



**Master Universitario di I livello in
PSICOMOTRICITÀ
A.A. 2021 – 2022**

**DISABILITÀ E INCLUSIONE:
CON LA PSICOMOTRICITÀ
È POSSIBILE!**

Relatore

Prof. Antonio Mazzoni

Candidato

Di Rella Marika

Indice

	Pagina
Introduzione	4
1. Disabilità	6
1.1 Disturbi dell'età evolutiva	“
1.1.1. Disabilità intellettiva	8
1.1.2. Sindrome di Down	10
1.1.3. Disturbo dello spettro autistico	“
1.2. Sport e disabilità	12
2. Psicomotricità	14
2.1. Origine ed evoluzione del termine	“
2.2. Psicomotricità: metodo e disciplina	“
2.3. Il gioco	15
2.4. L'osservazione psicomotoria	17
2.5. L'incontro di psicomotricità	19
2.6 Le funzioni esecutive	20
3. Il Progetto “YAP”	22
3.1. Introduzione	“
3.2 Materiali e metodi	23
3.2.1. Partecipanti	“
3.2.2. Setting	24
3.2.3. Strumenti	“
3.2.4. Gli incontri di gruppo di Psicomotricità	“
3.3 Risultati attesi	26
Conclusioni	27
Allegato (immagini sede e attività)	28
Bibliografia	30

*Per quanto vi siano ancora oggi luoghi del mondo,
neppure troppo lontani da noi,
dove l'arrivo di un bambino disabile
è visto come un castigo di un qualche dio,
e altri in cui essi vengono adeguatamente nascosti agli occhi degli altri,
un bambino con disabilità non è un problema.*

INTRODUZIONE

Il concetto di *disabilità*, nel corso degli anni, ha subito, seppur solo a livello teorico, un'evoluzione: per molto tempo è stato inteso secondo il *modello medico*, per il quale «*la disabilità concerne anomalie fisiologiche e psicologiche che necessitano di trattamento medico*», e/o il *modello sociale*, secondo il quale «*la disabilità concerne gli svantaggi causati dall'ambiente fisico e sociale che "restringe" la vita delle persone con problemi di funzionamento*». Questi due modelli, che, secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), si sarebbero dovuti integrare fra loro, poiché non sufficienti considerati singolarmente, vengono sostituiti, dalla stessa organizzazione, dall'*ICDH* (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*) e la disabilità viene descritta attraverso i concetti di *menomazione* (perdita o anomalia a carico delle strutture o delle funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche), *disabilità* (restrizione o carenza, conseguente ad una menomazione, della capacità di svolgere una attività) e *handicap* (condizione di svantaggio conseguente ad una menomazione o disabilità che limita o impedisce di ricoprire il proprio ruolo). Successivamente viene pubblicata, sempre dall'OMS, un'ulteriore classificazione: l'*ICF* (*International Classification of Functioning, Disability and Health*); oltre a quello di fornire un confronto fra i dati di diversi Paesi e uno schema di codifica sistematico, ha lo scopo di dare una base scientifica per lo studio della salute e per la comprensione delle condizioni, delle cause e delle conseguenze e di stabilire un linguaggio comune per la descrizione della salute e delle condizioni ad essa correlate.

Come si può notare, il focus è sempre sulle idee di condizione del disabile, cause della disabilità e sue conseguenze; nonostante l'evoluzione del concetto di disabilità e i tentativi sanitari e sociali di definirla nel modo più attendibile e rispettabile, la disabilità è vista ancora dal punto di vista medico dell'accezione e in termini di privazione e non dal punto di vista personale, cioè dell'importanza della persona.

Non si tratta della persona in condizione di disabilità ma semplicemente della Persona con disabilità. Non si tratta della condizione di anomalie e svantaggio ma semplicemente della Persona con bisogni bio-psico-sociali ma, bisogna aggiungere, *speciali*.

Comunemente, quando si parla dei bisogni, soprattutto sociali, delle persone con disabilità, si fa riferimento quasi sempre, per esempio, alle sole barriere architettoniche che, necessarie e di fondamentale importanza, non sono le uniche da intendersi nel senso di contesto socio-ambientale accessibile, anche perché in questo caso si farebbe riferimento alle sole disabilità fisiche. I bisogni bio-psico-sociali speciali sono un diritto anche delle persone con disabilità intellettiva e relazionale e per rendere un ambiente accessibile a loro non serve un montacarichi o una rampa, ma serve una società in grado di relazionarsi e prendersene cura. Serve una comunità che consideri la disabilità, in qualsiasi sua forma, non un problema che riguarda la persona interessata e la sua famiglia, ma una "speciale normalità" da includere nella collettività. La collaborazione interpersonale e l'approccio inclusivo sono la chiave per la formazione di una società realmente e praticamente comprensiva, accessibile e umanistica. Per far sì che questo accada, la disabilità deve essere presentata e percepita in questi termini fin da subito; ciò significa che, se i più piccoli della società comprendono la

normalità dell'inclusione, allora si avrà una popolazione di adulti, con e senza disabilità, equamente accettati e quindi una società comprensiva, accessibile e umanistica.

È proprio questo il punto cardine attorno al quale si fonda questo lavoro: bambini con e senza disabilità intellettiva nello stesso posto, nello stesso gruppo, con le stesse esperienze da vivere.

E quali esperienze migliori se non quelle date dal gioco?

L'approccio utilizzato è quello psicomotorio, inteso in tutta la sua globalità, dove per globalità si intende *mente, corpo, relazione ed emozione*, esattamente le dimensioni sulle quali agisce il *GIOCO*. Solitamente visto sotto una chiave banale, il gioco ha un significato importante in termini di *relazione con l'altro, motivazione e piacere, apprendimento* (specialmente nelle funzioni esecutive), *comunicazione* efficace, *amore, creatività, movimento*, che è sinonimo di vita, ed *empatia*, che significa, impegno alla comprensione dell'altro, escludendo ogni attitudine istintiva-affettiva-personale (simpatia, antipatia) e ogni giudizio morale, capacità di una persona di immedesimarsi in un'altra fino a coglierne i sentimenti, gli stati d'animo e i pensieri e partecipazione profonda all'esperienza di un altro essere.

Si è dunque creato un progetto, di cui si parlerà nel corso di questa trattazione, che mettesse a disposizione di questi bambini incontri di psicomotricità con l'obiettivo di promuovere l'inclusività, nel modo, oltre che divertente, più semplice possibile.

1. DISABILITÀ

Secondo gli ultimi dati pubblicati dall'Istat, il numero delle persone con disabilità in Italia è pari a 3 milioni e 150 mila, ovvero il 5,2% della popolazione, con un'incidenza maggiore nelle regioni di Umbria e Sardegna e con una minore in quelle di Lombardia e Trentino Alto-Adige. I dati riguardano anziani (soprattutto donne) ultrasettantacinquenni, con limitazioni funzionali circa le autonomie, la cura di sé e le attività domestiche quotidiane, e persone dai 15 anni in su con limitazioni nella vista, nell'udito e nel camminare.

Un altro dato riportato nell'audizione dell'Istituto Nazionale di Statistica è quello degli alunni con disabilità che frequentano le scuole italiane, cioè quasi 300 mila nell'anno scolastico 2019/2020, ma più meritevole di attenzione è quanto segue: «*oltre 13 mila studenti in più rispetto all'anno precedente*». Ciò significa che le politiche di inclusione stanno realmente permettendo una sempre maggiore partecipazione scolastica, grazie ad un numero maggiore di insegnanti di sostegno, materiale didattico, strumenti tecnologici e luoghi accessibili. Su questo, tuttavia, si continua a lavorare e si punta sulla formazione sempre più specifica per gli insegnanti, sulla presenza di assistenti all'autonomia e alla comunicazione, sulla dotazione di postazioni e ausili informatici, sulla limitazione di barriere architettoniche e sull'aumento di sussidi senso-percettivi, soprattutto nel Mezzogiorno (Istat, 2021).

Ancora una volta si è parlato di disabilità dovuta all'avanzata età, di disabilità motoria e di quella sensoriale. Non si è parlato, per esempio, dei disturbi generalizzati o pervasivi dello sviluppo o disturbi dell'età evolutiva; dunque, questo capitolo si occuperà della disamina di tale argomento e, più specificatamente, della disabilità intellettiva, del disturbo dello spettro autistico e della sindrome di Down e dei trattamenti/terapie maggiormente consigliati/efficaci /correlati

1.1 DISTURBI DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Il concetto di *disturbo* in età evolutiva viene definito attraverso una serie di fattori che contribuiscono all'evoluzione di quel disturbo. Più genericamente si può affermare che i disturbi generalizzati o pervasivi dello sviluppo sono rappresentati da una serie di patologie in cui vi è un'alterazione globale dello sviluppo.

