

# LO SPORT IN AIUTO AL DISAGIO

ADHD (sindrome da ipercinetività con disturbo dell'attenzione). TASK ANALYSIS (analisi del compito", la scomposizione di un'abilità o compito nelle abilità e sotto-abilità più semplici che esso implica,). SCUOLA STATISTICHE E ALTRO (analisi dell'importanza delle forme di disagio trattate nel convegno, in abito scolastico). PSICOMOTRICITÀ (cos'è la psicomotricità. Esperienze pratiche di psicomotricità)

## LO SPORT IN AIUTO AL DISAGIO

Un supporto ai piccoli grandi ostacoli nella vita del fanciullo  
(DSA - ADHD - BES - DISPRASSIA)

### MATTINO ORE 9-13

PRESSO SALA POLIVALENTE AREA EXPO ENTRATA PIAZZA MAZZINI E VIA COLLODI

**Dot.ssa Marcella Chiavelli** Coord. insegnanti di sostegno Comprensivo del Po

**Dot.ssa Patrizia Rebutti** Ref. Prov. Bisogni Educativi Speciali

**Dot. Nicola Maffei** Psicologo, Psicoterapeuta

**Dot. Maurizio Saravalli** Pedagogista Clinica "Reflector"

**Dot.ssa Iris Pellizzoni** Psicologa esperta task analysis

**Dot.ssa Eleonora Villani** Psicologa esperta task analysis

### POMERIGGIO ORE 14.30-17.30

PRESSO PALESTRA LICEO G. GALILEI, ENTRATA VIA COLLODI

**Dot.ssa Alessandra Boni** Psicologa Psicomotricista

IN COLLABORAZIONE CON ADD UISP

CON IL PATROCINIO DI



## UN SUPPORTO AI PICCOLI GRANDI OSTACOLI NELLA VITA DEL FANCIULLO



Comune di Ostiglia

## Sommario

Introduzione .....	2
Relatori: .....	4
Dott. Maurizio Saravalli .....	5
Dott. Nicola Maffi .....	6
Dott. Maurizio Saravalli .....	17
Dott.ssa Eleonora Villani .....	18
Dott.ssa Iris Pelizzoni .....	21
Dott. Maurizio Saravalli .....	23
Dott.ssa Marcella Chiavelli.....	24
Dott. Maurizio Saravalli .....	30
Dott. Maurizio Saravalli .....	31
Dott.ssa Alessandra Boni .....	32
Dott. Maurizio Saravalli .....	37

## **Introduzione**

*La domanda che sorge spontanea è “perché”?*

*Perché partecipare ad un convegno ove sono invitati psicologi, pedagogisti, rappresentanti della scuola, psicomotricisti, se sono un tecnico o un dirigente sportivo?*

*Perché partecipare ad un convegno ove si parla di ADHD, DSA, BES, DISPRASSIA, se il mio compito è divulgare calcio, karate, basket, ecc., ecc.?*

*Perché perdere tempo con informazioni che non risultano essere direttamente utili ad aumentare le prestazioni tecnico motorie di un atleta?*

*Perché non parliamo solo di sport ma anche e soprattutto di bambini, ragazzi, adulti ... insomma di persone che vengono affidate ad altre persone per perseguire un percorso formativo.*

*Si ... perché il tecnico sportivo è prima di tutto un EDUCATORE che, utilizzando lo strumento della disciplina divulgata, trasmette importanti input di carattere evolutivo.*

*Educare, educare, trarre fuori ... consentire all'atleta, educando, ma prima di tutto persona, di esprimere tutto il suo potenziale non solo fisico ma anche cognitivo, psicologico ed emotivo, consentire in fin dei conti di ridurre al minimo la differenza tra l'essere e il poter essere, indipendentemente dalle condizioni psicofisiche di partenza.*

*Abile, disabile, maschio, femmina, giovane, vecchio, solo sterili categorizzazioni ... esiste solo l'essere e il poter diventare. Di agognabile vi è solo il salire un nuovo, anche se minuscolo gradino della propria possibilità evolutiva.*

*Alla luce di quanto detto sino ad ora, si comprende l'importanza di una formazione a 360° del tecnico e del dirigente sportivo, una professionalizzazione che porti a leggere in ogni momento le puntuali necessità personali dell'educando atleta a loro affidato, per operare in esso un'evoluzione fisica, cognitiva, psicologica, neurologica e valoriale.*

*Oggi, chi divulga discipline sportive ha l'obbligo morale se non legale di andare oltre l'estremo perfezionamento della tecnica motoria e dello studio pedissequo del regolamento di gara. Il tecnico sportivo, presente nel mondo dello sport con svariati titoli come: istruttore, mister, coach, maestro ... è, in un mondo ove l'ipocinesi è il problema fisiologico generante la maggior preoccupazione tra i pediatri, una figura sociale estremamente importante, una figura che dovrebbe sentire la necessità di comprendere le esigenze, e i*

*limiti psicofisici della “persona” che si accinge a manipolare e, conseguentemente sentire la necessità di una formazione adeguata e professionale.*

*D’altro canto, una analoga necessità dovrebbe essere sentita da tutti quei genitori che affidano il proprio “futuro” ad un emerito sconosciuto. Sapere di quale competenze dispone colui che si accinge a plasmare la cosa più cara che abbiamo, ovvero la nostra prole, dovrebbe essere la prima richiesta.*

*Lo scopo finale dei momenti formativi dovrebbe essere quello di stimolare la “nascita del dubbio”. Un dubbio sano e costruttivo che, conseguentemente, stimoli la ricerca di una formazione aspecifica oltre che specifica, che permetta di sentire la necessità di un lavoro in rete con altre figure professionali.*

*Una rete formata da figure professionali se non professionisti del sistema sanitario, del sistema educativo e anche di un sistema sportivo diverso da quello divulgato.*

*Occorre sempre di più comprendere che, a volte, l’estrema specializzazione non è sempre un valore, ma un pesante limite, che impedisce allo specialista la visione di diverse interpretazioni e diverse soluzioni.*

*Oggi viviamo l’epoca della formazione permanente, ovvero della necessità di continui aggiornamenti aventi lo scopo di ridurre il più possibile la forbice tra chi sa gestire la conoscenza e chi semplicemente la subisce.*

*Di seguito gli estratti del convegno “Lo sport in auto al disagio”.*

***Mi scuso anticipatamente di eventuali falli grammaticali e/o di sintassi che il lettore potrà trovare lungo il percorso, causati da errori di battitura o da errata interpretazione delle registrazioni non sempre presentanti un audio perfetto.***

*Dott. Maurizio Saravalli*

## **Relatori:**

In ordine di esposizione

### **Dott. Maurizio Saravalli**

*Dottore in Scienze dell'Educazione*

*Pedagoga Clinico*

*Reflector®*

*Master 1° livello Autismo e disturbi dello sviluppo*

*Tecnico Sportivo 1° livello FSN-FIPE*

*Tecnico Sportivo 2° livello EPS-UISP*

*Tecnico Sportivo 3° livello FSN-FIJKAM*

*Staff Tecnico Commissione Nazionale FILKAM Karate e Disabilità*

*Referente Regione Lombardia FIJKAM Karate e Disabilità*

### **Dott. Nicola Maffi**

*Psicologo*

*Psicoterapeuta*

### **Dott.ssa Eleonora Villani**

*Psicologa*

*Psicoterapeuta*

### **Dott.ssa Iris Pellizzoni**

*Psicologa*

### **Dott.ssa Marcella Chiavelli**

*Coordinatrice scolastica*

### **Dott.ssa Alessandra Boni**

*Psicomotricista*

*Dott.sa Scienze e Tecniche Psicologiche*

## Dott. Maurizio Saravalli

### *Introduzione*

“ADHD (**A**ttention-**D**eficit/**H**yperactivity **D**isorder), sigla per **sindrome da deficit di attenzione e iperattività**, è un disturbo del comportamento caratterizzato da inattenzione, impulsività e iperattività motoria che rende difficoltoso e in alcuni casi impedisce il normale sviluppo, l'integrazione e l'adattamento sociale dei bambini. È un disturbo di origine neurologica. Il disturbo viene certificato previo analisi diagnostica. Si ritiene che la sindrome da deficit di attenzione e iperattività interessi circa il 6-7% dei giovani al di sotto dei 18 anni di età, quando la diagnosi viene fatta attraverso i criteri del DSM IV, mentre quando viene diagnosticata attraverso i criteri formulati dall'ICD-10 la stima scende tra l'1% e il 2%. I bambini del Nord America sembrano presentare un tasso della condizione più alto rispetto ai loro coetanei dell'Africa e del Medio Oriente, tuttavia, si ritiene che queste differenze siano attribuibili ai diversi metodi diagnostici utilizzati nelle diverse aree del mondo, piuttosto che una differenza reale. Infatti alcuni studi hanno evidenziato che se si usassero gli stessi metodi diagnostici, i tassi sarebbero più o meno equiparabili tra i diversi paesi. La condizione viene diagnosticata circa tre volte più spesso nei maschi rispetto che nelle femmine. Il numero di diagnosi e di trattamenti è in costante aumento dal 1970. Ciò probabilmente si spiega principalmente a causa dei cambiamenti nel modo in cui viene diagnosticata la condizione e come sia più frequente il ricorso alla cura farmacologica, piuttosto che ad un cambiamento nella frequenza di presentazione della condizione.

Si ritiene che le modifiche ai criteri diagnostici introdotti nel 2013 con l'uscita del DSM-V aumenterà la percentuale di persone con deficit di attenzione e iperattività, soprattutto nella popolazione adulta”. (fonti Wikipedia)

Quanto sopra riportato rispecchia la natura degli eventi. In un sistema complesso, che vede sempre più il sistema sanitario sostituire il sistema educativo e un sistema diagnostico basato sulla mera osservazione, una maggior o minor sensibilità nei comportamenti, non sempre facilmente gestibili dei nostri fanciulli da parte di adulti non sempre debitamente preparati, in un ambiente sociale che richiede al fanciullo stesso una sempre maggior ipocinesi indotta<sup>1</sup>, può incrementare tensioni sfocianti in richieste di certificazione a volte indebita.

