

**Progetto:**  
**Lo sport applicato ai disabili fisici**  
**Tesina finale**  
**di Maria Lazzara**  
**laureanda in Scienze della Formazione all'**  
**UNISU - Polo di Caltanissetta**  
**Master di Psicologia dello Sport**



Gli obiettivi da perseguire nell' ambito della Psicologia dello Sport, sono i seguenti:

- Facilitare l'adattamento psicologico richiesto da ogni disabilità;
- Aiutare il paziente ad adattarsi e a compensare le sue limitazioni;
- Infondere nell'allievo un senso di responsabilità per il suo futuro;
- Migliorare la forza fisica, l'equilibrio, la coordinazione, la flessibilità e la sicurezza;
- Insegnare delle attività ricreative;
- Migliorare la comprensione di una disabilità, con i suoi punti forti e i suoi punti

deboli.

Abbastanza semplice risulta mettere su carta un programma per organizzato, altrettanto non risulta essere metterlo poi in pratica; nascono così di continuo degli ostacoli anche in presenza di ottimi propositi. E' necessario ricordare che attività e programmi variano secondo l'età, il posto, la disabilità, il sesso, il personale, le strutture e le relazioni interdipartimentali.

Per riuscire nell'intento di aiutare un ragazzo disabile a trarre benefici da un programma terapeutico, è necessario un comitato di diversi operatori.

L'istruttore farà da coordinatore a tutto il comitato, il cui obiettivo principale è quello di indicare le linee per un programma di educazione fisica speciale in una scuola o in un distretto scolastico particolare.

Dovrà innanzitutto stabilire il numero di ragazzi da comprendere nel programma ed il tipo di disabilità da trattare. L'infermiere scolastico, invece, dovrà indicare i ragazzi che hanno dovuto sospendere temporaneamente la frequenza delle lezioni per sopravvenuti problemi medici; segnalare i problemi di postura, di obesità e di debolezza generale.

L'insieme dei dati raccolti vanno presentati al sovrintendente della scuola e/o al consiglio per l'educazione e dovranno contenere, comunque, tutte le informazioni che possono essere utili al programma.

Il programma risulterà avvantaggiato se coloro che vi partecipano sono in possesso di un titolo di formazione professionale (il master's degree), un'ulteriore preparazione universitaria in campo di specializzazione attinente, la partecipazione a seminari, conferenze e tirocinio pagato.

Quando i programmi coinvolgono più di una scuola, o più istruttori, è consigliabile nominare un direttore o un amministratore; quest'ultimo deve avere una qualifica superiore in educazione fisica speciale o in un campo della terapia e sarà responsabile della coordinazione delle attività, degli esercizi, dei programmi e del personale. Tutta l'amministrazione dipenderà dal suo ufficio.

Quando si dà avvio ad un programma terapeutico all'interno di un edificio scolastico, nulla deve essere lasciato al caso. Di fondamentale importanza sono gli spazi dove tale programma dovrà essere attuato. Un'area è idonea se possiede i seguenti requisiti:

- E' accessibili a maschi e femmine
- Il pavimento è sgombro e facile da pulire
- Spazio sui muri per l'applicazione di attrezzature
- Dispone di aree per svestirsi e per la doccia
- Ripostigli per attrezzature speciali nelle vicinanze
- Illuminazione, ventilazione e temperatura devono essere adeguate
- Accessibilità alle aree esterne.

Per ogni ragazzo disabile, inserito in un programma, deve esistere una cartella. Sulla copertina devono essere annotati il nome, l'età, il sesso e tutte le informazioni utili per poter lavorare con l'allievo. Un codice basato sui colori può indicare le varie condizioni mediche. Inoltre tale cartella dovrà contenere il permesso dei genitori e dei medici, i test, gli esercizi, le valutazioni ed altri dati concernenti il ragazzo. Regolarmente sulla cartella in questione verranno annotati gli eventuali progressi, la valutazione degli obiettivi del ragazzo, delle sue acquisizioni, dei punti deboli e di quelli forti.

Nessun conduttore ha il programma ideale per tutti i ragazzi: deve

continuare a sperimentare nuove tecniche e sempre differenti strade di approccio ai vari problemi.

