

ADATTATA

1-INTRODUZIONE AL CORSO DI STUDI

L'obiettivo fondamentale che il presente corso intende perseguire è lo studio e l'analisi di ogni forma di attività fisica da poter realizzare con i bambini, gli adolescenti, i giovani e gli adulti: le persone diversamente abili.

È un tipo di attività che tocca vasti campi, dietro ogni "disabilità" esistono ambiti e contesti con cui dobbiamo relazionarci e necessariamente conoscere. L'Attività Fisica Adattata è diretta a persone con svantaggio. Detto svantaggio può dipendere da cause puramente traumatiche o congenite, perciò si vanno a lambire aspetti medici, fisiopatologici, neurologici, endocrinologici, riabilitativi, fino alle disabilità sensoriali come l'ipocusia e l'ipovisione.

È necessario e doveroso intervenire attraverso un lavoro di équipe psico-medico-pedagogico:

- In collaborazione con specialisti che diano indicazioni medico scientifiche sul tipo d'invalidità e sul danno che ne consegue
- Con la famiglia
- Con gli operatori sul territorio: psicologi, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, logopedisti, assistenti alla comunicazione ed insegnanti, capaci di curare gli apprendimenti e i problemi legati al cambiamento delle abitudini mentali e sociali nei riguardi delle persone diversamente abili.

È nostro compito attuare una tecnica di insegnamento adatta ad ogni tipo di disabilità, sapendo già che non tutti riusciranno ad apprendere e a praticarla; molti non impareranno neppure a colpire una palla, ma cosa importante sarà infondere in loro interesse e partecipazione.

Le persone disabili, soprattutto se bambini ed adolescenti, hanno il pieno diritto di giocare e praticare sport; è compito estremamente difficile per il docente indirizzare le energie di queste persone, al fine di esaltarne il senso ludico ed il profondo significato educativo di una qualunque attività sportiva da essi praticata.

Possiamo farlo solo se si riconosce al movimento la sua capacità polivalente, riconoscendo alla motricità una base decisiva quale premessa allo sviluppo mentale e alla capacità di prestazione dell'uomo.

Capacità di prestazione? Sì, perché l'attività sportiva, intesa come più alta espressione del movimento, altro non è che l'insieme delle componenti psicofisiche che portano alla performance.

In epoca moderna lo sport è divenuto attività di massa, ma solo risalendo all'inizio del XV secolo, lo stesso era privilegio ed esclusiva delle classi più agiate. Lo nobilitava un substrato mondano tale da far apparire elitario e modaiolo dedicare il proprio tempo a saltare un'asticella o a migliorare il tempo su un miglio.

Al lavoratore che esercitava i muscoli guadagnandosi il pane il Tempio del dio Sport era precluso: era un orrore scendere in pedana con quei tozzi bicipidi da fabbro! Il Lord, certo, non voleva perdere di fronte ad un simile mestierante.

In seguito, con l'evoluzione delle masse, lo sport fu praticato da tutti. Il barone Pierre de Coubertin, uomo dell'800, apostolo di pace, felice assertore della fusione classico-romantica, conìò la famosa frase:

"L'important dans la vie, ce n'est point le triomphe, mais le combat. L'essentiel n'est pas d'avoir vaincu, mais de s'être bien battu." (La cosa importante nella vita, non è un trionfo, ma la lotta. L'essenziale è non per aver conquistato, ma per avere combattuto bene).

Erano i giorni del Socialismo, l'umanità si avviava alle sue magnifiche sorti di progresso, ma accanto a de Coubertin predicava E. Renan (1823-1892) e girava il saggio di J. Arthur de Gobineau (1816-1882) sulla differenza delle razze, un autentico manuale di razzismo...

→ Carlo Airoldi, unico atleta italiano alle Olimpiadi del 1896 nonché primo squalificato perché professionista.

→ E de Coubertin? E la prima Olimpiade moderna del 1896? Vi convenne tutta la gioventù scelta del mondo civile. Anche noi Italiani con i nostri braccianti.

→ 1960, le Olimpiadi a Roma

Quelle di Roma del 1960 risultano tutt'oggi tra le Olimpiadi più significative, soprattutto per aver letteralmente aperto la strada alle discipline per persone disabili. Le prime Paralimpiadi dimostrative risalgono a questo straordinario evento.

Intanto le ore di lavoro erano diminuite ed i salari quasi sufficienti per vivere dignitosamente, ma le guerre ancora c'erano e restano, de Coubertin è morto e Olimpia è l'unico antidoto al nostro istinto di l'ansia.

Olimpia è l'unico spirito di pace che si ritrova dentro di noi ad ogni appuntamento.

Lo Stato moderno considera lo sport una branca fondamentale della vita civile, lo sport è igiene psico-fisica, civiltà di ampia portata sociale e dev'essere appreso sotto forma di educazione fisica e praticato da tutti. E allora? Dove si può fare tutto questo? **NELLA SCUOLA!**

La scuola è il luogo migliore dove insediare il seme della cultura sportiva, della cultura della Mens sana in corpore sano. Quindi sport significa progresso. E noi, la nostra gente, non è mai stata negata al progresso; dunque, neanche allo sport.

Lo sport dev'essere considerato dal cittadino un dovere sociale, ma purtroppo ancora si trascura il diritto umano allo svago, alla ricreazione salutare, all'educazione fisica. Tutto questo è un vero e proprio attentato all'infanzia, al sano sviluppo del giovane e al benessere del cittadino. Esiste il disagio conclamato dei bambini senza un'oasi verde, costretti a spazi umilianti e lo sportivo che, a modo suo, è da considerarsi un

educatore.

Il nostro sistema ci propone due modelli di partecipazione all'attività sportiva; due modi diversi di fare sport, nei quali viene prioritariamente premiata la prestazione: lo sport per gli atleti che vanno a competere nelle Olimpiadi, lo sport per gli atleti che vanno a competere nelle Paralimpiadi.

Ma c'è una terza strada che la scuola deve scegliere per le sue finalità educative: quella dell'integrazione dove si privilegia collaborazione, solidarietà attraverso percorsi didattico-formativi per far condividere l'esperienza sportiva agli alunni disabili.

È chiaro che le proposte educative vanno adeguate alle caratteristiche bio-psicologiche di ciascun allievo. È necessario però andare oltre la disabilità, nella convinzione che siamo tutti sportivamente e diversamente abili. Nella scuola l'attività sportiva discende dalla necessità di evidenziare il valore educativo proprio della scuola ma anche di rafforzare alcuni valori propri dello sport. Ci riferiamo ai valori dell'integrazione, dello stare insieme, della tolleranza, del rispetto delle regole alla non violenza e alla consapevolezza che prima di ogni cosa c'è la persona.

2-INTRODUZIONE ALLA DISABILITA'

DIETRO OGNI DISABILITA' C'E' SEMPRE UNA DIVERSA ABILITA', questo ha cambiato il modo di pensare ed intervenire in caso di handicap.

LE CAUSE POSSONO ESSERE: TRAUMATICHE e/o CONGENITE.

E' FONDAMENTALE COMPRENDERE GLI ASPETTI: MEDICI, FISIOPATOLOGICI, NEUROLOGICI, ENDOCRINOLOGICI, RIABILITATIVI FINO ad arrivare ALLE DISABILITA' SENSORIALI: l'ipovisione e la sordità.

FIGURE CHIAMATE A COLLABORARE: FAMIGLIA, MEDICI, PSICOLOGI, SOCIOLOGI, TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE, LOGOPEDISTI, INSEGNANTI.

PIU' DI OGNI ALTRA COSA bisogna CONTRIBUIRE AL CAMBIAMENTO DELLE ABITUDINI MENTALI E SOCIALI NEI CONFRONTI delle persone DIVERSAMENTE ABILI.

OGNI DIVERSA ABILITA' NECESSITA DI UNA SPECIFICA COMPETENZA E SENSIBILITA' DIDATTICA, E' COMPITO DELL'INSEGNANTE APPLICARE METODOLOGIE EMPATICHE.

L'INSEGNANTE E' ANCHE CONSAPEVOLE CHE MOLTO SPESSO NON TUTTI RIUSCIRANNO AD APPRENDERE E PRATICARE ALCUNI POTREBBERO NON IMPARARE NEANCHE A COLPIRE UNA PALLINA.

E' DOVERE DEONTOLOGICO DELL'INSEGNANTE CONSENTIRE A BAMBINI, ADOLESCENTI, GIOVANI E ADULTI, LA PRATICA DI UNA DISCIPLINA SPORTIVA. QUESTO PRINCIPIO VALE ANCOR PIU' PER I DIVERSAMENTE ABILI.

IL MOVIMENTO HA CAPACITA' POLIVALENTE SOLO SE SI RICONOSCE ALLA MOTRICITA' UNA BASE DECISIVA ED UNA PREMESSA ALLO SVILUPPO MENTALE ED ALLA CAPACITA' DI PRESTAZIONE DELL'UOMO.

PER LO STATO MODERNO LO SPORT DEVE ESSERE UN COMPARTO FONDAMENTALE DELLA VITA SOCIALE E DELLA CRESCITA CIVILE.

LO SPORT E' IGIENE PSICO-FISICA, CIVILTA' DI AMPIA PORTATA SOCIALE e DEVE ESSERE APPRESO SOTTO FORMA DI EDUCAZIONE FISICA.

IL LUOGO NATURALMENTE PREPOSTO PER QUESTO DOVEROSO INSEGNAMENTO DOVREBBE ESSERE LA SCUOLA.

IL FINE DELLA SCUOLA DEVE ESSERE L'INTEGRAZIONE TRA LE DIVERSE FORME DI PRESTAZIONE.

LA SCUOLA, PER LE SUE FINALITA' EDUCATIVE, RAGGIUNGE IL MASSIMO DELL'INTEGRAZIONE QUANDO PRIVILEGIA COLLABORAZIONE E SOLIDARIETA' ATTRAVERSO PERCORSI DIDATTICI PER FAR CONDIVIDERE L'ESPERIENZA SPORTIVA anche AI DIVERSAMENTE ABILI.

E' NECESSARIO ANDARE OLTRE LA DISABILITA' NELLA CONVINZIONE CHE SIAMO TUTTI SPORTIVAMENTE E DIVERSAMENTE ABILI.

LO SPORT NELLA SCUOLA E' EDUCAZIONE DISCIPLINARE MA ANCHE E SOPRATTUTTO EDUCAZIONE ALLA CONVIVENZA CIVILE, AL RISPETTO DELLE REGOLE, ALLA RECIPROCA TOLLERANZA, ALLA NON VIOLENZA ED ALLA CONSIDERAZIONE DELLE DIVERSE INDIVIDUALITA'.

Esistono delle regole per quanto riguarda lo sport e quindi anche delle REGOLE PER LO SPORT INTEGRATO:

- CURARE LA CONTINUITA' MOTORIA NEI DIVERSI GRADI DI SCUOLA
- CONDIVIDERE LE ESPERIENZE MOTORIE CON IL GRUPPO CLASSE O SQUADRA
- COINVOLGERE SEMPRE IL DISABILE IN TUTTE LE ATTIVITA' SPORTIVE
- RENDERE COMPATIBILE ALL'ALUNNO DISABILE LE ATTIVITA' PROPOSTE
- FAVORIRE LA TOLLERANZA ED IL RISPETTO DELLE DIVERSITA'
- TRASFORMARE LA DISABILITA' DELL'INDIVIDUO IN CRESCITA PER IL GRUPPO
- TROVARE SEMPRE UN RUOLO ATTIVO AI DISABILI NELLE ATTIVITA' PROPOSTE
- STIMOLARE LA COLLABORAZIONE FRA GLI ENTI LOCALI, LE ASSOCIAZIONI SPECIFICHE, LE AZIENDE PRIVATE, L'ASL, PER MONITORARE IN ITINERE E CORREGGERE IL PERCORSO

FORMATIVO.

IL PIANO DI OFFERTA FORMATIVA NELLA SCUOLA (P.O.F.) CONSENTE L'INFORMAZIONE DELLE DIVERSE ATTIVITA' CHE LA SCUOLA PROPONE. LE ATTIVITA' MOTORIE SPORTIVE, GRAZIE ALLA VALENZA PEDAGOGICA ALL'INTERNO DEL P.O.F. SONO STRUMENTO PRIVILEGIATO PER LA CRESCITA CULTURALE E SOCIALE.

LE ATTIVITA' MOTORIE SPORTIVE FAVORISCONO:

- LO SVILUPPO MOTORIO
 - LA PRATICA SPORTIVA SPECIE PER CHI NON NE USUFRUISCE NELLE STRUTTURE EXTRASCOLASTICHE
 - LA CONSUETUDINE ALLA PRATICA SPORTIVA COME FATTORE DI FORMAZIONE UMANA CIVILE E SOCIALE
 - L'INTEGRAZIONE FRA I GIOVANI DI DIVERSA PROVENIENZA CULTURALE E GEOGRAFICA.
- LE ATTIVITA' MOTORIE SPORTIVE COINVOLGONO → UN GRAN NUMERO DI ALUNNI ANCHE QUELLI DISABILI

LE ATTIVITA' MOTORIE SPORTIVE PREPARANO a 2 tipi di giochi di prestazione:

- AI GIOCHI DELLA GIOVENTU' (scuola di 1° grado)
- AI CAMPIONATI STUDENTESCHI (scuola di 2° grado)

LE ATTIVITA' MOTORIE SPORTIVE PRODUCONO:

- EFFETTI POSITIVI IN ALTRI AMBITI EDUCATIVI COME LA TUTELA DELLA SALUTE ATTRAVERSO CONOSCENZE SULL'EDUCAZIONE ALIMENTARE, LOTTA AL DOPING, PREVENZIONE, TOSSICODIPENDENZE, ALCOLISMO.

LE ATTIVITA' MOTORIE SPORTIVE CONTRASTANO:

- LA VIOLENZA, ATTRAVERSO LA DIFFUSIONE DEI VALORI POSITIVI DELLO SPORT
- L'ILLEGALITA'
- L'ABBANDONO E LA DISPERSIONE SCOLASTICA, molto evidente nella nostra scuola pubblica.

3-NORMATIVE SULL'HANDICAP

REGIO DECRETO 1928, il primo decreto sull'handicap, in cui si stabiliva che ci dovevano essere delle SCUOLE SPECIALI e venivano fatti per la prima volta dei CORSI AI DOCENTI DI FISIOPATOLOGIA e furono inserite le CLASSI DIFFERENZIATE.

1962 - LEGGE che ISTITUITIVA SCUOLE MEDIE e CLASSI DI RECUPERO SEZIONI SPECIALI.

1968 – vengono istituite le SCUOLE MATERNE STATALI E PREVISTE ANCHE SEZIONI PER ALUNNI IN DIFFICOLTA

1971 (Lg. 118) • L'ISTRUZIONE DELL'OBBLIGO DEVE AVVENIRE NELLE CLASSI NORMALI DELLA SCUOLA PUBBLICA; • DIRITTO ALLO STUDIO DEL SOGGETTO "H", con disabilità.

D.P.R. 1975 • vengono istituiti per la prima volta CORSI MONOVALENTI PER GLI INSEGNANTI che si vogliono dedicare agli alunni con delle difficoltà e vengono quindi istituite anche le COMPETENZE rispetto alla SANITA' E ASSISTENZA DELLO STATO ALLE REGIONI;
• INSEGNANTE SPECIALIZZATO.

D.P.R. 1977 - LEGGE 517

• MINI RIFORMA SCUOLA DELL'OBBLIGO: INTEGRAZIONE ALUNNI "H", SCHEDA VALUTAZIONE in cui sono previsti GIUDIZI E PROGRAMMAZIONE.

D.M. 1986 • vengono stabiliti dei CORSI DI SPECIALIZZAZIONE POLIVALENTI PER DOCENTI. Prima erano solo monovalenti, quindi si dovevano specializzare in un'unica cosa (ragazzo non vedente ecc.)

D.P.R. 1987 • FREQUENZA ALUNNI "H" NELLA SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO

D.P.R. 1992 - LEGGE 104 LEGGE QUADRO, migliore legge in Europa. Inquadra tutte le problematiche rispetto la persona disabile.

• PER L'ASSISTENZA, L'INTEGRAZIONE SOCIALE E I DIRITTI DELLE PERSONE "H". CON LA DIAGNOSI FUNZIONALE SONO INDIVIDUATE, OLTRE ALLA SITUAZIONE DI HANDICAP, ANCHE LA CAPACITA' E LE POTENZIALITA' EDUCATIVE E FORMATIVE SVILUPPABILI NELL'INTEGRAZIONE. È una rivoluzione, non si parte da cos'ha questo individuo, ma si parla di cosa può fare questo individuo.

SOGGETTI IN SITUAZIONI DI MINORAZIONE DISABILITA' HANDICAP, sono soggetti che non necessariamente devono essere considerati persone "H".

MINORAZIONE

Le minorazioni sono rilevabili rispetto ad uno standard di completezza fisico, psichico, sensoriale. • La minorazione in sé non è sempre fonte di difficoltà, cioè non è sempre handicap.

Dalle minorazioni possono derivare disabilità, cioè carenze funzionali riconosciute rispetto ad una completa abilità, concepita sperimentalmente osservando un elevato numero di persone.

DISABILITA'

La disabilità non è fonte di difficoltà quando ben compensata, o quando di entità trascurabile. È disabile anche una persona a cui manca un dito per esempio.

HANDICAP

Quando la persona con minorazione e conseguente disabilità si trova di fronte ad una richiesta di prestazione, alla quale non le è possibile dare una risposta, allora si trova in situazione di handicap.

Tutte le situazioni di impossibilità di risposta, indipendentemente dalle condizioni personali di chi non risponde (minorazioni, svantaggio, disadattamento, blocco di apprendimento), sono situazioni di handicap.

La situazione di handicap non è causata dalla minorazione, dalla disabilità, dallo svantaggio, dal disadattamento o dal blocco di apprendimento, ma, dal dislivello in quel momento insuperabile fra domanda di prestazione e capacità di risposta.

In situazioni di handicap si trova unicamente chi non sa rispondere, se chi domanda può e/o deve fare solo quella domanda; in situazioni di handicap si trovano entrambi se chi domanda deve e non sa individuare l'argomento più adatto alla capacità del suo interlocutore.

Non ci sono quindi gli handicappati ma coloro che si trovano in situazione di handicap.

Non è la minorazione che porta l'handicap nella relazione ma l'inadatta proposta relazionale; pertanto la persona svantaggiata dovrà essere indicata come "colui che viene a trovarsi in situazioni di handicap in quella relazione".

L'uso della parola "H" e "handicappato" è entrato nella normativa in forma scorretta, causando distorsioni molto rilevanti: c'è stata una notevole medicalizzazione di un problema prevalentemente relazionale e pedagogico; o esclusivo interesse verso i diversamente abili a prescindere dalle diverse situazioni di handicap; o scarsa considerazione delle altre forme di disagio a cui, invece, l'integrazione scolastica dovrebbe provvedere, perché è disagio anche il bullismo, a cui tutta la normativa non dà rilievo.

TIPI DI INVALIDITA'

INVALIDITA' FISICHE

Quelle causate da un danno organico di esecuzione periferica, normalmente a carico dei muscoli. Sono anomalie degli arti, delle strutture muscolari con conseguenti deficienze motorie anche a carico delle strutture ossee e articolari. Inoltre influiscono sulle regolazioni nervose centrali responsabili delle abilità prassiche, (= capacità di eseguire movimenti finalizzati per la coordinazione della motilità).

INVALIDITA' DEGLI ORGANI SENSORI

Sordità e sordità, cecità e ipovisione, sono invalidità da danno organico sensoriale; possono evidenziare lesioni dell'orecchio, dell'occhio e lesioni delle vie centrali che originano disturbi gnostico – percettivi (= di conoscenza, di percezione), senza danno dell'organo percettivo stesso.