---

<sup>1</sup> Ben diversa mente da alcuni decenni fa i nostri fanciulli vivono in un sistema chiuso che vede ben poche possibilità di gioco e confronto fisico vissuto e sperimentato, pochi momenti di pura

## Dott. Nicola Maffi

### *ADHD: Caratteristiche della patologia e spunti psicoeducativi*



La mia presentazione, in merito a questo importante problema, sarà suddivisa in tre momenti:

- 1) Un prima parte ove cercherò di spiegarvi le caratteristiche di questa vera e propria patologia in seguito alla quale vedremo come viene fatta una diagnosi, fatta da un neuropsichiatra infantile che segue una specifica procedura.
- 2) Nella seconda parte farò riferimento ad alcuni spunti psicoeducativi in quanto l'intervento non ha la pretesa di essere esaustivo ma di dare qualche spunto che, all'occorrenza potrà servirvi come stimolo di partenza di eventuali bisogni personali.
- 3) Farò riferimento ad una esperienza specifica personale fatta a Cremona in collaborazione con una collega Pedagogista Clinica fatta con degli educatori che lavoravano nelle scuole on i quali abbiamo inventato un progetto che non c'era partendo da un bisogno. Abbiamo lavorato con un gruppo cercando di definire l'identità dell'educatore, le abilità, le caratteristiche che deve avere, e alcune tecniche che nel lavoro di tutti i giorni si mostrano come funzionanti

Prima però vorrei partire con un filmato che racconta una storia di vita, girato dall'AIFA (associazione italiana famiglie adhd).

Segue trascrizione di quanto verbalizzato nel filmato.

**Mamma** - "Siamo arrivati al dodicesimo compleanno, non mi sembra possibile che siamo arrivati sin qui, è stato difficile crescerlo. L'avevo capito subito che Luca era un bambino diverso da tutti gli altri, ma non mi spiegavo perché e in cosa fosse diverso. Quando finalmente ho capito, quanti sensi di colpa mi sono fatta, quanti rammarichi, avrei voluto riavvolgere il nastro e ripartire in modo diverso. Eppure avevo chiesto spiegazioni, avevo chiesto spiegazioni, nessuno voleva capire. Da prima tutti mi rassicuravano, non è nulla è solo un bambino troppo vivace, crescendo cambierà. Poi la colpa data a me ... tu non lo sai gestire, non sei abbastanza forte, insomma descritta come una mamma incapace, come se lui fosse un padre perfetto. Io accusavo lui, lui accusava me. Anni di burrasca, ogni mattina,

---

e autogestita socializzazione, sostituiti da tempi/luoghi strutturati come scuola, casa, attività sportiva strutturata, ecc. ecc. Nessuna possibilità di vissuto esperienziale libero.

quando mettevvo i piedi a terra mi dicevo, coraggio anche oggi inizia una giornata di guerra.

**Narratore** - Il rammarico della madre e derivato dalla consapevolezza che un bambino ADHD, senza una diagnosi e senza una conseguente corretta gestione terapeutica il bambino trascorre gli anni del suo sviluppo in modo molto sfavorevole, infatti se gli interventi protettivi si attivano in ritardo non solo si perde del tempo prezioso per le cure impedendone il recupero ma si rischia di condizionare l'evoluzione personale e sociale dell'individuo.

**Mamma** - Stanca adesso? Ma questo non è niente, mi chiedo come facevo a reggere prima quando era piccolo e correvo tutto il giorno e io dietro a controllarlo e a proteggerlo dai pericoli, dai guai, da tutto. Sempre in ritardo, sempre ai mille all'ora, sempre all'ultimo istante e sempre al momento sbagliato e al posto sbagliato.

**Narratore** - Nei bambini più piccoli ed in quelli in età scolare si descrivono classicamente tre sintomi:

- 1) Inattenzione
- 2) Iperattività
- 3) Impulsività

Ai tre sintomi cardine si aggiunge molto frequentemente l'oppositività, una modalità comportamentale ostile e negativista, che porta questi bambini a dire sempre di NO ed ad assumere atteggiamenti provocatori nei confronti degli adulti ... MA ATTENZIONE non tutti i bambini vivaci soffrono del disturbo ADHD. È ovvio che i nostri bambini di quest'età sono sempre in attività si distraggono frequentemente e dicono spesso di no, ma non hanno il disturbo. Quello che differenzia un bambino normalmente vivace con un bambino con l'ADHD è il fatto che:

- il primo è comunque ben adattato all'ambiente, il secondo no.
- Il primo può decidere se vuole di fermarsi di aspettare, di controllarsi il secondo no.
- Il primo progredisce a scuola, il secondo no.
- Il primo ha un gruppo di amici che gli vuole bene, il secondo no.
- Il primo si lascia modellare dalle opportunità educative, matura, evolve il secondo no.
- Il primo è sereno, il secondo soffre.

I sintomi dell'ADHD si manifestano in tutti i contesti di vita del bambino e sono già presenti in età prescolare. Accade però che all'ingresso scuola diventano di gran lunga più evidenti e disturbanti. Un bambino ADHD a scuola non riesce a svolgere attività che richiede attenzione prolungata, non tollera i tempi lunghi, si annoia facilmente e cerca sempre stimoli nuovi, inoltre si lascia distrarre da qualunque cosa gli accada attorno a lui. Fatica molto a tenere in ordine le sue cose, spessissimo le smarrisce. Passa continuamente da un'attività ad un'altra e non riesce a portarne a termine nessuna. È chiaro che in queste condizioni applicarsi ai compiti scolastici



diventa veramente difficile. Ma è vero pure che è questi un bambino che non pensa prima di agire, che non sa aspettare il suo turno e che non sa fermarsi al momento opportuno. Inoltre non rispetta le regole, i tempi, gli spazi dei coetanei, ignora le direttive degli adulti. In questo modo rimedia l'antipatia dei compagni e gli atteggiamenti squalificanti degli adulti. Nel complesso da all'insegnante l'impressione di uno che non comprende le istruzioni e che vuole fare sempre tutto a modo suo.

**Mamma** - ero arrivata al punto di provare vergogna di andare a prenderlo a scuola per non sentirmi ripetere dall'insegnante sempre le stesse cose con lo stesso tono - "si distrae, non riesce a controllare niente, è intelligente potrebbe fare ma il comportamento è impossibile, disturba tutta la classe, io non posso continuare in queste condizioni, non so più cosa fare" – Già come se io lo sapessi. Avevo provato di tutto per controllarlo, ma non funzionava niente. Le punizioni inutili, la dolcezza inutile ... la situazione peggiorava di giorno in giorno, non solo a scuola ... nessuno riusciva a gestirlo. Quando voleva una cosa insisteva, insisteva, non c'era modo di convincerlo e quando non la otteneva subito combinava un putiferio, scalciaiva urlava, combinava un putiferio. In quei momenti monta una rabbia tale che anche un santo perderebbe il controllo nonostante l'amore che hai per lui.

**NARRATORE** - ma cos'è l'ADHD e come mai alcuni bambini/ragazzi manifestano un comportamento diverso da quello dei loro coetanei?

La prima cosa da chiarire è che l'ADHD è un disturbo *neurobiologico*, cioè un problema che deriva dal disfunzionamento di alcune regioni e alcuni circuiti del cervello, in particolare della corteccia frontale e dei nuclei della base. Questa condizione è, nella maggioranza dei casi geneticamente determinata, cioè strettamente legata alle caratteristiche ereditarie, è per tanto un vero e proprio disturbo. A questa certezza si è giunti dopo un ventennio di rigorose ricerche scientifiche, che hanno esplorato la corrispondenza tra le anomalie del comportamento, il funzionamento del cervello, nei soggetti ADHD e le loro caratteristiche genetiche, in questo modo si è compreso che l'ADHD è sostenuto da un difetto nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali. Cosa significa questo? Significa che pur essendo normalmente intelligenti alcuni individui si rapportano all'ambiente in modo diverso, reagiscono scorrettamente agli stimoli ed hanno grosse difficoltà a comportarsi in modo adeguato, finalizzato a raggiungere degli obiettivi. Ad esempio, si muovono quando occorrerebbe stare fermi, dicono e fanno delle cose che sarebbe vantaggioso non dire o non fare, soprattutto non sanno scegliere le strategie giuste e il momento giusto per ottenere qualcosa. Dovunque si trovino, a casa, a scuola, con gli amici, vanno incontro a continui insuccessi e non solo nelle attività che devono svolgere ma anche nelle relazioni con gli altri.

La seconda cosa da chiarire è che l'ADHD non è un disturbo raro, al contrario è una delle patologie psichiatriche ad esordio in età evolutiva più frequenti. Si stima che riguardi circa il 3% dei bambini in età scolare, con frequenza maggiore nei maschi

rispetto le femmine. Nei ragazzini più grandi l' ADHD si manifesta in modo diverso, l'iperattività motoria si trasforma in un senso interiore di irrequietezza che qualche volta viene fuori con continui movimenti compulsivi mentre stanno seduti. Ma ciò che emerge con più chiarezza è il deficit delle funzioni esecutive. Per capire bene cosa significa questo termine, pensiamo ad una partita a scacchi, per giocare bene occorre programmare in anticipo le mosse, prevedere le conseguenze di ogni mossa, selezionare quelle più vantaggiose e, soprattutto tenere a mente l'obiettivo della partita, non si può di certo giocare muovendo i pezzi impulsivamente senza un progetto. Ovviamente, questo processo di organizzazione, pianificazione e controllo deve avvenire prima nella mente e poi nelle azioni. Occorre pensare prima di agire e per pensare occorre attenzione. I ragazzi ADHD hanno difficoltà a fare tutto questo, infatti hanno un funzionamento ridotto proprio di queste abilità, gestite gran parte dal lobo frontale del cervello, che abbiamo visto essere disfunzionale nei soggetti con questo disturbo, ecco perché nella loro partita a scacchi quotidiana hanno alte probabilità di perdere e non una sola volta, ma ogni volta che devono organizzare un compito come preparare lo zaino alla mattina, completare il compito di matematica, organizzare un gioco con gli amici, risultare simpatico ai compagni di banco. A ciò si aggiunge che appaiono frettolosi e imprecisi, perché fanno tutto a velocità accelerata e non sopportano i tempi lunghi, prediligono infatti attività che seguono le loro tempistiche come ad esempio i videogame e non tollerano quelle lente come la lettura di testi informativi e poi non riescono ad aspettare. Quando devono svolgere un compito voglio finirlo subito, quando vogliono qualcosa la vogliono immediatamente e la chiedono più volte e con insistenza, protestano e vanno in collera facilmente se non la ottengono. Con comportamenti di questo tipo non c'è da meravigliarsi se perdono gli amici ... entrano continuamente in contrasto con gli adulti se vengono giudicati male. Conseguente a tutto ciò è che anche in loro si insinua l'idea di essere antipatici e cattivi.

