UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA

DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA, MEDICINA SPERIMENTALE E FORENSE

Corso di Laurea in Scienze Motorie

SPECIAL TEAM

Integrazione sociale di soggetti disabili attraverso il gioco del basket

Relatore: Chiar.mo Prof. Rovida Antonio

Correlatore: Gaeta Maddalena

Tesi di Laurea magistrale

di Alessandra Ramaioli

matricola n° 442463

Anno Accademico 2016/2017

UNIVERSITÀ DI PAVIA

Corsi di studio in Scienze Motorie

DICHIARAZIONE di originalità della tesi di laurea

Con la presente, la sottoscritta Alessandra Ramaioli matr. n. 442463 resa edotta delle conseguenze derivanti dalla inosservanza dell'art. 11 del DM 270/2004 che recita: "Chiunque in esami o concorsi, prescritti o richiesti da autorità o pubbliche amministrazioni per il conferimento di lauree o di ogni altro grado o titolo scolastico o accademico, per l'abilitazione all'insegnamento ed all'esercizio di una professione, per il rilascio di diplomi o patenti, presenta, come propri, dissertazioni, studi, pubblicazioni, progetti tecnici e, in genere, lavori che siano opera di altri, è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da euro 6.000 ad euro 60.000.", dichiara, sotto la propria responsabilità, che la tesi di laurea è stata dalla stessa realizzata personalmente e che quanto è estraneo al proprio pensiero è opportunamente evidenziato con il ricorso ai necessari riferimenti bibliografici nelle note riportate in calce o in fondo alla tesi stessa.

La sottoscritta si impegna a tenere, e a far tenere a parenti e amici, un comportamento dignitoso e rispettoso delle regole di civile convivenza durante e dopo la proclamazione.

*Pavia, li*_____ *In Fede*_____

Ai miei genitori

“Il basket è l’unico sport che tende al cielo e questa è una rivoluzione per chi è abituato a guardare sempre per terra” (cit. Marco Calamai)

ABSTRACT

Introduzione:

Questo lavoro nasce dal desiderio di far conoscere il progetto Annabella Special Team “A canestro in modo speciale” da un'idea di Marco Calamai.

Il progetto è nato nel 2006 da un’idea dei fratelli Ravizza di Annabella Pavia, dal

Panathlon Club Pavia e dall’ Oratorio di San Mauro dove che mette a disposizione la palestra per gli allenamenti.

Obiettivi:

Lo scopo del progetto è quello di integrare persone con diverse disabilità sia mentali che fisiche con persone normodotate in una squadra di basket.

Questa tesi si pone come obiettivo quello di valutare se dopo l’inserimento ci sono stati effettivi sviluppi sia sul piano motorio che su quello socio-relazionale.

Materiali e metodi:

I metodi utilizzati sono state le Check- list, elenchi di abilità; i metodi utilizzati sono state le diverse forme di apprendimento come il Tutoring, il Modeling e la risorsa compagni.

Risultati e conclusioni:

Per concludere ho osservato diversi miglioramenti sia motori che socio-relazionali su tutti i ragazzi osservati da quando hanno iniziato il progetto ad oggi.

INTRODUZIONE 6

CAPITOLO 1 SPECIAL TEAM.....9

1.1 *Obiettivi del progetto "Special Team Annabella '87 a canestro in modo speciale"*10

CAPITOLO 2 MENOMAZIONE DISABILITA' E HANDICAP 11

CAPITOLO 3 PATOLOGIE INCONTRATE ALLO SPECIAL TEAM 12

3.1 *L'autismo* 12

3.2 *La sindrome di Down* 16

3.3 *La sindrome di Smith Maghenis* 21

3.4 *Il ritardo psicomotorio* 23

CAPITOLO 4 EFFETTI DELL'ATTIVITA' MOTORIA 25

CAPITOLO 5 CORRELAZIONE E COMPETENZE NELLA VITA QUOTIDIANA E NEL BASKET.....28

CAPITOLO 6 ESEMPI PRATICI DI ALLENAMENTO CON LE DIVERSE PATOLOGIE 36

6.1 *L'allenamento con persone autistiche*.....37

6.2 *L'allenamento con persone Down*.....39

6.3 *L'allenamento con persone con sindrome di Smith Maghenis* 41

6.4 *L'allenamento con persone con ritardo psicomotorio*.....42

CAPITOLO 7 METODOLOGIA E STRATEGIE DI APPRENDIMENTO 40

CAPITOLO 8 CHECK-LIST 47

CAPITOLO 9 ESEMPI DI RAGAZZI "SPECIAL" 57

CAPITOLO 10 LO SPECIAL TEAM VISTO DAI RAGAZZI 61

CONCLUSIONI……..67

BIBLIOGRAFIA……70

SITI CONSULTATI.....73

RINGRAZIAMENTI……....74

INTRODUZIONE

Ho affiancato diversi anni il progetto dello Special Team, ho iniziato a seguire il progetto all'età di sedici anni.

Era la prima volta che mi avvicinavo al mondo della disabilità; frequentavo la scuola secondaria di secondo grado A. Cairoli (socio psico pedagogico) che mi ha dato la possibilità di svolgere un tirocinio presso la palestra del San Mauro di Pavia dove si svolgeva lo Special Team.

Da subito mi sono trovata a mio agio con questi bambini e adulti, con naturalezza mi sono ritrovata a far parte della squadra.

Inizialmente il mio approccio non era tecnico visto l'inesperienza, ma era soltanto dettato dall'entusiasmo.

Attraverso il mio percorso universitario ho capito, che gli allenamenti erano mirati e strutturati e servivano per portare miglioramenti psicomotori e si basavano sulle diverse tipologie di disabilità.

Ho imparato ad approcciarmi in modo tecnico e funzionale con i ragazzi.

Le persone con disabilità possono migliorare sul piano fisico che sul piano cognitivo sportivo, psicologico, socio- educativo.

Lo sport ha un ruolo essenziale nella vita di ciascun individuo, porta alla maggior consapevolezza del proprio corpo, delle proprie potenzialità e dei propri limiti.

Figura 1: concentrazione

Lo sport è un mezzo educativo, in particolare per le persone con disabilità; difatti aiuta ad acquisire maggior consapevolezza del proprio corpo e maggior spontaneità nei movimenti e, se, presenti ausili (carrozzina, stampelle, protesi) permette di imparare o migliorare l'utilizzo di questi.

L'attività motoria adattata si pone come obiettivo quello di svolgere tramite esercizi specifici attività della vita quotidiana autonomamente [1].

Le persone disabili vengono spesso viste come un disagio dalla società, senza prospettive né obiettivi [2].

Tramite lo sport invece queste persone si responsabilizzano e creano degli obiettivi personali.

Lo sport è un mezzo di accrescimento globale e di integrazione.

[1] http://www.goccedipsicologia.it/sport-e-disabilita/

[2] http://psicpedagogia.6forum.info/t182-i-disabili-e-il-difficile-rapporto-con-la-società

Figura 2: integrazione sociale

I MIEI OBIETTIVI

Il mio lavoro di tesi ha come obiettivo quello di integrare nella società persone con diverse disabilità, sia mentali che motorie, tramite l'attività sportiva, in particolare tramite il gioco del basket.

Il gioco del basket permette di migliorare alcune capacità tra cui:

- la capacità di concentrazione
- la capacità immaginativa
- la capacità di comunicazione
- la capacità di condivisione.
- imparano a stare in mezzo a un gruppo

- a rispettare le regole e a superare l’egocentrismo e
- l’isolamento

Questo mi è stato possibile attraverso il progetto Special Team.

Il motivo che mi ha spinta ad affrontare questo percorso di tesi è il seguente: acquisendo autonomia tramite l’attività motoria adattata, la persona con disabilità prende maggior consapevolezza di sé in quanto persona.

Figura 3: Io e un ragazzo Special

CAPITOLO 1 SPECIAL TEAM

Figura 4: Special Team

La squadra “Special Team Annabella ‘87” inizia la sua attività nel mese di ottobre dell’anno 2006.

Il progetto “A canestro in modo speciale” prende avvio dall'intervento dei fratelli Ravizza di Annabella Pavia, del Panathlon Club Pavia e dell'Oratorio di San Mauro dove si svolgono gli allenamenti.

L’obiettivo del progetto è quello di integrare la normalità con la disabilità tramite lo sport del basket riabilitativo.

Gli allenamenti si svolgono il martedì pomeriggio dalle 14;45 alle 16;45.

La prima ora coinvolge i bambini di età compresa dai sei ai diciassette anni, la seconda ora ragazzi e adulti dai diciotto anni in su.

Le patologie coinvolte nel progetto sono diverse; Tra queste sono presenti: l’Autismo, la sindrome di Smith Maghenis, la Sindrome di Down, il Ritardo psicomotorio, altre.

1.1 Obiettivi del progetto “Special Team Annabella ‘87 a canestro in modo speciale”

Il progetto “Special Team” si pone come obiettivo quello di includere in una squadra persone che non riescono a comunicare con gli altri nemmeno con lo sguardo.

Praticando uno sport di squadra come il basket la persona disabile ha la possibilità di interagire con altri individui con la stessa o diversa disabilità e con persone normodotate; questo permette una socializzazione che probabilmente in società non avverrebbe.

Attraverso la pratica sportiva si acquisisce maggior auto consapevolezza e si impara a conoscersi e capire quali sono i propri limiti e le proprie potenzialità.