DISTURBI DELL'INTELLIGENZA

Sono invalidità generate da danno organico encefalico, da cerebropatie genetiche (down) o acquisite durante la gravidanza (congenite), la natalità o post – natalità. I disturbi dell'intelligenza possono manifestarsi con quadri di insufficienza mentale, con disturbi di codificazione e/o decodificazione e con disturbi motori centrali (paralisi cerebrale infantile) conclamati e non, pertanto difficilmente diagnosticabili.

DANNI FUNZIONALI SOCIO CULTURALI

Causano disabilità ambientali indagabili prevalentemente con metodi sociologici.

DANNO FUNZIONALE AFFETTIVO RELAZIONALE

• Disabilità da distorsione delle dinamiche affettive: si manifesta prevalentemente con disturbi relazionali e comportamentali indagabili con metodo psicologico (scuola di Freud ed epigoni, behaviorismo*, scuola etologica**).

*... o comportamentismo. Teoria relativa all'analisi del comportamento; si limita all'esame dei dati osservabili del comportamento esterno, scartando l'introspezione o ipotesi sui processi psicologici. **...deriva da "éthos" costume; studio del comportamento animale, le relazioni animali e l'adattamento all'ambiente; ramo della psicologia che studia e classifica i caratteri.

MANCANZA DI DANNO SIA ORGANICO CHE FUNZIONALE NONOSTANTE UNA DEVIANZA COMUNICATIVA

• Sono devianze non patologiche di realtà che il più delle volte evolvono spontaneamente in modo favorevole.

4-LESSICO DIFFERENZIALE

LESIONE: alterazione organica anatomopatologica di una o più strutture dell'organismo. Sono presenti nell'individuo indipendentemente dalla sua collocazione relazionale (lesioni della chiocciola nei sordi, lesioni della corteccia cerebrale per esempio negli insufficienti mentali).

DISABILITA': conseguenza funzionale della lesione (non udire, non vedere, non apprendere), oppure un disturbo funzionale obiettivamente documentabile di cui non è nota la lesione ma che risulta stabilmente presente indipendentemente dalle sue relazioni: disturbi disgnosici, auditivi o visivi come disturbi disprassici o disabilità motorie.

HANDICAP: è la conseguenza di una lesione e della relativa disabilità. Questi effetti si manifestano solo in presenza di soggetti "normodotati". L'audioleso nei confronti dei normoudenti, in presenza di messaggi sonori; questo "H" scompare in assenza di messaggi sonori o in presenza di altri audiolesi - l'insufficiente mentale è svantaggiato nei confronti dei non cerebrolesi per determinate abilità intellettuali, non è svantaggiato nei confronti di soggetti non cerebrolesi di età sufficientemente inferiore alla sua oppure, per prestazioni di non importante entità.

L'APPRENDIMENTO

L'apprendimento è l'acquisizione di nuove conoscenze (come la tecnica sportiva). In psicologia significa: modificazione relativamente durevole indotta in un organismo direttamente dall'esperienza.

L'apprendimento può essere condizionato dalla comunicazione; turbe comunicative linguistiche si ripercuotono negativamente sull'apprendimento o sugli apprendimenti.

L'apprendimento e la comunicazione dipendono dalle strutture:

- Gnosiche -> percettive - impulsive
- Prassiche / Espressive
- Cognitive / Integrative
- Affettive / Relazionali.

L'apprendimento e la comunicazione condizionano in maniera importantissima la personalità ed il comportamento dell'individuo.

MODELLO TASSONOMICO DI BLOOM TASSONOMIA DEGLI OBIETTIVI EDUCATIVI

(Taxonomy of Educational Objectives) Area Psicomotoria (R. Dave e A.J. Harrow, Handbook III. Psychomotor Domain, 1976)

Movimenti riflessi:

- Risposte ad uno stimolo senza volizione cosciente
- segmentali (fanno intervenire un segmento spinale),
- intersegmentali (fanno intervenire più di un segmento spinale),
- soprasedgmentali (richiedono la partecipazione del cervello);

Movimenti fondamentali di base:

- Patterns motori innati
- locomotori,
- non locomotori (relativi ad una attività),
- manipolativi;

Abilità percettive:

- Interpretazione degli stimoli e adattamento all'ambiente
- discriminazione cinestetica,
- discriminazione visiva,
- discriminazione uditiva,
- discriminazione tattile,
- capacità coordinate;

Qualità fisiche:

- Caratteristiche funzionali di carattere organico
- resistenza,
- forza,
- flessibilità,
- agilità;

Movimenti di destrezza:

- Sviluppo di competenza e padronanza
- capacità semplice di adattamento (movimenti di base),
- capacità composta di adattamento (uso di strumenti),
- capacità complessa di adattamento (applicazioni di leggi fisiche);

Comunicazione non verbale:

- Continuum di espressività
- movimento espressivo,
- movimento interpretativo.

Con il termine Tassonomia (dal greco ταξινομία (taxinomia) dalle parole taxis = ordine e nomos = regole) ci si può riferire sia alla classificazione gerarchica di concetti, sia al principio stesso della classificazione. Praticamente tutti i concetti, gli oggetti animati e non, i luoghi e gli eventi possono essere classificati seguendo uno schema tassonomico.

Tassonomia significa ordinare, classificare; è un procedimento, è una classificazione in ordine di complessità gerarchica.

I sistemi di classificazione ovvero le tassonomie ci derivano dalle scienze naturali, poi adottati anche dalle scienze sociali. Si basano su quattro principi:

1. PRINCIPIO DIDATTICO. Deve fondarsi sugli obiettivi educativi generali.
2. PRINCIPIO PSICOLOGICO. Non deve contraddire i principi fondamentali della psicologia dell'apprendimento.
3. PRINCIPIO LOGICO. Le categorie tassonomiche devono articolarsi in modo logico.
4. PRINCIPIO OBIETTIVO. La successione degli obiettivi non è legata ad una gerarchia dei valori ma al principio della complessità crescente.

- Conoscenza: Riconoscere e ricordare. Tipico apprendimento nozionistico.
- Comprensione: Interpretare. Conoscenza consapevole.
- Applicazione: Utilizzare le conoscenze. Fase operativa (operazioni inferiori proprie dell'adolescenza insite in ogni disciplina).
- Analisi: Individuare gli elementi e le loro reazioni. Ricerca di procedure per soluzioni di problemi (operazioni superiori).
- Sintesi: Costruire, come produzione personale e non come mera capacità di organizzare. Creatività pensiero divergente.
- Valutazione: Formulazione giudizi. Scelta decisionale.

CRESCITA PSICOMOTORIA

La crescita psico – motoria entra in collegamento con le forme di organizzazione del pensiero e dell'attività intellettuale per l'acquisizione delle diverse abilità.

Lo sviluppo dell'intelligenza è strettamente collegato all'esperienza, all'azione.

La conoscenza del proprio corpo, l'avviamento all'apprendimento logico – matematico e al pre- calcolo si basano su attività di manipolazione e di confronto pratico.

La conoscenza dello schema corporeo, la coordinazione oculo – manuale, l'organizzazione percettiva sono gli strumenti che consentono l'apprendimento.

Lo schema corporeo si completa a dodici anni; è l'immagine che esiste nella nostra mente del nostro corpo in rapporto alle sue diverse parti e soprattutto con lo spazio e gli oggetti; è il risultato che si stabilisce fra individuo e ambiente.

Le giuste percezioni del corpo, le sensazioni relative ad esso, l'equilibrio, la lateralità e la coordinazione generano le capacità per dominare il comportamento.

L'educazione psico – motoria consiste nel fare esperienza attraverso il corpo per passare dal concreto all'astratto (dal concetto di leggero e pesante a corpo leggero e pesante).

L'educazione psico – motoria non è una tecnica nè una ginnastica è un approccio didattico per bambini dai tre ai sei - sette anni.

L'educazione motoria va dai tre agli undici anni e consiste in veri e propri esercizi. Non esiste movimento volontario senza implicazione dei centri nervosi. Ecco perché l'attività motoria è fondamentale per tutti specie per le persone diversamente abili. Le prime forme di conoscenza sono legate al movimento (neonato sviluppo secondo Piaget – psicologia genetica)

IL CORPO COME STRUMENTO DI CONOSCENZA.

Con il gioco corporeo il bambino si rinforza fisicamente e le prime abilità motorie, già sviluppate attraverso il gioco, gli consentono di avvicinare gli oggetti alla bocca per conoscerli.

Con la deambulazione inizia la conoscenza dello spazio.

Attraverso le esperienze del corpo, quando il movimento è espressione del pensiero, si riesce a passare dal concreto all'astratto.

L'attività psico – motoria è stata impiegata nel tempo con finalità diverse:
Ajuriaguerra e Wallon sono i primi che hanno fatto applicazioni sulla validità del movimento. Lo hanno applicato sui disturbi del linguaggio e le insufficienze motorie.
Picq Vajer e Le Boulch hanno sviluppato teorie pedagogiche.
Rosselle ha applicato i principi dell'ed. psico – motoria nella rieducazione fisica.
La Pierre e Aucouturier hanno usato le loro conoscenze sul movimento in ambito psicoterapeutico ed espressivo.

In Italia l'educazione psico – motoria si è diffusa principalmente come tecnica pedagogica poi come tecnica riabilitativa con Bollea e Levi.

Si valutano gli stili motori come prefigurazione degli stili cognitivi e di personalità secondo una doppia genesi di origine psico - neurologica e affettivo – sociale di immagine di sé; quindi non si può prescindere dalla psicologia genetica di Piaget e l'importanza che costui attribuisce all'azione come strumento di conoscenza, tra l'organismo e l'ambiente a partire dai primi schemi motori alle più evolute forme di pensiero, relazione fra azione e strutturazione del processo conoscitivo.

Noi, con il nostro lavoro, abbiamo come oggetto l'atto motorio finalizzato, intenzionale, rappresentato: la Prassia.

La prassia è l'esecuzione dei movimenti finalizzati per la coordinazione della motilità. La motricità prassica va da dati percettivi – motori al campo della rappresentazione simbolica passando per l'organizzazione dello schema corporeo e delle coordinate temporali e spaziali fino agli aspetti della vita affettiva e sociale, del linguaggio e della concettualizzazione.

Il disturbo dello schema corporeo rappresenta le difficoltà incontrate dal soggetto nella ricerca della propria identità, nella costruzione della propria personalità. I disturbi dell'organizzazione prassica, traducono la precarietà dell'inserimento del soggetto nella realtà materiale e sociale.

Le perturbazioni della strutturazione spaziale e temporale sono un vero e proprio quadro di disprassia. Lo sviluppo psico-motorio entra in collegamento con l'organizzazione del pensiero, dell'attività intellettuale e per l'acquisizione delle diverse abilità.

Lo sviluppo e l'intelligenza passano attraverso l'esperienza, l'esperienza, che è data dall'azione del corpo e quindi dagli apprendimenti (logico-matematico), tutto questo porta alla conoscenza del corpo, coordinazione e organizzazione percettiva. Lo schema del corporeo non è altro che il risultato che si stabilisce tra individuo e ambiente.

5-COORDINAMENTO OCULO MANUALE

Si organizza lentamente attraverso prove e tentativi. La mano rappresenta uno dei mezzi fondamentali di esperienza. A scuola il bambino deve saper fare diverse cose e piuttosto precise: tenere la matita, dosare la forza, orientarsi sul foglio, cose assolutamente non scontate.

Noi cosa possiamo fare? -Rendere il gesto preciso -Saper dosare la forza -Diversificare l'uso delle dita.

ORGANIZZAZIONE SPAZIO – TEMPORALE

Sono le due dimensioni con cui l'uomo riesce a pensare e percepire gli oggetti. Non si può definire la posizione di una cosa se non la confrontiamo con un'altra. Non si può parlare di tempo senza prendere in esame la permanenza degli oggetti o la loro scomparsa.

Il tempo esprime un movimento che può essere tempo fisico, quando riguarda gli oggetti, tempo vissuto, quando riguarda l'individuo.

Tempo e spazio sono concetti inseparabili; le tappe per la loro acquisizione sono lunghe e iniziano subito dopo la nascita.

Turbe della strutturazione spazio – tempo sono associate a problemi di apprendimento, delle tecniche lettura - scrittura.

Per imparare a scrivere bisogna avere: capacità di coordinazione, indipendenza segmentaria, lateralizzazione, capacità di visione nel senso sx - dx, orientamento spazio – grafico.

Per imparare a leggere bisogna saper coordinare le relazioni nello spazio lineare e nel tempo, comprendere i raggruppamenti, le serie delle lettere e i suoni. Saper leggere non significa decifrare ma vuol dire dominare. Molti bambini e molti ragazzi non modulano mentre leggono, perché si concentrano a decifrare i gruppi delle lettere senza comprendere il significato delle parole che leggono. Quando si sa decodificare si sa dominare e dare il giusto tono mentre si sta leggendo.

6-SINDROME DI DOWN

La sindrome di Down o "Trisomia" 21" è la conseguenza di un'alterazione genetica per mancata scissione di una coppia di cromosomi (cromosoma 21) in fase di meiosi che determina un corredo cromosomico alterato di 47 cromosomi anziché 46.

Lo sviluppo cognitivo del soggetto Down è influenzato: •da fattori genetici •da fattori ambientali •dalla famiglia.

Gli atteggiamenti educativi dei genitori, la scolarità, il tempo libero e gli interventi socio – sanitari sono importantissimi per il suo sviluppo.

Fin dalla nascita i bambini Down hanno un aspetto caratteristico:

- Faccia tondeggianti e paffuta;
- Testa piccola (brachicefalia, diametro antero-posteriore ridotto);
- Fronte bassa, naso piccolo, narici allargate, occhi tipici della sindrome con rime palpebrali oblique e piega della pelle che copre l'angolo interno (epicanto);
- Zigomi alti e arrossati, bocca piccola, labbra carnose molli e ipotoniche con cicatrici per frequenti processi infiammatori, lingua grossa che spesso protende fuori dalla bocca per ipoplasia della mandibola, denti fragili e cariati;
- Collo tozzo e corto, alla nuca pelle abbondante per cui forma delle pliche;
- Arti superiori ed inferiori corti, mani tozze e dita piccole, specie il pollice ed il mignolo. Nel palmo della mano è presente una sola plica trasversale invece di due e si estende dalla falange del secondo dito al quinto;
- Sul piano anatomico sono state descritte nel cervello alterazioni limitate consistenti in una minore profondità dei solchi e una maggiore semplicità delle circonvoluzioni;
- Presentano malformazioni e/o insufficienza di apparati specie quello cardio vascolare, (cardiopatie congenite nel 40% dei casi). Il 2% dei soggetti Down si ammala di leucemie;
- Lo sviluppo somatico è rallentato;
- Lo sviluppo sessuale è ritardato specie nei maschi;

Il linguaggio è elementare e viene acquisito con ritardo e riflette le difficoltà cognitive. Il vocabolario è ridotto, a livello fonetico permangono aspetti dislabici riferibili anche a difficoltà nella motricità oro-faringea e di maturazione. La voce è rauca e nel maschio, a causa dell'ipogenitalismo, si può conservare il timbro eunucaudale.

Hanno un carattere dolce e gaio anche se manifestano attacchi di collera ma non creano problemi per la collettività.

Amano la musica.

Il tono muscolare è soggetto a ipotonia diffusa, notevole nella prima infanzia che aggrava le acquisizioni motorie che segnano lo sviluppo intellettuale dei primi anni di vita. Tuttavia il ritardo è più manifesto nella seconda e terza infanzia. La flessibilità degli arti è fuori dal normale per marcato rilassamento muscolare. (ipotonia generalizzata).

L'età mentale media raggiunta nell'adulto è di circa sei anni. Esistono bambini con Q.I. di circa 70/75 % capaci, se ben stimolati, di raggiungere un discreto grado di autonomia e l'acquisizione di un lavoro manuale.

INTERVENTO EDUCATIVO PRECOCE

I soggetti che iniziano precocemente l'intervento educativo appaiono complessivamente più progrediti specialmente nella scala dello sviluppo mentale. Anche l'esercizio fisico e la dieta fanno parte dell'intervento precoce e rappresentano l'elemento su cui maggiormente si può incidere.

Per l'ipotonia, i giochi motori consentono il rafforzamento generale rendendo il soggetto Down più tonico e sicuro fisicamente in tempi più brevi come per esempio il rafforzamento della lingua per tenerla dentro.

I bambini Down stringono gli oggetti molto più tardi e anche la deambulazione avviene tardivamente.

Intervenire presto vuol dire anche mettere un freno all'apatia che li contraddistingue, mai si deve procedere velocemente altrimenti si ottiene un blocco totale.

IL TIPO DI INTERVENTO

L'intervento precoce sulle famiglie nei primi mesi, evita facili generalizzazioni e controproducenti, quanto comprensibili, stati d'abbattimento emotivo; migliora la percezione dei genitori rispetto al problema motivandoli e preparandoli ad un loro ruolo attivo indispensabile e comunque ben distinto da quello del terapeuta; permette infine la piena individualizzazione di percorsi personalizzati sul bambino.

Le esperienze senso-motorie emergono da un'interazione ambientale quindi occorre che il bambino Down instauri precoci relazioni affettive con persone per lui significative. Questo vuol dire che il terapeuta, inizialmente e preferibilmente, si potrà recare a casa dove potrà contare anche sulla indispensabile collaborazione dei genitori (ma sempre nella piena distinzione dei ruoli).

Il ruolo del terapeuta può favorire la miglior accettazione, da parte dei genitori, di un "figlio diverso".

L'attività motoria va curata fin dai primi anni, stimolando la curiosità, mettendo in azione i suoi muscoli ed i suoi sensi. Curare la motricità globale e settoriale degli arti inferiori e superiori, degli occhi, piedi, mani e la motricità fine come afferrare, premere, stringere.

Quando sarà in grado di camminare occorre agire sugli spostamenti controllati, le direzioni, il salire e scendere, fare percorsi, saltare.

Nella scuola materna inizia il rapporto con le figurazioni, giocare con puzzle, manipolare materiale. E' importante insegnare loro ad usare le mani e le dita e a manipolare gli oggetti con gradualità.

Va condotto a compiere la stessa analisi sulle sue azioni ed esperienze; come l'analisi delle caratteristiche spaziali: è qui, è lì, è sopra, sotto, vicino, lontano. L'analisi delle caratteristiche temporali: prima, dopo, ora,

poi.

I primi apprendimenti scolastici sono legati agli esercizi psicomotori perciò l'evoluzione psicomotoria condiziona gli apprendimenti della scrittura e lettura. La scrittura implica l'indipendenza del braccio in rapporto alla spalla; l'indipendenza delle dita in rapporto alla mano ed al contempo implica: prensione, pressione e coordinazione. Tutto ciò necessita comunque conoscenza del proprio corpo e nei casi meno gravi, anche un'adeguata capacità intellettuale.

Si possono verificare casi di rifiuto, ma solo in apparenza. In realtà, il soggetto down, spesso ansioso, vuole solo verificare la disponibilità dell'altro. Si dovrà, quindi, soddisfare prima i bisogni della sfera affettiva infondendo sicurezza e successivamente quelli cognitivi.

La sindrome, dovuta ad alterazione cromosomica, provoca le seguenti problematiche: •neuropatie; •ritardo mentale; •ipotonia; •alterazioni muscolo-scheletriche; •alterazioni sensoriali; •alterazioni cardio-polmonari; •alterazioni morfologiche della cute e delle mani; •eccesso di cute nella regione sub-occipitale (nuca); •profilo appiattito.