**MAMMA** - lui ci provava ad avere degli amici, ma non dura, non può durare. Lui vuole averla sempre vinta, non sta alle regole, vuole fare tutto a modo suo parla continuamente. Prende in giro gli amici, li provoca ... prova poi a chiedere scusa ma è troppo tardi, gli altri lo hanno già tagliato fuori. La cosa che mi fa più male e vederlo soffrire, sei cattivo, sei impossibile ... quante volte gli hanno detto così, persino lui se lo diceva.

**NARRATORE** – alcuni ragazzini perdono la voglia di fare, si demoralizzano e non credono più di poter fare qualcosa con le loro forze. Anche a scuola, tutte le frustrazioni che hanno rimediato da bambini, se non si è intervenuto in tempo, hanno gettato le basi per un percorso difficile. Le difficoltà possono aumentare anche in relazione al maggior carico di lavoro scolastico, alla necessità di impegnarsi per tempi più lunghi e coordinare più attività contemporaneamente. C'è anche da considerare che la loro impulsività e la difficoltà di prevedere pericoli e conseguenze

delle loro azioni li porta più spesso dei coetanei verso attività rischiose. Da bambini questo significava attraversare la strada senza guardare, arrampicarsi ovunque, giocare con i fiammiferi. Quando crescono significa guidare pericolosamente la bici o il motorino, allontanarsi da casa, frequentare ambienti poco raccomandabili. Non a caso è ampiamente documentato che la probabilità che un ragazzo ADHD ha di subire traumi incidentali e finire al pronto soccorso è sensibilmente più alta di un coetaneo senza disturbo. Esiste in oltre un rischio più elevato anche di avere problemi disciplinari a scuola e in società e di consumare sostanze alcoliche e stupefacenti. Quello che è importante capire è che dietro a questi atteggiamenti c'è sempre un profondo disagio.

Come si capisce se c'è il disturbo? La diagnosi di ADHD è essenzialmente clinica, questo significa che si può porre solo con un'osservazione diretta del bambino, questa osservazione deve essere necessariamente completata con il colloquio con i genitori e, tutte le volte che è possibile, dall'intervista con le insegnanti e con gli altri educatori. Si utilizzano anche questionari e interviste che vengono proposti a genitori e insegnanti e che aiutano a quantificare i comportamenti disfunzionali. È importante sottolineare che in nessun caso la diagnosi viene posta solo sulla base di questi strumenti. Occorre sempre condurre un'osservazione del bambino prolungata e ripetuta per più giorni, è necessario in oltre definire il sottotipo del disturbo, infatti non sempre L'ADHD si manifesta con tutti i sintomi che abbiamo descritto, ci sono forme nelle quali prevale l'iperattività con impulsività e ci sono forme in cui prevale il disturbo dell'attenzione. Quando prevale il disturbo dell'attenzione l'ADHD rischia di passare inosservato perché i sintomi sono meno evidenti e i ragazzini che ne sono affetti vengono visti come pigri, svogliati e lenti. Diagnosticare l'ADHD in questo tipo è più difficile ma molto importante perché significa proteggere i ragazzini dalle inevitabili conseguenze che il disturbo ha sull'apprendimento e sullo sviluppo della personalità. La diagnosi viene poi completata dallo studio delle capacità cognitive e dell'apprendimento del bambino, è infatti molto frequente che un bambino ADHD abbia anche in associazione un altro problema dello sviluppo come i disturbi del linguaggio, la dislessia, il disturbo della coordinazione motoria, è altrettanto importante capire se soffre di problemi psicologici, come i disturbi d'ansia e dell'umore, oppure se presenta il disturbo oppositivo provocatorio, o il disturbo della condotta, problemi comportamentali molto frequentemente associati all'ADHD. Ottenere una diagnosi tempestiva è il primo diritto di un bambino con l'ADHD, il secondo diritto è ricevere una terapia. La terapia per l'ADHD si basa su un **INTERVENTO MUTIMODALE**. L'aggettivo "multimodale" è la chiave per capire quale deve essere l'approccio terapeutico al disturbo, detto in termini più semplici significa che bisogna agire con strumenti diversi e su più fronti. Gli interventi sono di due tipi:

- **Interventi psicosociali**
- **Terapie mediche**

Gli attori del recupero sono tre:

- La famiglia
- La scuola
- Il bambino

*La famiglia* va coinvolta con un percorso di formazione dei genitori che diventano più consapevoli delle caratteristiche del proprio figlio e più abili nella gestione delle sue difficoltà. Questo percorso viene definito **Parent training**. Attraverso 8/12 incontri gestiti da un conduttore esperto si aiutano i genitori ad assumere atteggiamenti costruttivi ed a strutturare un ambiente domestico che favorisca l'autoregolazione e la riflessività. Inoltre gli si insegna ad utilizzare tecniche comportamentali come la *Token Economy* o il *Costo della Risposta*, utili per incrementare nei figli comportamenti corretti e ridurre quelli inadeguati. Questo corso serve anche a potenziare le interazioni positive tra genitori e figli ed a ridurre la conflittualità all'interno del nucleo familiare.

*La scuola* va coinvolta con interventi di consulenza per gli insegnanti volti a suggerire tecniche ed accorgimenti didattici utili per migliorare il comportamento del bambino. Ad esempio gli insegnanti possono rendere la giornata scolastica più strutturata attraverso un programma delle attività didattiche quotidiane scandito da regole e routine o usando semplici accorgimenti come far sedere l'alunno con ADHD in un posto preciso e disporre i banchi nell'aula in modo da ridurre gli elementi di distrazione e favorire la concentrazione. O ancora avvalendosi di simboli iconografici o altri supporti per agevolare il lavoro scolastico del proprio alunno e favorire così l'apprendimento.

*Il bambino e l'adolescente con ADHD* possono trarre giovamento da un intervento psicoeducativo basato su tecniche cognitive comportamentali. Con un programma di incontri individuali lo si aiuta ad essere consapevole del disturbo ed usare le tecniche utili per migliorare la capacità di autoregolarsi e gestire meglio le sue interazioni sociali. Si usano ad esempio le procedure di *Problem Solving* e di *autogestione* o il *Training di abilità sociale* o le *Strategie di controllo della rabbia*. L'obiettivo del trattamento individuale è anche quello di incrementare l'autostima e il senso di autoefficacia. La terapia farmacologica costituisce una risorsa molto efficace per aiutare i bambini e i ragazzi ADHD, deve essere preso in considerazione se il disturbo compromette **significativamente** la funzionalità del soggetto e l'intervento psicoeducativo è risultato poco efficace. I farmaci possono aiutare il bambino a controllare l'iperattività, a ridurre i comportamenti impulsivi, ad incrementare la capacità di attenzione e concentrazione. La scelta ottimale, quando si utilizza il farmaco, è la combinazione della somministrazione farmacologica con gli interventi psicoeducativi. I farmaci in atto più utilizzati sono il metilfenidato tra gli psicostimolanti e l'atomoxetina tra quelli non psicostimolanti. La finalità tra tutti

gli interventi è creare una rete protettiva attorno al bambino e la sua famiglia. L'obiettivo è ridurre i rischi evolutivi e fornire tutte le possibilità perché l'individuo esprima al meglio il suo potenziale e diventi un adulto ben integrato e sereno.

**MAMMA** – quanto manca alla fine? Sarebbe la prima volta che finiamo una festa di compleanno senza guai. Non mi sembra vero vedere mio figlio con attorno tutti questi ragazzini, è una bella conquista, se penso a quanto tempo ha trascorso sempre da solo. Se avessimo capito prima che soffriva di ADHD, quante sofferenze ci saremmo risparmiati? Non che ora sia facile ... ma è diverso, ora sappiamo cosa fare, abbiamo chi ci aiuta, ora abbiamo incominciato a vivere.

#### Intervento **Dott. Nicola Maffi.**

Cerchiamo di fare un po' di chiarezza iniziando con l'acronimo ADHD > Attention Deficit Hyperactivity Disorder ovvero deficit attentivo con difficoltà di attenzione.

L'ADHD come visto nel filmato è una patologia che viene diagnosticata da clinici, per cui non basta che l'insegnante o chi per esso valuti un bambino vivace ADHD. Per facilitare la memorizzazione di quelle che sono le sintomatologie di questa patologia basta memorizzare la legge delle 3 i tratte dal DSM IV:

- Inattenzione
- Impulsività
- Iperattività

La *disattenzione* si manifesta attraverso:

- Difficoltà a mantenere l'attenzione su compiti scolastici o attività di gioco
- Facile DISTRAIBILITÀ per stimoli banali
- Difficoltà ad ORGANIZZARSI nelle diverse attività quotidiane
- Rapidi PASSAGGI da un'attività all'altra
- Difficoltà nel SEGUIRE UN DISCORSO
- EVITAMENTO di attività che richiedono sforzo mentale protratto

L'*impulsività* si manifesta attraverso:

- Difficile CONTROLLO sui propri comportamenti
- INCAPACITÀ A DIFFERIRE la risposta automatica ad uno stimolo
- Difficoltà ad attendere il proprio TURNO
- Tendenza ad INTERROMPERE gli altri e ad essere invadenti
- Scarsa capacità di RIFLESSIONE

- Difficoltà nel valutare le conseguenze delle proprie azioni, questa difficoltà li mette a rischio di traumi ed altre situazioni pericolose.