Inoltre tramite lo sport si impara a controllare il proprio corpo, si acquisisce un bagaglio di abilità motorie e si affinano quelle già esistenti.

La squadra Special Team non crea distinzioni, tutti possono giocare e vengono rispettati i tempi di ognuno; il rispetto dei tempi è fondamentale soprattutto quando sono presenti persone con difficoltà cognitive e motorie.

Il rispetto è la base per poter vivere in società, tramite gli allenamenti ad esempio vengono acquisite la capacità di saper rispettare il proprio turno e a stare in fila, due gesti fondamentali se riportati alla vita quotidiana, ad es. stare in fila al supermercato o aspettare il proprio turno in posta.

Figura 5: La squadra Special Team

CAPITOLO 2 MENOMAZIONE DISABILITA' E HANDICAP

LA MENOMAZIONE: rappresenta qualsiasi perdita, può riguardare una struttura o una funzione tra cui quella psicologica, fisiologica oppure anatomica.

L'anormalità le perdite materiali e i difetti a livello degli arti, dei tessuti o di altre strutture del corpo comprese quelle mentali sono tipiche della menomazione; possono essere transitorie o permanenti.

Manca qualcosa a livello fisico, sensoriale e cognitivo.

È una mancanza rispetto alla normalità statistica, ovvero quella che riguarda i maggior numero di persone.

LA DISABILITA': qualsiasi limitazione o perdita della funzione, è conseguente alla menomazione.

È l'incapacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un individuo.

Le disabilità possono essere transitorie o permanenti, reversibili o irreversibili.

È l'oggettivazione della menomazione e si può osservare specialmente a livello psicologico.

Esempio di menomazione è non riuscire più a camminare, correre oppure non ricordare più certe cose ecc.

L'HANDICAP: la condizione di svantaggio nella vita quotidiana di una persona in relazione all'età al sesso e ai fattori sociali e culturali.

È l'incapacità di svolgere una vita normale all'interno di uno specifico ambiente.

l'handicap rappresenta l'aspetto sociale della menomazione o della disabilità.

CAPITOLO 3 PATOLOGIE INCONTRATE ALLO SPECIAL TEAM

3.1 L'AUTISMO

Figura 6: atteggiamento tipico di isolamento

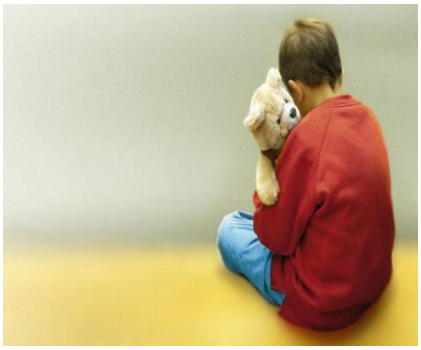

Figura 7: attaccamento agli oggetti

Il termine autismo dal greco <<ripiegato su se stesso>>.

Lo psichiatra austriaco Leo Kanner nel 1943 diagnosticò il disturbo di autismo detto anche Sindrome di Kanner.

Osservò e studiò per diversi anni il comportamento di undici bambini, nove maschi e due femmine, che possedevano caratteristiche simili tra loro mai osservate prima.

Nel 1943 Leo Kanner pubblicò un articolo su una rivista medica dove descriveva le

caratteristiche tipiche di tale disturbo.

Per prima cosa notò il comportamento di isolamento e introversione rispetto al mondo esterno circostante, l'ansia e l'ossessività tipica della patologia, la ripetitività delle azioni e l'ecolalia, l'Intelligenza superiore alla norma numerica e mnemonica.

Il disturbo autistico è una sindrome con esordio prima dei tre anni di vita, è più frequente nei maschi rispetto che nelle femmine.

L'autismo viene definito dal DSM IV (manuale statistico diagnostico) come disturbo

dello spettro autistico per indicare più forme della stessa sindrome; indica la presenza di una compromissione di diverse funzioni tra cui: la funzione neuropsicologica, cognitiva e interattiva.

Per essere diagnosticato l'autismo secondo il DSM IV devono essere presenti almeno sei sintomi di cui: almeno due dell'area 1: deficit sociale, uno dell'area 2: deficit comunicativo e uno dell'area 3: aree di interessi e giochi [3].

Esistono diverse forme di autismo di cui parlano gli esperti: l'autismo precoce detto anche autismo infantile, i sintomi si presentano nei primi tre anni di vita.

La sindrome di Asperger, non è presente un ritardo mentale e le competenze cognitive e il linguaggio non sono compromessi; generalmente sono autonomi nella gestione della vita quotidiana. La caratteristica di questa sindrome è la grande difficoltà nell'interazione sociale.

Autismo atipico, quando i sintomi non sono evidenti o non presenta alcuni dei sintomi tipici della sindrome.

Autismo tardivo, quando i sintomi compaiono dopo due anni e mezzo di età.

Raramente sono presenti patologie neurologiche nei bambini con la sindrome di autismo [4].

---

[3] http://www.archivio.formazione.unimib.it/DATA/Insegnamenti/7_1376/materiale/autismo_farina_corretto.pdf

[4] http://www.autismo.ch/index.php?node=311&lng=1&rif=f4f09de900

SINTOMATOLOGIA

Tra i sintomi comuni a questa patologia abbiamo: la difficoltà a seguire con lo sguardo oggetti in movimento, difficoltà a relazionarsi con gli altri, apatia, difficoltà a manifestare gesti di affetto o a riceverli, ecolalia, gesti stereotipati, attaccamento inappropriato agli oggetti [5].

L'autismo è una sindrome che colpisce sei bambini su mille, tra le manifestazioni più frequenti: non guarda negli occhi la persona che ha davanti, sembra che non senta il dolore fisico, prova fastidio e dolore in presenza di rumore, spesso si muove con andamenti continui e dondolanti, a volte ride o piange senza motivo, non cerca la compagnia di altri bambini, gioca in modo strano e ripetitivo, presenta un attaccamento esagerato ad alcuni oggetti e si arrabbia in modo spropositato se gli vengono tolti [6].

Figura 8: ordine schematico

Le persone con sindrome autistica possono avere anche un ritardo mentale di grado medio o grave.

In un terzo di queste persone con disturbo dello spettro autistico può presentarsi anche epilessia o anomalie all'elettroencefalogramma.

---

[5] http://www.goccedipsicologia.it/sport-e-disabilita/

[6] Anna Maria Arpinati; Daniela Mariani Cerati; Daniele Tasso; (2009). Armando editore. Collana Tisca.

I bambini e gli adulti autistici hanno difficoltà nella comunicazione verbale e non verbale e nelle attività ludiche e ricreative.

A volte posso presentarsi comportamenti aggressivi e autolesionisti.

In alcune persone è presente ipo attività in altre iperattività; il movimento può essere limitato e senza iniziativa oppure all'opposto alcuni sono in stato perenne di agitazione e irrequietezza e presentano posture e andature inusuali.

Possono provare un'indifferenza rispetto all'ambiente circostante che si manifesta con il disinteressamento ai richiami sociali (ad esempio: non rispondono se vengono chiamati per nome).

Provano al contrario interesse per rumori specifici, altri rumori invece possono provocare disturbi o stati di ansia o paura.

Possono avere disturbi legati all'alimentazione e/o avere malattie metaboliche, presentano dei manierismi alimentari riguardanti il gusto o l'aspetto del cibo [7].

Possiedono un loro preciso ordine mentale e si infastidiscono se si presentano dei cambiamenti.

[7] Giovanni Caputo, Giovanni Ippolito, Paolo Maietta (2008). La terapia multisistemica in acqua. Milano. Franco Angeli.

3.2 LA SINDROME DI DOWN

Figura 9: bambina con S. Down *Figura 10: anziano con S. Down*

La sindrome di Down prende il nome dal medico inglese John Longdong Down che nel 1866 descrisse per la prima volta la patologia dopo un lunghissimo studio riguardante bambini e malattie psichiche.

Questi bambini avevano delle caratteristiche somatiche del viso particolari che richiamavano quelli delle popolazioni asiatiche orientali, infatti utilizzò il termine mongoloidismo per definire la patologia.

I bambini con sindrome di Down hanno un ritardo mentale.

Questa sindrome viene anche definita “Trisomia ventuno”, nel 95% dei casi è presente un cromosoma 21 in più.

Le trisomie possono essere di diversi tipi:

Trisomia libera: è quella più frequente, in tutte le cellule dell’organismo, sono presenti tre coppie di cromosomi 21 invece che due.

L’aneuploidia è un’anomalia cromosomica; la meiosi è il processo di divisione cellulare.

Durante la meiosi avviene la riduzione da doppia coppia a singola coppia del corredo cromosomico.

La trisomia libera è dovuta a una mancata disgiunzione durante la meiosi; alla fine del processo, ovvero durante la fecondazione, invece di avere il numero totale di 46 cromosomi ne avremo 47.

La trisomia da traslocazione robertsoniana è dovuta a una fusione di due cromosomi; il centrometro del cromosoma invece di trovarsi al centro è acrocentrico ovvero in posizione subterminale presso l'estremità del braccio.

La conseguenza di questa fusione è la perdita del braccio cromosomico che porta il cariotipo, ovvero la costituzione del patrimonio cromosomico, ad avere un cromosoma in meno.