PROFILO MOTORIO

- Scarsa coordinazione motoria soprattutto dinamica nei movimenti complessi perciò difficoltà nell'eseguire abilità motorie aperte (open skill), discrete sono le abilità chiuse (closed skill);
- Non è in grado da un punto di vista organico e della resistenza fisica ad effettuare sforzi prolungati nel tempo;
- La forma delle mani tozza non consente di manipolare bene piccoli attrezzi perciò bisogna stimolarne l'uso al fine di migliorare la coordinazione fino-motoria;
- L'orientamento spaziale risulta inficiato non tanto dagli esiti della sindrome quanto dal ritardo in cui inizia il percorso motorio. Può però, se ben seguito, strutturare attraverso l'orientamento spaziale un buon livello di autonomia sia in piccoli che ampi spazi. Utili sono i circuiti sia in palestra che all'aperto, con il gruppo classe, nell'ambito del quartiere, e poi in città previo l'utilizzo di cartine e ricostruzione dei percorsi effettuati, orienteering e percorsi naturalistici con punti di riferimento (alberi, sentieri, costruzioni, ecc.);
- E' incapace di pensiero astratto (età mentale e cronologica), perciò è necessario che l'insegnante sia in grado di dare una sorta di imprinting con attività congrue alle sue capacità psichiche e funzionali;
- Necessitano sotto il profilo metodologico di rinforzo continuo;
- Hanno un buon senso ritmico perciò sono utili le attività motorie con sottofondo musicale o scandite dal ritmo;
- La palla di diverse dimensioni e peso, stimola la coordinazione degli arti superiori ed inferiori perché ha un buon impatto emotivo. Infine e cosa più importante, l'attività motoria deve mirare allo sviluppo dell'autonomia.

VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' E ABILITA' MOTORIE DI BASE (non solo per le persone Down)

REPORT SCHEMA CORPOREO

- Riconosce le parti del corpo su sé stesso in posizione verticale?
- Riconosce le parti del corpo su sé stesso in posizione orizzontale?
- Riconosce le parti del corpo sugli altri?
- Riconosce le parti del corpo su una immagine?
- Nomina le parti del corpo umano? Su di sé?
- Su un compagno?
- Su una immagine?
- Ricostruisce l'immagine del corpo umano con pezzi staccati?
- Disegna in modo completo il corpo umano?
- Completa disegni del corpo umano?

REPORT ORIENTAMENTO SPAZIALE

- Riconosce dentro – fuori?
- Riconosce sopra – sotto?
- Riconosce davanti – dietro?
- Riconosce vicino – lontano?
- Riconosce primo – ultimo – in mezzo?
- Riconosce destra – sinistra?
- Riconosce di fronte: destra – sinistra?
- Riconosce sulle figure destra – sinistra?
- Pone su richiesta verbale oggetti in alto a destra?
- In basso a destra?
- In alto a sinistra?
- In basso a sinistra?
- Si orienta all'interno della palestra?
- Della casa?
- Della classe?

•Della scuola?

REPORT DI VALUTAZIONE IN ITINERE DELLE ABILITA' MOTORIE

- Riesce a camminare in una precisa direzione?
- Riesce a correre?
- Riesce a correre in una precisa direzione?
- Riesce a correre per un tempo stabilito?
- Riesce a camminare o correre per una distanza stabilita?
- Riesce a saltellare a due gambe?
- Riesce a saltellare con una gamba ds- sx?
- Riesce a superare piccoli ostacoli?
- Riesce a correre entro ostacoli regolarmente predisposti? (Cerchi, ecc?);
- Riesce a superare un ostacolo graduabile?
- Riesce a saltellare da un posto all'altro
- Riesce ad afferrare una palla?
- Riesce ad afferrare una palla dopo un rimbalzo?
- Riesce a palleggiare?
- Riesce a lanciare una palla con due mani?
- Riesce a lanciare a lanciare una palla con una mano?
- Riesce a lanciare una palla in una precisa direzione?
- Riesce a lanciare, palleggiare e rilanciare la palla?
- Riesce a lanciare un attrezzo?
- Riesce a calciare una palla?
- Riesce a calciare la palla in una precisa direzione?
- Riesce ad eseguire un rotolamento a terra?
- Riesce ad eseguire una capovolta avanti?
- Riesce a mantenere una posizione di equilibrio su una gamba?
- Riesce a mantenere un equilibrio dinamico? (traslocazione asse di equilibrio a terra).

NOZIONI FONDAMENTALI ALLA BASE DELL'ATTIVITÀ MOTORIA E SPORTIVA ADATTATA AI SOGGETTI AFFETTI DA SINDROME DI DOWN

- La coscienza del proprio corpo;
- Il controllo dell'equilibrio;
- Il controllo e l'efficacia delle diverse coordinazioni globali e segmentarie;
- Il controllo della respirazione;
- L'organizzazione dello schema corporeo;
- L'orientamento spazio – temporale;
- La capacità di adattamento al mondo esterno.

ORGANIZZAZIONE DELLO SCHEMA CORPOREO

- La percezione e il controllo del proprio corpo, vale a dire l'interiorizzazione delle sensazioni relative a questa o a quella parte corpo e la sensazione di globalità del corpo;
- Un equilibrio posturale economico;
- Una lateralità ben precisa;
- L'indipendenza dei diversi segmenti in rapporto al tronco e di un segmento rispetto all'altro;
- Il controllo delle pulsioni e delle inibizioni, che è strettamente associato sia con gli elementi precedenti sia con il controllo della respirazione.

PERCEZIONE E CONTROLLO DEL PROPRIO CORPO

Occorre iniziare con degli esercizi elementari, tramite i quali il bambino Down imparerà a conoscersi, a differenziare i propri segmenti, a valutare e poi a controllare i diversi tipi di messa in movimento, ad orientarsi prima di essere capace di sentire e di differenziare le proprie azioni. Queste attività si effettuano su due livelli:

- Quello della coscienza e della conoscenza; il bambino Down impara a conoscere le diverse parti del suo corpo, a differenziarle, a sentire la loro funzione.
- Quello del controllo di sé, che gli permette di arrivare all' indipendenza dei movimenti ed alla disponibilità del corpo per l'azione.

7-ESERCIZI

Di fronte allo specchio, poi senza specchio:

- Indicare, toccare gli elementi essenziali: testa, petto, braccia, gambe;
- Differenziare mano e braccio, petto e ventre;
- Trasferire sugli altri; indicare le spalle, le gambe, i piedi ... del compagno o dell'insegnante.
- Mano destra, mano sinistra; piede destro, piede sinistro;
- Gli stessi esercizi su se stessi, chiudendo gli occhi

Specchio e lavagna

- Di fronte allo specchio toccare, disegnare con il dito il contorno del viso, gli occhi, il naso; poi con il gesso alla lavagna, ripetere.
- Coscienza dei diversi elementi;
- Testa e collo: (da seduti) lasciar cadere la testa, raddrizzarla; lasciar cadere la testa a destra, a sinistra, raddrizzarla. Il collo si allunga (educazione posturale);
- Il petto: (da decubito supino) ceppo posato sul torace e tenuto con le due mani; sollevare, abbassare il ceppo.
- Le due mani posate sul torace: gonfiare il petto, soffiare. Costatare: il petto si solleva e si abbassa.

Il ventre: (da decubito) le due mani posate sul ventre: tirare in dentro il ventre. Sollevare, appoggiare le gambe. Costatare: il ventre si indurisce. Flettere una gamba, l'altra gamba, distendere le gambe.

Il dorso: (da seduti) tenere il dorso aderente al bastone, alla spalliera. Rivolgere il palmo delle mani in avanti. Costatare: il dorso si raddrizza. L'ampio uso di immagini, un'esecuzione lenta, la ricerca costante del minimo sforzo, la chiusura degli occhi, facilitano molto la presa di coscienza.

Controllo davanti allo specchio: fermo. Elevare le braccia - arrestarsi al segnale; Controllo davanti allo specchio: stringere le mani – allentarle. Stringere una mano (dx, sx) - allentarla. L'altra mano non si muove. Stringere le mani - allentare la dx, la sx; Una palla piccola in ciascuna mano: stringere la palla. Lasciarla andare. Costatare: la palla cade. Alzare le braccia: stringere le mani, allentare le mani, lasciar andare le braccia. Costatare: le braccia cadono (rilassamento segmentano); Tenere – lasciar andare le braccia: Alzare le braccia (orizzontali, oblique, verticali). Tenere alzate per un tempo abbastanza lungo da provocare una leggera fatica. Lasciare cadere le braccia. Alzare le braccia - tenerle alzate per un istante - lasciar cadere le braccia. Braccia alzate: lasciar cadere le braccia - frenare la caduta – lasciar cadere ad un segnale.

Con l'aiuto dello specchio: elevare lateralmente le braccia in orizzontale. Lasciar cadere le braccia. Chiudere gli occhi: ripetere. Allo stesso modo: elevare le braccia in modo asimmetrico. Lateralmente allo specchio: elevare le braccia stese in avanti. Liberazione dell'arto superiore: presa di coscienza dell'indipendenza fra il braccio e la spalla: elevare lateralmente le braccia pensando al dorso che sta ben fermo.

Controllo davanti allo specchio: fermo. Elevare le braccia - arrestarsi al segnale; Controllo davanti allo specchio: stringere le mani – allentarle. Stringere una mano (dx, sx) - allentarla. L'altra mano non si muove. Stringere le mani - allentare la dx, la sx; Una palla piccola in ciascuna mano: stringere la palla. Lasciarla andare. Costatare la palla cade. Alzare le braccia: stringere le mani, allentare le mani, lasciar andare le braccia. Costatare: le braccia cadono (rilassamento segmentano); Tenere – lasciar andare le braccia: Alzare le braccia (orizzontali, oblique, verticali). Tenere alzate per un tempo abbastanza lungo da provocare una leggera fatica. Lasciare cadere le braccia. Alzare le braccia - tenerle alzate per un istante - lasciar cadere le braccia. Braccia alzate: lasciar cadere le braccia - frenare la caduta – lasciar cadere ad un segnale.

Con l'aiuto dello specchio: elevare lateralmente le braccia in fuori. Lasciar cadere le braccia. Chiudere gli occhi: ripetere. Allo stesso modo: elevare le braccia in modo asimmetrico. Lateralmente allo specchio: elevare le braccia tese in avanti. Liberazione dell'arto superiore: Presa di coscienza dell'indipendenza fra il braccio e la spalla; elevare lateralmente le braccia pensando al dorso che sta ben fermo.

Elevare le braccia in orizzontale, stringere le mani, allentare le mani, lasciar cadere le braccia. Costatare: le braccia cadono e rimbalzano. Elevare un braccio solo (destro o sinistro): stesso esercizio. Elevare le braccia, fermarsi, lasciar cadere le braccia. Elevare le braccia, fermarsi, far cadere un braccio, poi l'altro. Sentire le mani che pendono all'estremità delle braccia, le braccia che si appesantiscono. Sorvegliare il tronco nello specchio: le braccia eseguono dei cerchi davanti al corpo. L'insegnante è dietro all'allievo, tiene fermo il tronco ed aiuta a far muovere il braccio. L'insegnante è dietro all'allievo: eseguono insieme. L'insegnante fa la dimostrazione, poi il bambino esegue da solo. Oscillazioni laterali e alternate delle braccia. Oscillazioni simultanea avanti – indietro delle due braccia. Indipendenza funzionale delle due braccia. Davanti allo

specchio: circonduzione ritmata di un braccio e parallelamente: sorvegliare l'altra mano che non si muove. Seduto sulla panca: Oscillazioni ritmate di un braccio e parallelamente: sorvegliare l'altra mano che non si muove.

Le tecniche di rilassamento

Costituiscono un mezzo insostituibile di educazione, che conduce progressivamente al controllo dei movimenti e di conseguenza alla disponibilità di tutto l'essere.

Il rilassamento globale

Prima di arrivare, attraverso il loro controllo, alla soppressione totale delle contrazioni muscolari, è necessario percorrere una lunga e minuziosa progressione. Occorre partire da esercizi concreti e incamminarsi lungo una progressione attraverso la quale il bambino diventerà capace di sentire e di precisare le nozioni di distensione, di peso, di contatto. Il rilassamento globale permette il decondizionamento, favorendo così l'equilibrio emozionale e la disponibilità mentale.

IL RILASSAMENTO SEGMENTARIO

Attuato dapprima in posizione supina e progressivamente nelle varie posizioni, questa attività permette al bambino di dominare lo spazio corporeo e lo prepara direttamente all'azione. Nella presa di coscienza e nell'educazione progressiva delle sensazioni di concentrazione e di rilasciamento localizzate in questa o in quella parte del corpo, un elemento che deve essere educato in modo particolare è l'indipendenza del braccio in rapporto alla spalla e al tronco. Questa indipendenza braccio-spalla è la condizione di tutti gli esercizi di coordinazione degli arti superiori, della prensione, dell'educazione della mano e, di conseguenza dei mezzi di espressione grafica. Il rilassamento segmentario è un'educazione dell'attenzione interiorizzata portata sulla percezione dei diversi elementi del corpo ed è quindi un'educazione del controllo corporeo.

Esercizi elementari

Presa di coscienza della distensione, del rilassamento: Posizione di decubito supino con i piedi leggermente divaricati, le palme delle mani il suolo, gli occhi chiusi (interiorizzazione delle sensazioni). Opposizione stringere-allentare: Stringere le mani, stringere i pugni, allentare le mani, allentare le braccia. Sentire le dita che si allungano, i gomiti che si appoggiano. Estensione della sensazione di rilasciamento a tutto il corpo: rilasciare i piedi, rilasciare le gambe. Opposizione contrazione – distensione: Flessione dei piedi; lasciare andare i piedi e le gambe. Sentire i piedi che si allargano. Contrarre le dita e le braccia, distendere il collo. Lasciare andare le mani e le braccia. Sentire le spalle che si distendono, il dorso che si schiaccia. Associazione con la respirazione: Inspirazione: leggera tensione; Espirazione: distensione, sollievo. Rilasciamento globale e sensazioni di pesantezza: Accentuazione dell'appoggio al suolo: Appoggiare con forza le mani, le braccia al suolo – allentare l'appoggio delle mani e delle braccia. Sentire le spalle che si estendono. Estensione del rilasciamento a tutto il corpo. Caduta dei segmenti del corpo: Sollevare leggermente la testa – tenerla così. Sentire che diventa più pesante, lasciarla ricadere. Sollevare leggermente una gamba tesa: tenerla così. Sentire che diventa sempre più pesante lasciarla andare. Sollevare leggermente un braccio teso: tenerlo così. Sentire che diventa sempre più pesante, lasciarlo andare. Rilasciamento suggerito: Presa di coscienza dei contatti e degli appoggi: Il bambino viene guidato verso le sensazioni di contatto: dita e gomiti, tallone e polpaccio, testa e spalle.

IL RILASSAMENTO SEGMENTARIO – Esercizi

Rilassamento delle braccia; presa di coscienza del rilassamento. Decubito supino: alzare le braccia in verticale, lasciare andare le braccia all'indietro. Alzare le braccia in verticale: le braccia ricadono allargandosi. Alzare le braccia in verticale: le braccia ricadono davanti. Associare l'innalzamento delle braccia all'inspirazione, la caduta all'espiazione. Rilassamento delle gambe: seduti, dorso appoggiato. Gambe flesse: lasciar scivolare prima una gamba, poi l'altra. In decubito supino: dopo innalzamento delle gambe, lasciar andare le gambe simultaneamente. Lasciar scivolare, lasciare andare prima una gamba, poi l'altra.

Esercizi combinati

Rilasciamento simultaneo delle braccia e delle gambe. Rilassamento delle braccia e successivamente delle gambe. Rilassare il braccio e gamba dello stesso lato (destra o sinistra), poi dall'altro lato. Rilassamento braccio e gamba incrociati. Rilassamento segmento per segmento e rotazione; per esempio: braccio destro, braccio sinistro, gamba sinistra, gamba destra. Invertire la rotazione.

EQUILIBRIO

L'educazione ad un atteggiamento equilibrato ed economico è strettamente associata agli esercizi di coscienza e di controllo del proprio corpo (equilibrio posturale). Un equilibrio corretto è la base essenziale di qualsiasi coordinazione dinamica generale, come pure di qualsiasi azione differenziata degli arti superiori. Più l'equilibrio è difettoso, più assorbe energia utile ad altri lavori e ciò affatica la mente e distrae

involontariamente l'attenzione. Essa spiega in parte i movimenti abitualmente maldestri ed imprecisi, le sincinesie.

Qualunque sia il tipo di handicap presente nel bambino, la capacità di mantenere l'equilibrio di solito è insufficiente. Esistono degli stretti rapporti fra i disturbi come le insufficienze dell'equilibrio statico e dinamico e gli stati latenti di ansietà o di insicurezza. Le emozioni sono collegate con il tono di base e non si può contestare che l'equilibrio di un soggetto sia in relazione con la sua psiche; un atteggiamento è anche uno stato umorale. I fisiologi riducono a quattro classi principali le impressioni periferiche che intervengono nel mantenimento e nella modificazione dell'equilibrio del corpo: impressioni tattili, cinestetiche, visive e labirintiche. Nei soggetti Down, come del resto in tutti i disadattati, l'insufficienza di queste sensazioni periferiche è evidente.

Esercizi dinamici

- Gli esercizi dinamici sono di gran lunga i più usati in quanto gli spostamenti in condizione di equilibrio sono molto vicini alla realtà;
- il materiale da utilizzare è rappresentato da blocchi di legno, ceppi, sacchi di sabbia, panca svedese; questi attrezzi ci offrono gli elementi di una progressione quasi illimitata.

Gli esercizi statici

- in particolare quelli che riguardano una sola gamba, anche se sono poco utilizzati, possono tuttavia essere presentati in forma piacevole;
- gli esercizi, che consistono nel portare oggetti in equilibrio sulla testa, come gli esercizi dinamici, hanno il vantaggio di piacere ai bambini.

Tutti questi esercizi sono strettamente collegati. Si presentano e si completano reciprocamente e si prestano a numerose combinazioni tra loro.

Quanto alla fiducia, essa si stabilisce progressivamente, grazie a:

- Una progressione lenta, precisa e minuziosa;
- L'educazione alla caduta;
- L'abitudine all'altezza;
- Una diminuzione progressiva dell'aiuto che viene dato al bambino Down.

Sacchi di sabbia

- Salire su un sacco, su due sacchi. Rimanervi. Chiudere gli occhi. Salire. Chiudere gli occhi. Mezzo giro. Ritorno. Sacchi messi distesi, uno di seguito all'altro: Spostamento di equilibrio. Spostamenti: Camminare sulla punta dei piedi. Camminare sui talloni. Camminare sul bordo esterno dei piedi. Camminare portando oggetti sulla testa: ceppi, sacchetti di sabbia. Linea bianca: camminare con i piedi in fuori. Camminare in linea retta guardando l'insegnante. Camminare sulla linea bianca con gli occhi chiusi. Aprire gli occhi. Constatate.
- Esercizi di equilibrio su una sola gamba.

RESPIRAZIONE

La respirazione è strettamente associata alla percezione del proprio corpo. Esistono dei rapporti evidenti fra la respirazione del bambino e il suo comportamento generale. L'insufficienza respiratoria è una delle caratteristiche dei soggetti Down. Nella totalità dei casi la respirazione (tenuta respiratoria, ampliamento toracico, possibilità di apnea) è insufficiente. L'educazione respiratoria è un elemento essenziale dell'attività motoria adattata ai disabili. Agli inizi la respirazione si limita all'apprendimento ed al controllo dell'espiazione. Occorre che il bambino sia capace di soffiare a lungo con la bocca per poter infine espirare dal naso e imparare vivacemente a soffiarselo. Soltanto quando il bambino è divenuto capace di controllare l'espiazione si può cominciare una vera e propria educazione della respirazione: la respirazione nasale. Infine, man mano che prosegue il miglioramento del controllo di sé, vengono introdotti gli esercizi toracici e toracico-addominali; nel caso dei soggetti Down si darà particolare importanza agli esercizi fondamentali il cui effetto calmante è sicuro. Gli esercizi di educazione respiratoria devono essere preceduti da un esercizio di rilassamento globale.