Disabilità fisica

Se ci chiediamo quanti sono i disabili esistenti, non riusciamo a dare una risposta esaustiva. Si pensi che nei soli Stati Uniti ogni anno nascono circa 160.000 bambini con problemi fisici. A questi deve necessariamente aggiungersi il gran numero di persone paralizzate, mutilate o rese invalide da incidenti e da malattie e le migliaia di minorati mentali. Risulta dunque lampante che esiste un numero sconcertante di individui che necessitano di appropriati programmi terapeutici, riabilitativi e compensativi.

E' evidente che ben poche sono le possibilità di risolvere il problema se la società richiede le stesse prestazioni ad disabile e al cosiddetto uomo normale. Nel trattare con il soggetto disabile l'attenzione va inquadrata sulle qualità che egli ha in comune con le persone normali.

Il disabile, infatti, nonostante i suoi problemi ha le stesse esigenze di qualsiasi altro individuo; do vere e compito di ognuno di noi è prendere in considerazione le necessità del soggetto e venirgli incontro cercando sempre di salvaguardare la sua dignità e la sua integrità morale.

In definitiva i livelli di maturazione che portano a carriere soddisfacenti sono:

- a. L'accettazione
- b. Il successo
- c. La progressione
- d. La competenza.

La prima e importantissima cosa da fare prima dell'inizio di un qualsiasi trattamento, è ottenere il coinvolgimento della persona disabile; sembrerebbe cosa facile, ma in realtà così non è, proprio perché il soggetto in questione ha avuto poche esperienze sociali e spesso ha paura di partecipare a gruppi che non siano la sua famiglia.

Uno dei compiti fondamentali di chi si occupa di educazione fisica speciale e di ricreazione terapeutica è proprio quello di promuovere l'autoaccettazione e di infondere fiducia in modo da permettere al disabile fisico di sviluppare talenti e attività che compensino la sua disabilità.

Per quanto attiene al secondo punto, il successo, non è solo vitale ma deve essere ripetuto di frequente. Infatti il disabile ha bisogno, più della persona normale, che i suoi successi vengano riconosciuti.

Man mano che "assapora" il successo, il soggetto disabile, cercherà di svolgere compiti sempre più difficili e che richiedono uno sforzo sempre maggiore.

Tali sforzi possono essere valutati, sia quantitativamente che qualitativamente, dalla progressione (terzo livello) delle abilità acquisite, che dimostra dunque un aumento di competenza. Conseguenza di ciò è sicuramente l'accettazione da parte del gruppo, che permetterà al disabile di acquistare fiducia nella sua capacità di svolgere compiti più difficili.

Livello finale del processo di maturazione vocazionale è la competenza. In pratica, gli altri membri del gruppo acquisteranno sempre più fiducia in lui man mano che i suoi successi aumenteranno. Il disabile ottiene, così, riconoscimento e approvazione dai suoi compagni nello stesso tempo in cui

soddisfa la propria curiosità circa le sue possibilità di successo.

Come già detto in precedenza, a partire dalla seconda guerra mondiale, il gioco, lo sport e l'esercizio in genere per i disabili fisici hanno occupato uno spazio sempre maggiore, che si è andato ad integrare alla pratica medica. Tale spinta è venuta in parte dai programmi riabilitativi per i soldati feriti, in parte dalla necessità di tenere i combattenti nelle migliori condizioni psicofisiche e mentali possibili.

Il contenuto e l'esperienza dell'educazione fisica vengono divisi in cinque obiettivi parziali:

1) Organici: un corretto funzionamento dei sistemi corporei, in modo che l'individuo possa rispondere in modo adeguato alle richieste dell'ambiente, sono la base per lo sviluppo di abilità.

2) Neuromuscolari: il funzionamento dei sistemi nervoso e muscolare che rende possibili i movimenti desiderati.

3) Interpretativi: la capacità di esplorare, comprendere, scoprire, acquisire conoscenza, dare giudizi validi.

4) Sociali: l'adattamento di sé e degli altri attraverso l'integrazione dell'individuo nella società e nel proprio ambiente.

5) Emozionali: una risposta sana all'attività fisica grazie al raggiungimento di bisogni essenziali.