Queste traslocazioni possono implicare varie fusioni di cromosomi acrocentrici; tra queste i cromosomi 13,14,15,21 e 22.

Ad esempio nel caso di traslocazioni dei cromosomi 13 e 14 i portatori avranno una maggiore probabilità di procreare figli con anomalie genetiche anche se il fenotipo, ovvero tutte le caratteristiche di ciascun essere vivente, è normale; nel caso in cui un braccio del cromosoma 21 si fonde con il cromosoma 14 viene prodotto un cromosoma ibrido, in questo caso la probabilità di procreare figli con sindrome di Down sarà elevata.

Il Mosaicismo è una forma rara di trisomia 21, è contraddistinta dal fatto che solo solo alcune cellule hanno un cromosoma 21 in più.

Sono presenti anche cellule con numero normale di cromosomi ovvero 46 e altre invece con un cromosoma in più ovvero 47.

SINTOMATOLOGIA

Le caratteristiche principali di questa sindrome sono:

- viso rotondo.
- naso a sella (dorso nasale abbassato) e piatto.
- occhi a mandorla (tipici delle persone orientali).
- epicanto mediale.
- le orecchie piccole.
- collo largo.
- plica nucale con valori superiori alla norma e rilassata.
- Clinodattilia (piegamento della falange distale del quinto dito verso il quarto).
- solco palmare unico in entrambe le mani.
- ipotonia muscolare.
- eccessiva lassità dei legamenti che porta ad avere le articolazioni molto
- flessibili [8].

Allen Crocker osservò alcuni bambini affetti da sindrome di Down e studiò le caratteristiche anatomiche dell'individuo.

Individuò che alla nascita o nel primo anno di vita in una percentuale del 40 o 50% era presente un difetto del canale atrioventricolare, la tetralogia di Fallot e un difetto settale interatriale o ventricolare.

Difetto alla muscolatura o legamenti, si presenta una riduzione del tono muscolare e problemi della funzione motoria; è presente nel 95% dei casi e si può osservare in quasi tutti sotto ai due anni di vita.

Osservò che la statura di tutte le persone con questa sindrome rispetto alla

[8] http://www.agpd.it/ctg/sindrome-di-down/

popolazione è generalmente più bassa.

C'è un ritardo mentale e un ritardo dello sviluppo globale che provoca problemi specifici di linguaggio che si protrae dal primo anno di vita in avanti.

Oltre il 50% presentano un'otite media grave e piccoli canali auricolari che alterano la percezione del suono.

Nel 10% dei casi è presente un danno neurosensoriale, il 50% presenta difetti alla vista di refrazione, il 35% presenta strabismo, il 5% cataratta; l'esame della vista viene fatto tra i sei e i dodici mesi.

Si sono notati dei problemi a livello dell'appartato scheletrico di instabilità atlanto – assiale (10%) e anomalie della colonna vertebrale (1-2%); per verificare se sono presenti questi difetti vengono effettuate delle radiografie cervicali dopo i tre anni di vita che verranno ripetute nell'adolescenza.

A livello della tiroide si è notato un ipotiroidismo (15%) e un raro ipertiroidismo.

Il fenomeno di ipotiroidismo può portare a un ridotto sviluppo di accrescimento; a volte è congenito, si può presentare dopo il decimo anno di vita.

L'eccessivo aumento di peso è comune nei soggetti con sindrome di Down, questo incremento si può notare in età prescolare e nel periodo dell'adolescenza.

A livello del sistema nervoso è raro che si presentino delle convulsioni (5-10%).

Molto comuni invece sono i problemi legati al comportamento come depressione o altri disturbi legati all'emotività che si presentano durante il periodo dell'adolescenza e nell'età adulta.

È possibile che ci siano patologie che si manifestano frequentemente in queste persone: anomalie del sistema immunitario, leucemia, displasia dell'anca, alopecia areata, diabete mellito, mancata eruzione dei denti, apnea notturna che può provocare ostruzione, prolasso della valvola mitrale [9].

[9] http://www.agpd.it/ctg/sindrome-di-down/

3.3 LA SINDROME DI SMITH MAGHENIS

Figura 11. ragazzina con S.Maghenis

Figura 12. ragazzino con S.Maghenis

La sindrome di Smith Magenis è una patologia rarissima; è detta anche malattia del sonno.

La SMS prende il nome dalla consulente genetica del National institutes of Healt Ann C. M. Smith e da una pediatra dell'Health Sciences University dell'Oregon R. Ellen Magenis.

Colpisce circa 1/25000 nati.

Questa patologia è causata da un'anomalia genetica a livello del braccio corto del cromosoma 17 di grandezza compresa tra 2-9Mb alla più frequente di 4Mb; la mutazione del cromosoma 17 è responsabile della malattia e provoca un'alterazione del gene RAI1.

Nella maggior parte dei casi questa sindrome insorge spontaneamente nel paziente, in casi rarissimi dipende da anomalie cromosomiche presenti nei genitori.

SINTOMATOLOGIA

Da bambini:

Le guance che sono paffute

- è presente uno sviluppo anormale del viso a livello della linea mediana (incompleto o ridotto)
- una depressione a livello del ponte nasale
- la bocca ad arco di cupido

Da adulti:

- sopracciglia folte
- prominenza della mandibola (prognatismo).
- L'obesità è tipica della patologia
- anomalie oculari, colpiscono l'85% dei casi.
- è presente un ritardo del linguaggio (96%) che spesso si può associare a un problema uditivo.
- la statura è più bassa rispetto alla norma (78%).
- le dita sono corte (Brachidattilia);
- è presente una neuropatia periferica (75%) un danneggiamento dei nervi del sistema nervoso periferico che hanno la funzione di connettere il sistema nervoso centrale ai muscoli, alla pelle e agli organi interni.
- Il ritardo mentale medio o grave è sempre presente (100%).
- sono presenti anomalie della voce e malformazioni dell'apparato urinario.
- scoliosi e si possono presentare malformazioni cardiache [10]

[10] http://malattierare.hsr.it/it/malattie/sindrome_di_smithmagenis.html?idPat=121

3.4 IL RITARDO PSICOMOTORIO

Figura 13: esercizi propriocettivi

Figura 14: esercizi propriocettivi

Il ritardo psicomotorio è un ritardo dello sviluppo del bambino.

Si possono notare infatti delle mancanze di apprendimento delle capacità motorie, cognitive e della comunicazione.

Questo ritardo si può definire intorno ai due/tre anni di vita ed è presente in circa il 5% dei bambini.

Il percorso di sviluppo è rallentato, i problemi si presentano nelle fasi di sviluppo da schema a progettazione motoria e dalla fase pre-simbolica alla fase simbolica.

I bambini con questo ritardo non riescono a organizzare il lavoro a causa di una incapacità di aggregazione e selezione di informazioni; non riescono a collocare le informazioni memorizzate e a decidere un progetto motorio.

Riescono ad apprendere le abilità ma non sanno poi metterle in pratica e hanno difficoltà a correggere un programma già iniziato.

Utilizzano come forma di apprendimento l'imitazione anche se questo avviene in modo lento e impreciso.

Fin da piccoli tendono a far fare alle altre persone le azioni che dovrebbero fare loro.

Nei primi tre anni di vita presentano difficoltà a deambulare e nell'esplorazione.

Nel periodo dai tre anni ai sei si possono notare difficoltà a mettere in pratica le abilità apprese.

Tra i quattro e i sei anni non riescono a comprendere e integrare gesti motori sia semplici che complessi e fanno fatica a mantenere una postura comoda se devono nello stesso momento manipolare un oggetto e finiranno con ottenere una posizione scomoda e inusuale e una manipolazione dell'oggetto primitiva.

Il 50% di questi soggetti presenta quindi dei deficit dal punto di vista della coordinazione motoria, dei disturbi specifici del linguaggio, disturbi dell'apprendimento e un ritardo mentale medio [11].

Figura 15: ritardo psicomotorio

Figura 16: esercizi di psicomotricità

[11] http://europa.uniroma3.it/cdlsfp/files/0ce5492d-6bf1-470a-818b-029d540d9fe8.pdf

CAPITOLO 4 EFFETTI DELL'ATTIVITA' MOTORIA

LA CAPACITA' MOTORIA: è un insieme di prerequisiti che permettono all'individuo di svolgere prestazioni motorie efficaci.

Le capacità motorie si possono dividere in: capacità coordinative, capacità condizionali e una capacità intermedia [12].

LE CAPACITA' COORDINATIVE: permettono di far corrispondere l'atto motorio a scopo e si dividono in generali e speciali. È la capacità di risolvere i problemi motori in modo adeguato agli obiettivi prefissati. Generali: riguardano le diverse attività sportive, è una coordinazione polivalente Speciali: riguardano una determinata disciplina sportiva, è la capacità di variazioni di combinazioni gestuali e della tecnica. La capacità speciali sono legate in modo stretto alle capacità generali.
LA MOBILITA' ARTICOLARE: è la capacità delle articolazioni di muoversi liberamente per tutto il range articolare.
LE CAPACITA' CONDIZIONALI: sono le capacità motorie che dipendono dalla disponibilità dell'energia e dai fattori energetici. Le principali sono la forza, la resistenza, la velocità o rapidità e la flessibilità

[12] Antonio Rovida. Attività motorie di gruppo ricreative e del tempo libero. Pavia. C.L.U.