Esercizi

Concretizzazione dell'espiazione: "Dammi la mano", l'insegnante soffia; "senti l'aria?" Il bambino si soffia sulla mano.

Palla di ping pong: soffiare, far rotolare la palla sulla tavola, sul suolo.

Davanti allo specchio: Inspirazione, arresto. Espirazione libera. Inspirazione, arresto (trattenere progressivamente sempre più a lungo). Espirazione libera.

Davanti allo specchio: Inspirazione. Otturare una narice. Espirare dall'altra narice. Inspirare da una narice. Espirare dall'altra narice. Espirazione seguita da inspirazione attraverso una narice, poi attraverso l'altra.

Automatizzazione della respirazione nasale e rilassamento delle braccia e delle spalle; da seduti:

Inspirazione, rilasciare le braccia e le spalle, espirazione libera. Inspirazione, rilasciando le braccia e le

spalle, espirazione.

Davanti allo specchio: Inspirazione abbassando le spalle. Espirazione.

Presenza di coscienza del movimento toracico: Ceppo posato sul torace e tenuto fermo con le due mani: inspirazione lenta, espirazione lenta. Sentire il torace che si alza e che si abbassa. Le due mani posate sul torace: inspirazione lenta, espirazione lenta. Sentire il torace che si alza e che si abbassa. Esercizi diaframmatici: presenza di coscienza. Le due mani posate sul ventre: inspirazione, espirazione. Costatare la funzione del ventre nella respirazione.

Ceppo e sacco di sabbia posati sull'addome e tenuti fermi con le mani: sollevare il sacco con il ventre (ventre in fuori), lasciarlo scendere (ventre in dentro). Ceppo o sacco di sabbia posati sull'addome: inspirazione, sollevare, lasciar scendere il sacco, espirazione. Le due mani (del bambino), posate sull'addome; inspirazione, ventre in fuori, ventre in dentro, espirazione.

8-COORDINAZIONE DINAMICA GENERALE

Gli esercizi di coordinazione dinamica generale sono un mezzo per educare gli automatismi, sopprimere l'ansia, la mancanza di volontà, diminuire le sincinesie, le contratture. Qualsiasi esercizio motorio globale, anche il più semplice, è al tempo stesso un esercizio cinestesico, tattile, labirintico, visivo, spazio-temporale. Gli esercizi dinamici globali hanno una funzione importante nel migliorare i comandi nervosi, nell'affinare le sensazioni e le percezioni. Il modo di camminare viene sistematicamente educato attraverso gli esercizi di equilibrio. La corsa è una coordinazione motoria istintiva e globale e non bisogna cercare di sviluppare questa coordinazione dinamica unicamente facendo ricorso ad esercizi specifici; essa migliorerà parallelamente all'equilibrio generale ed alla fiducia in sé stessi.

Gli esercizi di arrampicarsi e sospendersi hanno indubbiamente soltanto un valore neuro – motorio secondario, ma sono in compenso un mezzo eccellente per lottare contro la paura. I progressi avvengono facilmente e anche se il bambino Down non dimostra la stessa sicurezza e agilità del bambino normale, l'esercizio gli è altrettanto gradito. Il salto è l'esercizio di coordinazione globale per eccellenza. Come gli esercizi precedenti dell'arrampicarsi, suscita l'interesse del bambino Down, ma è anche una lotta contro la paura, associata ad una coordinazione neuro – motoria precisa ed un'educazione della volontà legata alla nozione di sforzo.

Esercizi

Tutti gli spostamenti, portando oggetti sulla testa: ceppo, blocchi. Tutti gli spostamenti in equilibrio.

Adattamento allo spazio: Camminare a passi corti. Camminare a passi lunghi. Corsa rapida. Corsa lunga. Correre seguendo la linea direttrice. Adattamento del bambino ad una cadenza esterna: Marcia ritmata dal tamburello. Interiorizzazione della cadenza: L'insegnante batte al tamburello una cadenza di marcia; il bambino ascolta, poi batte insieme all'insegnante.

Sospensione: Correre sui blocchi messi a piatto. Correre senza toccare i blocchi. Arrampicarsi alla spalliera.

Gli esercizi di salto: Dal plinto: saltare in basso a piedi uniti. In piedi sul sacco di sabbia, sul plinto: saltare in avanti a piedi uniti. Saltare all'indietro a piedi uniti. Saltare lateralmente a piedi giunti (a destra, a sinistra). Al suolo: saltare come un coniglio; andare avanti con dei balzi con l'appoggio delle mani. Saltare su un piede solo. Saltare a piedi uniti al di sopra dei blocchi o dei sacchi di sabbia. Camminando, poi corredo, superamento più ostacoli ravvicinati. Camminando, poi corredo, superamento più ostacoli distanziati. Saltare successivamente a piedi uniti. Sul posto: saltelli ritmati. Tre saltelli sul posto, al quarto tempo: accoccolato. Con la stessa struttura: divaricare.

Nozione di altezza:

Lanciare il pallone al di sopra della testa, riceverlo. Lanciare il pallone al di sopra della testa, lasciarlo rimbalzare, riceverlo. Far rimbalzare il pallone al suolo, riceverlo al di sopra della testa. Lanciare la palla in aria e battere le mani quando raggiunge il punto più alto (o quando tocca il suolo).

Coordinazione oculo-manuale

Pur perfezionando gli elementi che costituiscono la base della coordinazione oculo-manuale, gli esercizi del lanciare-ricevere sono per i bambini Down degli eccellenti esercizi di controllo di sé e di precisione:

- Gli esercizi del ricevere sono i tipici esercizi di adattamento sensoriale-motorio: coordinazione delle sensazioni visive, tattili, cinestesiche; coordinazione dei tempi di reazione.
- Gli esercizi del lanciare sono al tempo stesso un adattamento allo sforzo muscolare e soprattutto un adattamento ideo-motorio, cioè la rappresentazione mentale dei gesti da compiere per giungere all'atto desiderato.

Esercizi

Educazione della vista: Seguire con gli occhi gli spostamenti del pallone gonfiabile. E' molto leggero, scende e risale lentamente; il bambino ha il tempo di vederlo arrivare. Inoltre affina la prensione del bambino Down

in quanto va preso delicatamente. Evitare che scoppi in mano al bambino. Associare la vista agli esercizi di ricevere: Dal pallone gonfiabile al pallone leggero. Il pallone cade verticalmente. Riceverlo con le due mani preparate davanti al petto. Il pallone cade verticalmente. Riceverlo man mano sempre più basso. Il pallone arriva davanti al viso: gli stessi esercizi. Fermare con due mani, poi con una mano sola, il pallone che rotola lentamente al suolo. Il bambino è seduto di fronte al muro: far rotolare il pallone al suolo, far rimbalzare sul muro e riceverlo.

Gli esercizi di lancio: Far rotolare la palla, sulla linea bianca.

Lanciare in tre modi: • Le due braccia tese in basso; • Le due braccia tese al di sopra della testa; • Le due braccia flesse all'altezza del petto.

Lanciare con una mano sola: Lanciare con il braccio teso in basso (per le distanze corte e per gli esercizi di precisione); Lanciare a braccio flessso sopra la spalla (per le distanze lunghe). Addestramenti davanti al muro: Tutti i lanci con due mani e con una mano. Lanciare e ricevere a due a due: Tutti gli esercizi a due a due, faccia a faccia, di lanciare e di ricevere, dal pallone leggero a quello più pesante (dopo il rimbalzo al suolo, al volo, ecc.). Pallone gonfiabile: Mantenere il pallone in aria colpendolo con due mani; Mantenerlo colpendolo con una mano; Mantenerlo colpendolo con la mano indicata al comando.

LATERIZZAZIONE

Mentre nel bambino normodotato le difficoltà non sono costanti in quanto egli riesce a risolvere più o meno felicemente i problemi neuro – motori posti dall'uso della mano sinistra, gli stessi disturbi "paralizzano" addirittura il bambino Down, che non riesce mai a trovare in sé stesso i mezzi per adattarsi.

Esercizi

L'attività motoria mira a dare al bambino Down l'abitudine di disporre in serie, di vedere, di trascrivere da sinistra verso destra, liberando il braccio dalla spalla, associando agli esercizi di rilassamento dell'arto superiore le rotazioni del braccio davanti al corpo e progressivamente la rotazione della mano in senso levogiro.

ORGANIZZAZIONE ED ORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE

Progressivamente la rappresentazione del corpo si estende a quella del corpo in movimento e la nozione di spazio, di relazione e di orientamento spaziale che si elabora con il progredire della maturazione nervosa strettamente legata alle esperienze vissute. Le turbe e le insufficienze dell'orientamento e dell'organizzazione spaziale sono a volte considerevoli nei soggetti affetti da Sindrome di Down. Per Piaget la costruzione progressiva dei rapporti spaziali avviene su due piani ben distinti: il piano percettivo o sensorio-motorio e il piano rappresentativo o intellettuale. Tuttavia queste due costruzioni presentano un fattore comune: la motricità.

L'attività motoria mirerà a fare acquisire alcuni elementi di base:

- Nozione di velocità, strettamente collegata con l'azione personale del bambino;
- Nozione di durata: rapporto con lo spazio e con lo sforzo;
- Nozione di continuità;
- Creare l'attesa di continuità;
- Creare l'attesa paziente;
- Prendere coscienza dei diversi momenti del tempo: l'istante, prima, durante, dopo, e dei loro rapporti reciproci;
- Arrivare alle nozioni di simultaneità e di successione;
- Coordinazione dei diversi elementi.

Esercizi

Nozioni di destra, sinistra, avanti, indietro, alto basso: L'insegnante e il bambino sono faccia a faccia: ciascuno dei due tiene un pallone, prima seduti, poi in piedi. L'insegnante esegue a specchio e parla: a destra, a sinistra, in alto ... Il bambino copia e ripete. L'insegnante esegue a specchio: Il bambino copia e parla (da solo). Il bambino esegue da solo. Il bambino sta in piedi sul sacco, sul blocco: Saltare a destra, a sinistra, avanti e indietro. Automatizzazione delle nozioni di destra e di sinistra: Con il pallone gonfiabile: Il pallone cade verticalmente. Al comando il bambino deve colpirlo con la mano richiesta (destra o sinistra); Il pallone arriva di fronte: Colpirlo con la mano destra o con la sinistra; Il pallone arriva di lato: Colpirlo con la mano destra o con la sinistra; Mantenere il pallone in aria colpendolo con una sola mano (destra o sinistra). Mantenere il pallone in aria colpendolo con la mano richiesta;

Palle leggere, poi palle grosse e palle piccole; si spostano lentamente e progressivamente più in fretta: • Fermare il pallone con la mano destra, con la sinistra; • Fermare il pallone con il piede destro, con il sinistro; • Fermare il pallone con la mano destra o con la sinistra, con il piede destro o con il sinistro.

Palle piccole di vari colori: • 2 palle (rossa e blu): prendere la palla rossa nella mano destra, la palla blu nella mano sinistra; • 2 palle (rossa e blu): "devi riportare la palla rossa con la mano destra, la palla blu con la mano sinistra"; • Il bambino ripete a comando; • L'insegnante lancia le palle. Il bambino va a prenderle e le

riporta.

Indipendenza fra il braccio destro e il sinistro: • Far rimbalzare il pallone contro il suolo colpendolo con la mano destra, con la sinistra; • Lo stesso esercizio. Colpire alternativamente con la mano destra o con la sinistra; • Lo stesso esercizio. Colpire 2 volte con la mano destra, 2 volte con la mano sinistra; • Lo stesso esercizio. Colpire con la mano comandata dall'insegnante, la destra o la sinistra;

Ricevere una sola palla: • Ricevere la palla che rotola, con la mano destra o con la mano sinistra; • Ricevere la palla dopo rimbalzo, dal basso (mano destra o sinistra); • Ricevere direttamente la palla lanciata in aria (mano destra o sinistra).

Ricevere due palle di colore diverso: • Dopo aver precisato, mano destra: palla rossa, mano sinistra: palla blu; • Fermare le 2 palle che rotolano una in ritardo rispetto all'altra; • Fermare le 2 palle che rotolano insieme; • Ricevere le 2 palle che rimbalzano l'una dopo l'altra; • Ricevere le 2 palle che rimbalzano insieme; • Ricevere le 2 palle lanciate in aria, una in ritardo rispetto all'altra.

Azione collettiva • Collocarsi sul lato lungo; • Collocarsi sul lato corto; • Collettivamente: disperdersi nella sala. Arrestarsi al segnale. Fare delle constatazioni sulla propria posizione, su quella degli altri allievi: ci sono degli allievi davanti, dietro, a destra, a sinistra. • Occupare tutto lo spazio: camminare in tutti i sensi senza toccarsi. Arrestarsi al segnale. Indicare i posti dove non c'è nessuno.

RITMIZZAZIONE

L'esercizio ritmato è più economico ed è più facile da eseguire perché esige un minore sforzo intellettuale; la fatica cresce infatti con la complessità del lavoro neuro – muscolare e con l'accrescimento della concentrazione, dell'attenzione sul gesto. Perché un esercizio sia educativo occorre che sia volontario, occorre che la mente vi si applichi rigorosamente. Il movimento ritmato diventa educativo quando fa intervenire l'attenzione del bambino per seguire la cadenza proposta ed è interessante quando permette, in un esercizio di marcia, per esempio, di materializzare la successione temporale e le sue variazioni. Il ritmo permette la flessibilità, il rilassamento, l'indipendenza segmentaria, elemento indispensabile per il controllo motorio. Intervenedo per "liberare" il braccio dalla spalla, ad esempio, l'esercizio ritmato sta alla base degli esercizi di coordinazione degli arti superiori, come pure degli esercizi che preparano l'educazione della mano, perciò anche il grafismo e la scrittura.

Materiale classico della palestra e materiale specializzato • Spalliere fissate al muro; • Panca svedese; • Specchi ortopedici; • Asse graduabile; • Bastoncini e bastoni; • Ceppi; • Sacchi di sabbia (per gli esercizi di equilibrio, per l'educazione dei piedi, per le posizioni sedute al suolo, da portare sulla testa ...); • Palloni normali o grosse palle multicolori; • Palloni di plastica molto leggeri; • Palle medie; • Palline multicolori; • Cubi di legno; • Corda per il salto; • Tamburelli; • Corda per il salto; • Lavagna.

9-SINDROME AUTISTICA

L'autismo è un disturbo pervasivo dello sviluppo che coinvolge la capacità di interazione sociale, la comunicazione verbale, non verbale e l'immaginazione.

L'autismo, rientra nella categoria delle malattie "pervasivo dello sviluppo" o disturbo generalizzato dello sviluppo che comprende la Sindrome di Rett (nelle bambine) e o di Asperg (nei bambini). Tra le due la più frequente, diagnosticabile solo dopo i 6 anni, è la sindrome di Asperg.

Nella grande maggioranza ha basi genetiche e porta ad un'insufficienza permanente.

A volte è regressiva ed interviene dopo uno sviluppo normale dei primi mesi di vita. Al mancato sviluppo delle abilità, utili all'autonomia, si accompagnano gravi comportamenti come: aggressività, distruttività, agitazione incontenibile.

Ormai è accertata in modo inequivocabile la "causa organica".

E' stata accertata l'inadeguatezza dell'approccio "psicogenetico" che attribuiva alla madre la causa dell'autismo.

Nessuno può negare che i maltrattamenti danneggiano lo sviluppo della personalità, ma le gravi patologie psichiatriche come l'autismo non possono essere causate da fattori psicogeni o relazionali.

CAUSE

Si definisce sindrome perché evidenzia diversi sintomi. Nel caso dell'autismo segni osservabili, comportamenti.

Le cause sono a tutt'oggi poco conosciute.

Il disordine dello sviluppo è causato da anomalie biochimiche. Nel 10% dei casi si riconosce la malattia che provoca la sindrome: - Sclerosi tuberosa; - X fragile; - Carenze enzimatiche. Tutte comunque genetiche.

Per il restante 90% dei casi l'eziologia è sconosciuta ma la componente genetica o meglio poligenica (più geni combinati tra loro), è la più accreditata.

Il Dott. Kanner nel 1943 ed il Dott. Asperg nel 1944 avevano ipotizzato che l'autismo fosse una sindrome dovuta a fattori organici.

Si tratta pertanto di cause multifattoriali.

Multifattoriale = in medicina significa presenza di diversi fattori causali oltre a quello genetico, ma tutti organici come: Infezioni, in particolare encefaliti; Sofferenze perinatali; Intossicazioni; Intolleranze alimentari. Inoltre l'osservazione dei dati spesso rileva fra i membri della stessa famiglia una prevalenza della sindrome tre, quattro volte superiore nei maschi che addirittura diventa venti volte superiore per la sindrome di Asperger.

Alla base della sindrome c'è un deficit neurologico.

La sindrome si può evidenziare attraverso risonanza magnetica. Il cervelletto risulta ridotto con disposizione abnorme dei neuroni messi a forma di pile.

Cosa si può fare?

Trattamento psico – cognitivo: vale a dire tutto ciò che si fa anche per il ritardo cognitivo, per la dislessia ecc. E' di fondamentale importanza attuare un trattamento precoce perché si devono favorire le connessioni tra le cellule cioè le connessioni inter – sinaptiche (sinatogenesi precoce).

L'autismo associato ad altri disturbi può essere diagnosticato precocemente entro i 2 anni di età, perché i bambini che ne sono colpiti non sanno giocare, compiono gesti ripetitivi (stereotipie) e privi di senso, e sono estremamente solitari.

I bambini riconosciuti autistici, hanno delle abilità particolari:

Sorprendente capacità mnemonica; Velocità di calcolo matematico; Precisione nel disegnare non tralasciando nessun particolare anche se l'oggetto che vanno a rappresentare graficamente è stato visto solo per pochi minuti; Notevole abilità nell'arrampicarsi o nell'orientarsi.

Tutto ciò induce molte persone a fantasticare su chi è affetto dalla sindrome autistica, perché sovente l'autistico possiede tratti somatici belli, è fisicamente armonico e ben strutturato, quindi il contrasto tra l'aspetto ed il comportamento "drammaticamente disabile" ne fanno una persona affascinante e misteriosa. Gli autistici non parlano, mal sopportano gli spostamenti degli oggetti che li circondano, spesso fanno scenate per futili motivi aventi come spiacevole epilogo comportamenti autolesionistici.

1/3 dei bambini autistici viene colpito da crisi epilettiche, (si ha quindi un danno neurologico), e tutti presentano problemi di motricità fine.

ESISTE UNA SOSTANZIALE DIFFERENZA TRA IL RITARDO MENTALE E L'AUTISMO:

il ritardo mentale è dato dalla diminuzione omogenea delle facoltà intellettive e cognitive;

l'autismo provoca sviluppo disomogeneo e quasi sempre ritardato.

Al bambino autistico deve essere insegnato tutto. Dall'autonomia personale, alla gestione del luogo dove vive e lavora.

Il gioco non è un mezzo ma un fine.

Ai bambini autistici bisogna insegnare a sopravvivere.

CARATTERISTICHE COGNITIVE DELL'AUTISMO

Abilità visive maggiori delle abilità verbali; Eccessiva attenzione ai dettagli, pignoleria; Difficoltà a generalizzare; Difficoltà nel combinare o interagire; Difficoltà nella organizzazione e sequenzializzazione; Difficoltà di concentrazione ed accentuata sensibilità agli stimoli (sovrastimolato).