L'*iperattività* si manifesta attraverso:

- **INCAPACITÀ** a star **FERMI** (movimenti compulsivi, impossibilità a star seduti)
- **ATTIVITÀ MOTORIA** spesso **INCONGRUA** e afinalistica
- **GIOCO RUMOROSO** e disorganizzato
- **ECESSIVE VERBALIZZAZIONI**
- Sentimenti soggettivi di **IRREQUIETEZZA** (adolescenti ed adulti)
- Limitate possibilità di inibizione motoria

Le *comorbidity*, ovvero l'associazione delle sintomatologie sopra esposte con altre patologie:

- Disturbi Specifici di Apprendimento-Dislessia (30%)
- Disturbo Oppositivo Provocatorio (25%)
- Disturbo della Condotta (10%-15%)
- Disturbo d'Ansia/Depressione (15%)
- Disturbi Specifici di Apprendimento-Dislessia (30%)
- Disturbo Oppositivo Provocatorio
- (25%) Disturbo della Condotta (10%-15%)
- Disturbo d'Ansia/Depressione (15%)

Tutti questi comportamenti hanno un riflesso a livello psicologico rispetto all'identità e al valore di se. L'immagine che il bambino si costruisce è rispecchiata dal mondo che lo circonda e quindi dai suoi comportamenti. Quello che viene rispecchiato è un bambino che non sa stare attento che non riesce a raggiungere degli obiettivi, che non è capace che è distratto, che provoca, che fa pasticci, che da fastidio, questo ha un'implicazione a livello narcisistico importante in quanto il bambino sviluppa una bassissima autostima, questo può portare ad acquisire comportamenti non consoni in età futura, come comportamenti autolesivi, border line, assunzione di sostanze psicotrope, ecc.

Evoluzione statistica del soggetto ADHD

- 10% remissione funzionale e sintomatologica
- 60% remissione sindrome ma compromissione funzionamento adattativo
- 30% evoluzione e/o associazione con altri quadri psicopatologici (es. Disturbo antisociale, disturbo dell'umore...).

*Evoluzione funzionale del soggetto ADHD:*

- **Deficit funzionali del Sé:** Bassa autostima, Incidenti e danni fisici, abuso di sostanze. Rischio di situazioni depressive. Delinquenza
- **Scuola/ lavoro:** Difficoltà accademiche/risultati insoddisfacenti Difficoltà lavorative.
- **Casa:** Stress familiare Difficoltà come genitori.
- **Società:** Scarse relazioni interpersonali Deficit di socializzazione
- Difficoltà relazionali.

*Cause:*

- Le cause dell'ADHD sembrano ricondurre ad una **BASE NEUROBIOLOGICA:** il bambino nasce con una predisposizione a sviluppare il disturbo.
- **L'educazione, l'ambiente familiare e/o scolastico** possono far sfociare in modo più o meno evidente la sintomatologia, da intendersi come un continuum di disattenzione e/o iperattività.

*Condizioni aggravanti:*

- Presenza di familiari con lo stesso disturbo
- Bambino con un basso livello cognitivo avrà meno possibilità di sviluppare strategie di compensazione
- Le relazioni familiari disorganizzate non aiutano lo sviluppo dell'autoregolazione
- Se non si accetta il problema il bambino verrà inutilmente accusato e punito, con un conseguente aggravamento della situazione

Le nuove ricerche confermano che l'intervento solo farmacologico, dato solo in estrema rario, è molto meno efficace di un sistema globale di gestione che prevede anche una specifica attività educativa.

*Strategie per rinforzare l'apprendimento:*

- Ridurre i distrattori
- Rafforzare le capacità attentive
- Facilitare l'organizzazione del lavoro (consigliabile microsessioni piuttosto che lunghe sessioni di lavoro, spiegazioni brevi), anche in ambito sportivo
- Favorire l'attività motoria
- Tenere presente che si è in presenza di disturbi della percezione e della elaborazione

*Approccio multifocale:*

- Personalizzazione dell'intervento
- Terapia farmacologica
- Terapia psicologica cognitivo comportamentale
- Intervento combinato

Strategie per la facilitazione degli apprendimenti, ricordando che la panacea non esiste, esistono dei trucchi, suggerimenti, derivati dalla capacità creativa degli educatori in grado di applicare al momento giusto il giusto stimolo:

- Strutturazione dell'ambiente e di attività prevedibili per l'alunno (routine fisse, schemi giornalieri costanti), stabilità delle figure di riferimento.
- La regolarità e gli impegni prestabiliti forniscono al bambino un telaio di supporto per regolare la sua condotta.
- Evitare uno stile frettoloso perché accentua l'eccitabilità dei bambini: effettuare gli spostamenti (es. mettersi in fila) con molta calma.
- Formulazione di regole condivise, espresse con POCHE PAROLE e sempre in POSITIVO (non dire cosa NON BISOGNA FARE, ma cosa BISOGNA FARE).
- Restituzione di feedback immediati al bambino sul suo comportamento, soprattutto sui micro comportamenti positivi (sguardo, cenno disapprovazione, "bravo che hai chiesto il permesso di andare in bagno").
- Gestire un obiettivo per volta, dopo aver dato chiare istruzioni su come fare e ponendosi come modello positivo ("vedi come faccio io? Adesso prova tu").
- Non premiare la trasgressione della regola: "...se non vuoi lavorare, vai al computer così stai un po' calmo" = in questo modo si premia la trasgressione della regola!
- "Menu" dettagliato della lezione, tempi compresi (no però a consegne lunghe).
- Parlare sempre in maniera motivante: "Oggi sei il mio aiutante e mi aiuterai a ripetere ai compagni il compito da svolgere" e non "Devi ripetere ai compagni, quindi non fare come al solito che pensi ad altro...".
- Se si rimprovera, fare attenzione a riferirsi sempre al comportamento scorretto, indicando quale è quello inaccettabile e quale sarebbe stato quello corretto (si rimprovera sempre il comportamento non la persona).
- Spiegare le conseguenze, non "giudicare moralmente" il bambino: "Hai dato un calcio a Silvia e ora le fa male, se vuoi la palla chiedila, se



chiedi anche i tuoi compagni saranno più gentili con te” non “Sei il solito prepotente...”.

- **Il timeout.** Di fronte ad un improvviso comportamento (un’esplosione di collera, di distruttività...) che non riusciamo a prevenire è utile prevedere una sospensione e allontanare il ragazzo dalla situazione in cui si è manifestato il comportamento in modo da impedirgli di continuare. Serve per i comportamenti impulsivi e violenti. Occorre però una particolare abilità da parte dell’educatore capire se è veramente necessaria una sospensione o se questa non va a rinforzare una trasgressione (il timeout da necessità di sospensione a premio per una trasgressione).

Questi suggerimenti aiutano i bambini con ADHD ma sono al contempo utili suggerimenti per lavorare anche con bambini senza analoghi problemi.

L’operatore/educatore è un figura estremamente importante egli ha ruolo di:

- Osservatore
- Sperimentatore alchimista
- Amplificatore
- Traghetto
- Parafulmine

## Dott. Maurizio Saravalli

### Introduzione

Prima di passare al secondo intervento vorrei sottolineare alcune cose, precedentemente accennate dal Dott. Maffi che reputo alquanto importanti:

- **L'approccio e il rapporto** con questi bambini/ragazzi deve essere SEMPRE multi-focale e multi-sistemico. Quindi scuola, famiglia, tecnico sportivo, sistema sanitario, non sono monadi che lavorano in modo isolato SUL fanciullo, ognuno con i propri metodi e secondo le proprie procedure, ma tutti assieme in un sinergico lavoro collaborativo si lavora CON il ragazzo per il raggiungimento di obiettivi personali, familiare e sociali.
- **Il supporto farmacologico** è necessario solo quando è necessario. In merito sembra che si stia andando verso un abuso del medicinale o, forse, possiamo anche dire che negli ultimi anni, si nota una maggior "leggerezza" nel consigliarlo. Occorre in merito ricordare quanto accennato precedentemente ovvero sono frequenti casi di SINTOMI analoghi a quelli presentati dal soggetto affetto da ADHD, ma non è un soggetto ADHD, per tal motivo è quanto mai **indispensabile** operare tutte quelle indagini come precedentemente accennato ovvero una diagnosi clinica assolutamente esaustiva, con osservazione diretta e **prolungata** del bambino, completata con colloquio con i genitori, intervista con insegnanti e con tutti gli educatori che di lui si occupano sia in forma diretta che indiretta compreso i tecnici sportivi. Tenete presente che il tecnico sportivo è fondamentalmente un educatore che utilizza uno strumento, che è la specifica disciplina sportiva divulgata, per ottenere dei risultati/obiettivi che sono anche di tipo etico – valoriale. Tutti devono lavorare in sinergia in aiuto di questo ragazzo ... poi ... se tutto questo non è sufficiente si può prevedere un aiuto farmacologico.

Nel prossimo intervento si parlerà di "*Task Analysis*", letteralmente "analisi del compito". Con questo termine si indica una procedura che scompone un'abilità o un compito in abilità e sotto-abilità più semplici, fino a giungere al minimo comun denominatore delle abilità che si ritiene siano possedute da tutti i soggetti a cui il compito è proposto. Questo approccio metodologico è valido non solo per i tecnici sportivi ma anche per una miriade di situazioni educative che vanno dall'ambiente scolastico alla formazione in ambito professionale. Qualunque educatore che si accinga a fornire informazioni atte

a creare nuove abilità (fisiche, cognitive, emotive, tecniche), deve, o per lo meno, dovrebbe assicurarsi prima di tutto che il soggetto sia in possesso delle competenze di base per supportare quelle successive.

Soprattutto chi si occupa di soggetti in età evolutiva e il tecnico sportivo è uno di questi, ha come compito primario il far sì che il soggetto in formazione acquisisca, più che la tecnica, la predisposizione alla competenza ovvero l'educatore sportivo, come ogni altro educatore, DEVE riuscire ad incrementare quelle basi neurofisiologiche che saranno poi a fondamento di tutte le altre possibili acquisizioni.