L'ABILITA' MOTORIA: sono le azioni apprese attraverso la ripetizione del gesto motorio e l'esercizio; vengono automatizzate e utilizzate inconsapevolmente attraverso l'esercizio fisico e la pratica.

L'abilità motoria ha diverse caratteristiche; tra queste ci sono caratteristiche cognitive, fisiologiche, motorie.

L'abilità motoria si basa su diversi fattori, tra questi: la memoria, l'attenzione e la motivazione.

Le abilità motorie si costruiscono partendo dagli schemi motori di base, ovvero i primi modelli di movimento che servono al soggetto per esplorare l'ambiente che lo circonda nello spazio e nel tempo e sviluppare l'intelligenza [13].

Esiste una relazione molto stretta tra abilità motorie e capacità motorie; le capacità motorie servono per il trattamento delle informazioni e la gestione delle risorse e determinano lo sviluppo delle abilità [14].

Le abilità motorie si dividono in:

- globale / parziale
- complessa / semplice
- Discreta /seriale /continua
- utilitaristica / di prestazione
- chiusa / aperta

[13] Antonio Rovida. Attività motorie di gruppo ricreative e del tempo libero. Pavia. C.L.U

[14] Schmidt Richard A. Wrisberg Craig A. (2008). Apprendimento motorio e prestazione, un metodo basato su problemi reali. Roma. Società stampa Roma.

Diversi studi hanno dimostrato che l'attività fisica ha effetti positivi sull'intelligenza non intesa come quoziente intellettivo ma come la capacità di sapersi adattare a situazioni diverse.

Facendo attività fisica aumenta l'auto consapevolezza di sé come persona e quindi la conoscenza dei propri limiti e delle proprie potenzialità.

Attraverso il confronto con gli altri, questo si può rilevare maggiormente negli sport di squadra, la persona riesce a recuperare una propria identità.

C'è un miglioramento del controllo delle emozioni.

C'è un raggiungimento di una propria autonomia grazie all'adattamento con l'ambiente e a percorsi basati sulle potenzialità del singolo individuo.

Facendo attività motoria la persona riesce a individuare più facilmente un obiettivo.

Aumenta l'autostima e la sicurezza.

Le capacità motorie vengono potenziate.

Diminuisce la passività.

Inoltre la persona che soffre di disturbi cognitivi, con manifestazione di comportamenti lesivi e autolesionisti oppure come nella sindrome di autismo di gesti stereotipati, avendo la mente impegnata a svolgere un'altra attività questi si riducono visibilmente.

Aumenta la fiducia in sé stessi e la socializzazione.

CAPITOLO 5 CORRELAZIONE E COMPETENZE NELLA VITA QUOTIDIANA E NEL BASKET

La competenza motoria è composta da diversi fattori, tra questi c'è la competenza cognitiva, operativa e affettiva; è l'insieme dell'integrazione delle abilità motorie, conoscenze e comportamenti affettivi e sociali della persona.

Il gioco del basket è un'attività sportiva globale; infatti è l'unico sport che permette a più persone completamente diverse tra loro come struttura corporea di giocare nella stessa squadra.

Il basket è un gioco di forza, di agilità, di logica e di imprevedibilità; gli strumenti e gli allenamenti sono finalizzati a saper affrontare la vita quotidiana in modo più consapevole, autonomo e sicuro.

Qua di seguito porterò degli esempi di gesti motori svolti duranti gli allenamenti riconducibili alla vita quotidiana.

L'OCCUPAZIONE DEGLI SPAZI

Figura 17: slalom

Figura 18: slalom

Sapersi muovere in uno spazio ristretto non è facile; per una persona con difficoltà sia motorie che cognitive è praticamente impossibile.

Ad esempio un soggetto autistico è abituato a conoscere solo il suo mondo e è chiuso in esso; la capacità di muoversi nello spazio e nel tempo è molto ridotta.

Tramite il gioco del basket le persone imparano a muoversi in un campo chiuso da linee e a occupare lo spazio in relazione con altre persone; questo permette una consapevolezza di sé stessi e degli altri.

Un esercizio molto utile per apprendere questi movimenti è lo slalom, grazie a questo la persona impara a schivare e a cambiare direzione.

Nella vita quotidiana capita spesso di dover schivare delle persone o degli oggetti, ad esempio quando si è in strada ci sono tantissimi ostacoli che ci si possono presentare davanti, dalla persona alla buca, e se si apprendono le abilità e competenze motorie adeguate si riesce a evitarli in modo automatizzato.

LA PALLA

Figura 19. la palla

Figura 20: la palla

Nel gioco del basket la palla svolge un ruolo fondamentale, innanzitutto si tiene tra le mani a differenza di altri sport dove invece si utilizzano i piedi.

La palla tra le mani permette un contatto, difatti la persona può accarezzarla, farla ruotare, palleggiare permettendo di provare diverse sensazioni.

Il ***passaggio*** del pallone per una persona normale può sembrare un gesto semplicissimo ma per una persona con disabilità è invece un gesto molto elaborato; passare il pallone significa accettare l'altro, creare una comunicazione.

La comunicazione sia verbale che non verbale per le persone disabili spesso è assente, tramite questo gesto individui, che non riuscirebbero nemmeno a guardarsi negli occhi, comunicano.

Passare la palla nella vita quotidiana serve intanto per comunicare con gli altri e quindi uscire dal proprio mondo e aprirsi al mondo circostante e a imparare a tener ben saldi gli oggetti e a passarli senza farli cadere.

Figura 21: passare e ricevere il pallone

Palleggiare come gesto motorio serve a migliorare la capacità di concentrazione e di ripresa dell'azione che stavo svolgendo; è molto utile per le persone con problemi visto la grande difficoltà di concentrazione che le contraddistingue

Figura 22: palleggiare

Figura 23: palleggiare

IL TIRO A CANESTRO

Figura 24. tirare a canestro

La prima difficoltà che una persona può riscontrare è l'altezza a cui è posto, la seconda è che il canestro è stretto.

Per la persona con disabilità le difficoltà aumentano in quanto devono abbattere barriere mentali non indifferenti.

Per prima cosa, essendo il canestro posto in alto, lo sguardo deve spostarsi in un'altra prospettiva e questo è difficile per chi è abituato a guardare sempre per terra; per tirare a canestro il soggetto deve allungare le braccia, quindi allontanarle dal proprio corpo e portarle in estensione ovvero abbandonare il proprio range solitamente chiuso.

La postura quindi dovrà cambiare rispetto a quella abituale e per queste persone i cambiamenti sono solitamente complicati.

Figura 25: prepararsi al tiro

L'apertura quindi gioca un ruolo fondamentale, è un cercare di aprirsi verso qualcosa di nuovo e più grande di quello che sono abituate a vivere.

Il tiro a canestro è riconducibile alla vita quotidiana in quanto la persona riesce a recuperare oggetti posti in alto, ad esempio sopra una mensola.

Il centrare il canestro può riproporsi nella vita quotidiana ad esempio quando si vuole incastrare degli oggetti in piccoli spazi, o ordinarli uno vicino all'altro.

Migliorano la capacità di creare un ordine mentale che spesso non è presente.

LA SQUADRA

Figura 26: la squadra Special Team

Il concetto di squadra è fondamentale, è l'insieme di più persone che hanno un obiettivo in comune.

In questo caso le persone sono disabili e hanno disabilità eterogenee ma l'obiettivo è lo stesso: fare canestro.

Solitamente in un gruppo emergono diverse problematiche come il voler primeggiare, l'egocentrismo e la gelosia.

La squadra invece ha un significato diverso, l'obiettivo comune è possibile solo se c'è collaborazione, comunicazione e fiducia nell'altro.

Le persone con problemi spesso sono egocentriche e si chiudono in sé stesse, vogliono tutte le attenzioni rivolte su di loro; grazie a questo progetto di squadra

invece imparano a dare spazio anche agli altri, a giocare, a vincere e a perdere insieme, a comunicare e a dare fiducia agli altri.

Nella vita quotidiana questo permette una capacità di socializzazione, di collaborazione che permette di essere integrati e svolgere diverse attività come quella lavorativa.

CAPITOLO 6 ESEMPI PRATICI DI ALLENAMENTO CON LE DIVERSE PATOLOGIE

Gli allenamenti iniziano con un riscaldamento di circa dieci minuti, i ragazzi si muovono liberamente in palestra con la palla; si parte da una fase iniziale dove il ragazzo è libero di esplorare autonomamente gli spazi, a una fase di tutoring dove è accompagnato da un educatore alla parte finale cioè il gioco insieme di squadra.

Alcuni ragazzi palleggiano, altri invece tengono la palla in mano e camminano esplorando la palestra.

Durante la parte iniziale dell'allenamento i ragazzi vengono affidati agli educatori e successivamente iniziano a svolgere degli esercizi per prendere confidenza con il pallone.

6.1 L'ALLENAMENTO CON PERSONE AUTISTICHE

Figura 27: Allenamento con una ragazza con sindrome di autismo

Lo spettro autistico ha diverse sfaccettature, ci sono persone più introverse e altre più aperte.

Ogni piccolo gesto è importante da parte di queste persone.

Due sono le parole chiave per allenare ragazzi con questa sindrome, la prima è

"delicatezza" e la seconda è "tempo"; bisogna infatti essere delicati e rispettare i tempi di queste persone.

