

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

**DOTTORATO DI RICERCA IN**

**Scienze farmacologiche e tossicologiche, dello sviluppo e del movimento umano**

Ciclo XXVIII

**Settore Concorsuale di afferenza: Area 11/D2**

**Settore Scientifico disciplinare: M-EDF/01**

**L'educazione fisica e lo sport quali strumenti d'inclusione sociale e scolastica per giovani disabili e B.E.S.**

**Presentata da: Melissa Angela Milani**

**Coordinatore Dottorato**

**Relatore**

**Prof.ssa Patrizia Hrelia**

**Prof. Andrea Ceciliani**

**Esame finale anno 2016**

# INDICE

## Capitolo 1

### Inclusione scolastica

1.1 Analisi inclusione .....	5
1.2 Analisi inclusione scolastica internazionale .....	8
1.2 Definizioni di 'bisogni educativi speciali' e 'disabilità' in Europa .....	9
1.3 Partecipazioni alunni disabili nei contesti scolastici .....	10
1.4 Analisi inclusione scolastica in Italia .....	13
Note bibliografiche: .....	17

## Capitolo 2

### Stakeholder dell'inclusione

2.1 Stakeholder primari dell'inclusione scolastica.....	18
2.1.1 Docenti curricolari e di sostegno .....	18
2.1.2 Genitori .....	22
2.1.3 Compagni di classe .....	23
2.2 Stakeholder secondari dell'inclusione scolastica .....	24
2.2.1 Barriere architettoniche nella provincia di Bologna .....	24
2.2.2 L'inclusione in Educazione Fisica .....	27
2.2.3 Pediatra e neuropsichiatra infantile .....	31
2.3 Ricerca primaria Veneto .....	32
2.3.1 Ricerca partecipazione giovani disabili della scuola primaria in Veneto .....	32
2.3.2 Ricerca su Bologna .....	49
2.4 Conclusioni.....	65
Note bibliografiche .....	67

## Capitolo 3

### Sport e benessere

3.1 Benefici dell'educazione fisica e sportiva in giovani BES e in situazione di disabilità .....	72
3.2. progetti educazione fisica nazionali nella scuola primaria .....	74
3.2.1 Progetto Nazionale e miglioramenti competenze motorie nella primaria .....	77
3.2.2 Ricerca 'alfabetizzazione motoria' nella scuola primaria 2012/13 .....	78
3.3 Ricerca regione campione Emilia Romagna .....	82
3.3.1 Il Campione Effettivo .....	86
3.3.2 I risultati dei monitoraggi .....	88
3.3.3 Analisi dati Emilia Romagna.....	89
3.3.4 Risultati Campione Effettivo .....	93
3.3.4.1 Miglioramenti tra T1 e T2 nel campione reale .....	97
3.3.4.2 Miglioramento tra T1 e T2 nel campione effettivo.....	101
3.3.4.3 Miglioramento del numero di errori nel campione reale .....	104
3.3.4.4 Miglioramento del numero di errori nel campione effettivo .....	107
3.4 Analisi dei percorsi e degli aiuti utilizzati .....	110
3.4.1 Percorsi normali e percorsi adattati .....	111
3.4.2 Tipologia degli 'aiuti' .....	112
3.5 Conclusioni.....	115
Note Bibliografiche .....	123
Appendice .....	128

## Capitolo 4

### Preconcetto e inclusione

4.1 Introduzione .....	141
4.1.1 Atteggiamento.....	143
4.1.2 Stereotipo .....	145
4.1.3 Pregiudizio .....	148
4.2 Motivazione alla ricerca realizzata nel percorso di dottorato. ....	149
4.3 Ricerca pregiudizio nello sport e nella scuola.....	152
4.3.1 Partecipanti .....	152

4.3.2 Procedura .....	153
4.3.3 Strumenti .....	154
4.3.4 Analisi dati .....	157
4.3.5 Conclusioni .....	166
Bibliografia.....	170

## Capitolo 5

### Conseguenze dei risultati ottenuti nel dottorato per il proseguo della ricerca

5.1 Premessa .....	174
5.2 Avviamento sportivo presso le associazioni del territorio.....	175
5.3 Associazioni sportive accoglienti .....	175
5.4 Piano Regionale Prevenzione Emilia Romagna.....	176