Un determinato disturbo non è detto che sia psicopatologico, piuttosto dipende dalla frequenza e dall'intensità, dai modelli teorici di riferimento e dall'ambiente in cui vive (ambiente familiare e sociale). Non esiste un confine netto tra "normalità" e "disturbo".

Ci sono diversi modelli teorici dei disturbi psicologici dello sviluppo:

1. Modello biologico: malattie genetiche o cromosomiche, studi di gemelli omozigoti, ricerca eziologica (quali cause), funzionale (quali effetti), psicobiologica, psicofisiologia, neuropsicologia (Es. Sindrome di Down);

2. Modello sociale, comportamentista e psicodinamico: maggiore fiducia nella possibilità di cambiamento e nel trattamento psicoterapico (per es. il disturbo d'ansia potrebbe essere collegato ad una difficoltà nella relazione con i caregivers);
3. Modello comportamentista: lega lo sviluppo psicologico e la comparsa di problemi a processi sottostanti l'esperienza in relazione al contesto (considera il disturbo come una conseguenza tra fattori in interazione tra individuo e ambiente);
4. Modello della Teoria socio-motivazionale dell'apprendimento (Bandura 1989): i problemi psicologici dipendono dall'interazione tra fattori esperienziali, motivazionali e sociali;
5. Teoria psicoanalitica: esperienze cosce ed inconse nelle fasi precoci dello sviluppo;
6. Teorie delle relazioni d'oggetto madre-bambino;
7. Teoria dell'attaccamento: sicuro, insicuro, evitante-ambivalente-disorganizzato.

Tuttavia, è importante specificare che il modello della psicopatologia dello sviluppo va considerato come *modello multidimensionale*; il disagio deve essere studiato attraverso una causalità multidimensionale in cui le variabili di natura biologica, psicologica e sociale interagiscono costantemente per determinare lo stato del soggetto (Ader, Cohen 1993; Cohen, Herbert 1996).

Il DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), che è appunto il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, nonché il sistema nosografico per i disturbi mentali o psicopatologici di riferimento sia per l'ambito clinico che per l'ambito della ricerca, raggruppa e descrive anche i disturbi del neurosviluppo spiegando che:

- i disturbi si manifestano tipicamente nelle prime fasi dello sviluppo e sono caratterizzati da deficit dello sviluppo che causano una compromissione del funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo;
- il range dei deficit dello sviluppo varia da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento o del controllo delle funzioni esecutive alla compromissione globale delle abilità sociali o dell'intelligenza;
- i disturbi del neurosviluppo si presentano frequentemente in concomitanza (comorbidità); per esempio, individui con disturbo dello spettro autistico spesso presentano disabilità intellettiva e molti bambini con disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) hanno anche un disturbo specifico dell'apprendimento.

Nella definizione del DSM-5, si trovano:

- disabilità intellettive
- disturbi della comunicazione
- disturbo dello spettro autistico
- disturbo da deficit di attenzione/iperattività
- disturbo specifico dell'apprendimento
- disturbo del movimento
- disturbo da tic
- altri disturbi del neurosviluppo

- disturbo del neurosviluppo con altra specificazione
- disturbo del neurosviluppo senza specificazione.

1.1.1 Disabilità intellettiva

La disabilità intellettiva è caratterizzata da deficit delle capacità mentali generali, come il problem solving, ragionamento, pianificazione, pensiero astratto, capacità di giudizio, apprendimento scolastico e apprendimento dall'esperienza. I deficit comportano una compromissione del funzionamento adattivo tale che l'individuo risulta incapace di soddisfare gli standard di autonomia e di responsabilità sociale in uno o più aspetti della vita quotidiana, comprese la comunicazione, la partecipazione sociale, l'attività scolastica o lavorativa e l'autonomia a casa o nella comunità.

La disabilità intellettiva è un disturbo con esordio nel periodo dello sviluppo che, come scritto nel DSM-5, comprende:

- Deficit delle funzioni intellettive: ragionamento, soluzione di problemi, pianificazione, pensiero astratto, giudizio, apprendimento scolastico, apprendimento dall'esperienza;
- Deficit del funzionamento adattivo: che si manifesta col mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socio-culturali per l'indipendenza personale e la responsabilità sociale;
- Insorgenza dei deficit intellettivi e adattivi nell'età evolutiva.

Le aree che risultano compromesse sono:

1. comunicazione
2. cura della persona
3. vita in famiglia
4. capacità sociali/interpersonali
5. uso delle risorse della comunità
6. autodeterminazione
7. capacità di funzionamento scolastico e/o lavorativo
8. tempo libero
9. salute
10. sicurezza

I vari livelli di gravità di tale disabilità vengono definiti sulla base del funzionamento adattivo (che, bisogna ricordare, risulta essere più suscettibile di miglioramento con i tentativi di riabilitazione rispetto al QI che, invece, tende a rimanere un attributo più stabile) e non solo dai punteggi del quoziente intellettivo, perché è il funzionamento adattivo che determina il livello di supporto richiesto. Si distinguono sei gradi diversi:

1. **disabilità intellettiva lieve:** QI da 50-55 a circa 70. Rappresenta la forma più frequente di tutti i ritardi mentali. Rientra in questo gruppo gran parte delle forme di ritardo mentale non

organico per le quali è ipotizzabile un'importante partecipazione di fattori socio-ambientali che possono contribuire non solo alla genesi del ritardo ma anche al suo mantenimento ed eventuale aggravamento. Le capacità di astrazione sono ridotte e l'apprendimento è difficoltoso per carenze nei processi di assimilazione e sintesi; il linguaggio generalmente non è molto compromesso; l'assetto psicomotorio può essere sufficientemente evoluto fatta eccezione per la conoscenza dello schema corporeo e per l'organizzazione spazio-temporale; la struttura affettiva può essere armonica.

2. **Disabilità intellettiva moderata:** QI da 35-40 a 50-55. Gli apprendimenti scolastici sono chiaramente compromessi e solo una parte di questi soggetti riesce ad acquisire i più elementari rudimenti di lettura e scrittura; il linguaggio è presente; l'assetto psicomotorio è spesso caratterizzato da infantilismo, goffaggine, movimenti scarsamente differenziati e coordinati; la personalità rivela tratti disarmonici; il livello di autonomia è più o meno ridotto.
3. **Disabilità intellettiva grave:** QI da 20-25 a 35-40. Il livello cognitivo non supera quello di un bambino di 2-3 anni; il linguaggio espressivo è assente o limitato alla parola-frase, mentre la comprensione può essere possibile per ordini semplici e fortemente contestualizzati; la comunicazione con l'esterno avviene prevalentemente attraverso canali non verbali; gli apprendimenti scolastici non sono possibili; lo sviluppo psicomotorio è grossolano, con marcata goffaggine, gestualità poco coordinata e imprecisa; la struttura affettiva può essere armonica ma spesso sono presenti difficoltà relazionali importanti; il livello di autonomia è notevolmente ridotto. Questi soggetti hanno necessità di assistenza e sorveglianza totale anche in età adulta.
4. **Disabilità intellettiva estrema:** QI sotto 20 o 25.
5. **Ritardo globale dello sviluppo:** laddove ci sia un ritardo talmente importante da non poter sottoporre il bambino a test diagnostici, viene posta diagnosi di ritardo globale dello sviluppo. Questa si fa entro i 5 anni di vita, successivamente si parla di "disabilità intellettiva senza specificazione", nella quale c'è un'elevata disabilità che non è possibile testare.
6. **Disabilità intellettiva senza specificazione:** questa categoria dovrebbe essere utilizzata solo in circostanze eccezionali e richiede una rivalutazione dopo un certo periodo di tempo.

Le cause della disabilità in esame sono da attribuirsi a:

- causa prenatale;
- causa cromosomica;
- causa non cromosomica (malattie dismetaboliche, malformazioni, fetopatie, farmaci);
- causa perinatale;
- causa psicosociale;
- causa incerta nel 20-40% dei casi.

Alla disabilità intellettiva sono associate delle sindromi e queste sono:

- la sindrome di Williams;
- la sindrome dell'X-fragile;
- la sindrome di Prader-Will;

- la sindrome di Rett;
- la sindrome di Angelman;
- la sindrome di Down.