Alcuni sono più aperti ad aprirsi e a comunicare quindi si riuscirà a creare un rapporto di fiducia; il segreto è capire subito chi abbiamo davanti.

Alcune persone con questa sindrome non sopportano il contatto, tendono quindi a stare

lontani dall'educatore e a ricercare degli spazi preferiti che loro trasmettono sicurezza.

L'allenatore dovrà prestare molta attenzione a ogni piccolo gesto; il solo sguardo del ragazzo rivolto al compagno, lo sguardo verso il pallone, il tenere in mano il pallone, l'avvicinarsi per studiare l'esercizio, la mano protratta verso un compagno o

l’educatore stesso.

Le persone autistiche vivono in un mondo loro e entrare a farne parte è davvero difficile se non impossibile.

Le fasi di apertura tramite la palla sono comuni.

Sicuramente la prima è quella dell'approccio con la palla, la seconda il tiro a canestro, la terza il ricevere la palla e l'ultima è quella del passare la palla che significa che c'è un'accettazione dell'altro.

Gli allenamenti iniziali quindi verranno concentrati su giochi manuali indirizzati alla manipolazione della palla.

Figura 28: passaggio dietro la schiena

Si inizia da lanci semplici raso terra aggiungendo successivamente la variante di un rimbalzo sul terreno; solitamente questi esercizi si svolgono fra due persone ovvero l'educatore e il ragazzo e questo permette di conoscersi e lavorare insieme.

Il ragazzo autistico difficilmente ti guarda negli occhi ma è molto attento a qualsiasi gesto che si svolge e lo apprenderà per imitazione, quindi è molto importante accompagnare la consegna verbale all'esempio pratico.

Successivamente la palla viene fatta passare dietro la schiena e dietro la testa e questo permette di aumentare la coordinazione manuale e l'abilità di afferrare la palla.

6.2 L’ALLENAMENTO CON PERSONE DOWN

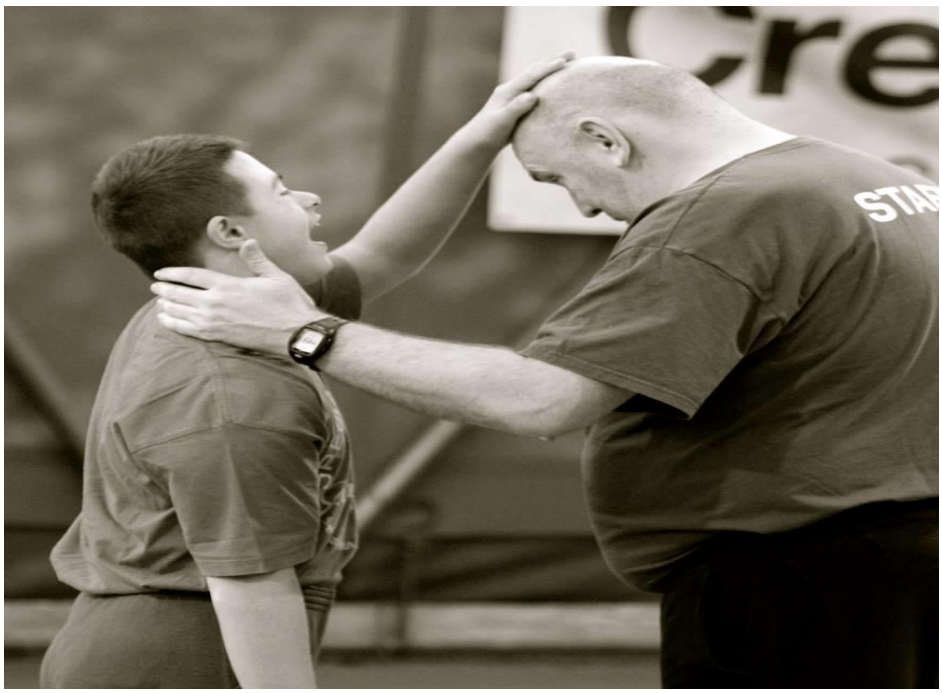

Figura 29: Allenamento con un ragazzo con sindrome di Down

Le persone con sindrome di Down hanno come peculiarità quella di essere socievoli e espansivi, sono alla ricerca continua di affetto.

La parola chiave per allenare ragazzi con questa sindrome è “fiducia”, infatti con queste persone bisogna stare attenti a essere sempre sinceri e veri.

Questa voglia smisurata di affetto può portare però a una deconcentrazione durante la consegna degli esercizi o lo svolgimento dell'allenamento.

Non bisogna farsi ammaliare dalle loro carezze o baci smisurati ma il segreto è quello di far capire loro quand'è il momento di svago e quando bisogna invece prestare attenzione.

Sono persone che una volta responsabilizzate danno il massimo, sono ottimi capisquadra.

Come miglior forma di apprendimento da utilizzare è quella per imitazione, infatti

allenare questi ragazzi non richiede un grandissimo lavoro, anzi la consegna deve essere semplice e diretta con un piccolo esempio pratico.

Con questi ragazzi è molto importante utilizzare consegne verbali con rinforzi sia positivi che negativi, il rinforzo negativo non viene preso da loro come un'offesa ma anzi sono motivati a migliorare.

Sono molto competitivi ma non egoisti, uno sport di squadra come il basket per loro è fondamentale vista la loro predisposizione alla collettività.

Gioiscono insieme ai compagni e si può notare la felicità sui loro volti quando gli altri fanno canestro.

Non sono invidiosi e nemmeno gelosi anzi sono molto generosi.

Con loro svolgiamo allenamenti come percorsi con lo slalom, esercizi di palleggio con la mano destra e sinistra anche cambiando mano nello stesso esercizio e i tiri a canestro vengono fatti eseguire dalle diverse angolature del campo.

Figura 30: Esultare

6.3 L'ALLENAMENTO CON PERSONE CON SINDROME DI SMITH MAGHENIS

Queste persone presentano un livello lieve o medio di ritardo, come i ragazzi con sindrome di Down sono molto espansivi e propensi all'apertura con l'altro.

La parola chiave per allenare queste persone è “tenacia”, infatti bisogna essere tenaci e insistere quando vengono presi da momenti di svogliatezza.

Sono persone che si deconcentrano facilmente a causa del sonno improvviso che spesso li colpisce, tipico della patologia.

A differenza delle persone con sindrome di Down se la prendono sul personale se gli vengono loro fatte delle osservazioni negative.

Sono a volte irascibili a causa della stanchezza ma sono anche molto motivati e sentono il concetto di squadra.

L'allenamento che fanno è lo stesso che si svolge con persone Down e lo svolgono tutti insieme.

6.4 L'ALLENAMENTO CON PERSONE CON RITARDO PSICOMOTORIO

Figura 31: Allenamento con un bambino

con ritardo psicomotorio

Le persone con ritardo psicomotorio sono persone con un lieve o medio ritardo mentale.

La parola chiave per allenare questi ragazzi è "ascolto", infatti bisogna saper ascoltare i bisogni delle persone che abbiamo davanti.

Queste persone a volte faticano a comunicare a causa di lacune linguistiche ma si fanno capire con gesti e espressioni.

Sono persone espansive e motivate, il basket dà a loro modo di confrontarsi con gli altri e di collaborare; svolgono l'allenamento insieme a tutti gli altri, vengono affiancati dall'educatore e dai compagni.

Il metodo di apprendimento utilizzato principalmente con questi ragazzi è quello dell'imitazione.

Vengono svolti esercizi per migliorare le capacità coordinative e condizionali [15].

[15] Marco Calamai (2008). Uno sguardo verso l'alto. Milano. Franco Angeli.

CAPITOLO 7 METODOLOGIA E STRATEGIE DI APPRENDIMENTO

Le strategie di apprendimento utilizzate sono state molteplici; tutte accomunate dalla semplicità e efficacia.

Tra queste:

TUTORING

Questa tipologia di apprendimento consiste nell'affiancare la persona con disabilità a una figura di riferimento che funge da guida.

Questa figura può essere rappresentata sia dall'educatore che dall'istruttore o da un insegnante.

Vengono utilizzati i feedback sia positivi che negativi, sia verbali che para verbali o non verbali.

Le correzioni sono fondamentali.

Figura 32: Tutoring

APPRENDIMENTO IN GRUPPI OPERATIVI: LA RISORSA DEI COMPAGNI

L'inserimento in un gruppo per una persona con disabilità è fondamentale.

La squadra è composta da persone con diverse disabilità più o meno gravi e da persone normodotate e questo porta le persone più in difficoltà ad apprendere maggior abilità grazie all'imitazione e ai rinforzi di persone più abili di loro.

È un confrontarsi e un collaborare continuo per uno scopo comune, non è una competitività che li porta a isolarsi, se non riescono a svolgere un compito.

L'obiettivo comune è quello di fare canestro ma questo non sarebbe possibile senza l'aiuto di tutti; l'obiettivo quindi è mirato a far partecipare la squadra al completo.

Figura 33: La risorsa compagni

Anche le persone normodotate traggono benefici da questa strategia;

infatti questo tipo di lavoro permette di migliorare la concezione di sé, migliora la

capacità di instaurare rapporti con gli altri, aumenta la comprensione dell'altro e la pazienza nel rispettare i tempi altrui, si impara ad accettare l'altro e aumenta l'autostima.