Spesso ci si concentra sulla tecnica in quanto una rapida specializzazione dà l'impressione di un rapido progresso, nella realtà dopo un velocissimo apprendimento del compito si genera un generale irrigidimento dei sistemi apprenditivi. Al ragazzo, addestrato ad una risposta sincopata in funzione ad uno stimolo, vengono inibite le capacità di destrutturare (scomporre) una gestualità per ricomporla adattata a diverse situationalità.

## **Dott.ssa Eleonora Villani**

*Psicologa – Psicoterapeuta*

La Task Analysis – teoria



Per introdurre il complesso argomento della Task Analysis partiamo con una delle attività di cui si occupa il Centro di Apprendimento TICE del quale facciamo parte come formatori e ricercatori, parliamo di compiti scolastici, una delle principali richieste fatteci dalle famiglie nella forma di sostegno e aiuto. Il nostro inizio è stato nel cercare di capire cosa sono i compiti, che sicuramente rappresentano un insieme di abilità molto complesse che richiedono, a loro volta, delle sotto abilità. Quindi fare i compiti è una macro competenza che può essere scomposta in tante piccole sotto abilità che possono essere apprese

mediante delle strategie di lavoro specifiche. Una buona TA è una delle strategie per fare di buoni compiti, infatti la TA è una strategia di

insegnamento che può essere utilizzata per insegnare in modo pratico e funzionale qualsiasi tipo di abilità.

Ma cos'è la Task Analysis o Analisi del Compito? ... Altro non è che una metodologia di insegnamento del compito mediante la quale un compito molto complesso viene scomposto in tanti piccole parti o singole abilità, ciascuna delle quali abilità deve essere insegnata e quindi appresa dal soggetto. Sommando tutte le sotto abilità otteniamo una serie di step in sequenza che come piccoli mattoni se assemblati uno di seguito all'altro otteniamo il compito precedentemente destrutturato che stiamo cercando di insegnare.

Quando facciamo TA e scomponiamo un compito stabiliamo una gerarchia a ciascuna delle abilità corrispondenti, a ciascuna di queste abilità corrisponde un obiettivo di insegnamento da parte dell'educatore e di apprendimento da parte dello studente, l'obiettivo è quello di far sì che abilità considerate complesse vengano apprese dal soggetto in maniera adeguata. Queste abilità, cosa molto importante, devono essere definite in modo pratico e concreto in quanto devono essere chiaramente insegnate.

Quando si fa TA occorre concentrarsi su due cose:

1. La descrizione del compito.
2. L'analisi delle abilità componenti

Nella prima parte devo comprendere quali siano le componenti del compito e nella seconda devo estrapolare tutte le singole abilità che mi permettono di svolgere ognuna di queste singole fasi.

Mediante la TA è inoltre possibile raccogliere dati funzionali sulle abilità possedute dal soggetto educando (studente, sportivo, lavoratore, ecc.). la TA sfrutta i principi del rinforzo positivo che, stimolando l'autostima del soggetto, aumenta le possibilità di frequenza dei comportamenti positivi acquisiti.

In ultima battuta scopo principale della TA è: *“Determinare una sequenza di comportamenti necessari a portare a termine un compito in modo efficace, efficiente, ma soprattutto in modo autonomo”*.

Un buona TA è prima di tutto *“Individualizzata”*, rispetto:

- età del soggetto;
- livello di competenza;
- livello di esperienza;

conseguentemente a questo occorre tener presente che, le sequenze di azioni educative proposte, possono cambiare da persona a persona per il raggiungimento di un medesimo scopo. Possono variare la tipologia di proposte, la metodologia della proposta o la lunghezza della catena di step da proporre (maggiore o minore frammentazione delle proposte). Cosa da tener presente è che la TA impostata è sempre e comunque potenzialmente soggetta a cambiamenti in itinere, onde adattare la sequenza di proposte alle competenze possedute o non possedute dal soggetto rilevate durante il percorso.

## **Dott.ssa Iris Pelizzoni**

*Psicologa*

La Task Analysis – pratica

Dopo l'esauritiva presentazione della Dott.ssa Villani passiamo a vedere come operativamente si opera con la TA. Per far ciò ho creato delle macro categorie:

- sviluppo fisico (avviamento allo sport);
- autonomie di vita;
- abilità accademiche

La TA come, come precedentemente detto, permette di raccogliere una grande mole di dati in modo da poter monitorare in modo oggettivo il sistema di insegnamento, oggettivando con dati i progressi fatti dal soggetto. Chi vive l'ambito sportivo è oggettivamente sensibile ai dati in quanto rendono palese lo svolgimento di una preparazione tecnica e/o atletica o di una gara/performance.

L'obbiettivo finale di un programma di TA è partire da un punto iniziale di un elenco di abilità ove ho uno 0% di pallini vuoti (abilità non ancora in repertorio – il soggetto non lo sa fare) al 100% di pallini neri. Per far ciò occorre prevedere una serie di attività quali:

- Rappresentazione dei compiti (Task) da compiere per il raggiungimento di uno scopo
- Generazione di una sequenza di passi ognuno dei quali concorre al raggiungimento dell'obbiettivo
- Presa dati
  - Per valutazione progressi
  - Valutazione situazioni da migliorare

Mediante una buona TA, come detto precedentemente è possibile produrre tabelle che frammentino le attività in un elenco di tante piccole sotto competenze ove poter valutare quali siano le sotto competenze ancora mancanti nel soggetto, ad esempio nella costruzione di una TA riguardante lo svolgimento di un percorso motorio comprendente una quantità diversificata di esercizi (ex: slalom, capovolta, salto, quadrupedia, ecc.), si dovranno prevedere tutta una serie di competenze e loro sotto competenze, ex:

- Sa rimanere in fila ad attendere il suo turno
- Sa eseguire la capovolta
  - Sa appoggiare correttamente le mani in fase iniziale

- Sa ruotare correttamente sulla schiena
- Sa come appoggiare i piedi a fine rotazione per rialzarsi
- Sa eseguire correttamente lo slalom
  - Sa entrare dal lato corretto dello slalom
  - Sa eseguire gli spostamenti corretti per non abbattere i birilli
  - Sa usare correttamente le braccia per bilanciare il corpo
- Ecc. ecc.
  - Ecc. ecc.

Altro utilizzo della TA è la produzione di sequenze di immagini da esporre, funzionali al raggiungimento di particolari obiettivi, non solo per soggetti presentanti deficit cognitivi ma per tutti i soggetti frequentanti un certo ambiente, a tal proposito si possono ad esempio produrre sequenze di immagini che mettano in evidenza come riporre del materiale dopo averlo usato, o come eseguire un particolare esercizio (fisico e cognitivo che sia). Un esempio di sequenze di immagini prodotte a seguito di una TA sono le indicazioni sul come montare un mobile venduto in Kit di montaggio, o la sequenza di azioni in un primo intervento salva vita che preveda massaggio cardiaco e uso del defibrillatore.

Una buona conoscenza dei principi della TA permette ad ogni professionista di costruire percorsi logici e progressivi, in grado di permettere il raggiungimento di un obiettivo voluto per un soggetto necessitante di specifiche attenzioni.

## **Dott. Maurizio Saravalli**

### **Introduzione**

Famiglia, scuola, ambiente educativo motorio, sistema sanitario ... quattro punti cardinali nella vita del fanciullo, quattro sistemi socio educativi che dovrebbero operare in sinergia, con lo scopo di fornire al ragazzo la quantità e la qualità maggiore di stimoli evolutivi.

La scuola, a tal proposito, rappresenta un luogo pregno di significati ma anche di complessità.

Gli ambienti curriculari rappresentano un tempo luogo nel quale il bambino, il fanciullo, il ragazzo, sino al giovane adulto trascorreranno gran parte del proprio tempo e che assorbirà grandi energie psicofisiche.

Ben lungi dall'essere un mero organo deputato alla trasmissione delle informazioni, la scuola è il luogo ove, a partire dalla prima infanzia, si ricevono i primi rudimenti di socializzazione, è il luogo ove per la prima volta si sperimentano forme di convivenza duratura è forzata, è il luogo ove si dovrebbero apprendere e interiorizzare, con gradualità e continuità, quelle regole che permetteranno poi ai futuri uomini e donne adulte forme di collaborazione.

Ma le mura scolastiche sono anche il luogo ove si concentrano una molteplicità di situazioni composite, a cui spesso, mediante acronimi, vengono date definizioni riduzionistiche che indicano un disturbo ma che non ci parlano del disagio vissuto dal fanciullo e del contesto.

Avremo così classi con presentanti un mix di soggetti ADHD, DSA, BES, H ..... una cacofonia di sigle che identificano tanti piccoli grandi problemi fisici, cognitivi, emotivi, psicologici che, nelle loro infinite sfumature ed intrecci sociali generano ambienti ad alta complessità.

A seguito, la coordinatrice scolastica Dott.ssa Marcella Chiavelli, ci darà alcune delucidazioni in merito all'acronimo BES (Bisogni Educativi Speciali), entrato in uso in Italia dopo l'emanazione della Direttiva ministeriale del 27 dicembre 2012 *"Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica"*. La Direttiva stessa ne precisa succintamente il significato: "L'area dello svantaggio scolastico è molto più ampia di quella riferibile esplicitamente alla presenza di deficit. In ogni classe ci sono alunni che presentano una richiesta di *speciale attenzione* per una varietà di ragioni: svantaggio sociale e culturale, disturbi specifici di apprendimento e/o disturbi evolutivi specifici, difficoltà



derivanti dalla non conoscenza della cultura e della lingua italiana perché appartenenti a culture diverse”. L'utilizzo dell'acronimo BES sta quindi ad indicare una vasta area di alunni per i quali il principio della personalizzazione dell'insegnamento, sancito dalla Legge 53/2003, va applicato con particolari accentuazioni in quanto a peculiarità, intensività e durata delle modificazioni.

## **Dott.ssa Marcella Chiavelli**

*Coordinatrice scolastica*



Oggi si parla molto di inclusione in tutti i campi, dalla disabilità al semplice disturbo scolastico sino ad arrivare all'inclusione multi-etnica e multiculturale. inclusione come concetto, come possibilità futura, ma è una possibilità reale o solo un'utopia?.