1.1.2 Sindrome di Down

La sindrome di Down è un'anomalia che riguarda il cromosoma 21 che si presenta in tre copie anziché due; da qui il nome di *trisomia* del cromosoma 21. Questa anomalia, che è tra le cause genetiche di disabilità intellettiva più comuni, determina una serie di alterazioni, diverse da soggetto a soggetto, nello sviluppo:

- *neurofisiologico*;
- *somatico*: i soggetti con SD sono caratterizzati da bassa statura, cranio piccolo, faccia rotonda con fronte bombata, naso, orecchie e bocca piccoli con lingua protrusa, occhi a mandorla, mani corte e tozze con indice, medio e anulare della stessa lunghezza;
- *motorio*: uno dei fattori alla base del ritardato sviluppo motorio potrebbe essere la generalizzata ipotonia (il volume cerebellare può essere una delle cause), caratterizzata da tono muscolare ridotto (Melyn e White, 1973);
- *cognitivo*: vengono riportati deficit percettivi (Vicari et al., 2002), deficit nelle funzioni esecutive (Schapiro et al., 1999), deficit attentivi (Brown et al., 2003), deficit nella memoria a breve e/o lungo termine (Vicari et al., 2004) e deficit nella competenza linguistica.

Bisogna precisare che i soggetti con sindrome di Down presentano un quadro cognitivo dinamico; infatti, i profili neuropsicologici (ma anche neurofisiologici) cambiano, anche in maniera notevole, dall'infanzia all'adolescenza (Marini, 2008).

1.1.3 Disturbo dello spettro autistico

Il disturbo dello spettro autistico compare in prevalenza nei maschi prima dei tre anni di età ed è caratterizzato da deficit persistenti nelle aree:

- dell'interazione sociale;
- della comunicazione;
- delle attività;
- degli interessi.

Riguardo all'origine dell'autismo, esistono delle ipotesi che suggeriscono filoni di ricerca da attuarsi ancora a pieno. Molto seguita è l'ipotesi che vede la causa nella problematica genetica; un'altra ipotesi prende in considerazione le alterazioni morfostrutturali del sistema nervoso centrale; un'ulteriore ipotesi pone alla base dell'autismo le alterazioni dei neurotrasmettitori; un'altra ancora fa originare l'autismo da un disturbo che interviene nell'ambito delle connessioni che esistono fra le diverse parti del cervello.

Spesso al disturbo autistico si associano altre patologie, come disturbi della motricità globale, dell'apprendimento, del comportamento con iperattività, impulsività e aggressività, dell'attenzione, del comportamento alimentare, del sonno, comportamenti autolesivi, sindromi affettive, convulsioni ed epilessia, anomalia della percezione con una particolare ipersensibilità ai suoni, alle luci e agli odori (Amendolagine, 2011).

Aspetto importante da considerare è la gravità del disturbo. Esistono tre livelli. Il livello di gravità si basa sulla compromissione della comunicazione sociale e sui pattern di comportamento ristretti, ripetitivi:

- livello di gravità 3: è necessario un supporto molto significativo;
- livello di gravità 2: è necessario un supporto significativo;
- livello di gravità 1: è necessario un supporto.

Di frequente nel disturbo dello spettro autistico si trova una capacità motoria abbastanza alterata e, rispetto a questa componente, si registrano:

- movimenti stereotipati di mani o arti e testa;
- utilizzo atipico degli oggetti e marcato interesse visivo per gli oggetti o parti di essi;
- ritardo nelle tappe di acquisizione dello sviluppo psicomotorio;
- difficoltà di coordinazione e di motricità fine e grosso-motoria.

E, più in generale, sempre da un punto di vista motorio, nelle persone con autismo si riscontrano difficoltà nella pianificazione dei movimenti, nell'andatura e nell'equilibrio.

Esistono attualmente diversi *trattamenti* per l'autismo; la cosa importante è che qualsiasi trattamento cominci molto presto, includa i genitori nel processo riabilitativo, abbia come obiettivo l'acquisizione di quelle capacità che possono agevolare l'autonomia del minore, preveda delle interazioni del bambino con i coetanei, sia calibrato su ogni singolo caso, abbia stabilità degli operatori e contenga interventi semplici e graduali (Amendolagine, 2011).

La maggior parte dei trattamenti proposti fa riferimento ai paradigmi cognitivo-comportamentali:

- TEACCH (Treatment and Education off Autistic and Related Communication Handicapped Children), finalizzato ad implementare l'autonomia del soggetto e ad incrementare le sue interazioni sociali;
- ABA (Applied Behavior Analysis), comprende una serie di metodiche rapportabili al comportamentismo con l'obiettivo di ridurre la frequenza dei comportamenti distonici e incrementare quelli sintonici, attraverso il condizionamento operante;
- PECS (Picture Exchange Communication System), ha la finalità di far apprendere ai bambini autistici a comunicare;
- CF (Comunicazione Facilitata) - CA (Comunicazione Aumentativa): la prima è una metodologia che aiuta le persone autistiche, supportata da una persona che affianca il bambino, chiamata facilitatore, a comunicare mediante l'utilizzo del computer, la seconda, invece, insegna al bambino diversamente abile a comunicare attraverso l'utilizzo di gesti, di segni e di fotografie.

1.2 SPORT E DISABILITÀ

Oltre ai tanti trattamenti “convenzionali” possibili, ce n'è uno che si sta facendo strada tra i diffusissimi scetticismo e denigrazione: lo sport.

Conosciuto maggiormente solo dal punto di vista prettamente agonistico (e televisivo), lo sport porta con sé un retro della medaglia ricco di innumerevoli azioni benefiche di seguito elencate:

- migliora la padronanza normale del movimento;
- apporta miglioramenti nell'organizzazione spazio-temporale;
- migliora la coordinazione percettivo-motoria;
- sviluppa l'autonomia;
- dà gioia al movimento;
- rappresenta una situazione di successo per sé stessi e per gli altri;
- dà il desiderio normale e salutare di poter progredire, di fare nuove conquiste, di scoprire potenzialità e limitazioni;
- favorisce l'accettazione dei valori, contribuendo al conseguimento della socializzazione, e la formazione di un'immagine del proprio corpo, contribuendo alla sua accettazione;
- stimola la comunicazione.

Al di là della visione competitiva, lo sport ha finalità ludica, culturale, sanitaria, educativa, sociale ed etico-spirituale e, per il disabile, può svolgere un ruolo fondamentale nell'agevolazione della sua riabilitazione fisica, psicologica e sociale. Infatti, nello sport sono valorizzate le capacità che un individuo possiede, e che vengono potenziate, indipendentemente dalla sua disabilità, aiutando così la persona disabile a dimostrare a sé stessa e alla società che la disabilità non è sinonimo di incapacità. Lo sport consente:

- di esprimere in forma ritualizzata l'aggressività necessaria al disabile per affermare sé stesso;
- il confronto con gli avversari, nel rispetto delle regole;
- di accettare la sconfitta;
- di rafforzare l'autostima;
- di sviluppare l'autodisciplina, gli esercizi, gli allenamenti e gli sforzi per apprendere e migliorare il gesto tecnico.

Per concludere, lo sport supporta nella creazione di un'identità personale, in quanto mette in evidenza le proprie potenzialità, ma anche i limiti, suscettibili di miglioramento. Il superamento di questi ultimi diviene uno strumento che permette alla persona di avere uno scopo che dallo sport può essere diffuso nella vita quotidiana, diventando agente di un cambiamento; inoltre uno sport di squadra, permette all'individuo di uscire dall'isolamento, di avere dei rapporti sociali che abbiano continuità e che

costituiscono l'archetipo fondante per nuove amicizie, basate sulla solidarietà da esportare fuori dal campo di gioco (Amendolagine, 2011).

2. PSICOMOTRICITÀ

Tra le tante definizioni che negli anni sono state elaborate, la più accettata è quella che descrive la psicomotricità come «una scienza che comprende l'essere umano come un essere integrale e il cui obiettivo è lo sviluppo cognitivo attraverso l'interazione di movimenti ed emozioni con l'ambiente in cui (l'essere umano) si relaziona e si esprime» (Cabrera et Naranjo, 2021).

La psicomotricità si fonda sulla visione olistica dell'essere umano, si basa sulle esperienze corporee all'interno di un'unità corpo-mente, si concentra sullo sviluppo sensomotorio, cognitivo, emotivo e sociale (Emck & Bosscher, 2010; 2015; Fonseca, 2009; Probst et al., 2010) e sulla sua reciproca influenza sulle prestazioni individuali all'interno di un contesto psicosociale (European Forum of Psychomotricity [EFP], 2015) e può essere applicata a tutte le età e in diversi contesti come l'istruzione, la salute, la rieducazione, la terapia e la riabilitazione (Frimodt, 2003; Santos, 2017).