# Capitolo 1

## Inclusione scolastica

### 1.1 Analisi inclusione

Negli ultimi trent'anni, chi si è trovato ad operare all'interno del mondo della disabilità ha assistito a una progressiva evoluzione della terminologia a essa riferita. Ciascun termine, utilizzato nel tempo, ha simboleggiato il modo con cui si definivano e interpretavano le persone interessate (handicappate, diversamente abili, persone con disabilità) o il pensiero teorico ed operativo che muoveva le politiche e le azioni a esse rivolte.

Così se negli anni '70 la parola chiave era *inserimento*, alla fine degli anni '80 si è passati a *integrazione* e da pochi anni, in maniera piuttosto esplicita grazie all'approvazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità<sup>1</sup>, che impone agli Stati firmatari di agire per la tutela dei diritti umani delle persone con disabilità, abbiamo assistito a una nuova interpretazione con l'introduzione del termine *inclusione*.<sup>2</sup>

Inizialmente la scelta del concetto di *inclusione* ha lasciato un po' sconcertati, perché sembrava rappresentare un passo indietro rispetto a quello di *integrazione*. L'analisi attenta del termine però, ha permesso di cogliere le potenzialità e la forza di questa prospettiva: l'*inclusione* riguarda tutte le persone (disabili o meno) e la condizione umana, la quale a sua volta può presentare difficoltà di vita e situazioni di disabilità.

Il concetto di *inclusione* conduce al riconoscimento di un diritto come forma di contrasto al suo opposto, l'*esclusione*, per affermare che le strategie e le azioni da promuovere devono tendere a rimuovere quelle forme di emarginazione sociale di cui le persone con disabilità soffrono nella loro vita quotidiana (Antia S.D., Sabers D. e Stinson M.S 2007): l'esperienza scolastica spesso vissuta ai margini della classe e non sempre supportata adeguatamente,

---

<sup>1</sup> New York, 13 dicembre 2006, ratificata dall'Italia con legge 3 marzo 2009, n.18

<sup>2</sup> [www.integrazionedisabilità/terminologia](http://www.integrazionedisabilità/terminologia), 21.07.2014

l'abbandono scolastico, il mancato apprendimento di competenze sociali e di vita, l'esclusione dal mondo del lavoro, le esperienze affettive spesso relegate all'ambiente familiare, una scarsa partecipazione alle attività sociali e di tempo libero.<sup>3</sup>

Il concetto di Inclusione non nega il fatto che ognuno di noi è diverso o non vuole negare la presenza di disabilità o menomazioni che devono essere trattate in maniera adeguata, ma sposta l'attenzione dell'analisi e di intervento dalla persona al contesto, per individuarne gli ostacoli e operare per la loro rimozione.

Il fine è promuovere condizioni di vita dignitose e un sistema di relazioni soddisfacenti nei riguardi di persone che presentano difficoltà nella propria autonomia personale e sociale, in modo che esse possano sentirsi parte di comunità e di contesti relazionali dove poter agire, scegliere, giocare e vedere riconosciuto il proprio ruolo e la propria identità.<sup>4</sup>

È evidente che ciò richiede - in primis da parte delle istituzioni, delle diverse realtà e degli operatori che si occupano di disabilità – lo sforzo di acquisire un pensiero e un approccio mentale aperto al cambiamento e al superamento di un'ottica d'intervento centrata sul rapporto 1 a 1. L'approvazione della già citata Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, impone agli Stati firmatari di agire per la tutela dei diritti umani delle persone con disabilità,

ovvero di considerare la disabilità non come una malattia (modello medico), ma come un rapporto sociale tra le caratteristiche delle persone e l'ambiente (modello bio-psico-sociale).