In questa sede, è opportuno precisare che chi lavora in questo campo in istituti educativi privati o pubblici viene di solito chiamato "educatore fisico speciale", chi lavora in un centro o in un ospedale "terapista della ricreazione". La ricreazione terapeutica è stata recentemente definita dalla National Therapeutic Recreation Society come *"un servizio speciale nella vasta area dei servizi ricreativi. E' un processo che utilizza i servizi ricreativi per un intervento finalizzato a qualche comportamento fisico, emotivo e/o sociale per portare un cambiamento auspicato in quel comportamento, e per promuovere l'accrescimento e lo sviluppo dell'individuo"*.

I programmi ricreativi comprendono una serie di attività, quali la drammatizzazione, il campeggio, la musica, l'artigianato, le attività fisiche, le collezioni e gli hobbies.

Obiettivo finale della ricreazione terapeutica e dell'attività fisica è un comportamento autonomo nel quale l'individuo possa muoversi liberamente. L'educazione fisica è soprattutto un mezzo per raggiungere un fine, mentre la ricreazione è invece spesso un fine in se stessa.

Gli specialisti di ricreazione terapeutica del Children's Rehabilitation Center dell'Università della Virginia, hanno messo insieme un sistema che hanno chiamato PTP (programma di terapia del paziente), al fine di identificare obiettivi terapeutici specifici. In particolare, tale sistema ha la funzione di registrare la valutazione iniziale e i suoi successivi progressi.

Il PTP, a seconda del singolo caso, può includere uno, due o tre dei seguenti piani di intervento:

1) Programma di appoggio: il cui fine è essenzialmente la stimolazione psicosociale. Infatti, cerca di aiutare il paziente ad abituarsi all'ambiente dell'ospedale, facendogli distogliere l'attenzione dalla sua malattia o disabilità, attraverso l'offerta di servizi ricreazionali, tempo libero e attività di gioco, sicuramente più piacevoli.

2) Programma di osservazione: tale programma non viene utilizzato per tutti i pazienti. Valuta la prestazione fisica del paziente, utilizzando attività ricreative strutturate o non strutturate, a volte mediante la somministrazione di test standardizzati. Ma le informazioni che si ricavano vengono per lo più utilizzate per dare consigli agli altri operatori, per il trattamento comportamentale, per l'inserimento nella scuola o per l'educazione dei familiari.

3) Programma di abilitazione/riabilitazione: il primo ha lo scopo di consentire al paziente, disabile fin dalla nascita, il miglior uso possibile delle sue abilità; il secondo, invece, tende ad insegnare o a restaurare la funzione dopo un trauma o una malattia. Tale programma, generalmente è importante per i pazienti a lungo termine ed ha come obiettivo primario quello di aumentare la resistenza, la forza e la mobilità dei singoli segmenti. La fase successiva del PTP è la relazione O (osservazione), la quale deve indicare aggettivi che descrivono la personalità del soggetto, le sue prestazioni, la partecipazione alla terapia e la sua eventuale risposta agli obiettivi prioritari definiti in precedenza.

L'ultima parte del PTP è il programma (P), il quale deve comprendere una breve precisazione del programma di trattamento e i suoi obiettivi a breve e a lungo termine.

Il primo specifica quello che il conduttore deve fare subito, durante il ricovero del paziente;

il secondo, invece, prevede gli interventi che andranno fatti dopo, quando il soggetto lascerà l'ospedale o il centro.

E' opportuno tenere in considerazione, prima dell'introduzione di un qualsiasi soggetto nel programma trattamentale, gli obiettivi ed i relativi mezzi per raggiungerli. In particolare occorre tenere presenti:

-I movimenti che il paziente con una particolar disabilità dovrà prevedibilmente imparare;

-I problemi specifici connessi con la sua disabilità.

I due ausili più comuni risultano essere, com'è noto, la carrozzina e le grucce, pertanto si fornisce qui di seguito un esempio di valutazione di due pazienti che sono entrambi inseriti in programmi di educazione fisica e ricreazione terapeutica.