2.1 ORIGINE ED EVOLUZIONE DEL TERMINE

Come esplicano Andreu-Cabrera e Romero-Naranjo nel loro studio pubblicato nel 2021, non si è ancora d'accordo sull'origine della psicomotricità; per questo si continua ad assegnare ad autori diversi la sua paternità e a date svariate la sua nascita.

Secondo Renard K. (2019), fu W. Griesinger, nel 1843, il primo ad usare il termine "*psicomotorio*", come sintomo dell'ipotonìa di una persona depressa, per poi tornare ad essere utilizzato nel 1870 da E. Hitzig, psichiatra e G. Fritsch, anatomista, per nominare regioni della corteccia cerebrale relative ad aree prettamente motorie.

In ambito scientifico e psicologico-evoluzionista, nel 1925 si distingue Henri Wallon, come precursore della psicomotricità, al quale va il merito di aver sviluppato i principi, le basi e i primi metodi di rieducazione psicomotoria, successivamente consolidati dal suo discepolo Ajuriaguerra (1960). Wallon basava le sue teorie sul concetto secondo il quale il movimento sia espressione e strumento della psiche (Cabrera et Naranjo, 2021).

Sul lavoro dei due neuropsichiatri appena nominati, Jean Le Boulch, nel 1966, creerà la psicocinetica, meglio conosciuta come educazione motoria; questa disciplina si fondava sull'ipotesi del suo creatore secondo cui il movimento avesse un'importanza fondamentale nello sviluppo della persona e che, quindi, questa non dovesse essere una scienza teorica (per riflettere sul movimento) ma una scienza applicata. Da qui il nome "Scienza del movimento applicata allo sviluppo della persona".

2.2 PSICOMOTRICITÀ: METODO E DISCIPLINA

Cabrera et Naranjo (2021) riportano le parole della *Escuela Internacional de la Psicomotricidad* che sostiene che «la Psicomotricità è la storia della personalità attraverso il linguaggio e il movimento non verbali, comprendendo l'individuo in un modo globale che comprende gli aspetti fisico, mentale, sociale e cognitivo». Corpo e psiche interagiscono, elaborando informazioni provenienti

dall'interazione con l'ambiente con cui ci relazioniamo in modo spontaneo, imitativo, simbolico e cognitivo.

Gli stessi autori riportano nel loro studio più di una decina di definizioni della psicomotricità; dal 1979 ad oggi diversi studiosi si sono cimentati nel dare un'accezione al termine in questione.

Per esempio, prendendole in analisi solo qualcuna, proprio nel 1979 Ramos definisce la psicomotricità come una *«tecnica che tende a favorire la relazione e la comunicazione che il bambino stabilirà con il mondo che lo circonda attraverso il controllo corporeo»* e Quiros e Schragger come *«educazione o rieducazione del movimento; educazione che, attraverso il movimento, cerca un maggior uso delle capacità psichiche»*. Nel 1994, Morales e García la descrivono come *«una tecnica o un insieme di tecniche che tendono ad influenzare l'atto intenzionale o significativa, a stimolarlo o a modificarlo, utilizzando come mediatori l'attività corporea e la sua espressione simbolica»* e ancora, nel 2012, Bernaldo la concepisce come una *«disciplina che include la persona nel suo insieme, con i suoi aspetti motori e psichici, e il cui scopo principale è lo sviluppo delle abilità motorie, cognitive e socio-affettive»*.

Ma quindi la psicomotricità è una disciplina o un metodo? Sulla base delle varie definizioni da loro raccolte, Cabrera et Naranjo (2021) propongono questa differenziazione:

- Psicomotricità come disciplina: scienza che intende l'essere umano come essere integrale e multidimensionale (fisico, sociale, cognitivo, emotivo), che persegue lo sviluppo armonico, integrando la psiche e le capacità motorie coscienti e volontarie, per uno sviluppo cognitivo basato sulla conoscenza del proprio corpo, dell'ambiente e il resto dello stesso;
- Psicomotricità come metodo: metodologia che, a seconda dei suoi obiettivi, può essere educativa, rieducativa o terapeutica e che si basa su tecniche e attività ricreative in cui il corpo e il movimento sono utilizzati come linee di azione, al fine di contribuire ad uno sviluppo integrale della persona.

Che si intenda in un modo o nell'altro, è bene tenere a mente che i principali contenuti da sviluppare sono l'immagine corporea, il rapporto con lo spazio, con il tempo, con gli oggetti e con gli altri e il piacere di comunicare (ascoltare e rispondere), di creare (gioco simbolico) e di pensare. Tutto attraverso l'utilizzo di attività ed esercizi motori, dell'attività spontanea ma, soprattutto, del **gioco** (Miraflores et Goldaracena, 2021).

2.3 IL GIOCO

Come è stato già detto, l'approccio psicomotorio è globale: si interviene sulla dimensione cognitiva, corporea, relazionale ed emotiva del paziente. Questa tipologia di intervento la si ritrova nella metodologia del gioco.

Il "banale" (che, come si vedrà, non lo è) giocare porta con sé aspetti importanti ma che, purtroppo, vengono spesso sottovalutati:

- facilita la relazione con l'altro;
- aiuta nell'apprendimento (specialmente nelle funzioni esecutive, di cui si parlerà più avanti);

- è una comunicazione efficace (comunicazione empatica);
- è creatività;
- è empatia e considerazione;
- è trasversale ad ogni campo di esperienza;
- è movimento (contro l'obesità, per esempio).

La pratica del gioco, inoltre, pone l'obiettivo anche sulle competenze socio-relazionali (che consentono di far fronte alle situazioni di vita quotidiana), quali:

- relazionarsi positivamente;
- autoregolazione;
- autovalutazione;
- fiducia in sé stessi.

La pratica psicomotoria, dunque, utilizza il gioco (e, più in generale, il movimento), soprattutto quello spontaneo, perché è tramite l'azione e il piacere che questo genera che il bambino (e non solo) scopre e conquista il mondo.

Il bambino non gioca per imparare, ma impara perché gioca; attraverso il movimento, l'azione, il gioco spontaneo e il senso della motricità, il bambino scopre, esplora e conquista il mondo degli oggetti e delle persone che sono intorno a lui. Nel movimento esprime le sue emozioni, la sua vita affettiva profonda e il suo mondo fantastico.

Il mezzo dell'azione, della conoscenza e della relazione è il *corpo* ed è per questo che, al di là dell'età, bisogna prendersene cura. Attraverso sensazioni di benessere e dolore, sensazioni visive e uditive e attuazione di movimenti (anche spontanei) e di spostamenti, il bambino percepisce, come primo oggetto, il proprio corpo e inizia così a costruirsi l'organizzazione mentale delle sensazioni relative ad esso o, meglio, la rappresentazione mentale del corpo che si definisce *schema corporeo*.

Nella pratica psicomotoria l'analisi dello schema corporeo riguarda la nozione di un corpo legato all'azione e J. De Ajuraguerra evidenzia tre tappe di sviluppo dello schema corporeo:

1. fase del corpo vissuto (dalla nascita ai 3 anni): questa fase viene raggiunta mediante i processi affettivi, la ripetizione e l'integrazione delle reazioni emozionali. Al contempo l'esplorazione e l'apprendimento in genere possono avvenire proporzionalmente al grado di sviluppo motorio. Inizialmente il bambino non è capace di fare un netto e reale distinguo tra la sua fisicità e quella ambientale e questo è un traguardo fondamentale che sarà raggiunto solo verso la fine di questa prima tappa.

2. fase del corpo percepito (fra i 4 e i 6 anni): in questa tappa avere la consapevolezza fisica del proprio "io" permette al bambino un'ottimale relazione col mondo esterno, la percezione amplificata degli stimoli, un più rapido processo di sviluppo e apprendimento. Non ha ancora una padronanza e una fine coordinazione, ma controlla ugualmente in modo ottimale il proprio corpo, che consapevolmente usa per concretizzare le proprie intenzioni e anche per meglio relazionarsi col mondo e con gli altri.

3. fase del corpo rappresentato (dai 7 ai 12 anni): il soggetto è capace di relativizzare i dati percettivi spaziali e temporali producendo le prime ipotesi progettuali. È nella fase in cui al "fare" si

associa la facoltà di raccontare cosa si sta facendo e cosa si intende fare. Diviene perfettamente capace di astrarsi dalla sua esperienza per progettare e concretizzare un'azione.