Un modo di pensare sancito prima dall'OMS e poi dall'ONU nell'art. 3 della Convenzione, dove tra i principi generali viene posta "la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società", interpreta l'inclusione come azione intrapresa per<sup>5</sup>:

- cambiare le regole del gioco e far sì che ogni persona, indipendentemente dalla propria condizione, non subisca trattamenti differenti e degradanti, ma abbia le medesime opportunità di partecipazione e coinvolgimento nelle scelte che la riguardano;
- agire nei confronti della società e dei territori per renderli inclusivi;

---

<sup>3</sup> [www.Anffas Ticino Onlus.it](http://www.Anffas Ticino Onlus.it)

<sup>4</sup> ibidem

<sup>5</sup> ibidem

- comprendere quanto l'ambiente sociale in cui si opera, le modalità per descrivere le situazioni e definire cosa è il problema, le rappresentazioni individuali e sociali, siano tutte determinanti nel costruire esclusione e disagio piuttosto che inclusione e benessere.

Siamo di fronte al rovesciamento di paradigma: *curare il territorio per curare le persone, andando oltre l'erogazione dei servizi alla persona.*

Sebbene la legislazione orienti le politiche educative in materia di inclusione, il contesto scolastico diviene il campo ove le diversità si incontrano, contaminando i modelli educativi e culturali, producendo cambiamenti importanti nel modo di vivere e pensare la scuola.

L'inclusione scolastica e sociale delle persone con disabilità è un processo lento, irto di barriere culturali da superare. Sebbene siano ancora molte le problematiche e le difficoltà da affrontare, negli ultimi anni questo tema sta assumendo maggiore importanza nelle politiche sociali. Questo processo in divenire è promosso e favorito dalle stesse persone con disabilità, impegnate ogni giorno a far sentire la loro voce rimarcando i loro diritti.

Tuttavia, permangono ancora tanti tabù, opinioni e idee scorrette che continuano ad alimentare atteggiamenti e pregiudizi nei confronti delle persone disabili. Ancora oggi purtroppo, come sottolinea Scianchi (2009, p.11),

*... l'handicap si impone immediatamente e in modo predominante nelle relazioni con gli altri. Chi è colpito da invalidità di frequente è percepito dal prossimo anzitutto, e spesso esclusivamente, come disabile. L'individuo è sempre esposto allo sguardo altrui, è stigmatizzato e considerato alla luce di un immaginario negativo e pietistico, che attraversa la nostra società da secoli.*

## 1.2 Analisi inclusione scolastica internazionale

Una stima ‘approssimativa’ degli alunni europei disabili attesta al 2% la quota che frequenta settori scolastici differenziati rendendo difficile stabilire, solo in base alla percentuale, i progressi raggiunti. Pur non essendoci cifre precise di riferimento, è possibile dire che ci sono stati molti passi avanti verso l’inclusione negli ultimi dieci anni. Ma la stima più credibile rivela, invece, un incremento lento e costante dell’inserimento delle persone disabili in settori scolastici differenziati, soprattutto nei paesi dell’Europa nord-occidentale.

La tendenza in atto nei paesi membri e nei paesi candidati all’ingresso nell’Unione è la realizzazione di politiche educative che inseriscono gli alunni disabili nelle scuole ordinarie garantendo agli insegnanti diversi tipi di sostegno in termini di staff aggiuntivo, materiali didattici, formazione in servizio e strumentazione tecnica.

In base alla politica di integrazione adottata sul proprio territorio nazionale, i paesi possono essere suddivisi in tre categorie:

- *Approccio unidirezionale*: riguarda i paesi in cui le politiche educative e le prassi di attuazione tendono ad inserire quasi tutti gli alunni nel sistema scolastico ordinario. Questa scelta poggia su una grande varietà di servizi incentrati sulla scuola. Esempi di tale categoria sono la Spagna, la Grecia, l’Italia, il Portogallo, la Svezia, l’Islanda, la Norvegia e Cipro.
- *Approccio multidirezionale*: riguarda i paesi le cui politiche presentano una molteplicità di approcci in materia di integrazione. Offrono una pluralità di servizi tra due sistemi scolastici (ordinario e differenziato). Esempi di tale categoria sono la Danimarca, Francia, Irlanda, Lussemburgo, Austria, Finlandia, Inghilterra, Lituania, Liechtenstein, Repubblica Ceca, Estonia, Lituania, Polonia, Slovenia.
- *Approccio bidirezionale* basato su due distinti sistemi educativi in cui inserire gli alunni disabili: o classi normali o classi speciali. In genere, la maggior parte degli alunni ufficialmente riconosciuta come ‘avente bisogni educativi speciali’ non segue il curriculum ordinario previsto dalla norma. Questi sistemi sono (o almeno erano fino a oggi) regolati da una legislazione specifica, con norme diverse dalla scuola ordinaria. Può essere difficile classificare un paese in base alla tipologia della politica di integrazione a causa dei recenti