PROMPTING AND FADING

La tecnica di aiuto e riduzione dell'aiuto è molto utile, infatti permette di fornire diversi stimoli che vengono definiti Prompt che servono al raggiungimento dell'obiettivo.

Gli stimoli possono essere verbali, para verbali, gestuali oppure fisici.

Un esempio di Prompt verbali sono i rinforzi dati vocalmente.

I Prompt para verbali sono invece legati al timbro, all'impostazione e al tono della voce.

I Prompt gestuali sono aiuti dettati solo dalla gestualità delle mani o dall'esempio pratico dell'esercizio.

I Prompt fisici sono quelli dove si aiuta fisicamente la persona che si ha davanti, ad esempio nel palleggio l'educatore appoggia la sua mano sopra quella del ragazzo per permettergli di immagazzinare il gesto.

Un aspetto positivo di questa tipologia di apprendimento è che il processo di apprendimento è veloce.

Un aspetto negativo è che la persona abituata agli aiuti una volta senza non riesce a organizzare il lavoro da solo; può esserci una dipendenza dall'aiuto.

Figura 34: *Prompting and Fading*

MODELING

E’ la strategia di apprendimento tramite l'osservazione del comportamento di un soggetto che funge da modello.

Il modello deve stare attento a svolgere l'esercizio correttamente sapendo che verrà osservato e quindi imitato.

Bisogna stare attenti anche al minimo dettaglio e a non commettere errori.

Il ragazzo osserva la figura di riferimento e apprende per imitazione, una volta imitato il gesto viene automatizzato.

In base alle esigenze del ragazzo il gesto viene ripetuto un tot di volte.

E' un metodo di apprendimento efficace e diretto.

Figura 35: Modeling

CAPITOLO 8 CHECK-LIST

Le check-list sono elenchi di abilità specifiche che permettono di mettere in ordine le nostre osservazioni; grazie a queste noi riusciamo a scombinare un gesto o un'abilità in più azioni.

CAPACITA': Attività della vita quotidiana (bagno)

LEGENDA: 0 = INCAPACE 1 = CAPACE MA CON AIUTO 2 = CAPACE, AUTONOMO

Item 1: necessita aiuto per andare in bagno

item 2: necessita assistenza per lavare parti del corpo

item 3: sa lavarsi i denti da solo

item 4: è autonomo nell'utilizzo del bagno

ID	ETA'	PATOLOGIA	DELTA TEMPO	PRE	POST	RISULTATI
A.	21	DOWN	10 ANNI	ITEM 1: **1**	ITEM 1: **2**	1
				ITEM 2: **1**	ITEM 2: **2**	1
				ITEM 3: **1**	ITEM 3: **2**	1
				ITEM 4: **2**	ITEM 4: **2**	0

Tabella 1: Capacità della vita quotidiana (bagno)

ID	ETA'	PATOLOGIA	DELTA TEMPO	PRE	POST	RISULTATI
M.	16	DOWN	4 ANNI	ITEM 1: **0**	ITEM 1: **1**	1
				ITEM 2: **0**	ITEM 2: **1**	1
				ITEM 3: **0**	ITEM 3: **1**	1
				ITEM 4: **0**	ITEM 4: **1**	1

Tabella 2: Capacità della vita quotidiana (bagno)

ID	ETA'	PAOLOGIA	DELTA EMPO	PRE	POST	RISULTATI
I.	18	RIT.PSIC	6 ANNI	ITEM 1: **1**	ITEM 1: **2**	1
				ITEM 2: 1	ITEM 2: **2**	1
				ITEM 3: **1**	ITEM 3: **2**	1
				ITEM 4: **1**	ITEM 4: **2**	1

Tabella 3: Capacità della vita quotidiana (bagno)

ID	ETA'	PATOLOGIA	DELTA TEMPO	PRE	POST	RISULTATI
P.	8	SIN.ASPE	2 ANNI	ITEM 1: **1**	ITEM 1:	1
				ITEM 2: **1**	ITEM 2:	0
				ITEM 3: **1**	ITEM 3:	1
				ITEM 4: **1**	ITEM 4:	1

Tabella 4: Capacità della vita quotidiana (bagno)

CAPACITA': attività della vita quotidiana (vestirsi)

LEGENDA: 0 = INCAPACE 1 = CAPACE MA CON AIUTO 2 = CAPACE, AUTONOMO

item 1: si veste senza assistenza

item 2: necessita assistenza per allacciarsi le scarpe

item 3: necessita assistenza per slacciarsi le scarpe

item 4: sa infilarsi le scarpe

item 5: sa togliersi le scarpe

item 6: sa abbottonarsi

item 7: sa sbottonarsi

item 8: sa tirare su e giù la cerniera

item 9: collabora se è aiutato nel vestirsi

ID	ETA'	PATOLOGIA	DELTA TEMPO	PRE	POST	RISULTATI
A.	21	S. DOWN	10 ANNI	ITEM 1: **2**	ITEM 1: **2**	0
				ITEM 2: **1**	ITEM 2: **2**	1
				ITEM 3: **2**	ITEM 3: **2**	0
				ITEM 4: **2**	ITEM 4: **2**	0
				ITEM 5: **2**	ITEM 5: **2**	0
				ITEM 6: **1**	ITEM 6: **2**	1
				ITEM 7: **1**	ITEM 7: **2**	1
				ITEM 8: **2**	ITEM 8: **2**	0
				ITEM 9: **2**	ITEM 9: **2**	0

Tabella 5: attività della vita quotidiana (vestirsi)

ID	ETA'	PATOLOGIA	DELTA TEMPO	PRE	POST	RISULTATI
M.	16	S. DOWN	4 ANNI	ITEM 1: **1**	ITEM 1: **1**	0
				ITEM 2: **1**	ITEM 2: **2**	1
				ITEM 3: **1**	ITEM 3: **2**	1
				ITEM 4: **1**	ITEM 4: **2**	1
				ITEM 5: **1**	ITEM 5: **1**	0
				ITEM 6: **1**	ITEM 6: **2**	1
				ITEM 7: **1**	ITEM 7: **1**	0
				ITEM 8: **1**	ITEM 8: **2**	1
				ITEM 9: **2**	ITEM 9: **2**	0

Tabella 6 : attività della vita quotidiana (vestirsi)

ID	ETA'	PATOLOGIA	DELTA EMPO	PRE	POST	RISULTATI
I.	18	R. PSICO	6 ANNI	ITEM 1: **2**	ITEM 1: **2**	0
				ITEM 2: **1**	ITEM 2: **2**	1
				ITEM 3: **2**	ITEM 3: **2**	0
				ITEM 4: **2**	ITEM 4: **2**	0
				ITEM 5: **2**	ITEM 5: **2**	0
				ITEM 6: **1**	ITEM 6: **2**	1
				ITEM 7: **1**	ITEM 7: **2**	1
				ITEM 8: **2**	ITEM 8: **2**	0
				ITEM 9: **2**	ITEM 9: **2**	0

Tabella 7: attività della vita quotidiana (vestirsi)

ID	ETA'	PATOLOGIA	DELTA TEMPO	PRE	POST	RISULTATI
P.	8	S. ASPE	2 ANNI	ITEM 1: **2**	ITEM 1: **2**	1
				ITEM 2: **1**	ITEM 2: **2**	1
				ITEM 3: **2**	ITEM 3: **2**	0
				ITEM 4: **2**	ITEM 4: **2**	0
				ITEM 5: **2**	ITEM 5: **2**	0
				ITEM 6: **1**	ITEM 6: **2**	1
				ITEM 7: **1**	ITEM 7: **2**	1
				ITEM 8: **2**	ITEM 8: **2**	0
				ITEM 9: **2**	ITEM 9: **2**	0

Tabella 8: attività della vita quotidiana (vestirsi)

CAPACITA': attività motoria (tirare a canestro)

LEGENDA: punteggio da 0 a 5 in base alla capacità dove 0 = INCAPACE e 5 = CAPACE

item 1: sa posizionare i piedi paralleli all'altezza delle spalle

item 2: sa piegare le ginocchia

item 3: sa rivolgere lo sguardo verso canestro

item 4: sa allungare le braccia verso l'alto rivolte a canestro

item 5: sa indirizzare la palla verso il canestro

ID	ETA'	PATOLOGIA	DELTA TEMPO	PRE	POST	RISULTATI
A.	21	DOWN	2 ANNI	ITEM 1: **2**	ITEM 1: **2**	0
				ITEM 2: **1**	ITEM 2: **2**	1
				ITEM 3: **1**	ITEM 3: **2**	1
				ITEM 4: **1**	ITEM 4: **2**	1
				ITEM 5: **1**	ITEM 5: **2**	1

Tabella 9: attività motoria (tirare a canestro)

ID	ETA'	PATOLOGIA	DELTA EMPO	PRE	POST	RISULTATI
M.	16	DOWN	4 ANNI	ITEM 1: **0**	ITEM 1: **2**	2
				ITEM 2: **1**	ITEM 2: **2**	1
				ITEM 3: **1**	ITEM 3: **2**	1
				ITEM 4: **1**	ITEM 4: **2**	1
				ITEM 5: **1**	ITEM 5: **2**	1

Tabella 10: attività motoria (tirare a canestro)

