipende da:

- una conoscenza adeguata dei principi generali dell'apprendimento motorio;
- una conoscenza degli aspetti peculiari della fisiologia dell'esercizio;
- la capacità di esprimere un pensiero creativo, ovvero trovare espedienti didattici che facilitino nell'allievo il processo di apprendimento. Il disabile mentale, spesso per i suoi deficit cognitivi, presenta una difficoltà nell'elaborazione mentale dell'azione da compiere che a volte risulta rigida e poco adattiva.

Si elencano alcune caratteristiche generali dei movimenti “non evoluti” più frequentemente riscontrati nei disabili mentali:

-**INCONSISTENZA**: variazione ad ogni ripetizione dell'esercizio, dell'uso della mano o del piede preferito, del grado di forza, equilibrio, ritmo ecc;

-**PERSEVERANZA**: incapacità di arrestarsi nel momento giusto e di eseguire con precisione un determinato numero di movimenti;

-**ASIMMETRIA**: deficit di coordinazione bilaterale manifestato quando i due arti dovrebbero contribuire equamente nel mantenimento dell'equilibrio o nella produzione di forza;

-CARENZA DI EQUILIBRIO DINAMICO: incapacità di mantenere il controllo posturale del corpo in relazione alla forza di gravità;

-PRESENZA DI MOVIMENTI ESTRANEI: organizzazione temporale del movimento disturbata da movimenti eccessivi o irrilevanti;

-DIFFICOLTA' A MANTENERE IL RITMO DEL MOVIMENTO;

-DIFFICOLTA' A CONTROLLARE LA FORZA;

-INAPPROPRIATA PROGRAMMAZIONE DEL MOVIMENTO: problemi relativi all'interazione di ritmo esecutivo e forza in compiti motori complessi.

METODI DI APPRENDIMENTO:

STRUTTURATO:

Il percorso è
suddiviso in una
serie sistematica di
tappe intermedie.
Metodo efficace con
disabili mentali

NON -STRUTTURATO:

Si assegna un obiettivo
di apprendimento
lasciando decidere
l'allievo il modo per
raggiungerlo e
stimolando un
comportamento che
ricerca soluzioni

AVVIAMENTO ALL'ATTIVITA' MOTORIA E SPORTIVA PER SOGGETTI CON DISABILITA' VISIVA:

Gli individui con danni alla vista possono diventare atleti capaci di compiere qualsiasi esercizio. Per raggiungere un simile risultato è importante:

- rendere familiare la zona sportiva girando attorno ad essa;
- usare voce, attrezzi di legno, o un fischiello per migliorare la consapevolezza direzionale;
- contare i passi nelle attività dove sono importanti i contatti con gli altri;
- usare una corda quando si è coinvolti in eventi di corsa o esercizi ed eventi da campo;
- facilitare la sensazione della forma, della dimensione e le caratteristiche fisiche dell'attrezzatura con la quale lavorano;
- utilizzare audiocassette per tecniche di istruzione.

L'attenzione, quale capacità che fa cogliere e fissare le diverse impressioni sensoriali, funge da elemento coordinatore dei diversi stimoli provenienti dall'esterno.

Per un **Non vedente** lo strumento di scambio iniziale per l'interazione tra soggetto ed oggetti, non è la percezione, bensì l'azione stessa. Le percezioni hanno un ruolo essenziale, ma dipendono in gran parte dall'azione nel suo insieme.

Nella progettazione di un programma motorio per Non vedenti è di fondamentale importanza un'educazione psicomotoria in quanto, soprattutto se il deficit è acquisito, coadiuva l'utilizzo/sviluppo ed integrazione degli altri sensi (tatto, udito, olfatto). Essa non solo promuove lo svolgimento dell'attività motoria, migliorando l'esecuzione del movimento, ma favorisce anche la presa di coscienza di sé.

Nel caso di soggetti **Ipovedenti**, è necessario considerare le qualità senso-percettive integre al fine di migliorarle e rendere ottimale l'attività motoria. In tal senso occorre fornire aiuti tattili e sonori che siano di supporto alla comprensione; è importante però non tralasciare la dimostrazione visiva del movimento da eseguire anche nei casi in cui il residuo visivo sia minimo (questo è ovviamente in relazione all'ampiezza del movimento e alla distanza richiesta).

Nel rapportarsi ad un soggetto ipovedente è quindi consigliato un approccio integrato: da una parte sviluppare la capacità sincretica per quello che la percezione visiva permette, dall'altra quella analitica-sintetica mediante l'uso degli altri sensi.