La piena costituzione dello schema corporeo è il più elevato grado di conoscenza di sé, il punto di partenza verso una piena e completa autonomia.

Si è detto che è tramite azione e movimento che il bambino impara ma queste azioni deve poterle eseguire in ambienti stimolanti (oltre che sicuri) e uno di questi è la sala di pratica psicomotoria, ovvero uno spazio ricco, vario, colorato, che prevede la presenza attenta di un adulto che accoglie le produzioni dei bambini, condivide le loro emozioni e il loro piacere e li accompagna nel percorso di crescita. Un adulto che accoglie e contiene le difficoltà, le paure, le scoperte, i desideri favorendone l'espressione e la comunicazione, è disponibile all'ascolto e allo stesso tempo garante della sicurezza.

La sala di pratica psicomotoria ideale è dotata di un grande specchio a parete, di un pavimento su cui poter stare a piedi nudi ed è organizzata per spazi:

- lo spazio per favorire l'emergere del piacere sensomotorio (fonte di rassicurazione per il bambino nei confronti delle angosce arcaiche), che è attrezzato con spalliere, panche, scivoli, assi poste a diverse altezze, scale di legno e materassi, per attività motorie centrate su stimolazioni labirintiche, di equilibrio e disequilibrio, basate su "rottura tonica" tra tensione e distensione;
- lo spazio per favorire il gioco simbolico, che è attrezzato con grandi cuscini, cubi e parallelepipedi di gommapiuma, tessuti colorati, animaletti di peluche, materiali che permettono un intenso investimento affettivo, per fare giochi di costruzione-distruzione, vivere personaggi e scene di vita familiare;
- lo spazio dotato di materiali diversi: legni per costruire, materiali per modellare, carta e colori per disegnare, chiamato spazio per la rappresentazione, per prendere distanza dal vissuto corporeo, affettivo ed emozionale e trovare la via per rappresentare, ad esempio, la sua immagine inconscia del corpo; una rappresentazione di sé che può favorire il passaggio "dal piacere di agire al piacere di pensare", che può facilitare l'accesso al mondo della conoscenza e della realtà, che può favorire, cioè, il processo di apprendimento.

2.4 L'OSSERVAZIONE PSICOMOTORIA

Nella stanza di pratica psicomotoria, il bambino, come è stato già anticipato, può effettuare esperienze di tipo bio-psico-moto-relazionali, all'insegna della libertà di movimento/di azione e in sicurezza. Allo stesso tempo, però, proprio grazie alla libertà che si può concedere al bambino, è possibile porre l'attenzione sulle modalità d'essere che vengono fuori e che è importante tenere in considerazione perché portano informazioni sulle dinamiche emozionali rapportate ai vissuti di fasi evolutive precedenti e al loro influsso nello sviluppo della personalità del bambino.

È su questo che si basa l'*osservazione psicomotoria*, che è il primo dei tre step di un lavoro psicomotorio: osservazione, programmazione e attuazione del piano di lavoro.

L'osservazione è una fase complessa perché, in generale, deve fornire dati significativi circa le modalità relazionali, le dinamiche emozionali, le competenze motorie, cognitive e di espressione corporea dell'individuo.

La complessità sta nel fatto che, innanzitutto, esistono diverse tipologie di osservazione (che cambiano in base a contesti, scuole e correnti) e quindi non si ha ancora un *modello teorico univoco* che guidi lo psicomotricista, per esempio, nelle caratteristiche del setting o nelle modalità di approccio o in quelle di conduzione, e, inoltre, l'osservazione psicomotoria è definita *dinamica* (questo concetto va spiegato per bene ai genitori) poiché non è una sola ma, oltre a quella iniziale, che serve per impostare il lavoro, ci sono:

- l'osservazione lungo il percorso: per modificare, se serve, l'intervento;
- l'osservazione finale: per valutare gli obiettivi raggiunti.

Un altro elemento che concorre alla complessità della fase di osservazione è l'*oggettività*. Lo psicomotricista, che osserva l'utente, non è e non può essere un registratore indifferente agli eventi, ma è una persona dotata di emozioni, sentimenti e conoscenze, che necessariamente entrano a far parte dell'esperienza osservativa, che avviene tramite attività di percezione, intuizione e introspezione. Svolgere un'osservazione veramente oggettiva renderebbe la stessa pienamente confacente all'utente in oggetto ma questa è pura illusione. Ulteriore elemento da considerare è la *ricettività*, ovvero la capacità di silenzio e di ascolto; allo psicomotricista spetta il difficile compito di osservare l'utente nella sua interezza, nel suo essere unità, senza soffermarsi soltanto su alcune parti, soltanto su alcuni settori (attenzione selettiva).

Difficoltà a parte, l'osservazione ideale, che può avvenire sia individualmente che in gruppo, si distingue in *osservazione indiretta* e *osservazione diretta* e si può suddividere in tre parti:

1. colloquio con i genitori (osservazione indiretta): il colloquio serve ad avere una descrizione, indiretta appunto, del bambino, circa la sua storia; questo è utile per organizzare al meglio soprattutto il primo incontro. Tuttavia, questa conoscenza indiretta potrebbe condizionare lo psicomotricista;
2. osservazione indiretta del gioco e del comportamento spontaneo: lo psicomotricista, in questa fase, è una figura neutra, non pone regole né richieste e non interviene; l'utente è il protagonista ed è libero di scegliere cosa fare e come farlo. In questo modo sarà possibile osservare le spinte individuali dell'utente, che si manifestano con personali modalità comportamentali e che danno informazioni utili. In realtà questa osservazione inizia già nello spazio, che può essere l'atrio/l'ingresso, che divide l'ambiente esterno dalla sala psicomotoria, in cui l'utente saluta e si separa dalle figure di riferimento; anche le informazioni sul loro rapporto sono importanti;
3. osservazione diretta: all'interno della sala psicomotoria, lo psicomotricista diviene una figura partecipante, una figura attiva all'interno del gioco e/o dell'attività motoria, facendo attenzione però a mantenere una giusta distanza (si parla di risonanza tonico emozionale).

Tramite la fase di osservazione, si vanno ad indagare parametri strettamente collegati tra loro che fanno riferimento alle relazioni del bambino con:

- lo spazio;
- il tempo;
- gli oggetti;
- gli altri.

Ci si concentra sugli aspetti di seguito elencati:

- la morfologia corporea;
- il modo di muoversi;
- il modo di spostarsi;
- il modo di agire;
- il tono;
- le posture;
- i gesti;
- la mimica facciale;
- lo sguardo;
- le reazioni neurovegetative;
- l'uso della voce;
- il linguaggio verbale con i suoi contenuti;
- la relazione del bambino con il tempo;
- la relazione del bambino con gli oggetti;
- la relazione del bambino con lo psicomotricista;
- la relazione del bambino con i compagni (se l'osservazione viene fatta in un gruppo).

Basilare è certamente l'importanza di osservare innanzitutto i punti di forza dell'utente (e puntare soprattutto su di essi, durante lo svolgimento del piano di intervento) e solo successivamente i punti di debolezza.

2.5 L'INCONTRO DI PSICOMOTRICITÀ

Dopo l'osservazione iniziale e l'eventuale presa in carico del bambino/ragazzo/adulto, inizia la parte dell'attuazione del piano di lavoro, cucito su misura dell'utente (o del gruppo, nel caso in cui non si tratti di un intervento individuale).

È bene che, dopo la fase iniziale di separazione dalla figura di riferimento o semplicemente di preparazione (svestizione ecc.), in ogni incontro, generalmente della durata di un'ora, si distinguano diverse parti; questo aiuta sia lo psicomotricista che l'utente ad avere una precisa organizzazione mentale e pratica del piano di lavoro:

1. prima parte: fase iniziale di accoglienza e presentazione. Questa è la fase del circle-time che permette all'utente/agli utenti e allo psicomotricista di esprimere le sensazioni e le emozioni che portano con sé dall'esterno e di connettersi l'uno all'altro, iniziando a creare l'alleanza di

lavoro. Inoltre, lo psicomotricista utilizza questa fase per esporre a grandi linee ciò che si andrà a fare durante l'attività.