#### ESEMPIO DI VALUTAZIONE DI UN PAZIENTE CHE USA LE GRUCCE

Il conduttore deve essere in grado di valutare la storia medica di tale paziente in trattamento di educazione fisica o rieducazione terapeutica. Alcuni seguiranno un programma che prevede l'alternarsi di stazione seduta e di cammino, passando parte del tempo seduti in carrozzina e parte camminando con le grucce; al riguardo saranno utili esercizi tesi a sviluppare i gruppi muscolari fondamentali per usare le grucce e/o migliorare la resistenza e l'equilibrio.

Il conduttore deve fare attenzione a tre aspetti fondamentali al fine di evitare un uso scorretto delle grucce:

- 1) Le condizioni delle grucce
- 2) La stazione eretta con le grucce
- 3) Il tipo di cammino con le grucce.

## ESEMPIO DI VALUTAZIONE DI UN DISABILE IN CARROZZINA

Il conduttore dovrà, esaminando attentamente la cartella clinica del paziente, identificare ogni piccolo problema: l'assunzione di medicine, il potenziale motorio, comprendere il significato e funzionale della sua lesione spinale l'atteggiamento degli arti inferiori, l'equilibrio del tronco, nonché la capacità di muoversi autonomamente.

Occorre sottolineare che il trattamento e le capacità potenziali del soggetto disabile variano a seconda della lesione e del grado muscolare. Infatti il conduttore deve riconoscere i disabili che possono sviluppare deformità da retrazioni (distrofia muscolare) o da spasticità (paralisi cerebrali).

Nei casi sopraccitati, per evitare di aggravare ulteriormente la situazione, per mantenere un buon allineamento posturale e per evitare il peggioramento di un'ipertonica muscolare, in carrozzina, si rendono necessari atteggiamenti corretti.

Estremamente importante è la verifica della capacità funzionale della carrozzina: le condizioni delle pedane, dei braccioli, dei freni e degli appoggi per il tallone; tutto ciò al fine di disporre di una carrozzina in buone condizioni e sicura che permetta al paziente di partecipare con successo alle attività fisiche.

Al Soggetto disabile che partecipa ad attività sportive è consigliato l'uso di una carrozzina diversa dalla sua abituale, e questo per due motivi essenziali:

- Una carrozzina per lo sport può essere economicamente più vantaggiosa, in quanto risparmia danni alla carrozzina dalla quale il paziente dipende quotidianamente;
- Una carrozzina disegnata apposta per lo sport specifico, adattata o modificata a seconda delle caratteristiche del singolo individuo, concede molte più possibilità di quanto non faccia una carrozzina normale.

Molto spesso, prima dell'inizio in palestra dell'attività fisica, si procede ad una seduta di riscaldamento, avente la finalità di sviluppare qualità come la resistenza e la forza, destinata ai tre grandi segmenti del corpo:

1. il tronco
2. gli arti superiori e le spalle
3. gli arti inferiori.

Uno dei contributi più eloquenti dell'intervento pubblico a favore dei ragazzi disabili, negli USA, è stata la promulgazione della legge pubblica 94-142 nel 1976 destinata all'educazione di tutti i ragazzi disabili. Tale legge stabilisce che per ogni ragazzo disabile deve essere improntato un programma terapeutico individualizzato, con lo scopo di far fronte alle specifiche necessità del soggetto in questione.

Si è più volte ripetuta l'importanza attribuita alla pratica di attività sportive, diritto di tutti e, nel contempo, scelta individuale, a patto che il soggetto non danneggi sé o gli altri.

Secondo l'American Medical Association, sono essenzialmente cinque le garanzie che assicurano la protezione contro un danno non necessario:

- A. Buon allenatore
- B. Attrezzatura idonea
- C. Buone condizioni generali
- D. Supervisione medica adeguata

E. Arbitro capace.

Compito essenziale del medico è quello di individuare le controindicazioni per i singoli sport e le singole disabilità. Controindicazione però, non significa necessariamente esclusione da uno sport, ma se il medico dovesse decidere in questo senso, nessuno dovrebbe disattendere questa decisione, è una responsabilità di tutti, obbligata e diretta.

Bibliografia e learning: da Tecniche Mediche - Prof. Impara

dell' Università Unicusano di Roma