ID	ETA'	PATOLOGIA	DELTA TEMPO	PRE	POST	RISULTATI
I.	18	R. PSICO	6 ANNI	ITEM 1: **0**	ITEM 1: **2**	2
				ITEM 2: **0**	ITEM 2: **2**	2
				ITEM 3: **1**	ITEM 3: **2**	1
				ITEM 4: **1**	ITEM 4: **2**	1
				ITEM 5: **1**	ITEM 5: **2**	1

Tabella 11: attività motoria (tirare a canestro)

ID	ETA'	PATOLOGIA	DELTA TEMPO	PRE	POST	RISULTATI
P.	8	S.ASP.	2 ANNI	ITEM 1: **0**	ITEM 1: **2**	2
				ITEM 2: **0**	ITEM 2: **2**	2
				ITEM 3: **1**	ITEM 3: **2**	1
				ITEM 4: **1**	ITEM 4: **2**	1
				ITEM 5: **1**	ITEM 5: **2**	1

Tabella 12: attività motoria (tirare a canestro)

CAPACITA': socio-relazionale LEGENDA: 0 = poco 1 = abbastanza 2 = molto

item 1: si gira quando sente pronunciare il suo nome

item 2: non si isola

item 3: interagisce con l'educatore/allenatore

item 4: comprende la consegna dell'esercizio

item 5: interagisce con i compagni

item 6: non si manifestano gesti stereotipati

item 7: non è aggressivo nei confronti dei compagni

item 8: non è aggressivo nei confronti degli adulti

item 9: non ha timore di persone estranee

item 10: accetta situazioni e materiali nuovi

item 11: è sensibile ai rinforzi positivi/negativi item 12: imita i comportamenti dei compagni

ID	ETA'	PATOLOGIA	DELTA TEMPO	PRE	POST	RISULTATI
A.	18	S. Down	10 ANNI	2	2	0
				3	3	0
				2	2	0
				1	2	1
				2	2	0
				2	2	0
				2	2	0
				2	2	0
				2	2	0
				2	2	0
				2	2	0
				1	2	1

ID	ETA’	PATOLOGIA	DELTA TEMPO	PRE	POST	RISULTATI
M.	16	S. Down	4 ANNI	2	2	0
				1	2	1
				1	2	1
				1	2	1
				1	2	1
				2	2	0
				2	2	0
				2	2	0
				2	2	0
				2	2	0
				2	2	0
				0	2	2

Tabella 14: socio-relazionale

CAPACITA': socio-relazionale LEGENDA: 0 = poco 1 = abbastanza 2 = molto

item 1: si gira quando sente pronunciare il suo nome

item 2: non si isola

item 3: interagisce con l'educatore/allenatore

item 4: comprende la consegna dell'esercizio

item 5: interagisce con i compagni

item 7: non è aggressivo nei confronti dei compagni

item 8: non è aggressivo nei confronti degli adulti

item 9: non ha timore di persone estranee

item 10: non accetta situazioni e materiali nuovi

item 11: è sensibile ai rinforzi positivi/negativi

item 12: imita i comportamenti dei compagni

ID	ETA'	PATOLOGIA	DELTA TEMPO	PRE	POST	RISULTATI
I.	18	R. PSICO	6 ANNI	1	2	1
				1	2	1
				1	2	1
				0	2	2
				1	2	1
				2	2	0
				2	2	0
				2	2	0
				0	2	2
				1	2	1
				1	2	1
				1	2	1

ID	ETA’	PATOLOGIA	DELTA TEMPO	PRE	POST	RISULTATI
P.	8	S. ASPE	2 ANNI	0	1	1
				0	1	1
				0	2	2
				1	2	1
				0	1	1
				1	2	1
				2	2	0
				2	2	0
				0	1	1
				1	2	1
				1	2	1
				0	1	1

Tabella 16: socio-relazionale

CAPITOLO 9 ESEMPI DI RAGAZZI “SPECIAL”

ID: A.

SESSO: M

ETA’: 21

PATOLOGIA: Sindrome di Down

POTENZIALITA’: socievole, affettuoso, attento ai bisogni degli altri, generoso, motivato all’attività ludica motoria di gruppo, non ha deficit motori e articolari, non ha difficoltà di linguaggio.

LIMITAZIONI: limiti dovuti al ritardo mentale lieve, porta gli occhiali ma non durante gli allenamenti.

OBIETTIVI:

- Stimolazione senso-motoria
- Attività ludica-motoria
- Autonomia negli spostamenti
- Autonomia nella vita quotidiana

CONTESTO: Palestra

METODI UTILIZZATI:

- Prompting-Fading
- Tutoring
- La risorsa compagni
- Modeling

VALUTAZIONE: Check-List

A è un ragazzo molto espansivo e solare, aiuta i compagni ed è generoso.

Lavora in un bar e gli allenamenti per lui erano mirati a sapersi muovere in determinati spazi, senza difficoltà, avendo ormai automatizzato i gesti motori.

Gli esercizi specifici utilizzati sono stati quelli dei percorsi, dello slalom e del canestro.

A è positivo e volenteroso, è disponibile con gli altri compagni e con l'educatore stesso, non si offende se richiamato ma risponde positivamente agli eventuali rimproveri.

Non è egoista ma gioisce per i risultati degli altri sentendo il concetto di squadra.

ID: M.

SESSO: M

ETA': 16

PATOLOGIA: Sindrome di Down

POTENZIALITA': socievole, affettuoso, generoso, abbastanza motivato all'attività motoria, molto motivato all'attività ludico ricreativa.

LIMITAZIONI: limiti dovuti al ritardo mentale lieve, qualche difficoltà nel linguaggio, a volte si isola per attirare l'attenzione dell'educatore su di sé, leggera difficoltà di concentrazione.

OBIETTIVI:

- Stimolazione senso-motoria
- Motivazione all'attività motoria
- Autonomia negli spostamenti
- Autonomia nella vita quotidiana

CONTESTO: Palestra

METODI UTILIZZATI:

- Prompting-Fading
- Tutoring
- La risorsa compagni
- Modeling

VALUTAZIONE: Check-List

ID: I.

SESSO: M

ETA': 18

PATOLOGIA: Ritardo Psicomotorio

POTENZIALITA': Socievole, espansivo, motivato all'attività motoria, motivato all'attività ludico-ricreativa, capisce la consegna, si impegna a farsi comprendere.

LIMITAZIONI: Difficoltà a produrre un linguaggio comprensibile, difficoltà a deambulare, difficoltà a mettere insieme più gesti motori.

OBIETTIVI:

- Stimolazione senso-motoria
- Motivazione all'attività motoria
- Autonomia negli spostamenti
- Autonomia nella vita quotidiana

CONTESTO: Palestra

METODI UTILIZZATI:

- Prompting-Fading
- Tutoring
- La risorsa compagni
- Modeling

VALUTAZIONE: Check-List

ID: E.

SESSO: F

ETA': 23

PATOLOGIA: Sindrome di Smith Maghenis

POTENZIALITA': E' socievole, fa amicizia facilmente, non ha grandi difficoltà motorie, motivata all'attività ludica-ricreativa.

.LIMITAZIONI: Difficoltà a produrre un linguaggio comprensibile, capacità di equilibrio limitata, capacità ridotta di concentrazione.

OBIETTIVI:

- Stimolazione senso-motoria
- Motivazione all'attività motoria
- Autonomia negli spostamenti
- Autonomia nella vita quotidiana

CONTESTO: Palestra

METODI UTILIZZATI:

- Prompting-Fading
- Tutoring
- La risorsa compagni
- Modeling

VALUTAZIONE: Check-List

CAPITOLO 10 LO SPECIAL TEAM VISTO DAI RAGAZZI

Figura 36: disegno di L. ragazzo Special

Figura 37: disegni dei ragazzi Special

CONCLUSIONI

Per concludere questo lavoro di tesi posso confermare che ci sono stati diversi cambiamenti sia motori che socio-relazionali.

Utilizzando le Ceck-List ho potuto constatare il livello dei ragazzi da quando hanno iniziato il progetto ad oggi.

L'aiuto delle mamme dei ragazzi è stata fondamentale, infatti ho fatto compilare alcune Ceck-List per valutare delle abilità anche al di fuori del progetto, nella vita di tutti i giorni.
Le risposte sono state molteplici e sorprendenti;

Ad esempio A. un ragazzo con la sindrome di Down all'inizio del progetto faceva fatica ad allacciarsi le scarpe da solo e ad abbottonarsi e sbottonarsi i vestiti prima e dopo l'allenamento o essere andato in bagno, come possiamo notare nella tabella 5, ci sono stati dei miglioramenti di queste abilità.

Sono migliorate anche le capacità di andare in bagno, M. un ragazzo con sindrome di Down infatti inizialmente era incapace di andare in bagno da solo ed era completamente dipendente, come dimostra la tabella 2 invece ora ha acquisito maggior autonomia seppur con aiuto.

Le capacità su cui però mi sono incentrata di più sono state quelle motorie legate proprio al gesto tecnico della pallacanestro, e quelle socio- relazionali.

Come mostra la tabella 11, ovvero la Ceck-List di I. un ragazzo con ritardo psicomotorio che mira a indagare sulla capacità di tirare a canestro, possiamo notare miglioramenti sbalorditivi; I. è un ragazzo che fatica a formulare frasi di senso compiuto e quando ha iniziato il progetto faticava a stare in piedi a causa di una malformazione alle gambe che lo portava a camminare con le stampelle.