Una scuola inclusiva: vede l'eterogeneità del gruppo classe come nuova normalità; ogni alunno porta proprie peculiarità, competenze, bisogni e la scuola risponde con una didattica appropriata per incrementare la partecipazione e l'apprendimento di tutti gli alunni individualizzando e personalizzando gli interventi per tutti gli alunni.

L'inclusività sposta l'attenzione dal soggetto al contesto (Edith Brugger-Paggi).

Ma andiamo a vedere cosa prevedono l'Art. 3 e l'Art. 34 della Costituzione. Il diritto allo studio è un principio garantito costituzionalmente. L'art. 34 Cost. dispone infatti che la scuola sia aperta a tutti. In tal senso il Costituente ha voluto coniugare il diritto allo studio con il principio di eguaglianza di cui all'art. 3 Cost. L'articolo in questione, al primo comma, recita: **«tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali dinanzi alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali».**

In questo nostro odierno confronto parliamo di soggetti che necessitano di particolare attenzione, cura, si parlerà quindi di:

- Alunni con **disabilità** previste dalla legge 104/1992; per questi alunni esiste documentazione medica.
- Alunni con **disturbi evolutivi specifici**, ossia disturbi dell'apprendimento, deficit del linguaggio o della coordinazione motoria (DSA-ADHD) previsti dalla legge 170/2010; anche per questi alunni esiste documentazione medica.
- Alunni con **svantaggio socio-economico, linguistico o culturale** previsto dalla direttiva ministeriale del 27 dicembre 2012 e dalla circolare n. 8 del 6 marzo 2013; per questi alunni **può esistere documentazione medica**, dettagliata documentazione pedagogica e didattica, nonché segnalazione dei servizi sociali (BES).

A seguito una differenziazione tra i termini **Difficoltà-Disturbo-Disabilità**:

- **Difficoltà**, con difficoltà di apprendimento si intende una forma non grave (quindi che non soddisfa i criteri clinici del Disturbo), di ritardo sul piano dell'apprendimento.  
Un riferimento va alle aree dello svantaggio linguistico culturale dei BES.
- **Disturbo**, si riferisce ad una condizione neurobiologica complessa di origine costituzionale in assenza di disturbi neurologici, cognitivi, sensoriali e relazionali importanti e primari e in presenza di normali opportunità scolastiche  
Riferimento legislativo legge 170/2010
- **Disabilità**, si riferisce a soggetti presentanti durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali.  
Riferimento legislativo legge 104/1992.

Quando parliamo di **Disturbi/Disabilità** (l'ADHD rientra ad esempio nei disturbi), occorre tenere conto anche di un'alta frequenza di comorbidità, ovvero di ulteriori situazioni correlate che tendenzialmente peggiorano il quadro diagnostico completo del soggetto. Ogni singola persona, al di là della diagnosi o certificazione che la categorizza è da considerarsi un soggetto a se, persona unica non standardizzabile.

Con i DSA (Disturbi Specifici di Apprendimento), si parla quindi ancora di "disturbo".

- *Disturbo*, non malattia ma un'alterazione di una particolare funzione (codifica/decodifica scrittoria, discalculia, alterazione coordinativo fine spazio motoria – disgrafia, ecc.)

- *Specifico*, in quanto riguarda una specifica attività e non riguarda l'intelletto generale di una persona
- *Apprendimento*, è inteso quello curriculare scolastico

Nei Disturbi Specifici di Apprendimento sono compresi anche:

- *Disturbi specifici del linguaggio (DSL)*, l'ICD 10 li distingue in *Espressivi* (F80.1), *Recettivi* (F80.2), *Disfasici*. I *DSL Recettivi* hanno anche un disturbo espressivo. Disturbi linguistici riguardano *Fonologia* (suoni delle parole), *Lessico* (ricchezza vocabolario ed accesso rapido alle parole corrette), *Morfo-Sintassi* (concordanza e ordine delle parole nelle frasi), *Pragmatica* (uso funzionale del linguaggio per scopi comunicativi).
- *Disturbi delle abilità non verbali*, Un basso profilo di intelligenza visuo-spaziale e un livello relativamente buono del Quoziente di Intelligenza verbale; Difficoltà visivo-costruttive e della motricità fine; Scarsi risultati scolastici in matematica rispetto a una buona abilità di lettura; Deficit nella memoria di lavoro spaziale; Difficoltà emotive e sociali.
- *Disturbo delle abilità motorie*, anche detto *Disturbo dello Sviluppo e della Coordinazione*. Esso presenta, come caratteristica fondamentale, una marcata compromissione dello sviluppo della coordinazione motoria. Nello specifico, la prestazione nelle attività quotidiane che richiedono coordinazione motoria, sono sostanzialmente inferiori rispetto a quanto previsto in base all'età cronologica del soggetto e alla valutazione psicometrica della sua intelligenza. Questo può manifestarsi con un notevole ritardo nel raggiungimento delle tappe motorie fondamentali (per es. camminare, gattonare, stare seduti), con il far cadere gli oggetti, con goffaggine, con scadenti prestazioni sportive, o con calligrafia deficitaria
- *Funzionamento intellettuale*, caratterizza quei soggetti che non rientrano nei Disturbi Specifici di Apprendimento né nella categoria della disabilità intellettiva e non necessariamente in quella dello svantaggio socio-culturale e linguistico. Si tratta di quei bambini che presentano potenzialità cognitive ai limiti della norma, sospesi tra ritardo mentale e normalità, i cosiddetti "borderline cognitivi" limite viene considerato un caso di confine fra disabilità e disturbo specifico.

I fanciulli soggetti ai disturbi ora elencati, non vengono certificati ai sensi della legge 104/92, non dando, di conseguenza, diritto alle previdenze e alle

misure previste dalla stessa legge quadro e, tra queste, all'insegnante di sostegno, per tale motivo il problema viene caricato in toto sul consiglio di classe, ovvero il team di docenti deve fare un grande lavoro di osservazione sul campo del soggetto, che inserito in un ambiente di oltre 20 alunni, per proporre le adeguate misure di supporto.

Ma cosa si intende con la parola *DISAGIO*? Con questo termine si intende l'insieme delle difficoltà che, invece di concorrere all'aumento delle risorse personali impediscono all'alunno di vivere in modo positivo le relazioni scolastiche, raggiungere un rendimento sufficiente e, in alcuni casi, vivere un rapporto positivo con se stesso. Le difficoltà possono riguardare diverse aree:

- L'area del sé;
- L'area di ruolo (studente, sportivo, ecc.);
- L'area di relazione con i compagni;
- L'area del rapporto con il sapere.

A questi disagi possono aggiungersi ulteriori comorbilità originate da:

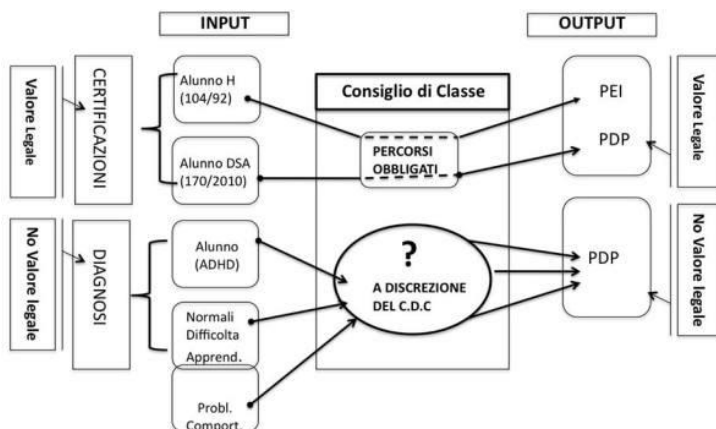
- *Svantaggi socio-economici*, (famiglie con basso reddito, tale da impedire la corretta frequenza o l'acquisto del materiale didattico di base, come ad esempio i libri di testo). In considerazione del fatto che l'osservazione, da parte del corpo insegnante, è solo in sede scolastica non sempre risulta semplice comprendere se il fanciullo è soggetto a questo tipo di svantaggio, anche perché non sempre le cose vengono evidenziate in fase di colloqui con la famiglia.
- *Svantaggi linguistici*, (alunni nati all'estero, adottati, che parlano la lingua italiana solo a scuola mentre a casa parlano solamente la lingua genitoriale extra nazionale o dialettale)
- *Culturali*, (ambienti familiari presentanti problemi psicologici, motivazionali, lutti, separazioni, patologie invalidanti e/o degenerative, caratterizzati da passività, aggressività, scarsa autostima, scarso accudimento familiare). Come per gli svantaggi socio-economici anche in questo caso non sempre risulta semplice comprendere se il fanciullo è soggetto a questo tipo di svantaggio, anche perché non sempre le cose vengono evidenziate in fase di colloqui con la famiglia.

A seguito uno schema che riassume il percorso dei BES in ambito scolastico avente lo scopo di proporre un *modello inclusivo*, ovvero un modello che allarga a tutto il team Docenti/Consiglio di Classe la lettura pedagogico-

didattica dell'alunno per decidere la necessità o meno di un *Percorso Didattico Personalizzato (PDP)*, è ovviamente questo un ruolo importante e difficile per il team docenti in quanto:

- La direttiva MIUR sui BES prevede osservazioni soggettive a valenza oggettiva e conseguenti interventi su alunni con difficoltà, anche privi di una valutazione clinico-diagnostica;
- Bisogna passare da una visione sanitaria a quella di osservazione e intervento di tipo educativo-didattico in ambito scolastico;
- Non sono necessarie le etichette diagnostiche ma bisogna conoscere i processi cognitivi, comportamentali ed emotivo-relazionali su cui intervenire....