2. seconda parte: fase di attivazione. Il circle-time si scioglie e si parte con l'attivazione (più comunemente chiamata "riscaldamento"), che può svolgersi attraverso movimenti liberi dell'utente/degli utenti o in maniera più semi-strutturata o strutturata.
3. terza parte: fase dell'attività. Questa è la fase in cui vengono presentati giochi e/o attività, motorie e non, che lavorano sugli obiettivi che ci si è prefissati.
4. Quarta parte: fase finale di defaticamento. L'ultima parte della lezione (anche in questo caso si parla di circle-time) è dedicata al rilassamento, all'esposizione delle proprie impressioni circa il lavoro appena svolto e ai saluti.

Durante ogni attività ci sono aspetti che vanno perseguiti con attenzione e dedizione:

- *l'alleanza di lavoro*: una relazione di fiducia tra adulto e bambino, tra psicomotricista e utente/utenti e tra gli utenti stessi permette un apprendimento e uno sviluppo di competenze che può avvenire solo se è presente una buona relazione;
- *la cura del linguaggio e della comunicazione*: per la costruzione di una relazione significativa, è importante anche saper comunicare. Questo sottintende il saper utilizzare sicuramente la comunicazione verbale ma anche quella paraverbale (il modo in cui si pone il tono, la profondità della voce, come si dicono le cose) e non verbale (come ci si muove). L'uso di un linguaggio empatico e democratico, così come della comunicazione non violenta (come è definita da Rosenberg), permette di evitare l'interruzione della comunicazione e il danneggiamento delle relazioni. Inoltre, comunicare significa anche saper ascoltare ed è importante fare spazio alle parole di chi ci sta di fronte e accoglierle;
- la teoria dell'*OK-NESS* (Ian Stewart e Van Joines, 1987): secondo questa teoria ognuno è OK e questa, più che sul comportamento, è un'affermazione sull'essenza. In virtù di quanto detto, l'eventuale "errore" dell'utente non è sempre da correggere perché in realtà si tratta di un comportamento motorio che sottende una coerenza interna; per cui non si insegna correggendo gli errori ma moltiplicando le informazioni verbali e/o fisiche e le esperienze.

2.6 LE FUNZIONI ESECUTIVE

Le attività che si svolgono durante l'incontro di psicomotricità, soprattutto quelle che si effettuano durante la terza parte, mirano all'acquisizione o al miglioramento delle *funzioni esecutive* (FE).

Le funzioni esecutive (Harris 1993, Pennington, 1994, Ozonoff 1995) sono un insieme di operazioni cognitive che permettono all'individuo di adattare il suo comportamento alle esigenze e alle modificazioni improvvise dell'ambiente. Cominciano a comparire in età prescolare (0-3 anni), raggiungendo il picco durante e fino all'adolescenza, entrano in gioco in situazioni nuove per il soggetto, che necessitano dell'eventuale risoluzione di un problema, e sono responsabili del controllo e della pianificazione del comportamento teso ad uno scopo e tenendo presente il contesto.

Le funzioni esecutive permettono ad un soggetto di:

- progettare;
- anticipare;
- stabilire obiettivi;
- attuare progetti finalizzati ad uno scopo;
- monitorare e autoregolare il proprio comportamento, per adeguarlo a nuove condizioni.

Se questi elementi sono carenti o completamente assenti (basso livello di FE) in un soggetto (per esempio con disabilità intellettiva o ADHD e/o iperattività o DSA), egli avrà difficoltà a stabilire rapporti interpersonali, sarà lento o impulsivo, disorganizzato, rigido nel pensiero, potrà manifestare scarsa empatia e fatica nel prendere decisioni o nel mettersi nei panni degli altri.

Tra le funzioni esecutive si distinguono (le prime cinque sono quelle basilari):

1. working memory (memoria di lavoro);
2. attenzione selettiva;
3. inibizione all'impulso;
4. shifting (flessibilità cognitiva);
5. problem solving (pianificazione);
6. autoregolazione emotiva.

3. IL PROGETTO: YAP

3.1 INTRODUZIONE

Mentre nei capitoli precedenti si è parlato di disabilità e psicomotricità in maniera individuale, in questo si andrà a descrivere il progetto, che è nato dall'idea di unire proprio questi due elementi: la psicomotricità a favore dei bambini con disabilità.

Per essere più precisi: la psicomotricità come mezzo di inclusione per bambini con disturbo dell'età evolutiva.

Prima di entrare nel dettaglio, è doveroso presentare l'associazione di promozione sociale Gocce nell'Oceano, che ha sottoposto tale progetto all'attenzione dell'Area Sociale del Fondo di Beneficienza dell'Istituto bancario Intesa Sanpaolo, ottenendone il finanziamento.

L'associazione Gocce nell'Oceano è stata costituita nel 2009 da famiglie di bambini con disabilità, da esperti nel settore e da professionisti (un commercialista, un avvocato, un pediatra) che tuttora assicurano la loro attività di volontariato. L'associazione ha lo scopo principale di operare a favore di bambini e ragazzi portatori di handicap e, indirettamente, dei loro congiunti, indipendentemente dalla loro iscrizione a socio, nonché di aggiornare e informare sui diritti dei disabili, dall'inclusione scolastica a quella lavorativa e sociale.

L'impegno all'inclusione è perseguito attraverso l'attivazione di progetti di varia natura (per esempio progetti di informatica e danzaterapia), fra i quali spiccano quelli sportivi, grazie anche alla stretta e costante collaborazione con l'associazione sportiva dilettantistica Gocce Special Team, affiliata a Special Olympics (l'organizzazione internazionale fondata nel 1968 da Eunice Kennedy, sorella di John Fitzgerald Kennedy, con lo scopo di promuovere l'inclusione delle persone con disabilità intellettiva e relazionale attraverso lo sport). Oltre ai progetti sportivi, è fondamentale nominare anche quelli che mirano all'autonomia personale, domestica e sociale ("Essential for Living-Educazione all'autonomia"), che vedono la partecipazione sia di ragazzi che hanno completato il percorso scolastico sia di ragazzi ancora in età scolare. L'associazione ha altresì organizzato, prevalentemente nelle scuole e a volte ospitando consulenti statunitensi, seminari e corsi di formazione sull'Analisi Applicata del Comportamento (Applied Behavior Analysis – A.B.A.).

Tutti i progetti prevedono il coordinamento e la partecipazione di personale qualificato attinente, ovvero laureati ed esperti in psicologia, scienze dell'educazione, educazione professionale e scienze delle attività motorie e sportive.

A causa della pandemia, dal 2020 l'associazione ha attivato esclusivamente progetti sportivi basati su incontri individuali tecnico-atletica, ad eccezione di quello di cui si parlerà qui di seguito.

Il titolo del progetto, YAP, sta per Young Athletes Program. Si tratta di un programma internazionale concepito da Special Olympics e indirizzato a bambini di età compresa tra i 3 e i 7 anni con disabilità intellettiva e relazionale.

Le finalità del programma YAP sono le seguenti:

- che i bambini con e senza disabilità giochino insieme e possano imparare gli uni dagli altri e comprendersi meglio;
- che risulti incoraggiata l'inclusione sociale e sportiva e che costituisca esempio per scuole, comunità e anche in casa;
- che i bambini trovino gradevoli e si divertano con attività e giochi che rispecchino le loro competenze e abilità;
- di dimostrare che tutti i bambini dovrebbero essere apprezzati per il loro talento e per le loro qualità;
- di educare i bambini a uno stile di vita attivo e salutare.

L'intento dell'associazione, attraverso la presentazione del progetto, era quello di ritornare in sala in gruppo, proprio per promuovere e lavorare sull'inclusione sportiva e sociale. E come farlo, se non iniziando dai più piccoli?

3.2 MATERIALI E METODI

3.2.1 Partecipanti

I beneficiari diretti del progetto sono *sei* bambini con disabilità intellettiva e relazionale, di età compresa tra i 3 e i 9 anni, individuati scegliendoli fra coloro che hanno partecipato ai precedenti progetti, tenendo in considerazione anche la situazione economica e privilegiando così quelle famiglie con reddito più basso. Come è stato fatto in passato, è stata coinvolta nella selezione la pediatra di riferimento dell'associazione, che ha segnalato qualche suo paziente come partecipante idoneo. A questi utenti se ne sono aggiunti *sette* normotipici (beneficiari indiretti) di età omogenea, scelti chiedendo alle stesse famiglie dei bambini con disabilità e alla pediatra se ci fossero amichetti, fratellini e pazienti adeguati alla realizzazione del progetto.

I *tredici partecipanti* totali, in funzione dell'età, sono stati distribuiti fra tre gruppi:

- primo gruppo: 3-4 anni (composto da quattro bambini);
- secondo gruppo: 5-6 anni (composto da quattro bambini);
- terzo gruppo: 7-9 anni (composto da cinque bambini).