Gli autistici denotano un'immensa gamma di differenze individuali che vanno tenute in attenta considerazione nella progettazione di qualsiasi intervento.

DIFFICOLTA' DI INTERAZIONE SOCIALE

Marcata compromissione nell'uso dei comportamenti non verbali; Incapacità a sviluppare relazioni con i coetanei; Mancanza di ricerca spontanea, di esperienza, di condivisione; Mancanza di reciprocità sociale o emotiva.

DIFFICOLTA' COMUNICATIVE

Ritardo o totale mancanza del linguaggio parlato; Marcata compromissione nella capacità di sostenere una conversazione; Gestualità ed uso di linguaggi e comportamenti stereotipati, ripetitivi o eccentrici; Mancanza di giochi di simulazione o di imitazione sociale.

COMPORAMENTI RIPETITIVI

Dedizione o interessi ristretti e anomali per intensità e focalizzazione; Sottomissione rigida ad inutili abitudini o rituali; Manierismi motori; Persistente ed eccessivo interesse per parti di oggetti.

Ai bambini autistici bisogna insegnare a sopravvivere tenendo conto delle loro difficoltà di apprendimento e del loro diverso modo di pensare e percepire.

Bisogna aiutarli a rendersi conto del significato che si attribuisce ai compiti in un ambiente strutturato che permetta ai bambini di sentirsi rassicurati.

Per favorire lo sviluppo della comunicazione è determinante creare situazioni di routine che il bambino

sperimenta nella vita quotidiana e nel rapporto con le figure di riferimento.

Solo all'interno di queste esperienze assumono significato i segnali comunicativi che il bambino produce e divengono tali da poter essere trasferiti ad altri contesti con il raggiungimento di un'adeguata capacità di simbolizzazione.

Si cerca di promuovere la motivazione ad incontrare e a riferirsi all'altro, ad inviare e ricevere messaggi. In termini operativi la giornata di vita quotidiana del bambino autistico verrà organizzata in una successione fissa di attività per rendere prevedibili gli avvenimenti, dominare meglio gli spazi e gli eventi.

E' utile pensare all'organizzazione di un "tempo" e di uno "spazio", progettati appositamente per creare possibilità di gioco con il bambino autistico dove gli insegnanti utilizzano giochi di sensazione, percezione e movimento.

ORGANIZZAZIONE DELL'AMBIENTE FISICO:

Delimitazione di spazi facilmente individuabili per ogni attività; Evitare troppe distrazioni in modo da focalizzare l'attenzione su compiti rilevanti (stimolare la capacità di concentrazione); Gli spazi di lavoro devono essere vicini agli scaffali per agevolare l'accesso ai materiali.

SCHEMI VISIVI:

Oggetti, immagini o scritte che illustrino al bambino, con una modalità visiva, le attività programmate che dovrà effettuare (data la scarsa capacità di memorizzare informazioni trasmesse verbalmente) e che preannunciano le attività da effettuare, la sequenza delle stesse e lo aiutano a strutturare la nozione di tempo.

SISTEMI DI LAVORO

Questi schemi danno informazioni sul tipo di compito da svolgere. Il lavoro da portare a termine viene presentato in modo chiaro e visibile. Viene indicata la successione dei compiti da eseguire ad ogni livello del programma quotidiano.

ORGANIZZAZIONE DEI COMPITI E DEL MATERIALE:

Per favorire attraverso linee guida visivamente chiare i rapporti tra le esecuzioni parziali ed il completamento del compito. Per chiarire le richieste dei compiti attraverso l'enfatizzazione dei messaggi visivi.

IPOTESI DI LAVORO

Es: narrazione e rielaborazione guidata di un racconto attraverso la drammatizzazione e la rappresentazione grafico - pittorica, tenendo come obiettivo la promozione dell'interazione.

Iniziare con un'osservazione; Avere una cornice strutturata; Coinvolgere il corpo; Utilizzare l'imitazione verbale e fisica; Basarsi sull'amplificazione percettiva e la ripetizione; "Agganciare" il bambino attraverso il riconoscimento dei suoi interessi; Stimolare e verificare la partecipazione attiva del bambino.

SUGGERIMENTI SUGLI APPROCCI RIABILITATIVI CHE HANNO RISCOSSO MAGGIORE SEGUITO:

1. NEOCOMPORAMENTALE

2. EVOLUTIVO – INTERATTIVO

TEACCH (TREATMENT AND EDUCATION OF AUTISTIC AND RELATID COMMUNICATION HANDICAPPED CHILDREN)

E' un programma di Stato, iniziato trent'anni fa nella Carolina del Nord (USA), che prende in considerazione l'intero arco della vita del soggetto autistico, dall'infanzia all'inserimento sociale nel lavoro e alla vecchiaia. Prevede un insegnamento strutturato sull'approfondita valutazione dei punti di forza e debolezza di ciascun bambino e su alcuni principi di carattere generale. L'obiettivo è il potenziamento dell'autonomia del soggetto e il miglioramento della sua qualità di vita personale. Teacch viene indicato come strategia educativa generale ottimale in molte parti del mondo e la sua applicazione nel nostro Paese si può tradurre con la filosofia dell'accordo di programma, che coinvolge e coordina scuola, comune, provincia, regione, A.S.L. e anche ditte private, presso le quali si svolge l'esperienza lavorativa dei giovani adulti. Il maggior vanto della strategia Teacch consiste nell'aver drasticamente ridotto il numero dei ricoveri in istituto, migliorando la qualità degli autistici e delle loro famiglie.

DENVER MODEL AT THE UNIVERSITY OF COLORADO HEALTH SCIENCES CENTER (ROGERS ET AL., 2000).

Utilizza strategie che rientrano nell'approccio evolutivo enfatizzando il ruolo del gioco inteso come modalità di apprendimento.

10-LA SORDITA'

Un deficit uditivo, presente fin dalla nascita o che insorge nei primi anni di vita, compromette inevitabilmente l'apprendimento del linguaggio.

La limitazione verbale è tanto più manifesta quanto più grave è l'alterazione uditiva.

Una valutazione quantitativa del deficit rivela solo quanto non si è in grado di udire e non ciò che si può percepire con il residuo, né le potenzialità mnemoniche, fasiche, e gnosiche.

Dire che il bambino sordo è come tutti gli altri bambini vuol dire semplificare il problema.

La sordità è una condizione patologica caratterizzata da carenza funzionale elevata, stabile ed irreversibile. Si manifesta per cause diverse ed impedisce la normale evoluzione psico – sensoriale e l'acquisizione spontanea del linguaggio verbale limitando l'inserimento sociale.

Il termine "sordomuto" riservato ai portatori di sordità grave, oggi è in disuso perché con l'intervento terapeutico precoce (protesico e logopedico) si evita il mutismo. Anche altri termini come sordastro o sordo parziale sono in disuso perché quasi tutti i sordi dispongono di un residuo uditivo. Meglio invece usare i termini audioleso, ipoacusico e non udente, perché prescindono dall'entità del deficit.

L'aspetto clinico – funzionale dipende da tre elementi: - epoca d'insorgenza - eziopatogenesi - entità e tipo del deficit.

INSORGENZA

Sia per la diagnosi che per il trattamento conoscere l'epoca d'insorgenza è fondamentale. L'insorgenza postnatale, per es. consente di escludere cause eziopatogeniche ereditarie o congenite.

Ma l'epoca d'insorgenza è importante soprattutto per la riabilitazione. Diversa è la situazione di chi è divenuto sordo a tre anni da chi è nato con il deficit.

A tre anni si sono già maturate un certo numero di esperienze sensoriali – percettive, schemi gnosici e verbo – acustici.

Spesso la definizione dell'epoca di insorgenza viene fatta dal "fonoiatra" in base ai dati anamnesici, non sempre attendibili, forniti dai famigliari.

Il deficit sensoriale non sempre coincide con l'epoca in cui ha agito la causa lesiva. Per esempio, nella sordità ereditaria o in altri processi di tipo degenerativo, che iniziano nella vita intrauterina, si assiste a deficit uditivi evidenti solo dopo la nascita.

La suddivisione della sordità in congenita ed acquisita, presenta scarsa validità.

CAUSE

Sono particolarmente numerose e vanno da quelle di ordine igienico – sanitario a quelle di ordine epidemiologico e sociale. Sono di quattro tipi:

GENETICHE - ereditaria, - eritroblastosi, - cromosomiche, - sindromi malformative;

INFETTIVE Pre natale: ereditaria, complesso di Torch (toxoplasmosi, rosolia, cytomegalovirus, herpes simplex); Post – natale: meningite, tifo, pertosse, scarlattina, morbillo, parotite, varicella, herpes Zoster.

TOSSICHE: Endogene affezioni dismetaboliche affezioni disendocrine; Esogene farmaci ototossici.

TRAUMATICHE PRENATALE: traumi indiretti traumi parto; **TRAUMATICHE NEONATALE:** anossia;

TRAUMATICHE POST NATALE: traumi cronici.

EREDITARIETA'

Sordità ereditaria (dominante) si evidenzia dopo la terza infanzia e dopo l'apprendimento del linguaggio ed ha un'evoluzione progressiva Sordità ereditaria (recessiva) sporadica si evidenzia fin dalla nascita è stabile, è grave e deriva da un arresto dello sviluppo embrionale dell'orecchio interno. Si può trasmettere anche ereditariamente una predisposizione altrimenti non si spiegherebbero i deficit uditivi conseguenti a banali infiammazioni, processi nevritici dell'ottavo paio causati da virus influenzale.

ERITROBLASTOSI FETALE

(Fattore RH alterazione iso – immunizzazione passiva) L'ipoacusia spesso è compresa nella sindrome multiforme denominata paralisi - celebrale – infantile. Dai globuli rossi che si disgregano si formano bilirubina ed ematoidina che si depositano in alcune strutture del S.N.C. (Nuclei cocleari, vie nervose extra piramidali e piramidali, corteccia cerebrale e cervelletto).

ANOMALIE CROMOSOMICHE Sindrome di Down

FATTORI INFETTIVO

Infezione luetica della madre - arresto sviluppo - arresto orecchio interno.

Complesso Torch, ovvero un danno o una malformazione a carico del sistema nervoso centrale, cuore e orecchio. Il fattore infettivo è importante anche nei primi anni di vita come in tutte le malattie esantematiche, meningite, tifo.

FATTORE TOSSICO

Malattie dismetaboliche, come le nefropatie Malattie disendocrine, come l'ipertiroidismo e diabete; Inoltre la tossicità può essere indotta da farmaci e loro dosaggio oltre che dalla sensibilità individuale.

FATTORE TRAUMATICO - Parto (uso del forcipe durante il parto) - Cadute che ledono il timpano o il labirinto.

DEPISTAGE AUDIOMETRICO

Il Depistage Audiometrico è un esame diagnostico della prima infanzia. Si possono attuare altri tipi di indagine: - Elettroencefaloaudiometria; - Elettrococleografia; - Impedenziometria.

È chiaro che le alterazioni del linguaggio nei sordi variano in rapporto all'entità. Se c'è sordità totale fin dalla nascita c'è un'assenza di linguaggio. Se c'è sordità parziale fin dalla nascita si ha una limitazione quantitativa e qualitativa delle capacità fonoarticolari, cioè difficoltà a riprodurre le consonanti specie quelle fricative (ca – sa – za - scia' - cia' - da – ra - ga - fa), che vanno verso frequenze acute quindi "ta", "sta", "per", "sa", "pa", "me". Dopo sette otto anni, la capacità fonoarticolare non subisce modificazioni perché gli schemi verbomotori e verboditivi sono ormai registrati nei centri nervosi. Tuttavia, l'interruzione della mediazione uditiva impedisce l'arricchimento linguistico e il graduale deterioramento del timbro della voce.

TERAPIA

Metodo orale: solo in caso di cofosi quando l'ausilio protesico risulta inutile, la labiolettura ed accorgimenti pratici visivo – tattici. Occorre un periodo di preparazione basato su esercizi di respirazione, di soffio e su ripetizioni di fonemi semplici come vocali e consonanti labiali. Anche dopo una rieducazione costante e prolungata, si evidenziano caratteristiche inconfondibili come: - Scarsa modulazione; - Cadenza monotona; - Frasi concise e prive di verbi e articoli; - Povertà di vocabolario.

ATTIVITA' MOTORIA

L'attività motoria fondamentale per un soggetto ipoacusico è la ginnastica respiratoria. Educazione respiratoria attraverso apnee per un'economia dell'energia, però eccessive sollecitazioni di moto esauriscono subito i soggetti a livello nervoso.

La ginnastica preventiva

per gli ipoacusici e anacusici è importante perché esiste sempre un guasto nella statica e dinamica posturale, vale a dire un adattamento corporeo in funzione della minorazione, e cioè: - Alterazioni delle curve fisiologiche della colonna; - Esitazioni nel deambulare; - Difetti cingoloscapolare dovuti alla posizioni asimmetrica assunta dal capo per la ricerca della fonte sonora; - Contrazioni isometriche dello sterno – cleido – mastoideo controlaterale, alterazione del muscolo oculo – motore che agisce in senso contrario alla rotazione del capo; - Accentuazione della lordosi cervicale per protusione del capo verso la fonte sonora; - Anomalie conseguenti alla funzione alterata dell'atlante e dell'epistrofeo; - Riduzione del campo visivo nei portatori di protesi.

11-ATTIVITA' FISICA E SPORT ADATTATI

Per prima cosa occorre spostare l'attenzione dalla menomazione alle capacità residue della persona (perciò migliorabili) e focalizzare l'interesse sull'interazione tra individuo e ambiente.

Per la persona diversamente abile praticare sport significa poter ricavare da esso benefici significativi per migliorare l'espressione delle proprie potenzialità. L'attività adattata è utile per uno sviluppo prestativo mentre l'attività integrata è l'effettivo reinserimento sociale della persona attraverso lo sport.

Ciò che è importante per la persona diversamente abile è trovare e sviluppare funzioni perdute tanto da poterle utilizzare in forma sostitutiva. Con l'allenamento non si neutralizza una lesione definitiva e permanente ma certamente si possono veicolare le capacità residue per ottenere prestazioni atletiche.

I risultati delle prestazioni atletiche non sono misurabili attraverso un cronometro, un'asticella o un metro, ma attraverso il miglioramento prestativo individuale, vale a dire capacità di migliorare i propri limiti resi tali da una patologia invalidante.

Questo è lo spirito del praticare sport delle persone diversamente abili: fare sport vuol dire trovare una via d'uscita dalla prigione dell'handicap.

Fare sport è una terapia che porta ad aumentare l'autonomia delle persone con un vantaggio per la società che dispone di una persona più valida anche sotto il profilo della produttività.

Mediante l'attività motoria adattata si migliora il wellness (benessere) della persona, considerando che la cosiddetta malattia ipocinetica (calo della capacità artro-osteomuscolare, cardio-respiratoria e metabolica) aggredisce una persona fisicamente integra ma sedentaria.

Un disabile costretto su una sedia a rotelle è un sedentario obbligato.

Alla patologia principale si associano quindi altri gravi problemi -secondari- derivanti da essa: • Piaghe di decubito • Disturbi metabolici • Affezioni cardio-respiratorie • Patologie urinarie • Depressione psichica.

Attraverso esercizi di forza e di resistenza si possono potenziare le masse muscolari allenabili migliorando così l'autonomia e la capacità prestativa. L'allenamento alla forza si può effettuare anche con sovraccarichi e nonostante questa pratica sia stata oggetto di controversie si è visto che anche in persone con spasticità questa ha dato risultati benefici sulla patologia stessa.

L'apprendimento di un nuovo modello motorio porta alla capacità di integrare stimoli tattili, visivi, uditivi e propriocettivi per costruire nuovi schemi motori e migliorare le capacità coordinative della persona.

La persona disabile attraverso lo sport migliora l'umore e combatte la depressione, migliora la funzione

cardio-circolatorie e respiratorie, potenzia le masse muscolari attive e migliora i problemi metabolici.

AMPUTAZIONI

Di tutte le disabilità è quella più visibile. Le cause più frequenti sono da incidenti stradali o per cause di lavoro nell'età giovanile oppure amputazioni totali o parziali per patologie come il diabete in età avanzata. Esistono poi amputazioni dovute a cause belliche, amputazione previste dai codici penali dei paesi in via di sviluppo e dal punto di vista funzionale esistono difetti congeniti degli arti (focomelie, dismelie e amelie). La conoscenza del proprio corpo (somatognosia) e la sua disposizione dello spazio (topognosia) continuano ad esserci anche quando il corpo subisce un'amputazione per cui i circuiti cerebrali che riguardano l'arto amputato continuano ad inviare stimoli.

La persona amputata continua a sentire stimoli propriocettivi anche dolorosi provenienti dall'arto che non c'è più (arto fantasma). Questo sintomo è noto con il nome di patologia parestesica.

La nuova situazione corporea necessita della costruzione di nuovi schemi corporei ai quali la persona si deve adattare. È ovvio che tutto ciò è valido anche per le persone amputate che non praticano attività sportive.

Esistono attualmente protesi realizzate:

• Carbonio • Titanio • Acciaio • Laminato di resina • Leghe leggere

Gli atleti amputati agli arti inferiori si possono dividere in due gruppi: • Quelli che utilizzano sedie a rotelle • Quelli deambulanti con e senza sostegno, con una protesi sopra o sotto il ginocchio, con due protesi sopra o sotto il ginocchio.

Le persone deambulanti dal punto di vista funzionale possiedono un'articolazione intermedia efficiente ed esprimono gesti sportivi simili alle persone non amputate. Le persone che non possiedono la suddetta articolazione intermedia o un ginocchio funzionale esprimono con l'aumentare del ritmo e la complessità degli esercizi un gesto sportivo notevolmente differente dal non amputato, come per esempio il passaggio dalla deambulazione al correre.

Gli amputati monolaterali possono gareggiare sia in piedi con protesi sia seduti nelle gare dove ciò è previsto (spesso scelgono la prima opzione).

Gareggiano invece obbligatoriamente seduti nelle discipline dove è prevista la competizione solo con le carrozzine (scherma, basket, sledge hockey).

Lo sviluppo della tecnologia protesica ha permesso agli atleti che corrono di raggiungere prestazioni simili e direi uguali agli atleti normodotati.

Markus Rehm, oro nel salto in lungo alle Paralimpiadi di Rio 2016, stabilisce un record di 8.40m, che gli avrebbe permesso la vittoria anche tra i normodotati, dal momento che nelle stesse Olimpiadi l'americano Jeff Henderson si è imposto con 8.38m.

Tuttavia occorre tener presente che la protesizzazione, anche la più riuscita, dà un'autonomia di deambulazione limitata rispetto a una persona normodotata, per lunghi tratti meglio utilizzare la carrozzina. È chiaro che la metodologia dell'allenamento delle persone amputate che competono correndo dovrà tener presente alcuni aspetti come la valutazione clinica e funzionale particolareggiata dell'arto sano sottoposto a sovraccarichi.

È necessario periodicamente effettuare controlli per valutare l'insorgenza di eventuali problematiche a carico dell'arto sano. Per gli amputati degli arti inferiori è poi importante valutare l'equilibrio, difficile da mantenere per i bilaterali con moncone femorale molto corto sia in carrozzina per ridotta base d'appoggio, sia in posizione eretta per lunghi periodi.