DISCIPLINE SPORTIVE C.I.P. E TIPOLOGIE DI DISABILITA'

Tab. 1 I DIPARTIMENTI DEL C.I.P. E RELATIVE DISCIPLINE

DIPARTIMENTI	DISCIPLINE SPORTIVE				
1	PALLACANESTRO	PALLAVOLO			
2	NUOTO	CANOA	VELA	WATER BASKET	CANOTTAGGIO
3	ATLETICA LEGGERA				
4	SCHERMA	TIRO CON L'ARCO	TIRO A SEGNO		
5	SCI NORDICO e ALPINO	CURLING	HOCKEY	DANZA SPORTIVA	
6	TENNIS	TENNIS TAVOLO	BOCCE	SHOWDOWN	
7	TORBALL	GOALBALL	CALCIO		
8	CICLISMO	EQUITAZIONE	JUDO		
9	DISABILITA' INTELLITIVA RELAZIONALE PROMOZIONALE (dir-p)				

Tab. 2 DISCIPLINE SPORTIVE E DISABILITA' FISICA/VISIVA

DIPARTIMENTI	TIPOLOGIE DI DISABILITA'	
	<u>DISABILITA' FISICA</u>	<u>DISABILITA' VISIVA</u>
	DISCIPLINE SPORTIVE	
1	PALLACANESTRO	
	PALLAVOLO	
2	NUOTO	NUOTO
	CANOA	
	VELA	VELA
	WATER BASKET	
	CANOTTAGGIO	
3	ATLETICA LEGGERA	ATLETICA LEGGERA
4	SCHERMA	
	TIRO CON L'ARCO	TIRO CON L'ARCO
	TIRO A SEGNO	
5	SCI NORDICO e ALPINO	SCI NORDICO e ALPINO
	CURLING	CURLING
	HOCKEY	HOCKEY
	DANZA SPORTIVA	DANZA SPORTIVA
6	TENNIS	
	TENNIS TAVOLO	
	BOCCE	
		SHOWDOWN
7		TORBALL
		GOALBALL
		CALCIO
8	CICLISMO	CICLISMO
	EQUITAZIONE	EQUITAZIONE
		JUDO

Tab. 3a DISCIPLINE SPORTIVE AFFERENTI AL D.I.R.-a

<u>DISABILITA' INTELLETTIVO - RELAZIONALE D.I.R.- a</u>
DISCIPLINE SPORTIVE
NUOTO
ATLETICA LEGGERA
SCI NORDICO e ALPINO
TENNIS TAVOLO
EQUITAZIONE

Tab. 3b DISCIPLINE SPORTIVE AFFERENTI AL D.I.R.-p

<u>DISABILITA' INTELLETTIVO - RELAZIONALE D.I.R. - p</u>
DISCIPLINE SPORTIVE
ATLETICA LEGGERA
BOCCE
CALCIO
EQUITAZIONE
GINNASTICA ARTISTICA E RITMICA
JUDO
NUOTO
PALLACANESTRO
SCI NORDICO e ALPINO
TENNIS
TENNIS TAVOLO

BIBLIOGRAFIA

- ❖ L. Bertini, *Attività Sportive Adattate*, Colzetti Mariucci Editori, 2005.
- ❖ G. Castelli (a cura di), *Handicap e Sport*, Unicopli, Milano, 1995.
- ❖ C.G. Giordano, *Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, Idelson, Napoli, 1989.
- ❖ L. Michelini, *Handicap e Sport*, Società Editrice Universo, Roma, 1991.
- ❖ DSM IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*, American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994.

Profilo dell'Autore

Silvia Del Rosso nasce nel 1975 a Roma dove vive e svolge la sua attività professionale.

Formazione

Nel 2001 consegue la laurea in Psicologia presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza"; successivamente, ottiene l'abilitazione di Stato all'esercizio della professione di psicologo. Rispetto alle tematiche concernenti la disabilità, si specializza con il Corso di Perfezionamento post-lauream di durata annuale in "Autismo e Disturbi Generalizzati dello Sviluppo" organizzato dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" in collaborazione con l'associazione Anni Verdi. Attualmente, frequenta il quarto ed ultimo anno della Scuola di Specializzazione presso la Scuola Romana di Psicoterapia Familiare.

Posizione attuale

Svolge attività di consulenza per gli aspetti formativi e didattici dell'area psicologica dell'Ufficio Studi, Ricerca e Formazione del C.I.P. (Comitato Italiano Paralimpico) di Roma, con cui collabora dal 2004. E' componente del Comitato Nazionale di Eleggibilità istituito dallo stesso C.I.P. per l'esame delle richieste di classificazione ai fini internazionali (INAS-FID) degli atleti con disabilità intellettiva e relazionale.

Dal 2004 svolge la sua attività clinica e psico-diagnostica presso l'U.S.I. (Unione Sanitaria Internazionale) di Roma.

A partire dal 2005 fa parte di equipe multidisciplinari di medici, psicologi e altro personale specializzato istituite dall'Ospedale Israelitico di Roma nell'ambito del progetto di Assistenza Domiciliare Oncologica rivolto a malati in fase terminale.

Approccio

La formazione intrapresa la porta a prediligere un approccio sistemico nei confronti dell'individuo, che non può così essere considerato avulso dal proprio contesto affettivo e relazionale; tale strumento clinico viene pertanto da lei abitualmente utilizzato nella pratica clinica e professionale.