Anche le famiglie possono essere considerate beneficiarie indirette del progetto, per le possibilità di confronto con personale esperto, con le altre famiglie e con le famiglie dei ragazzi più grandi offerte dal progetto, e, soprattutto, perché hanno scoperto l'esistenza di situazioni idonee per i loro figli.

Le figure professionali coinvolte sono in totale quattro:

- n° 1 chinesologa, con magistrale in scienze e tecniche dello sport e studentessa di un master in psicomotricità;

- n° 1 educatrice professionale, con master in ABA;
- n° 2 educatrici.

3.2.2 Setting

Il progetto si svolge presso la sala attrezzata che si trova all'interno della sede operativa dell'associazione Gocce nell'Oceano, denominata "Un Salto nel Blu".

La sala, climatizzata e adeguatamente arieggiata, è dotata di parquet galleggiante, che permette ai partecipanti e agli operatori di poter svolgere le attività senza scarpe ma indossando calzini antiscivolo, specchio a muro, impianto HI-FI, tappeto gonfiabile da ginnastica, trampolino elastico, spalliera, canestro a muro e una quantità di attrezzi psicomotori e giochi. Sono presenti anche un tavolino di forma circolare e sgabelli e sedie da bambino [Foto 1].

L'ingresso, attrezzato di sgabelli e sedioline, relle appendiabiti e di termometro a infrarossi e gel disinfettante, è utilizzato per salutare gli accompagnatori, per la svestizione e per la fase di accesso alla sala (in entrata) e per la vestizione, il distacco dagli operatori e il ricongiungimento con le figure di riferimento (in uscita) [Foto 2].

L'ultimo appuntamento, che si terrà nel mese di luglio, si svolgerà in uno spazio aperto al pubblico, soprattutto ai genitori dei bambini coinvolti.

3.2.3 Strumenti

Gli strumenti utilizzati sono quelli motori, come mattoncini, bastoni, delimitatori, palle di diversi materiali e dimensioni, birilli, canestro a muro, canestro portatile, teli colorati, biglie (utilizzate in piena sicurezza), coni, tappeto elastico, tappeto gonfiabile, tunnel, parallele mobili, rete da badminton, trave pieghevole, half-ball, fitball, costruzioni e giochi psicomotori/educativi [Foto 3, 4, 5, e 6].

Anche la guida YAP è uno strumento utilizzato come linea guida per le attività da proporre [Foto 7].

Durante tutta l'attività è presente la musica che assume un ruolo più o meno presente (volume più o meno alto) in base ai giochi da eseguire.

Ovviamente lo strumento principale utilizzato è il corpo: i bambini, soprattutto durante la prima parte dell'incontro, sono liberi di muoversi nello spazio a disposizione a loro piacimento, per entrare in relazione con lo spazio e con gli altri [Foto 8, 9, e 10].

3.2.4 Gli incontri di gruppo di psicomotricità

Il progetto consta di un numero totale di ore pari a 75; sono previste 25 sessioni di attività per ciascun gruppo, a cadenza settimanale, da 50 minuti ognuna (i dieci minuti che separano un gruppo dall'altro

sono necessari per riordinare la sala e prepararla per il gruppo successivo e, se necessario, per disinfettare eventuali superfici/oggetti), nel periodo che va da dicembre 2022 a giugno 2023. L'ultimo incontro si terrà nel mese di luglio, in uno spazio diverso da quello della sede Un Salto nel Blu.

La durata del progetto è dunque di otto mesi.

Ogni incontro prevede tre momenti:

1. il primo momento è quello in cui i bambini vengono accolti in sede, prendono posto su uno sgabello/una sedia a disposizione e iniziano la fase di preparazione all'ingresso in sala: togliere il giubbotto (ed eventuali accessori, quali cappello, sciarpa e zainetto), appenderlo, togliere le scarpe, riporle e mettere i calzini antiscivolo. Tutta questa fase è supervisionata da un operatore che lavora sull'acquisizione di queste autonomie. Rientrano in questo momento anche la misurazione della temperatura, tramite termometro a infrarossi, e l'igienizzazione delle mani, tramite applicazione di gel; queste due operazioni sono svolte esclusivamente dalle operatrici. Si aspetta che tutti siano arrivati e pronti e poi si procede con l'ingresso.
2. Il secondo momento è quello che si svolge, interamente, all'interno della sala di pratica psicomotoria. I primissimi istanti sono dedicati al movimento libero dei bambini, alla loro esplorazione e alla loro interazione con spazio, attrezzi a disposizione, compagni e operatrici. Successivamente si dà inizio all'attività programmata, che è suddivisa in tre parti:
 - *fase iniziale di attivazione* (warm-up): quattro coni vengono disposti, dai bambini, in quattro punti per delimitare un quadrato intorno al quale i partecipanti gireranno, spostandosi attraverso diverse andature o diversi schemi motori (camminare in avanti, camminare indietro, camminare lateralmente, camminare sugli avampiedi, camminare sui talloni, correre, saltare, gattonare, strisciare), a seconda dell'indicazione che viene data, alternati da una posizione di stop che viene richiamata (dalla voce della psicomotricista o dall'interruzione della musica) per dare un breve recupero e per lavorare sull'attenzione che, generalmente, tende a diminuire;
 - *fase centrale*: i coni vengono tolti e si lascia tutto lo spazio per l'esecuzione di un'attività più statica, attraverso l'utilizzo di giochi educativi da poter svolgere sul pavimento o al tavolo, e alla creazione di un circuito motorio (diverso per ogni incontro) che viene preparato con l'aiuto dei bambini che, seguendo le indicazioni che gli vengono date, prendono il materiale necessario e lo dispongono secondo quanto richiesto. Se è necessario l'aiuto, questo viene dato dalle operatrici o dai compagni stessi [Foto da 11 a 16];
 - *fase finale di defaticamento* (cool-down): dopo aver riposto le attrezzature utilizzate al proprio posto, si raggiunge il centro e inizia la fase del circle-time, durante la quale si invitano i bambini a respirare e ad esprimere le loro sensazioni riguardo le attività appena svolte, che termina con il saluto finale (mani al centro, una sull'altra, che oscillano e si sollevano alla fine della frase "Uno, due, tre, Gocce olè!").Il secondo momento appena descritto è, per ora, condotto secondo una modalità strutturata; ci si è prefissati, però, di utilizzare, nella seconda parte del progetto (indicativamente, da aprile a maggio), anche una modalità semi-strutturata e libera.
3. Il terzo ed ultimo momento si svolge nuovamente in prossimità dell'ingresso della sede; questo prevede che i bambini si tolgano i calzini, li ripongano nella tasca del giubbotto o nello zainetto, si rimettano le scarpe, il giubbotto (e gli eventuali accessori già prima citati) e il gel e aspettino di essere ripresi dalle figure di riferimento.

3.3 RISULTATI ATTESI

Il progetto, iniziato a dicembre e ancora in corso, porta con sé finalità ben precise che vengono perseguite nei modi più adeguati e precisi possibile. A tre mesi dall'inizio delle attività, si può certamente affermare che tutti i gruppi divengono sempre più affiatati e che l'aria di serenità e "normalità" che aleggia tra i bambini fa ben sperare che l'obiettivo di sensibilizzare i bambini normotipici (e le famiglie) alla disabilità e all'importanza dell'inclusione si stia raggiungendo.

Al di là di tutto ciò, vengono di seguito riportati i risultati attesi.

Al termine del progetto ci si aspetta che i bambini:

- imparino a giocare e praticare sport insieme;
- sviluppino allo stesso tempo importanti abilità ai fini dell'apprendimento;
- imparino anche a collaborare, aspettare il loro turno e seguire le indicazioni impartite;
- siano aiutati a stare bene in famiglia, nella comunità e a partecipare più attivamente a scuola.

E ancora, facendo proprie le finalità del programma Special Olympics, ci si aspetta e ci si augura:

- che i bambini con e senza disabilità giochino insieme e possano imparare gli uni dagli altri e comprendersi meglio;
- che risulti incoraggiata l'inclusione sociale e sportiva e che costituisca esempio per scuole, comunità e anche in casa;
- che i bambini trovino gradevoli e si divertano con attività e giochi che rispecchino le loro competenze e abilità;
- di dimostrare che tutti i bambini dovrebbero essere apprezzati per il loro talento e per le loro qualità;
- di educare i bambini a uno stile di vita attivo e salutare.