Anche per gli amputati degli arti superiori la ricerca tecnologica protesica permette di affrontare i problemi quotidiani legati alla prensibilità. Per queste persone l'attività sportiva che più si confà è la corsa, seppure l'effetto pendolo degli arti superiori, fondamentale per un corridore, manca, riducendo così la prestazione rispetto al non amputato. Inoltre per la riduzione delle funzioni di bilanciamento dell'equilibrio, in diverse discipline si prende in considerazione l'amputazione del braccio non coinvolto direttamente nell'esecuzione del gesto sportivo.

12-IPC

L'IPC (International Paralympic Committee) è l'ente internazionale di riferimento per tutte le attività sportive svolte da atleti disabili.

La prima organizzazione a livello internazionale fu l'ISMGF (International Stoke Mandeville Games Federation). Il nuoto, le corse, i lanci, il tiro con l'arco, la pallacanestro, la scherma, il tennistavolo, il tiro a segno, le bocce sono ogni anno rappresentati in una manifestazione sportiva indetta sin dagli anni '50 dall'ISMGF destinata però solo ad atleti affetti da patologie del midollo spinale.

Prima della creazione di questo ente, gli sportivi disabili si sono organizzati sotto diverse sigle:

- ISOD (International Sport Organisation for Disabled): si occupa dal 1964 di disabili amputati
- IBSA (International Blind Sport Association): si occupa dal 1980 di disabili non vedenti
- CP-ISRA (Cerebral Palsy Sport and Recreation Association): si occupa sempre dal 1980 di disabili cerebrolesi, allargando le competenze ad altre patologie invalidanti.

La fusione, nel 1982 di ISMGF, ISOD, IBSA e CPISRA ha dato origine al Comitato Internazionale di Coordinamento (ICC) che ha provveduto alla stesura delle regole tecniche ed organizzative dei Giochi Paralimpici.

INAS-FID è l'International Sport Federation for Persons with Intellectual Disability fondata nel 1986 per gli sportivi affetti da disabilità mentale.

IWAS è l'International Wheelchair & Amputee Sport Federation Nasce nel 2004, in occasione dei Giochi Olimpici di Atene, dalla fusione di ISOD e ISMWSF (International Stoke Mandeville Wheelchair Sports Federation, evolutosi a propria volta dall'ISMGF).

Nella nostra Nazione dal 2004 la pratica sportiva per gli atleti disabili è organizzata dal CIP. Precedentemente se ne occupava la FISD (Federazione Italiana Sport Disabili), nata dalla fusione di:

- FISH (Federazione Italiana Sport Handicappati, disabilità fisica e motoria-1980)
- FICS (Federazione Italiana Ciechi Sportivi – 1980)
- FISS (Federazione Italiana Sport Silenziosi)

Il Dott. Luca Pancalli è il Presidente del CIP. È stato atleta ed ha contribuito alla nascita del suddetto organo con un progetto divenuto realtà. È al lavoro dell'Avv. Luca Pancalli che si deve il decreto di attuazione della legge 189/2003 "Norme per la promozione per la pratica dello sport da parte delle persone disabili" con cui è stato istituito il CIP.

Il 17 febbraio 2017, a norma della legge 124/2015, il CIP viene trasformato in Ente Autonomo di Diritto Pubblico e di conseguenza scorporato dal CONI; a vigilare sul nuovo Ente sarà direttamente la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Il CIP è affiliato alle varie organizzazioni internazionali e promuove "...la massima diffusione della pratica sportiva per disabili in ogni fascia di età e popolazione".

Sia la pratica sportiva di élite, sia quella di base che scolastica hanno nel CIP il loro riferimento sia organizzativo che culturale.

- Avviamento allo sport • Attività Promozionale • Attività Agonistica • Attività Paralimpica

L'avviamento allo sport si realizza prevalentemente attraverso convenzioni stipulate dal CIP con:

- Enti Pubblici • Istituti Scolastici • Centri di Riabilitazione • Aziende Ospedaliere • Unità Spinali.

L'attività promozionale crea i massimi presupposti di socializzazione e integrazione ed è l'attività che



sviluppa e diffonde discipline sportive svolte in forma più avanzata.

L'attività agonistica è l'attività sportiva ad alto livello non prevista però nei programmi paralimpici.

L'Attività Paralimpica è l'attività sportiva facente parte della Programmazione Paralimpica per la preparazione e partecipazione ai Giochi Paralimpici estivi e invernali.

XV edizione Paralimpiadi La quindicesima edizione della Paralimpiade si è svolta dal 7 al 18 settembre 2016 a Rio e vi hanno partecipato 4300 atleti provenienti da 176 Paesi, gareggiando in 23 discipline Paralimpiche.

Il CIP assicura la promozione ed il potenziamento dello sport nazionale per persone disabili in ogni fascia di età attraverso il reclutamento, la divulgazione e l'organizzazione di eventi in cui lo sport possa essere veicolo di

integrazione e socializzazione della persona diversamente abile.

Il CIP promuove i rapporti e lo scambio di informazioni nonché la collaborazione con:

• C.O.N.I. • Federazioni Sportive Nazionali • Enti di Promozione Sportiva • Istituzioni Scolastiche ed Universitarie • Discipline Associate • Associazioni di Categoria e Istituzioni Pubbliche.

Favorisce studi e ricerche nell'ambito dello Sport per Disabili, istituendo commissioni per gli aspetti medico, sociale, economico, giuridico.

La struttura del CIP comprende:

• Dirigenti • Tecnici • Ufficiali di Gara • Classificatori • Medici e Paramedici • Docenti • Guide e Volontari • Figure ausiliarie.

Fanno riferimento al CIP sotto forma di dipartimenti le seguenti discipline: • Atletica Leggera • Sport Invernali (sci alpino, sci nordico, curling, biathlon, hockey su slitta sul ghiaccio, danza sportiva in carrozzina) • Scherma, tiro con l'arco, tiro a segno • Pallavolo, Pallacanestro • Sport acquatici (nuoto, canoa, kayak, vela, canottaggio, waterbasket) • Ciclismo, equitazione, judo • Tennis, tennistavolo, bocce, showdown.

Fanno inoltre parte del CIP il Dipartimento Disabilità Intellettivo Relazionale e il Dipartimento di Attività di Squadra.

Il lavoro del Dottor Pancalli è tutt'oggi rivolto alla strutturazione organizzativa dei dipartimenti che si spera diventino organizzazioni autonome o dipartimenti paralimpici nell'ambito delle federazioni olimpiche.

Per quanto riguarda i disabili psichici l'attività motoria e sportiva è organizzata dal settore DIR (Disabilità Intellettivo Relazionali) del CIP.

SPECIAL OLYMPIC

In Italia lo Special Olympic organizza attività nelle seguenti discipline: • Atletica • Judo • Ginnastica Artistica e Ritmica • Bocce • Nuoto • Calcio a 5, a 7 e a 11 • Equitazione • Pallavolo • Sci Alpino e Nordico • Pallacanestro • Snowboard • Tennistavolo e Tennis.

Tra le disabilità di cui si occupa lo Special Olympic troviamo anche la disabilità mentale.

Il CIP sigla specifici accordi con le federazioni per gli sport non compresi nei propri dipartimenti. Queste sono:

• Federazione Italiana Golf Disabili • Federazione Italiana Attività Subacquee per Disabili • Federazione Italiana Wheelchair Hockey • Federazione Italiana Sportiva Automobilismo Patenti Speciali • Associazione Scacchisti Ciechi Italiana.

SCUOLA E CIP La diffusione di una cultura sportiva indirizzata concretamente a tutti è stata realizzata tramite l'accordo del 24/05/2009 tra il MIUR (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca) e il CIP. L'accordo MIUR-CIP è finalizzato al potenziamento dell'educazione:

• Ludico-motoria • Motoria • Presportiva • Sportiva.

13-SPORT PARAOLIMPICI: ATLETICA LEGGERA

SPORT PARALIMPICI

"essere speciali significa proprio riuscire a far capire che il tuo punto debole diventa quello di cui vai più fiero" Beatrice Maria Vio, scherma (Rio 2016).

Atletica Leggera

Questo sport può essere praticato da atleti con disabilità fisica, sensoriale ed intellettiva.

Una persona diversamente abile sceglie di praticare l'attività sportiva per le stesse motivazioni che spingono una persona "normodotata". È l'agonismo la motivazione fondamentale e il mezzo di gratificazione e autorealizzazione sia per gli atleti che competono nelle Olimpiadi, sia per quelli che competono nelle Paralimpiadi.

L'approccio metodologico per le persone che praticano quest'attività paralimpica è di tipo globale, almeno all'inizio della carriera sportiva. Si dovrà fornire una percezione completa del gesto, affinché l'atleta possa ricevere la sensazione corretta del gesto sportivo, vale a dire della prassia proposta.

Il ritmo nel gesto tecnico iniziale è fondamentale perché insieme al movimento globale costituiscono la base per successivi apprendimenti. In seguito si utilizzerà il metodo globale-analitico e analitico, ponendo sempre attenzione alla risposta dell'atleta affinché la componente motivazionale sia sempre ad alti livelli.

Didatticamente occorrerà: • Valutare le effettive capacità di ogni atleta • Programmare percorsi finalizzati al consolidamento delle abilità possedute • Programmare apprendimenti sempre più complessi • Programmare infine l'attività agonistica.

Gli atleti di un CASD (Centro di Avviamento allo Sport per Disabili) sono in genere gruppi eterogenei. Diverse

sono le tipologie e il grado di disabilità, diverse sono le età e diversi sono i motivi della conclamata disabilità. Categorie Atleti Disabili in Atletica Leggera:

La classificazione ufficiale per gli sport per disabili (Il Codice) è un sistema sviluppato dal Comitato Paralimpico Internazionale con lo scopo di creare delle specifiche categorie per gli sport per disabili, basandosi sulla tipologia e sul grado di disabilità degli atleti stessi. In Atletica Leggera esistono due tipologie di codici, determinate dalla lettera T (track, pista) e F (field, campo).

Si possono quindi classificare gli atleti nelle seguenti categorie e sottocategorie:

Atleti su sedia a rotelle

– lesioni della spina dorsale, amputazioni, handicap muscolo-scheletrici, malformazioni congenite, lesioni nervose [T51, T52, T53, T54 ed F51, F52, F53, F54, F55, F56, F57, F58]
– paralisi cerebrale, lesioni cerebrali [T ed F 32, 33, 34]

Atleti ambulanti

– amputazioni, lesioni spinali, handicap muscolo-scheletrici, malformazioni congenite, lesioni nervose [T42, T43, T44, T45, T46 ed F40, F41, F42, F43, F44, F45, F46]
– paralisi cerebrale, lesioni cerebrali [T ed F da 35 a 38]
– handicap visivi [T e F 11, 12, 13]
– handicap intellettuali [T20, F20]

parametri per la classificazione devono tenere conto dei risultati dei test nelle seguenti aree:

• Movimento muscolare • Sensibilità • Angoli di flessione articolare • Tono muscolare • Riflessi dei tendini • Riflessi patologici (Babinski-Hoffman) • Misura della lunghezza degli arti • Test propriocettivi.

Deficit Sensoriali:

Ipovedenti e Ciechi Questi atleti vengono classificati a seconda dell'acuità visiva posseduta. È necessario un atleta-guida a fianco dell'atleta che gareggia nelle corse e di una guida vocale per gli atleti che partecipano ai concorsi (lanci e salti) se non si possiede nessuna acuità visiva. È facoltativo l'utilizzo di un atleta guida per le categorie intermedie che hanno acuità visiva fino a 2/60 e campo visivo fino al 5°.

L'atleta-guida è collegato all'atleta ipovedente tramite un cordino lungo circa 50 cm. È vietato all'atleta-guida posizionarsi anteriormente all'atleta ipovedente con il cordino teso: ciò darebbe luogo a un'azione di trascinarsi vietata dal regolamento. Gli atleti ipovedenti non competono in gare di corsa ad ostacoli, corse con le siepi e salto con l'asta.

La metodologia di allenamento è la stessa che si usa con le persone normodotate ponendo ovviamente attenzione a sviluppare e affinare le capacità senso-percettive, tattili, uditive e cinestesiche. Attività necessaria per ovviare alla mancanza di informazioni visive che danno l'orientamento dinamico del corpo nello spazio sarà quella di "ginnasticare" l'atleta attraverso esercizi con modalità esecutive differenti, utilizzando piccoli attrezzi che consentano l'affinamento del gesto tecnico (palline, cavigliere, cerchi, bacchette).

L'atleta ipovedente effettua un maggior numero di passi perché durante la fase aerea perde il contatto con il suolo, quindi per la gestione dinamica della corsa dovrà sollecitare le capacità di orientamento attraverso sensazioni che non gli provengono dal contatto con l'ambiente, ma da una elaborazione cinestesica.

Sarà necessario addestrare l'atleta con esercitazioni di volo prolungate come: • Corsa balzata • Passo saltellato • Corsa galoppata.

Per migliorare invece lo scarso sollevamento del ginocchio dopo la conclusione della fase di richiamo (dovuto alla fretta di cercare subito terra), occorre proporre esercitazioni di flessione della coscia sul busto come: • Skip alto • Corsa in salita • Calciata avanti.

Tutte le esercitazioni di progressivi, avvisi e andature tecniche vengono guidate vocalmente dall'allenatore mentre sia in fase di riscaldamento che durante la seduta di allenamento l'atleta non vedente può rinunciare all'atleta guida. Questo gli permette di acquisire una più ampia libertà di movimento e una giusta ritmica esecutiva.

I salti:

In queste specialità l'atleta ipovedente incontra più difficoltà perché caratterizzate da una più ampia fase aerea; richiedono un più lungo controllo dinamico del corpo in volo. Acquisire un'ottima tecnica di salto può ovviare sensazioni di sicurezza, dovute appunto all'orientamento del corpo nello spazio. Le esercitazioni di pre-acrobatica assistite direttamente e indirettamente sono ottime per il controllo della fase aerea.

L'orientamento vocale dell'atleta guida è fondamentale per fare effettuare la rincorsa e lo stacco sia nel salto in lungo che per il salto triplo. L'atleta viene posizionato e direzionato al punto d'inizio della rincorsa e come tutti gli atleti che praticano questa specialità esegue un numero preciso di appoggi fino alla battuta di stacco, ricoperta da materiale che lascia visibile l'impronta del piede, affinché i giudici di gara possano valutare il punto preciso di stacco da dove verrà misurata la prestazione.

La chiusura del salto e la caduta in buca vengono curate con esercitazioni mediante l'uso di attrezzi come plinti e ostacoli con ricaduta sui materassi. Vengono usati sia per le esercitazioni di propedeutica sia per la tecnica di salto tutte le esercitazioni proposte anche per gli atleti "normodotati". Il salto in alto si configura per i non vedenti una delle specialità più ostili e complesse e pertanto risulta tra quelle meno diffuse e praticate.

I lanci:

Gli atleti ipovedenti lanciano il peso, il disco e il giavellotto a seconda delle categorie in cui sono inclusi.

L'attività propedeutica per una buona acquisizione della tecnica di lancio la si fa praticare con l'uso di palline, palle di diverso peso e dimensione, palle mediche e vortex. Vengono utilizzate le stesse esercitazioni di tecnica che vengono proposte agli atleti "normodotati".

Occorre far acquisire all'atleta ipovedente un buon equilibrio statico e dinamico che gli permette poi di effettuare un'adeguata traslocazione e l'apprendimento dei passi speciali e chiusura finale dei lanci. Buone lateralità e coordinazione permettono inoltre di apprendere con sicurezza una buona tecnica di lancio del peso, del disco e soprattutto del giavellotto.

Amputati:

Le persone amputate che vogliono praticare sport non possono utilizzare le protesi che il Servizio Sanitario Nazionale mette loro a disposizione, perché il loro utilizzo consente solo una vita di relazione. Abbisognano di protesi funzionali e resistenti alle notevoli sollecitazioni durante le attività di allenamento e competizione. Gli atleti amputati utilizzano perciò protesi realizzate in materiali particolari come titanio, fibre di carbonio, fibre di kevlar ad alto contenuto tecnologico, oltre a componenti protesici (ginocchio, piede) costruite dopo un'attenta e approfondita analisi cinematica del gesto sportivo. Queste protesi hanno inoltre un'invasatura flessibile con una valvola esterna che dà effetto depressivo affinché il moncone inserito non scivoli per effetto del sudore.

Gli atleti amputati ad entrambi gli arti inferiori al di sopra del ginocchio competono nella corsa, nel salto in lungo se la lunghezza dei monconi lo consente, oppure necessitando della carrozzina potranno competere nelle specialità praticate con il suddetto mezzo.

Gli atleti con amputazioni complete degli arti superiori partecipano esclusivamente alle gare di corsa, pur mancando del movimento pendolare degli arti, di notevole supporto alla corsa stessa. Gli atleti amputati ad un solo arto superiore possono gareggiare in specialità di corsa e concorsi (salti e lanci) senza difficoltà avendo notevoli capacità di strutturare schemi motori dinamici. Le metodiche di allenamento sono uguali a quelle degli atleti "normodotati".

Gli atleti amputati ad un arto inferiore che utilizzano protesi, una volta superato il periodo di adattamento e sensibilizzazione riferito agli stimoli meccanici della protesi stessa e una volta appreso come dosare la forza, l'ampiezza, la frequenza dei movimenti, potranno seguire le modalità di allenamento di un qualsiasi corridore "normodotato".

Le corse in carrozzina:

Le carrozzine da corsa, come le protesi, sono vere e proprie attrezzature sportive. Anche per le carrozzine vale lo stesso discorso per le protesi, cioè l'innovazione tecnologica e i materiali sempre più leggeri con cui vengono costruite hanno permesso agli atleti di raggiungere prestazioni eccellenti.

Le carrozzine per le corse sono a tre ruote, altamente prestative, personalizzate in relazione al grado di minorazione, con accorgimenti che permettono all'atleta una completa integrazione con essa e il raggiungimento quindi di alte prestazioni.

All'inizio del percorso sportivo l'atleta dovrà esercitarsi all'uso corretto di conduzione della carrozzina: un addestramento vero e proprio che riguarda l'avanzamento, la spinta, la frenata, giro e mezzo giro in senso orario e antiorario, impennate, traslocazioni, salite e discese su percorsi sconnessi, slalom, tutte quelle evoluzioni spettacolari che danno pienamente l'idea della performance raggiunta.

Cerebrolesi:

Son gli atleti con lesioni cerebrali. Evidenziano problematiche posturali e di esecuzione dei gesti motori senza compromissione delle facoltà cognitive. Vengono classificati nelle categorie delle disabilità fisiche. Se c'è compromissione delle facoltà cognitive, questi atleti vengono classificati nelle disabilità intellettive e relazionali. In base al disturbo motorio le cerebrolesioni vengono così classificate:

- Forme piramidali, cioè spastiche (60%) mostrano posture tipicamente rigide. I muscoli agonisti ed antagonisti entrano contemporaneamente in contrazione spastica
- Forme extrapiramidali, cioè atetosiche (20%) aumento dei muscoli involontari, cioè manifestazioni ipercinetiche (ipercinesia) che interferiscono con il muscolo volontario e rendono incontrollato il movimento. flessione, estensione completa e viceversa.
- Forme che coinvolgono il cervelletto, cioè atassiche (8%-10%) è un deficit globale della coordinazione con difficoltà di equilibrio nella stazione retta, barcollamento nella deambulazione con appoggi larghi, arti rigidi (per mantenere l'equilibrio). Alla contrazione dei muscoli agonistici non corrisponde il rilasciamento adeguato dei muscoli antagonisti.

L'attività psicomotoria è prioritaria nell'intervento educativo dell'atleta cerebroleso, quindi educazione al controllo della respirazione e della postura, controllo e gestione del tono muscolare con attenzione all'attività di rilassamento, equilibrio statico e dinamico, coordinazione della lateralità, strutturazione spazio-temporale. Qualsiasi tipo di attività motoria va decisa in collaborazione con gli operatori sanitari per poi inserire esercitazioni specifiche dell'atletica leggera.