Nel corso degli anni I. è riuscito ad abbandonare le stampelle e ora riesce a camminare velocemente.

Per quanto riguarda il tirare a canestro inizialmente non riusciva neppure a tenere i

piedi posti alla larghezza delle spalle, ora riesce a svolgerlo autonomamente in modo automatizzato.

Anche piegare le ginocchia per lui era una grande difficoltà, ovviamente il gesto ora non è preciso ma questo è dovuto a problemi fisici che non lo permettono, però l'idea ce l'ha e riesce a farlo per quanto gli è possibile.

Ci sono stati anche riscontri positivi riguardanti la capacità socio-relazionale, questi li ho potuti constatare in prima persona durante le ore di allenamento e ho avuto la conferma anche dalle mamme al di fuori dello Special.

P. è un ragazzino con sindrome di Asperger, frequenta lo Special Team da due anni.

E' un ragazzino molto solare e vivace, però inizialmente era un po' diffidente con le persone che non conosceva.

Io lo seguo personalmente da qualche tempo e posso dire che le prime lezioni faceva fatica a parlarmi e a guardarmi negli occhi, però ora a distanza di tempo posso affermare che è un gran chiacchierone.

Come mostra la tabella 16 inizialmente faticava a comprendere la consegna dell'esercizio conseguentemente alla "chiusura in se stesso", ora la comprende subito senza difficoltà.

Inizialmente era un po' timoroso nei riguardi di persone estranee, ora invece le accoglie e ascolta se qualcuno vuole comunicare con lui.

Prima non era molto sensibile ai rinforzi positivi o negativi, perché non partecipava attivamente all'allenamento, invece ora è partecipe e è motivato se spronato con rinforzi.

Posso confermare anche che inizialmente P. non capiva il significato di fare canestro, infatti lanciava la palla senza una logica ma giusto per farlo; durante un allenamento avvenuto a novembre 2017 invece P. è riuscito a fare ben due canestri: i piedi erano ben allineati, il lancio è stato preciso e gli occhi erano indirizzati al canestro.

L'emozione per me è stata molto forte, i progressi si vedono e sto costruendo giorno

per giorno un bel rapporto con lui, basato sulla fiducia, infatti mi racconta cose personali e le chiede a me.

Un’altra cosa che ho potuto osservare è che inizialmente lui non riusciva a socializzare con i compagni per un disinteresse nei loro riguardi; in un altro allenamento invece ho notato che ora è più partecipe e si interessa agli altri, capisce se qualcuno ha potenza nel lanciare, questo grazie agli allenamenti mirati al passaggio che si fanno in gruppo.

Inizialmente non osservava gli altri ora invece inizia a imitarne gli atteggiamenti durante i tiri a canestro o gli esercizi di slalom.

Questo progetto da una grande possibilità sia ai ragazzi che a noi educatori, infatti io ogni volta finito l’allenamento mi sento realizzata e contenta, questo perché l’ambiente è positivo e permette a tutti di giocare insieme senza distinzioni.

Da quando ho iniziato il progetto sento di essere cresciuta personalmente, questo perché ho conosciuto una realtà diversa dalla mia, un nuovo mondo, e devo dire che questo non mi dispiace affatto.

BIBLIOGRAFIA

Anna Maria Arpinat, Daniela Mariani Cerati, Daniele Tasso, Autismo, 2009, Armando editore, Collana Tisca, Roma

Andrea Antonello, Baci a tutti, 2015, Sperling e Kupfer, Novegro-Tregarezzo

Antonio Rovida, Attività motorie di gruppo ricreative e del tempo libero, 2005, C.L.U., Pavia

Antonio Rovida, Tecnica del gioco del calcio, 2003, C.L.U., Pavia

B. Longoni, G. Perucci, Noi ci siamo, Guida psicosociale per gli operatori dell'assistenza, 1997, Casa Editrice Ambrosiana, Milano

G. Caputo, G. Ippolito, P. Maietta, La terapia multisistemica in acqua, Un nuovo approccio terapeutico per soggetti con disturbo autistico e della relazione. Indicazioni per operatori, psicologi, terapisti, genitori, 2008, Franco Angeli, Milano

Fabio Ferrucci, La disabilità come relazione sociale, Gli approcci sociologici tra natura e cultura,2004, Rubbettino Editore, Catanzaro

Francesca Maria Battaglia, Valentina Epidendio, Sergio Schenone, Pagona P., La giornata di Niki, Una storia con attività di potenziamento della comunicazione, 2015, Erickson, Trento

Francesco Fusca, Persone disabili, In Famiglia, A Scuola e in Società, 2011, Ferrari Editore, Rossano

Fulvio Ervas, Se ti abbraccio non aver paura, 2012, La Feltrinelli, Milano

Lucio Cottini, Psicomotricità, Valutazione e metodi nell'intervento, 2005, Carocci Editore, Roma

Lucio Cottini, Strategie per l'apprendimento dell'handicappato mentale, Aspetti metodologici e tecnici dell'intervento educativo, 2007, Franco Angeli, Milano

Lucio Garbelli, Corso di teoria e didattica degli sport individuali e di squadra, 2012, C.L.U., Pavia

Luigi Mazzone, Sport, Campus e Inclusione, Modelli di organizzazione e gestione per bambini e ragazzi con disturbi del neurosviluppo,2017, Erickson, Trento

Marco Calamai, Uno sguardo verso l'alto, Un progetto di pallacanestro sperimentale con ragazzi disabili, 2008, Franco Angeli, Milano

Marco Facioli, Tecniche dell'attività motoria nell'età adulta e anziana, 2009, La Goliardica Pavese, Milano

Maria Stella Lana, Emozioni sotto canestro, 2009, Edizioni Univers, Pavia

Mark Haddon, Lo strano caso del cane ucciso a mezzanotte, 2003, Giulio Einaudi Editore, Torino

Maurizio Cremonini, Il minibasket, L'emozione, La scoperta, Il gioco, 2012, Federazione Italiana Pallacanestro, Roma

Mauro Paissan, Il mondo di Sergio, 2015, Fazi Editore, Roma

Monica Pratelli, Educhandicap, Guida didattica, itinerari e strumenti per diagnosi funzionali, attività educative individualizzate per lo sviluppo e la formazione dei portatori di handicap, 1994, Centro Programmazione Editoriale, Modena

Pietro Pfanner, Mara Marcheschi, Il ritardo mentale, Capire e curare una grave malattia della mente, 2005, Il mulino, Bologna

Reuven Feurestein, Yaacov Rand, John E. Rynders, Non accettarmi come sono, Un approccio nuovo per affrontare la sindrome di Down, 1995, Sansoni Editore, Milano

Richard M. Foxx, Tecniche base del metodo comportamentale per l'handicap grave e l'autismo, 1997, Erickson, Trento

Schmidt Richard A. Wrisberg Craig A., Apprendimento motorio e prestazione, un metodo basato su problemi reali, 2008, Società stampa, Roma

Stefano Vicari, La sindrome di Down, Una sindrome diffusa ma con una storia ricca di conquiste, 2007, Il Mulino, Bologna

Tom W. Shakespeare, Didabilità e società, Diritti, Falsi miti, Percezioni sociali, 2017, Erickson, Trento

SITI CONSULTATI

http://www.goccedipsicologia.it/sport-e-disabilita/

http://psicpedagogia.6forum.info/t182-i-disabili-e-il-difficile-rapporto-con-la-società

http://www.archivio.formazione.unimib.it/DATA/Insegnamenti/7_1376/materiale/autismo_farina_corretto.pdf

http://www.autismo.ch/index.php?node=311&lng=1&rif=f4f09de900

http://www.goccedipsicologia.it/sport-e-disabilita/

http://www.agpd.it/ctg/sindrome-di-down/

http://malattierare.hsr.it/it/malattie/sindrome_di_smithmagenis.html?idPat=121

http://europa.uniroma3.it/cdlsfp/files/0ce5492d-6bf1-470a-818b-029d540d9fe8.pdf

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio i miei genitori che mi hanno permesso di studiare, sostenendomi e confortandomi nei momenti di bisogno.

Ringrazio Michele che mi è stato accanto sopportando i miei momenti no e gioendo con me per i miei successi.

Ringrazio i miei nonni Eside, Lucio e Pia che mi vogliono bene solo come dei nonni possono fare.

Un ringraziamento speciale va a mia cugina Manuela che mi è stata vicina in questo periodo. Grazie Manu!

Ringrazio il professore Rovida che mi ha seguita in questo percorso di tesi,e mi ha insegnato ad affrontare la vita con il sorriso.

Ringrazio la professoressa Gaeta che mi ha affiancata nel percorso di tesi.

Ringrazio il progetto “Special Team” per avermi fatto conoscere una realtà così meravigliosa e avermi permesso di trasformarla nel mio lavoro di tesi.

Ringrazio le mamme Special, in particolare la Pinu che ha sempre una parola carina per me e è sempre disponibile.

Ringrazio la mia migliore amica Alessia che mi ha sempre sostenuta nelle mie scelte, “non abbiamo neanche bisogno di parlare che ci capiamo guardandoci negli occhi”.

Ringrazio le mie amiche Ale, Chiara e Chrys che con la loro allegria non mi fanno mai mancare il sorriso.

Ringrazio i miei compagni di università Edoardo e Mattia per le ore passate sui libri insieme.