CONCLUSIONI

La disabilità, intesa in tutte le sue forme, è un fenomeno da sempre esistente, continuamente in crescita e al centro delle attenzioni socio-economiche e socio-politiche. Tuttavia, nonostante le attenzioni rivolte, la “categoria” delle Persone con disabilità resta ancora sottovalutata ed esclusa dalla vita reale, dove per vita reale si intende la partecipazione attiva ed inclusiva all’interno della società. Definire una società inclusiva significa che la stessa deve essere in grado di prendersi cura di tutti i suoi componenti, al di là delle differenze che li caratterizzano; significa che deve poter dare dignità, rispetto e pari opportunità.

Ad oggi l’inclusione è vista come una mission, come una responsabilità delle classi politiche ma, in realtà, l’inclusione dovrebbe essere un concetto naturalmente presente nell’indole di ognuno; l’inclusione non è il cartello che segnala la precedenza per le persone con disabilità alla cassa del supermercato, è molto di più. È la vita sociale normale, dall’asilo al mondo del lavoro e oltre, accessibile a tutti e in grado di far sentire tutti uguali. O almeno questo è quello che dovrebbe essere.

Per poter essere “normale”, è necessario crescere con questo concetto; per i bambini è più semplice assimilarlo; dunque l’obiettivo è fare in modo che rimanga durante l’età adolescenziale e adulta. Per questo è importante creare una realtà inclusiva fin da piccoli ed è questo quello che si è voluto fare con il progetto protagonista di tale discussione. YAP ha avuto l’obiettivo di far incontrare bambini con e senza disabilità, dai 3 ai 9 anni, che potessero giocare insieme. Questo è quello che il progetto ha permesso e permetterà fino a giugno: giocare senza differenze.

Il gioco (che è per tutte le età, non solo per i bambini) racchiude una pluralità di poteri che si trasformano in benefici: potere comunicativo, potere motivazionale, potere compensativo, potere introspettivo e potere dell’autocontrollo. Il gioco si approccia alla persona in modo globale e questo approccio è lo stesso della psicomotricità che, grazie ai suoi ambiti e modalità di intervento, supera anche la psicoterapia (Mannino, 2019). Per di più, se viene svolta in gruppo, ha un impatto ancor più positivo perché il gruppo è il luogo dello sguardo e della pluralità, dove ci sono idee diverse e ciò permette un confronto costruttivo, dunque uno sviluppo eco-bio-neuro-psico-socio-culturale (Mannino, 2019) e dunque benessere.

È importante, perciò, non banalizzare il gioco e, in senso più ampio, la psicomotricità, perché essa tratta l’insieme dell’essere umano, la sua unità psicosomatica, l’intima relazione tra la sua struttura affettiva, somatica e cognitiva (Andreu-Cabrera et Romero-Naranjo, 2021).

Pertanto, se ci si vuole prendere cura della società, si facciano giocare i bambini. Con tutti.

ALLEGATO (IMMAGINI SEDE E ATTIVITÀ)



Foto 1: sala di pratica psicomotoria

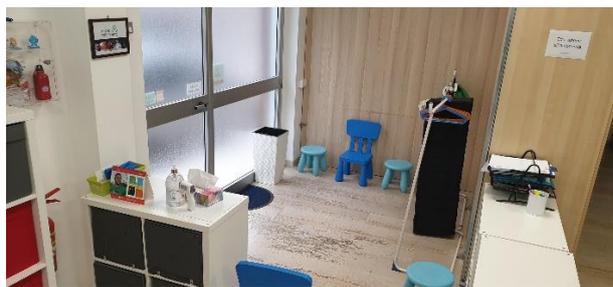


Foto 2: ingresso Un Salto nel Blu

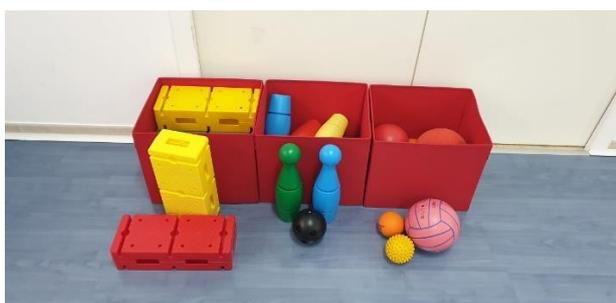


Foto 3



Foto 4



Foto 5



Foto 6

Strumenti motori e giochi psicomotori/educativi



Foto 7: guida Young Athletes Program Special Olympics



Foto 8, 9 e 10: utilizzo libero del corpo



Foto 11



Foto 12



Foto 13



Foto 14



Foto 15

Fase centrale dell'attività



Foto 16

BIBLIOGRAFIA

1. Amendolagine, V. (2011). *Annotazioni di psichiatria infantile e di psicopedagogia clinica della disabilità*. Bari – Terlizzi: Edizioni Pegasus.
2. Amendolagine, V. (2017). *Corpo, corporeità e laboratori psicocorporei*. Lecce – Tricase: Edizioni Youcanprint
3. Amendolagine, V. (2017). *Le attività motorio-sportive come riabilitazione psicosociale (dalla psichiatria alle scienze motorio-sportive)*. Lecce – Tricase: Edizioni Youcanprint.
4. Amendolagine, V. (2013). *Le disabilità neuromotorie dell'età evolutiva*. Bari – Terlizzi: Edizioni Pegasus.
5. American Psychiatric Association (2001). *DSM – IV – TR – Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Edizioni Masson.
6. Andreu-Cabrera, E., & Romero-Naranjo, F. J. (2021). *Neuromotricidad, psicomotricidad y motricidad. Nuevas aproximaciones metodológicas [Neuromotricity, psychomotricity and motor skills. New methodological approaches]*. Retos, 42, 924-938.
7. Berti, A., E., Bombi, A., S. (2005). *Corso di psicologia dello sviluppo*. Bologna: Edizioni Il Mulino.
8. De Giorgio, A. (2017). *The roles of motor activity and environmental enrichment in intellectual disability*. Somatosensory & Motor Research, 34(1), 34-43.
9. Fotiadou, E. G., Neofotistou, K. H., Dampa, A., & Giagazoglou, P. F. (2020). *The Effect of a Psychomotor Education Program on School Behavior of Children with Intellectual Disability*. International Journal of Innovation and Research in Educational Sciences, 7(6).
10. Frith, U. (1991). *Autism and Asperger's Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
11. ISTAT (2021). *Audizione dell'Istat presso il Comitato Tecnico Scientifico dell'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità*. Roma.
12. ISTAT (2022). *L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità. A.S. 2021-2022*. Roma.
13. Mannino G., Montefiori V., Vitiello M., Mazzoni A. (2019). *ECOPSICOMOTRICITÀ: un modello della mente eco-bio-psico-socio-culturale per il benessere della persona*. Roma: Magi.
14. Micheli, E. (1999). *Autismo verso una migliore qualità della vita*. Reggio Calabria: Edizioni Laruffa.
15. Marini, A. (2008). *Correlati neuropsicologici della competenza comunicativa nella Sindrome di Down*. American Journal on Mental Retardation, 44-60.
16. Mino-Roy, J., St-Jean, J., Lemus-Folgar, O., Caron, K., Constant-Nolett, O., Després, J. P., & Gauthier-Boudreault, C. (2022). *Effects of music, dance and drama therapies for people with an intellectual disability: A scoping review*. British Journal of Learning Disabilities, 50(3), 385-401.
17. Padoan, I. M. (2019). *Forme e figure della psicomotricità*. In Studi e saggi; 204. IM Padoan,

Forme e figure della psicomotricità, in G. Bandini, S. Oliviero (a cura di), " Public History of Education: riflessioni, testimonianze, esperienze", 2019, pp. 103-116.

18. Pasichnyk, V., Pityn, M., Melnyk, V., Semeryak, Z., & Karatnyk, I. (2018). *Characteristics of the psychomotor system in preschool children with mental disabilities*. Journal of Physical Education and Sport, 18, 349-355.
19. Santos, S. (2017). *Psychomotor Therapy and Intellectual Disability in Portugal: from 0 to 100....* International Journal of Psychology and Neuroscience, 3(2), 22-37.
20. World Health Organization (1992). *Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD 10). Sindromi e Disturbi Psicici e Comportamentali. Direttive Diagnostiche Cliniche*. Milano: Edizioni Masson.
21. World Health Organization (2001). *ICF Versione breve*. Ginevra: Edizioni Erikson.
22. Wouters, M., Evenhuis, H. M., & Hilgenkamp, T. I. (2019). *Physical activity levels of children and adolescents with moderate-to-severe intellectual disability*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 32(1), 131-142.