Situazione BES dopo la Nota del 22 novembre



Ma cos'è un *Bisogno Educativo Speciale*, per BES si intende qualsiasi difficoltà evolutiva, in ambito educativo e/o apprenditivo che consiste in un funzionamento problematico per il soggetto, in termini di danno, ostacolo o stigma sociale, indipendentemente dall'eziologia, e che necessita di educazione speciale individualizzata”<sup>2</sup>. Un **BES** rappresenta una difficoltà che

<sup>2</sup> Ianes & Cramerotti (2013), «Alunni con BES» Edizioni Erickson

si manifesta in età evolutiva, cioè entro i primi 18 anni di vita del soggetto. Questa difficoltà si manifesta negli ambiti di vita dell'educazione e/o dell'apprendimento scolastico/istruzione. Può coinvolgere, a vario livello, le relazioni educative, formali e/o informali, lo sviluppo di competenze e di comportamenti adattivi, gli apprendimenti scolastici e di vita quotidiana, lo sviluppo di attività personali e di partecipazione ai vari ruoli sociali. Anche un lieve difetto fisico, che non incide affatto sulla funzionalità cognitiva e apprenditiva, può causare difficoltà psicologiche e timore di visibilità sociale, limitando così la partecipazione del bambino a varie occasioni educative e sociali, e così via. Queste rinunce si possono evidenziare anche e soprattutto nell'evitamento di attività ludico educative tecnico motorie (sport), in quanto la carenza di autostima riduce sensibilmente il livello di sopportazione della frustrazione impedendo quindi al soggetto di affrontare anche minimali sfide personali e/o sociali.

Nel nostro ruolo di insegnanti non affrontiamo mai classi scolastiche in situazione di omogeneità per quanto concerne sviluppo psicofisico e capacità, ma classi eterogenee, che presentano una vasta gamma di realtà, con diversi livelli di apprendimenti, questa situazione genera la necessità di mettere in atto diverse modalità organizzative della classe e della scuola in se.

Brano tratto dal libro *“Diario di scuola”* dello scrittore **Daniel Pennac**

«Ero negato a scuola e non era mai stato altro che questo. Il tempo sarebbe passato, certo, e poi la crescita, certo, e i casi delle vita, certo, ma io avrei attraversato l'esistenza senza giungere ad alcun risultato. Era ben più di una certezza, ero io. Di ciò alcuni bambini si convincono molto presto e se non trovano nessuno che li faccia ricredere, siccome non si può vivere senza passione, in mancanza di meglio sviluppano la passione del fallimento».

## **Dott. Maurizio Saravalli**

### **Chiusura di fine mattinata**

È mio desiderio che rimanga nella mente dei partecipanti alcune considerazioni chiave che giudico estremamente importanti.

- Ogni singola persona (bambino, adulto, abile, disabile che sia), è soggetto a se, diverso da tutti gli altri con una propria storia personale, familiare e sociale e come tale necessita di una nostra particolare e puntuale attenzione, questo per permettere di offrire ad esso tutti gli spunti evolutivi possibili.
- Chi affida se stesso o la propria prole ad un tecnico sportivo esige da esso professionalità, indipendentemente dal fatto che esso sia o non sia un professionista. Non è più il tempo nel quale il tecnico sportivo possa proporre attività secondo quanto espressamente indicato dalla tradizione, non tenendo conto di eventuali evoluzioni scientificamente studiate che correggono la proposta motoria in modo tale che sia chinesiologicalamente, pedagogicamente, evolutivamente, più corretta.

Il tecnico sportivo rappresenta il mediatore tra l'attività ludica che ama e se stesso. L'ambiente sportivo, a differenza dell'ambiente scolastico e familiare, è scelta ludica personale, pertanto il tecnico sportivo è il mediatore di un sistema che porta emozioni positive, in tutti gli sport questa figura si occupa sia della preparazione fisica, sia del supporto psicologico dato alla persona che ad esso si affida, si occupa altresì degli aspetti tecnico-strategici delle performances degli atleti, ma il suo ruolo di leader lo porta ad essere anche e soprattutto punto di riferimento, modello di identificazione sia sul piano agonistico che su quello umano, conseguentemente è quanto mai indispensabile che egli senta la necessità di professionalizzarsi e collabori in rete con quanti più operatori alla persona possibile (professionisti del servizio sanitario, insegnanti, pedagogisti, colleghi dello stesso e di diversi sport, ecc.).

Lo sport non è solo un tempo/luogo di benessere ma uno strumento importante per veicolare in *"ben-essere"*, e il tecnico sportivo è alla guida di questo importante veicolo.

## **Dott. Maurizio Saravalli**

### **Introduzione attività pratica pomeridiana**

“La **psicomotricità** è una disciplina sviluppata in Francia da Bernard Aucouturier e André Lapiere.

La psicomotricità è una disciplina che intende supportare i processi evolutivi dell'infanzia, valorizzando il bambino nell'integrazione delle sue componenti emotive, intellettive e corporee, nella specificità del suo mettersi in gioco primariamente attraverso l'azione e l'interazione:

- nell'uso dello spazio e degli oggetti;
- nell'interazione con l'altro e con gli altri;
- nella capacità di rappresentarsi agli altri attraverso il movimento, la parola, il gioco.

Essa, quindi, postula l'unità della persona, non escludendo, tuttavia, la differenziazione tra quelle che definisce tre sfere costitutive della personalità: motoria, affettiva, cognitiva” (definizione da Wikipedia)

Al di là della definizione è ormai conoscenza comune che quanto diviso da Descartes (corpo e psiche), siano oggi da riunire in un unico centro. Il corpo è il comunicatore della psiche e la psiche ha come ricevente e trasmittente il corpo. Il corpo comunica mediante i propri atteggiamenti, le proprie posture, i propri movimenti, i propri stati di benessere/malessere il vissuto psichico della persona. Una psiche che ha nel rapporto corpo spazio, corpo ambiente sociale un proprio mediatore di input/output.

Lo Psicomotricista è quel soggetto deputato a decodificare questo linguaggio, un professionista che interpreta movimenti, sorrisi, silenzi per capire e che dietro una distonia motoria cerca di comprendere quale distonia psichica si celi. Ma come lo spontaneo linguaggio del corpo svela il disagio di un fanciullo alla stessa stregua l'offerta di gioco movimento personalizzato e strutturato può ridurre se non abbattere angoscianti barriere emotive, portando il soggetto a forme più contenute o alla scomparsa del malessere.



## **Dott.ssa Alessandra Boni**

**Psicomotricista**

**Dott.ssa Scienze e Tecniche Psicologiche**



**Dott.ssa Alessandra Boni** - Inizierò con un breve intervento teorico per una miglior comprensione di cosa consiste l'approccio psicomotorio alle difficoltà accennate in questo contesto formativo.

*Estratti dal video sulla Descrizione della Psicomotricità dell'Associazione Professionale Psicomotricisti Italiani:*

*“La psicomotricità, come si può ben comprendere analizzandone la definizione, intende mettere in relazione corpo e mente, questa disciplina si interessa della persona*

*che sia sana o con problemi attraverso lo studio del comportamento del corpo. La psicomotricità si interessa dei disordini psicomotori nel senso che, se nella persona è presente un disturbo psichico, questo si manifesta sul piano motorio. Lo psicomotricista è quindi un professionista del linguaggio non verbale. Il suo lavoro non è tanto ottenere un risultato sul piano cognitivo, ma è attraverso il corpo che è considerato un mediatore che si rapporta con il mondo che lo circonda. Lo psicomotricista, opera attraverso attività corporee specifiche atte a favorire l'espressività delle emozioni, facilitare l'espressione dei propri vissuti, lo sviluppo della comunicazione, per far ciò lo psicomotricista ha come tecnica specifica quella del dialogo corporeo”.*

**Dott.ssa Alessandra Boni** – Come avrete compreso osservando il video il concetto di base è che a volte il disordine psichico si traduce in una difficoltà a realizzare anche una particolare competenza, competenza che voi nelle vostre attività mettete alla prova.

Dal punto di vista psicomotorio vorrei fare un punto della situazione del concetto di corpo, in considerazione del fatto che il tecnico sportivo lavora sul corpo e con il corpo dei ragazzi a lui affidati.

Partiamo con il concetto che il corpo è alla base della strutturazione dell'IO, quindi il tecnico sportivo (TS), lavora su una materia che plasmata va a strutturare l'IO della persona, è di questo ne deve assolutamente essere consapevole il TS. Si tenga presente che per il fanciullo, l'esperienza sportiva è spesso la prima esperienza oggettiva dei suoi risultati, dei suoi successi o insuccessi. Il corpo precede ogni simbolizzazione, linguaggio, pensiero, questo sta a significare che il bambino prima ancora di poter parlare (comunicazione verbale), impara e comunica mediante il corpo, ricordate sempre che il corpo è il contenitore di molteplici componenti, sensomotorie, affettive, relazionali, cognitive, ecc., quindi quando si chiede una competenza al vostro atleta gli state chiedendo di mettersi in gioco con tantissime componenti e se anche una sola di queste un po' vacilla può darsi che la competenza che gli state chiedendo sia in realtà un po' fragile e lui abbia delle difficoltà.

In Psicomotricità si parla spessissimo di *"schema corporeo"* e *"immagine corporea"*.

Lo *schema corporeo* è dir io ho un corpo, ovvero la rappresentazione mentale che i bambini fanno di se stessi in ogni movimento che compiono ... ad esempio, voi gli state proponendo un qualunque esercizio fisico, equivale al chiedere loro di aggiustare secondo per secondo la rappresentazione mentale del loro corpo, che sia in movimento o che sia fermo, e di tener continuamente ben rappresentati nella loro mente tutti i singoli segmenti del proprio corpo deputati ad eseguire l'atto richiesto, ora se chiediamo ad un soggetto disprassico, che possiede uno schema corporeo alquanto compromesso, di eseguire una qualsiasi attività minimamente complessa in tempi brevi lo mandiamo in crisi proprio a causa del deficit rappresentativo del proprio corpo.

Lo *schema corporeo* lo si dà per macroscopicamente strutturato entro i primi sette anni di vita del fanciullo ora, a tal proposito, si deve tenere ben presente che il TS è un fornitore di proposte motorie tendenzialmente inusuali alla normale attività motoria richiesta nella vita quotidiana, considerando il fatto che lo *schema corporeo* è in continuo adeguamento in funzione agli accomodamenti che quel corpo deve attivare per adattarsi a nuovi e differenti stimoli, l'attività richiesta dal TS può essere utile per meglio strutturare uno schema corporeo in evoluzione continua quale è quello di un bambino.