Gareggiano nelle corse con carrozzina dove la tecnica di spinta-propulsione e la fase di decontrazione degli arti superiori sono importantissime. Per le persone cerebrolesi deambulanti che gareggiano nelle corse va decisamente migliorato l'equilibrio (gli appoggi sono in avanti) con esercitazioni all'indietro anche con occhi chiusi.

I salti:

Le persone cerebrali non gareggiano nel salto in alto, gareggiano nel salto in lungo le categorie deambulanti con una tecnica di volo semplificata.

I lanci:

Particolare attenzione per tutte le categorie è quella mirata all'impugnatura dell'attrezzo, che va ben impostata, compresa sicura. Le esercitazioni propedeutiche verranno effettuate con palline di diverso peso e consistenza. Lanciare dalla posizione eretta frontale o laterale dipende dalla stabilità dell'equilibrio, preferibilmente quella frontale almeno all'inizio.

In seguito si appropcherà una posizione di lancio laterale con caricamento e posizione del lancio; successivamente si arriverà al gesto tecnico completo e alla ricerca della prestazione.

Paraplegici e Tetraplegici:

Paraplegia è una paralisi degli arti inferiori: la lesione midollare va da una zona compresa tra la seconda vertebra toracica e la seconda vertebra sacrale. Tetraplegia è una paralisi dei quattro arti: la lesione midollare va da una zona compresa tra la quarta vertebra cervicale e la prima toracica.

Nelle lesioni midollari c'è l'interruzione dello stimolo motorio in entrambe le direzioni (sia in entrata che in uscita) tra cervello e nervi spinali e stimoli sensoriali provenienti dai recettori periferici e cervello. Le lesioni possono essere complete o incomplete: quelle complete sono irreversibili e danno paralisi flaccida e perdita del tono muscolare, quelle incomplete possono conservare funzioni parziali sensitive e/o motorie al di sotto della lesione mostrando fenomeni spastici.

In entrambi i casi occorre avere una buona conoscenza delle possibilità fisiologiche della persona e delle capacità muscolari residue. Questi atleti, oltre ad avere problemi di motricità, possono presentare altre disfunzioni come disturbi della termoregolazione, deficit respiratori, perdita controllo volontario degli sfinteri. Il miglioramento delle capacità condizionali e coordinative sarà il primo approccio per il conseguimento delle abilità tecniche specifiche e degli eventuali obiettivi prestativi individuali. Le specialità dell'atletica leggera più praticate da queste persone sono i lanci:

- Peso, che varia dai 2kg ai 5kg per i maschi e dai 2kg ai 4kg per le femmine. I tetraplegici più gravi non lanciano quest'attrezzo.
- Disco, 1kg per maschi e femmine. È lanciato da tutte le categorie.
- Giavellotto, 600g per maschi e femmine. Non viene lanciato dalle categorie più gravi.
- Clava, 397g per maschi e femmine, usata principalmente nelle palestre e lanciata dalle categorie che non lanciano peso e disco.

Le sedie che utilizzano questi atleti devono essere ancorate al suolo verso la posizione di lancio e non presentano le caratteristiche delle carrozzine da corsa il cui costo è di gran lunga superiore a quello di una "sedia da lancio". L'arto che non lancia può intervenire con azioni di trazione su una maniglia o barra di cui la sedia può essere dotata. Questo sempre per mantenere una buona stabilità. La ricerca della velocità di uscita dell'attrezzo, non essendoci la fase della traslocazione, dovrà essere molto curata. La fase di caricamento deve essere acquisita con gradualità e sarà frontalmente la direzione di lancio, a 45° e a 90°. Ogni atleta sceglierà quella più idonea alle sue capacità e gli angoli del tronco in flessione saranno più aperti rispetto a quelli dei "normodotati". La preparazione propedeutica specifica rispecchierà le medesime esercitazioni canoniche dei lanciatori "normodotati".

14-SPORT PARAOLIMPICI: ALTRI SPORT

Basket in carrozzina

È presente ai Giochi Paralimpici sin dalla prima edizione (Roma, 1960). Si caratterizza perché si riproducano in tutto e per tutto le complessità delle scelte tecnico-tattiche individuali e di squadra di una partita per i "normodotati". Non esistono differenze di regolamento; sono però previste infrazioni particolari. È considerato fallo tecnico sollevarsi dal sedile della carrozzina, avanzare con la palla senza palleggiare dopo due spinte e sollevare contemporaneamente le due ruote posteriori con la palla in mano.

Gli atleti vengono classificati da una commissione classificatoria prima di iniziare l'attività e ad ogni giocatore viene assegnato un punteggio che in Italia va da 0.5 a 4.5 punti. Ad una disabilità maggiore corrisponde un punteggio minore e viceversa. In Italia è possibile schierare in campo un atleta "normodotato" classificato come punto 5. La somma del quintetto non deve superare comunque i 14.5 punti.

Il Nuoto

È presente ai Giochi Paralimpici sin dalla prima edizione (Roma, 1960). Gli atleti che gareggiano in questa specialità percorrono le seguenti distanze nei diversi stili:

- Stile libero ----> 50m, 100m, 200m, 400m e 5km in acque libere
- Dorso, Rana e Farfalla ----> 50m, 100m
- Misti individuali ----> 150m, 200m
- Staffette ----> 4x100m e 4x50m Stile Libero e Miste

Classi per gli atleti con disabilità fisica:

- Da S1 a S10 ("S" sta per Stroke/Nuotata) per Dorso, Stile e Farfalla
- Da SB1 a SB9 ("B" sta per Breaststroke/Rana) per Rana

• Da SM1 a SM10 ("M" sta per Medley) per le specialità miste
Gli atleti ipovedenti sono classificati S12 e S13; i non vedenti S11. Per gli atleti con disabilità intellettiva e/o relazionale la classe di livello internazionali è unica (S14). In Italia è prevista anche la classe C21, dedicata agli atleti con Sindrome di Down.

Segue il regolamento ufficiale (sitografia: www.disabili.com).

Il regolamento tecnico è disciplinato dall'IPC Swimming ed integra le norme della Federazione Internazionale di Nuoto (FINA). Non è consentito l'utilizzo di protesi o supporti vari. Le principali eccezioni alle regole FINA sono le seguenti: Partenza - direttamente dall'acqua, dal bordo vasca, seduti dal blocco di partenza - possibilità di essere accompagnati ed aiutati a raggiungere il punto di partenza (qualunque esso sia) - la feet start (l'atleta di classe non superiore alla S3, si posiziona disteso ed un assistente gli tiene fermi i piedi/e sulla parete della vasca, lasciandoli/o solo dopo il segnale di partenza, senza imprimergli moto) - nel dorso partenza con una sola mano sulla barra del blocco di partenza Farfalla - si deve avere sempre la sensazione che muova simultaneamente gli arti, anche quando ciò non avviene per limitazioni funzionali legate alla disabilità - in caso di mancanza di entrambi gli arti superiori, il nuotatore deve toccare con qualsiasi parte superiore del corpo - bracciata asimmetrica dopo la partenza e la virata per chi non può spingere con gli arti inferiori - difficoltà nelle classi S11 e S12 a portare avanti le braccia simultaneamente perché nuotano vicino alla corda frangionda - la squalifica viene inflitta solo se vi si spingono sopra - ci possono essere delle difficoltà a toccare il muro simultaneamente, anche per gli S11 e S12. Rana - si deve avere sempre la sensazione che muova simultaneamente gli arti, anche quando ciò non avviene per limitazioni funzionali legate alla disabilità - in caso di mancanza di entrambi gli arti superiori, il nuotatore deve toccare con qualsiasi parte superiore del corpo - bracciata asimmetrica dopo la partenza e la virata per chi non può spingere con gli arti inferiori - possibile mancata torsione dei piedi - prestare attenzione che il capo rompa la superficie dell'acqua, in ogni ciclo di bracciate, anche se la respirazione viene inserita ad ogni due o più cicli Ciechi - obbligo di utilizzo di occhiale totalmente oscurati per la classe S11 - le virate e l'arrivo vengono segnalate da un assistente chiamato Tapper, che tocca il capo o la spalla dell'atleta tramite un bastone con un terminale di gomma (di solito una pallina). L'utilizzo del Tapper è obbligatorio per la classe S11.

La boccia

Praticano questa disciplina gli atleti cerebrolesi, tetraplegici, atleti con patologie neurologiche ed i cosiddetti lès autres (gli altri). Questa disciplina è stata introdotta nelle Paralimpiadi del 1984 e sviluppa nell'atleta il controllo posturale e gestuale.

Regolamento: La Boccia è una disciplina Paralimpica praticata da individui, coppie o squadre. Richiede un elevato grado di controllo muscolare, precisione, concentrazione e consapevolezza tattica. L'obiettivo è lanciare sei palle più vicino al bersaglio ovvero una palla bianca chiamata Jack. La Boccia è uno degli sport paralimpici con la più rapida crescita a livello internazionale. Più di 50 nazioni hanno organizzato campionati locali o nazionali.

La Classificazione: Gli Atleti che vogliono partecipare a questo sport devono essere classificati secondo i parametri dettati dalla CPISRA che è la Federazione Internazionale che regola lo sport per i disabili affetti da lesione cerebrale. Il sistema di classificazione assicura agli atleti di competere contro gli altri con abilità simili grazie al sistema ideato per vari gradi di gravità. Giocatori con paralisi cerebrale, che sono classificati come CP1 e CP2 e partecipano alle divisioni per Boccia BC1, BC2 e BC3. Quelli non affetti da lesione cerebrale sono inquadrati nelle divisioni BC3 e BC4.

Opportunità di competizione: In questo sport non occorre necessariamente impegnarsi in una situazione agonistica, si può infatti praticare la disciplina a livello ludico/ricreativo. Per gli atleti che desiderano rapportarsi contro gli altri esiste la possibilità di competere a livello locale, regionale, nazionale e internazionale fino a rappresentare la propria nazione alle Paralimpiadi.

TEST

Come avviene l'adattamento delle attività alle condizioni patologiche?

Scegli un'alternativa:

- a. Modulazione e intensità del carico allenante
- b. Prosecuzione del programma di allenamento senza specifici adattamenti
- c. Aumento durata della seduta di allenamento

Quanto aumenta la percentuale di rischio per i sedentari nell'osteoporosi?

Scegli un'alternativa:

- a. 30%
- b. 59%
- c. 45%

A quando risale l'accordo MIUR – CIP finalizzato alla diffusione di una cultura dell'attività motoria senza barriere per tutti?

Scegli un'alternativa:

- a. 16.03.2005
- b. 22.09.1989
- c. 17.11.1990
- d. 04.05.2009

Come può essere l'handicap fisico?

Scegli un'alternativa:

- a. motorio e neurosensoriale
- b. neurosensoriale e psichico
- c. motorio e psichico

Nella fase scapolo-omerale dell'abduzione a 90° quali sono i muscoli responsabili?

(barrane due)

Scegli una o più alternative:

- a. muscolo piccolo rotondo
- b. muscolo romboide
- c. muscolo deltoide
- d. muscolo sopra spinoso
- e. muscolo dentato anteriore

I principi generali dell'Attività Motoria Sportiva Adattata sono:

Scegli un'alternativa:

- a. Principi dello sviluppo e dell'evoluzione degli apparati scheletrico e muscolare
- b. Principi generali della fisiologia

Ai fini sportivi qual è la componente di maggior interesse nell'abduzione della spalla?

Scegli un'alternativa:

- a. la componente scapolo-toracica
- b. la componente scapolo-omerale

Come si definisce oggi la persona con difficoltà?

Scegli un'alternativa:

- a. handicappata
- b. disabile
- c. diversamente abile

La riabilitazione dell'apparato motorio si basa su:

Scegli un'alternativa:

- a. micromobilizzazioni articolari, macromobilizzazioni articolari, sviluppo della propriocettività, potenziamento muscolare
- b. micromobilizzazioni articolari, macromobilizzazioni articolari, potenziamento muscolare, sviluppo della propriocettività, ottimizzazione delle energie della coordinazione motoria
- c. micromobilizzazioni articolari, potenziamento muscolare, ottimizzazione delle energie della coordinazione motoria
- d. macromobilizzazioni articolari, potenziamento muscolare, ottimizzazione delle energie della coordinazione motoria

Qual è stata la prima olimpiade moderna alla quale hanno partecipato anche atleti disabili?

Scegli un'alternativa:

- a. Atene 2004
- b. Monaco 1972
- c. Roma 1960
- d. Tokyo 1964

Le persone con deficit ipoacusico e deficit ipovisivo hanno un danno di tipo:

Scegli un'alternativa:

- a. psichico
- b. fisico
- c. neurosensoriale
- d. motorio

Che tipo di articolazione è quella della spalla?

Scegli un'alternativa:

- a. Trocleoartrosi
- b. Enartrosi
- c. Diartrosi

Che cos'è il CIP?

Scegli un'alternativa:

- a. Comitato Internazionale Paralimpico
- b. Centro Italiano Paralimpiadi
- c. Comitato Italiano Paralimpico

Quali tra queste sono cause della lombalgia?

(barrane due)

Scegli una o più alternative:

- a. Patologie psichiatriche
- b. lavori usuranti
- c. ipertrofia del tono muscolare
- d. sovrappeso

Quale pratica di disciplina sportiva è indicata per i Disabili affetti da lesioni superiori alla vertebra C5?

Scegli un'alternativa:

- a. corsa
- b. pallacanestro
- c. boccia
- d. tiro con l'arco

ADATTATA:

tempo 16 minuti

Domande a crocette (facili)

Domande aperte/ definizioni

0)CIP:Nato grazie all'attuazione della legge 189/2003 nel 16/3/2005(ex Fisd fusione di FISH;FICS e FISS)

1)Definizione di Disprassia :Disturbo che riguarda la coordinazione e il movimento e può comportare problemi di linguaggio.E' la difficoltà di compiere gesti coordinati e diretti per un determinato fine

31) Definizione di prassia:Esecuzione dei movimenti finalizzati alla motilità'.Atto motorio finalizzato ,intenzionale, rappresentato.Disturbi dell'organizzazione prassica traducono la precarietà dell'inserimento del soggetto nella ricerca della propria identità e personalità'.L'apprendimento logico matematico dipende anche dalla conoscenza del corpo,dall'azione ,dall'esperienza.Lo schema del corpo e' il risultato che si stabilisce tra individuo e ambiente.

3) Impressioni che contribuiscono al mantenimento dell'equilibrio:

4) Adattamenti fisici dell'ipoacusia:Alterazioni delle curve della colonna;Esitazioni nel deambulare;Defetti cingolo scapolari;Alterazione del muscolo occhio motore;Contazioni isometriche dello sterno;Accentuazione della lordosi cervicale per rotazione verso la sorgente;Riduzione del campo visivo per uso di protesi;Alterata funzione dell'Atlante e epistrotrofeo.

4A)Cause Tossiche Ipoacusia:Endogene dismetaboliche,come nefropatie e malattie disendocrine(ipertiroidismo);Esogene:a causa di farmaci tossici e alla sensibilità del soggetto

4B)Depistage Audiometrico:esame diagnostico della prima infanzia(Elettroencefalogramma;Cocleografia;impedenziometria)

4C)Cause Sordità':Genetiche(eredofamigliare;eritoblastosi,cromosomiche,sindromi);Infettive(complesso di torchi;Postnatale Meningite,tifo;TOSSICHE;TRAUMATICHE.

5)Accordo cip miur:24/5/2009

6)Cause sordità Sono di 4 tipi:GENETICHE,INFETTIVE;TOSSICHE :endogene(affezioni dimetaboliche e disendocrine) esogene(farmaci);TRAUMATICHE:prenatale;neonatale,postnatale.Possono anche essere ereditarie o causate da anomalie cromosomiche(down)

7)Cause disabilità : Traumatiche;Congenite

8)Sport per chi ha lesione C5 : Bocce

9)Somatognosia topognosia significato

topognosia: Conoscenza della disposizione del proprio corpo nello spazio

somatognosia: Conoscenza del proprio corpo

10)Integrata adattata significato

L'attività adattata e' utile per lo sviluppo prestativo di persone diversamente abili o afflitte da patologie croniche;L'attività integrata e' l'effettivo reinserimento sociale della persona attraverso lo sport

11) Ritardo mentale autismo differenze Il ritardo mentale e' dato dalla diminuzione progressiva delle facolta cognitive e intellettive; L'autismo provoca sviluppo ritardato e disomogeneo

12) Sigle lesioni cerebrali (T e F 32 33 34) e T e F da 35 a 38 DISABILITA' FISICHE. Classificate in Forme piramidali **SPASTICHE**; Forme extrapiramidali **ATETOSICHE**; cervelletto o **ATASSICHE BC!..BC5**

13) Legge 1971: E' la legge 118. Si sancisce il diritto allo studio del soggetto H. L'istruzione dell'obbligo nelle scuole pubbliche deve avvenire nelle classi normali

14) Data basket in carrozzina paraolim.: Roma 1960

15) Disturbi per chi non vede e non sente (neuromotori):

16) Decreto regio del 1928: E' la prima normativa su H. Stabiliva Scuole Speciali; Classi Differenziate; Corsi ai docenti di fisiopatologia

17) anno in cui sono comparse le bocce : 1984 New York

18) paraolimpiadi di atene, londra e roma, Atene 17/28 Settembre 2004; Londra (XIV) dal 30/8 al 9/9/2012; Roma 1960 (i edizione)

19) sindrome di down :Sindrome della trisomia 21: Conseguenza di una iterazione genetica per mancata scissione di una coppia di cromosomi in fase di meiosi che determina un corredo cromosomico alterato (47 anziche 46). La sindrome provoca: Neuropatie; ritardi; Ipotonia; Alterazioni muscolo scheletriche; Alterazioni sensoriali; Cardiopolmonari; Alt. di cute e mani; Eccesso di cute sulla nuca. Profilo appiattito

20) autismo : Disturbo Pervasivo dello sviluppo che coinvolge le capacita' di integrazione sociale, la comunicazione e l'immaginazione. Comprende la sindrome di Rett e/o di Asperg (nei bambini ed e' piu frequente dopo i 6 anni). Solitamente ha basi genetiche e porta ad un'insufficienza permanente

21) tassonomia: Sistemi di classificazione gerarchica. Si basano su 4 principi :1) DIDATTICO2) PSICOLOGICO3) LOGICO4) OBIETTIVO , della diff crescente

22) topognosia: Conoscenza dell disposizione del proprio corpo nello spazio

23) somatognosia: Conoscenza del proprio corpo

24) come identificare le disabilità

25) DIR (Disabilita intellettuale relazionali): settore del cip che organizza l'attivita motoria e sportiva per disabili psichici

26) in che anno viene introdotta l'attivita motoria nella scuola secondaria di secondo grado.. 1987

27) Programmi didattici educativi dell accordo MIUR-CID: Obiettivi: Integrazione scolastica dei portatori H; Partecipazione all' attivita' sportiva; Prevenzione dispersione scolastica e esclusione; Tali attivita' vengono promosse tramite: Formazione e aggiornamento dei docenti ; organizzazione di eventi sportivi per favorirne la partecipazione; Iniziative di attivita motoria adattata.

28) Parametri di definizione delle categorie dei disabili nelle discipline Olimpiche

29). Codici delle paralisi cerebrali infantili

30) Fini educativi dello sport : Educazione Ludico Motoria; Motoria; Presportiva e sportiva

31) Definizione di prassia: Esecuzione dei movimenti finalizzati alla motilita' . Atto motorio

finalizzato ,intenzionale, rappresentato. Disturbi dell' organizzazione prassica traducono la precarieta'

32) Cause dell Autismo: anomalie Biochimiche; Sclerosi Tuberosa-X Fragile-Carenze enzimatiche ; Cause Genetiche eoligeniche. Fattori organici (infezioni; insofferenze perinatali; intossicazioni)

33) IWAS? Cos' e' e quando e' stato fondato?