L'*immagine corporea* è quella parte emotivo affettiva che si rileva durante il movimento, ed è secondo una definizione: "un processo intuitivo di organizzazione e di fantasmi inconsci che accompagnano le direzioni affettivo emotive fin dai primi anni di vita", già dalla lettura di questa definizione si comprende come l'*immagine corporea* sia il contenuto di tutto il bambino un esempio è quando il bambino arriva e vi dice "io non so fare niente" ... quella è la sua immagine corporea, ovvero come lui si vede dentro, ovvero le sue difficoltà che si riportano poi sul piano affettivo, relazionale, per le quale evitano i vari compiti in mille modi diversi, mettendosi a correre, con comportamenti evidenziando mancanza di controllo, con comportamenti di chiusura o a volte oppositivi. Un semplice salto o una capriola possono essere considerati di una difficoltà di esecuzione tale da innescare processi reattivi di fuga.

I Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA), sono delle difficoltà che non permettono il normale apprendimento delle competenze curriculari (leggere, scrivere, far di conto, ecc.), quello che dobbiamo sempre ricordare è che questi bambini posseggono un Quoziente Intellettivo (QI) nella norma, a volte addirittura sopra la norma, in caso contrario non sarebbero catalogati tra i DSA ma tra i soggetti con disabilità intellettiva (ritardo), questo è il vero problema per chi ha un bambino con queste caratteristiche nel proprio ambiente sportivo, il motivo è che questi soggetti si rendono pienamente conto delle proprie difficoltà ed ogni volta che proponiamo loro un esercizio che interpretano come complesso generiamo in loro un'ulteriore senso di frustrazione. Queste difficoltà interferiscono significativamente sia nel successo scolastico che al di fuori dell'ambiente curriculare. Teniamo la cosa in debita presenza in quanto sono questi i soggetti che, nello scarico delle loro frustrazioni, a volte risultano, anche in ambiente ludico motorio di difficile gestione (scappano, corrono, non prestano attenzione, disturbano), anche a fronte di una presunta semplice richiesta. Sono bambini che posseggono un'*immagine corporea* fragile, frammentata, conseguentemente non si percepiscono capaci, all'altezza della situazione.

Parliamo ora dei bambini *disprassici*, partendo dalla definizione di *prassia*: *capacità di compiere una serie di movimenti per se e per l'altro, intenzionali diretti ad uno scopo, in una sequenza ordinata in uno spazio e in un tempo logico, con causale in sintonia con l'emozione propria e altrui*. Questi sono bambini ai quali, se diamo dei materiali destrutturati come cerchie, cubi, coni, ecc., per far costruire a loro un percorso, il solo mettere in fila dei cerchi

è per loro difficile in quanto richiede, a livello cognitivo, una rappresentazione di quello che è il percorso da realizzare che per loro diventa complessa, sia la progettazione sia l'attivazione motoria della corretta sequenza gestuale necessaria per la costruzione del percorso. È come se i loro arti non seguissero ed eseguissero correttamente quanto da loro pensato e la cosa genera una frustrazione tale da generare un generale evitamento di tutto quanto venga percepito di difficile esecuzione (attività motoria, artistica, grafica, assemblaggi, ecc.). Si tenga presente che il bambino disprassico, con la sua goffaggine, con la sua incapacità esecutiva, viene spesso tenuto a distanza dai compagni che non lo accettano nei giochi in quanto considerato un handicap per il gruppo/squadra ed, ancor più spesso, preso in giro e/o soggetto a varie forme di bullismo fisico e/o verbale. Il soggetto disprassico evidenzia, dai primissimi anni di vita dei ritardi psicomotori che potrebbero mettere in allarme la famiglia. Segnali del problema possono essere ritardi nello stare seduto, nel camminare, nel parlare, che successivamente corrono in modo goffo e non fluido, imparano tardi ad andare in bicicletta o non riescono proprio ad imparare, ecc.

Tutto quello che richiede un coordinazione, ovvero compiere dei gesti finalizzati ad uno scopo in una logica spaziotemporale li mette in crisi. Anche l'atto motorio della scrittura occupa uno spazio tempo, ovvero corrisponde al coordinare un gesto fine motorio in un tempo, per produrre un segno grafico di significato predeterminato in uno spazio (quaderno), con una direzione definita mantenendo predeterminati spazi e sequenze.

Il lavoro principale dello psicomotricista è quello di cercare degli indicatori in merito alla "qualità" del movimento, ovvero si analizza la mimica, lo sguardo (molto spesso chi si sente giudicato tiene lo sguardo basso, non regge lo sguardo dell'altro, mostra paura nei riguardi della persona che li sta osservando), si verifica il tono muscolare (possono essere ipertonici, rigidi o, al contrario eccessivamente manipolabili), si osserva come usano gli oggetti, come regolano lo spazio tempo, il ritmo (il ritmo si evidenzia anche nel linguaggio, nei ritmi sonno veglia, spesso i bambini ADHD sono ipercinetici anche in fase di sonno e dormono poco). In questo tipo di osservazione si scoprono sia i limiti che le potenzialità, quest'ultime molto più importanti delle prime (soprattutto per i tecnici sportivi), in quanto servono per rinforzare nel ragazzo l'immagine corporea, il mostrare a lui che in qualcosa è capace, non è vero che non è in grado di fare nulla cosa che spesso egli lamenta), qualcosa di buono c'è e da lì bisogna partire. L'importante è

osservare tenendo in sospensione il giudizio, ricordando che ogni bambino è diverso da chiunque altro, ognuno con una sua storia, con le proprie esperienze di vita, tenendo altresì presente che chi più evidenza disturbi e/o disagio ha probabilmente una storia difficile alle spalle.

La dottoressa prosegue con la descrizione di due soggetti presentanti disturbo/disagio psicofisico comportamentale da lei presi in carico.

**Intervento di un tecnico:** il tecnico lamenta la scarsa collaborazione da parte dei genitori di bambini con problemi che spesso non dicono o peggio ancora tendono ad occultare le eventuali peculiari necessità del figlio, mettendo in difficoltà il tecnico sportivo che, ignaro del problema rischia di commettere errori nella modalità di offerta e di richiesta con il soggetto.

**Risposta Dott.ssa Alessandra Boni** – I genitori molto spesso fanno fatica a raccontare e raccontarsi con lo scopo di evitare eventuali stigmatizzazioni del figlio, soprattutto se questi presenta dei più o meno lunghi periodi di frustrazione in ambito sociale. Le problematiche vissute dal ragazzo e, conseguentemente, dalla famiglia escono molto spesso in la nel tempo, quando si viene a creare un rapporto di fiducia e di alleanza tra famiglia, ragazzo e tecnico sportivo. Prima di fidarsi il genitore deve essere sicuro di non essere giudicato da persone non a conoscenza delle reali dinamiche familiari.

**Dott. Maurizio Saravalli**  
**Chiusura**

Vorrei chiudere questa lunga giornata formativa cercando di creare un filo logico che metta in relazione tutti gli interventi fatti dai vari professionisti partecipanti all'evento.

Oggi abbiamo parlato di forme di disagio e/o disturbo che preoccupano ma non spaventano. Una diagnosi di ADHD è molto meno impattante di una diagnosi di TRISOMIA 21 (down), una diagnosi di DSA è preferibile a una diagnosi di Cri Du Chat, una certificazione BES è sempre preferibile ad un RITARDO COGNITIVO anche se lieve.

Il potere della parola è enorme, l'evidenza la vediamo con le parole *disagio* e *disturbo* che risultano essere molto meno spaventose della complessa parola *dis-abilità*, una parola composta da una parte finale positiva e un suffisso iniziale che ne capovolge il significato. Eppure, anche le prime due parole dovrebbero essere trattate con il dovuto rispetto ... ADHD, DSA, BES, a loro modo rappresentano forme di dis-abilità:

- L'ADHD evidenzia un dis-abilità nella gestione dei propri impulsi, nel controllo dei propri rapporti sociali, nella pianificazione e capacità di perseguire anche semplici obiettivi. Questa difficoltà o impossibilità mette a rischio il futuro personale del fanciullo immerso in un mondo che richiede, soprattutto, stabilità e prevedibilità.
- Il DSA evidenzia una dis-abilità nella comprensione di programmi curricolari, difficoltà nell'acquisire informazioni nel modo uniformato nel nostro sistema sociale mediante la lettoscrittura, problemi nell'interiorizzare il valore del numero, di elaborarlo in tutte le sue forme, di capire e gestire le quantità. Difficoltà non da poco se consideriamo che tutta la nostra conoscenza presente e futura si basa sul leggere, scrivere e far di conto. Per un DSA la prima dis-abilità concerne proprio nell'imparare ad imparare.
- Il BES evidenzia una complessità di dis-abilità, che possono comprendere le prime due per le cause più svariate: sociali, economiche, famigliari, patologiche, temporanee e permanenti. Una persona che evidenzia una dis-abilità nel sapersi adattare alle complesse richieste poste dal sistema sociale nel quale è immerso.

Tecnico sportivo, allenatore, maestro, ecc., ecc. .... non solo fornitore di stimoli motori, ma anche e soprattutto soggetto con l'importante compito di aiutare il fanciullo nella scoperta delle proprie capacità psicofisiche, persona in grado di aiutare il ragazzo a comprendere i propri limiti e, cosa ancor più importante, a far lui comprendere che questi limiti vanno alzati e nuovamente superati.

Il tecnico sportivo 3.0 è e deve essere un referente educativo, una sinapsi in una rete collaborativa formata da famiglia, scuola e sistema sanitario in grado di avvolgere il fanciullo ed aiutarlo nel suo divenire di Uomo o Donna domani.

*Si insegna una piccola parte di ciò che si apprende  
Sempre*

**Dott. Maurizio Saravalli**

#### **Staff Organizzativo ASD Budo Kwai**



**Antonio Basaglia**

**Marco Barbi**

**Maurizio Saravalli**

**Paolo Golfrè Andreasi**

**Sandro Saravalli**

**C'è chi ama ciò che fa  
Noi facciamo ciò che amiamo**