International Wheelchair e Amputee sport federation. Nasce nel 2004 dalla fusione di ISOD (1964.. Disabili Amputati) e ISMWSF

34) Definizione di Lesione; Disabilita' ; Handicap

Lesione: Alterazione organica Anatomopatologica di una o + strutture dell' organismo; **Disabilita' :** Conseguenza funzionale della lesione (non udire, nn vedere), oppure un disturbo funzionale documentabile di cui nn e' nota la lesione ma che risulta stabilmente presente indipendentemente dalle sue reazioni: disturbi disgnosici, disparssici, cognitivi. **HANDICAP: conseguenza della lesione e della disabilita' . Si manifesta solo in presenza di soggetti normodotati**

35) DEFINIZIONE DI APPRENDIMENTO: Acquisizione di nuove conoscenze , in forma durevole, tramite l' esperienza. Puo' essere condizionato dala comunicazione. Queste dipendono dalle strutture Gnosiche/ Percettive/ impulsive; Prassiche/ espressive; Cognitive Integrative; Affettive Relazionali

1. Con quale legge e in quale anno è stato istituito il CIP? Legge 189\2003 e 2004 anno in cui è stato istituito il CIP
2. Quali sono i danni nella statica e nella dinamica a cui vanno incontro le persone ipoacusiche ?
Alterazioni delle curve della colonna
Esitazioni nel deambulare
Difetti del cingolo scapolare
Alterazioni del muscolo scheletrico

Contrazioni isometriche dello sternocleidomastoideo
Accentuazione della lordosi cervicale per protusione del capo verso la fonte sonora
Riduzione campo visivo per portatori di protesi
Alterata funzione atlante epistrofeo

3. La frequenza degli alunni diversamente abili nella scuola secondaria di secondo grado è stata introdotta con Legge 118 del 1971
4. La legge 118 del 1971 cosa ha introdotto
Diritto allo studio dei soggetti H, l'istruzione dell'obbligo deve avvenire nelle classi normali della scuola pubblica
5. Cosa significa il termine somatognosia
Conoscenza del proprio corpo
6. Cosa significa il termine topognosia
Conoscenze della disposizione del proprio corpo nello spazio
7. Quali sono le cause tossiche della sordità?
Cause endogene: malattie dismetaboliche, come nefropatie e disendocrine come ipertiroidismo
Cause esogene: farmaci otossici e sensibilità del soggetto
8. Depistage audiometrico
Esame diagnostico della prima infanzia: elettroencefalogramma, cocleografia, impedenziometria
9. Cosa significa abilità prassica?
Esecuzione dei movimenti finalizzati per la coordinazione della motilità. I disturbi dell'abilità prassica traducono la precarietà dell'inserimento dei soggetti nella realtà materiale e sociale.
10. Definizione di disprassia: disturbo che riguarda la coordinazione e il movimento e può comportare problemi di linguaggio. È la difficoltà a compiere gesti coordinati e diretti per un determinato fine.
11. Lo sport nella scuola è educazione disciplinare, ma anche e soprattutto.
Educazione alla convivenza civile
Al rispetto delle regole
Alla reciproca tolleranza
Alla non violenza
Alla considerazione delle diverse individualità
Educazione ludico-motoria, motoria, sportiva
12. Indica quali sono le cause che provocano disabilità
Cause traumatiche e congenite
13. I parametri per la classificazione degli atleti devono tener conto dei risultati dei test. Indica le aree
Movimento muscolare
Sensibilità
Angoli di flessione articolare
Tono muscolare
Riflessi dei tendini
Riflessi patologici
Misura della lunghezza degli arti
Test propriocettivi
14. Come avviene l'adattamento delle attività alle condizioni patologiche
modulazione e intensità del carico allenante
15. Quanto aumenta la % di rischio per i sedentari nell'osteoporosi
59%

16. Come può essere l'handicap fisico
Motorio e neurosensoriale
17. Il basket in carrozzina è presente nei giochi paralimpici sin da
Roma 1960
18. In quale tipologia di abilità le persone con sindrome di down mostrano difficoltà maggiore
Abilità open skills
19. La differenza sostanziale tra ritardo mentale e sindrome autistica
Il ritardo mentale è dato dalla diminuzione progressiva delle facoltà cognitive e intellettive. L'autismo provoca sviluppo disomogeneo e quasi sempre ritardato
20. Con quali sigle vengono classificati i giocatori con paralisi celebrale
T F 35-38
Lesioni cerebrali T F 33-34-35
Lesioni fisiche: forme piramidali spastiche, forme extrapiramidali atetosiche, cervelletto o atassiche
B1-B2-B3 altri giochi
Nuoto S1-S10 dorso\stile\farfalla ; SB1-SB9 rana ; SM1-SM10 miste S12-S13 ipovedenti ; S11 non vedenti ; S14 disabilità intellettiva o relazionale
21. Le cause multifattoriali della sindrome autistica sono
Per autismo si intende: disturbo pervasivo dello sviluppo che coinvolge la capacità di integrazione sociale, la comunicazione e l'immaginazione.
Oltre alle cause genetiche ritroviamo, fattori organici (infezioni, encefaliti, sofferenze perinatali, intossicazioni e intolleranze alimentari). Anomalie biochimiche. Alla base della sindrome c'è un deficit neurologico.
22. Le cause della sordità sono
Genetiche (eredofamiliare, eritoblastosi, cromosomiche, sindromi malformative) infettive (pre-natale complesso di Torch, meningite, post-natalità meningite, pertosse. Morbillo, scarlattina)
Tossiche : endogene affezioni dismetaboliche/ esogene farmaci ototossici
Cause traumatiche
23. In quale edizione paralimpica è stato introdotto il gioco della boccia
New York 1984
24. La sindrome autistica provoca uno sviluppo della persona
Di tipo disomogeneo
25. Le persone autistiche mostrano dal punto di vista motorio particolari abilità
nell' arrampicarsi
26. Quali disturbi provocano le invalidità date da danno encefalico, da cerebropatie genetiche e acquisite durante la gravidanza, la natalità e post-natalità
Disturbi dell'intelligenza
27. La sindrome di down è :
un alterazione genetica del corredo cromosomico di 47 cromosomi anziché 46, la sindrome provoca: neuropatie, ritardi, ipotonia, alterazioni muscolo-scheletriche, alterazioni sensoriali, patologie cardiopolmonari, alterazioni di mani e cute, eccesso di cute sulla nuca, profilo appiattito
28. La persona down ha
Ritmi lenti o stereotipie o manierismi motori
29. Quali sono le impressioni periferiche che mantengono e modificano l'equilibrio del corpo
Si modificano in quattro classi principali : impressioni tattili, cinestetiche, visive e labirintiche

30. Che cosa è l' IWAS e in occasione di quale paralimpiade è stata istituita?
International wheelchair e amputee sport federation nasce nel 2004, prima presenza alle paraolimpiadi di Rio de Janeiro Brasile
31. Quali sono le disabilità causate da danno organo sensoriale
Sordità-ipoacusia
Cecità-ipoovisione
32. Rispetto a quali standard sono rilevabili le minorazioni
Rispetto a uno standard di completezza fisico, psichico e sensoriale
33. Tipi di invalidità che conosci
Fisiche (arti, muscoli – influiscono sulle regolazioni nervose delle abilità prassiche)
Organi – sensori (sordità-ipoacusia, cecità-ipoovisione)
Disturbi dell'intelligenza (danno cerebrale, sindrome di down)
Danni funzionali socio-culturali
Danni funzionale affettivo relazionale
34. Cosa ha introdotto il regio decreto del 1928 relativo ai disabili
È la prima normativa sul soggetto H, stabiliva scuola speciali, classi differenziate, corsi ai docenti di fisiopatologia
35. Cosa significa il termine tassonomia
Si definisce come la classificazione in ordine di complessità gerarchica secondo 4 principi:
didattico, psicologico, logico, obiettivo
36. A cosa è strettamente collegato lo sviluppo dell'intelligenza
Allo sviluppo corporeo esperienza e azione
37. Quali sono le due dimensioni in cui l'uomo riesce a pensare e percepire gli oggetti
spazio-temporale
38. Lo sviluppo cognitivo delle persone down è influenzato da
Fattori genetici, ambientali, familiari
39. L'autismo è un disturbo
Per autismo si intende: disturbo pervasivo dello sviluppo che coinvolge le capacità di integrazione sociale, comunicazione e immaginazione.
40. Da quali elementi dipende l'aspetto clinico-funzionale delle persone audiolese
Condizione patologica caratterizzata da carenza funzionale elevata stabile e irreversibile. Si manifesta per cause diverse e impedisce la normale evoluzione psicosensoriale e l'acquisizione spontanea del linguaggio verbale
41. Di che cosa si occupa il settore DIR del CIP
Disabilità intellettuali relazionali: settore del CIP che organizza l'attività motoria e sportiva per disabili psichici
42. In che anno si sono svolte le paralimpiadi di Atene, Roma, Londra
Atene 17-28 settembre 2004
Roma 1960 prima edizione
Londra 30\8-9\9 2012
43. Le persone celebrolesi gareggiano in salto in alto o in lungo
Salto in lungo
44. Quali sono gli atleti che possono praticare la disciplina delle bocce?
Celebrolesi BC1-BC2

45. Integrata e adulta – significato
L'attività adattata è utile per lo sviluppo prestativo di persone diversamente abili o afflitte da patologie
L'attività integrata è l'effettivo reinserimento sociale della persona attraverso lo sport
46. Programmi didattici educativi dell'accordo MIUR-CIP
Obiettivi: integrazione scolastica dei soggetti H, partecipazione all'attività sportiva, prevenzione dispersione scolastica e esecuzione. Tali attività vengono promosse tramite: formazione e aggiornamento dei docenti, organizzazione di eventi sportivi per favorirne la partecipazione, iniziative di attività motorie e adattata
47. Definizione di minorazione, disabilità e handicap
Minorazione: alterazione organica anatomopatologica di una o più strutture dell'organismo
Disabilità : conseguenza funzionale della minorazione (non vedere, non udire) oppure un disturbo documentabile di cui non è nota la lesione ma che ne risulta stabilmente presente indipendentemente dalle sue reazioni: disturbi gnosici, disprassici, cognitivi.
Handicap: conseguenza della minorazione e della disabilità che si trova di fronte a una richiesta di prestazione che non è in grado di sostenere.
48. Definizione di apprendimento
Acquisizione di nuove conoscenze, in forma durevole, tramite l'esperienza. Può essere condizionato dalla comunicazione. Queste dipendono dalle strutture gnosiche, percettive, impulsive, prassiche, espressive, cognitive integrative, affettive relazionali.
49. Cosa significa disabilità?
50. Che cosa significa "disturbo disgnosico"?
51. Quali sono le invalidità sensoriali?
52. La persona down ha:?
53. Dal punto di vista muscolo-legamentoso la persona down cosa evidenzia?
54. Descriva gli esercizi che permettono alla persona down di percepire e controllare il proprio corpo
55. L'insufficienza respiratoria è una caratteristica delle persone down ?
56. Quali sono le cause genetiche della sordità?

57. Qual è l'attività motoria fondamentale per una persona ipoacusica?
58. Quali sono le consonanti "fricative"?
59. Da quali elementi dipende l'aspetto clinico-funzionale delle persone sorde?
60. In occasione delle olimpiadi di Atene è stato istituito l' "IWAS". Che cosa significa? In che anno si è svolta la suddetta manifestazione ?
61. Gli esercizi di coordinazione dinamica generale sono un mezzo per esudcare :
62. All'inizio di un percorso motorio la respirazione si limita all'apprendimento e al controllo:
63. Con il D.P.R. del 1992 quale legge è stata emanata in materia di disabilità?
64. Cosa significa il termine "disprassia"?
65. Da quali strutture dipendono l'apprendimento e la comunicazione ?
66. Quali sono le invalidità causate da danno organico-sensoriale?
67. Rispetto a quali standard sono rilevabili le minorazioni?
68. Tipi di invalidità che conosci?

69. Cause della disabilità

70. Cosa ha interdetto il regio decreto del 1928 relativo ai disabili?

71. In quale anno è stata introdotta la norma che prevedeva la frequenza degli alunni H nella scuola secondaria di secondo grado?

72. Cosa significa il termine "tassonomia"?

73. A cosa è strettamente collegato lo sviluppo dell'intelligenza ?

74. Quali sono le due dimensioni in cui l'uomo riesce a pensare e percepire gli oggetti?

75. Lo sviluppo cognitivo delle persone down è influenzata da?

76. L'autismo è un disturbo

77. Nelle persone autistiche sono presenti gestualità ed uso di linguaggi eccentrici. Come si definiscono?

78. Il deficit sensoriale coincide sempre con l'epoca in cui ha agito la causa lesiva?

79. Da quali elementi dipende l'aspetto clinico funzionale delle persone audio-lesive ?

80. Di cosa si occupa il settore DIR del CIP?

81. In che anno si sono svolte le paralimpiadi di Atene Londra Roma

82. Le persone cerebrali gareggiano in:

83. In quali paralimpiadi è stata introdotta la disciplina della boccia ?

84. Quali sono gli atleti che possono praticare la suddetta disciplina?

85. Definizione di dei disturbi disprassici

86. Che cos'è un disturbo disgnosico

87. L'apprendimento e la comunicazione dalle strutture

88. I sistemi di classificazione o tassonomia si basano su 4 principi. Quali ?

89. Il tempo esprime un movimento che può essere

90. Il movimento ha una capacità

91. La capacità di prestazione è contemplata

92. Cosa sono le ipercinesie

93. Abilità percettive

94. I concorsi nelle gare di atletica leggera sono

95. Corsa con gli ostacoli; una di queste specialità non è contemplata

96. Quali tra queste sono contrazioni involontarie?

97. A cosa sono imputabili le invalidità fisiche e su cosa influiscono?

98. Qual è il danno funzionale che causa disabilità ambientale?

99. In quale categoria delle malattie rientrano la sindrome di rett e la sindrome di asperg?

100. L'autismo è un disturbo pervasivo dello sviluppo che coinvolge ?

101. In quale anno è entrata in vigore la legge 104? (legge quadro)

102. A quali principi generali deve attenersi l'attività motoria adattata?

ESAME DI ATTIVITA' MOTORIA SPORTIVA ADATTATA, MILANO 8 MAGGIO 2019

1. Cosa significa disabilità?
 - Conseguenza funzionale della lesione
 - Disturbo funzionale obiettivamente documentabile di cui non è nota la lesione ma stabilmente presente indipendente dalle sue relazioni
 - Entrambe le suddette
2. Che cosa significa "disturbo disgnosico"?

3. Quali sono le invalidità sensoriali?
 - Ipoacusia o sordità
 - Ipovisione o sordità
 - Lesione delle vie centrali che originano disturbi gnosico-percettivi senza danno dell'organo percettivo
 - Tutte le suddette
4. La persona down
 - Ritmi lenti
 - Ritmi veloci
 - Stereotipie tipiche della sindrome stessa
5. Dal punto di vista muscolo-legamentoso la persona down cosa evidenzia?

6. Descriva gli esercizi che permettono alla persona down di percepire e controllare il proprio corpo

7. L'insufficienza respiratoria è caratteristica delle persona down? SI NO
8. Quali sono le cause genetiche della sordità?

9. Qual è l'attività motoria fondamentale per una persona ipoacusica

10. Quali sono le consonanti "fricative"?

11. Da quali elementi dipende l'aspetto clinico-funzionale delle persone sorde?
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
12. In occasione delle olimpiadi di Atene è stato istituito l'"WAS". Che cosa significa? In che anno si è svolta la suddetta manifestazione?

13. Gli esercizi di coordinazione dinamica generale sono un mezzo per educare :
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
14. All'inizio di un percorso motorio la respirazione si limita all'apprendimento e al controllo:
 - Dell'espiazione
 - Dell'inspirazione
15. Con il D.P.R. del 1992 quale legge è stata emanata in materia di disabilità?

16. Cosa significa il termine "disprassia"?

17. Da quali strutture dipendono l'apprendimento e la comunicazione?
 - _____
 - _____

1. Quali sono le invalidità causate da danno organo-sensoriale?

2. Rispetto a quali standard sono rilevabili le minorazioni?

3. Tipi di invalidità che conosci

4. Cause della disabilità

5. Cosa ha introdotto il Regio Decreto del 1928 relativo ai disabili?

6. In quale anno è stata introdotta la norma che prevede la frequenza degli alunni H nella scuola secondaria di secondo grado?

-D.P.R. 1975

-D.P.R. 1977

-D.P.R.1987

7. Cosa significa il termine "Tassonomia"?

-Classificazione gerarchica di concetti: ordinare classificare

-Apprendimento nozionistico

-formulazione dei giudizi

8. A che cosa è strettamente collegato lo sviluppo dell'intelligenza?

-Pensiero divergente

-Apprendimento nozionistico

-Esperienza e azione

9. Quali sono le due dimensioni in cui l'uomo riesce a pensare e percepire gli oggetti?

10. Lo sviluppo cognitivo delle persone down è influenzato da?

11. Quali sono le impressioni periferiche che intervengono nel mantenimento e nella modificazione dell'equilibrio del corpo?

12. L'autismo è un disturbo (sceglierne due)

-congenito

-prevalentemente poligenico

-da causa organica

13. Nelle persone autistiche sono presenti gestualità ed uso di linguaggi e comportamenti eccentrici.

Come si definiscono?

14. Il deficit sensoriale coincide sempre con l'epoca in cui ha agito la causa lesiva?

-Si -NO

15. Da quali elementi dipende l'aspetto clinico-funzionale delle persone udolose?

16. Di che cosa si occupa il settore DIR del C.I.P.?

17. In che anno si sono svolte le paralimpiadi di Atene _____

Londra _____

Roma _____

18. Le persone cerebrorse gareggiano in

-salto in alto

-salto in lungo

19. In quale paralimpiadi è stata introdotta la disciplina della Boccia?

20. Quali sono gli atleti che possono praticare la suddetta disciplina?

ESAME ATTIVITA' MOTORIA SPORTIVA ADATTATA ROMA 15-10-2019

PROF.SSA GIULIANI ANNA MARIA

1. Definizione dei disturbi disprassici

2. Che cos'è un disturbo disgnosico

3. L'apprendimento e la comunicazione dipendono dalle strutture

1.

2.

4. I sistemi di classificazione o tassonomia si basano su quattro su quattro principi. Quali?

5. Il tempo esprime un movimento un movimento che può essere :

6. Il movimento ha una capacità

7. La capacità di prestazione è contemplata

8. Cosa sono le ipercinesie?

9. Abilità percettive (barrane due)

Discriminazioni cinestetiche

Forza

Resistenza

Capacità coordinative

10. I concorsi nelle gare di atletica leggera sono

11. Corsa con gli ostacoli; una di queste specialità non è contemplata

100mF 110m M 400m 3000 siepi 800m

12. Quali tra queste sono contrazioni involontarie ?

-sincinesie

-concentriche

-eccentriche

-ipercinesie

13. A cosa sono imputabili le invalidità fisiche e su cosa influiscono

14. Qual è il danno funzionale che causa disabilità ambientale

15. In quale categoria delle malattie rientrano la sindrome di Rett e la sindrome di Asperg?

16. L'autismo è un disturbo pervasivo dello sviluppo che coinvolge?

17. In quale anno è entrata in vigore la legge 104 (legge quadro)?

18. A quali principi generali deve attenersi l'attività motoria sportiva adattata?