cambiamenti. Per esempio, la Germania e i Paesi Bassi sono stati classificati come sistemi bidirezionali ma di recente si stanno muovendo verso l'adozione di un sistema multi-direzionale.

L'evoluzione delle politiche educative dei paesi, ovviamente, varia molto. La Svezia, la Danimarca, l'Italia e la Norvegia hanno scelto e applicato, fin dall'inizio della legislazione vigente, chiare politiche di integrazione. In questi paesi, le scelte legislative portanti sono state adottate anni fa e non si sono dunque verificati cambiamenti importanti nel corso degli ultimi anni. Invece, nella maggior parte dei paesi europei, si possono riscontrare notevoli innovazioni legislative, alcuni paesi hanno definito il sistema scolastico differenziato come una risorsa della scuola ordinaria, altri hanno decentralizzato la responsabilità, per l'accoglienza dell'alunno disabile, come in Finlandia (enti locali), Regno Unito, Olanda (autorità scolastiche locali), nella Repubblica Ceca e in Lituania<sup>6</sup>.

## **1.2 Definizioni di 'bisogni educativi speciali' e 'disabilità' in Europa**

Le definizioni e le categorie dei 'bisogni educativi speciali' e 'disabilità' variano a seconda dei paesi. Queste differenze rimandano alle norme amministrative, finanziarie e procedurali, senza descrivere le variazioni dell'incidenza del fenomeno e delle tipologie di disabilità presenti sul territorio nazionale. In quasi tutti i paesi, il problema dell'istruzione degli alunni disabili è affrontato con attenzione, ritenendo importante trasformare l'approccio medico al problema 'disabilità' in approccio educativo: un punto centrale che ha conseguenze sul sistema scolastico.

Allo stesso tempo, è chiaro che l'approccio educativo è molto complesso e i paesi incontrano difficoltà nella sua applicazione. Tuttavia la definizione della disabilità in termini di conseguenze scolastiche è stato discusso nella maggior parte dei paesi europei. Questi dibattiti

---

<sup>6</sup> Agenzia Europea e Rete Eurydice [www.european-agency.org](http://www.european-agency.org)

si sono svolti sulla base di una verifica dell'inserimento scolastico degli alunni al fine di potenziare l'adozione di una metodologia didattica adeguata.

### **1.3 Partecipazioni alunni disabili nei contesti scolastici**

Il confronto tra i paesi, attraverso indicatori quantitativi, è un'operazione molto complessa soprattutto nel campo dei bisogni educativi e delle prassi inclusive. Alcuni paesi presentano dati relativamente precisi, altri utilizzano una valutazione globale. Alcuni non offrono stime precise a causa del carattere decentralizzato del sistema scolastico. Le cifre variano notevolmente da paese a paese, alcuni paesi registrano presenze di studenti disabili nel processo scolastico dell'1% circa (Grecia), altri più del 10% (Estonia, Finlandia, Islanda e Danimarca). Queste differenze riflettono le diversità esistenti in ambito legislativo, procedurale, finanziario e attuativo. Naturalmente, non riflettono differenze dell'incidenza del fenomeno. Tutti i paesi, considerati come un unico insieme, collocano circa il 2% del totale degli alunni in età scolare in scuole o classi speciali a tempo pieno<sup>7</sup>. Alcuni paesi collocano meno dell'1% degli alunni in scuole o classi speciali, altri più del 6% (Svizzera).

I paesi dell'area nordoccidentale dell'Europa, in particolare, sembrano preferire con maggiore frequenza i settori formativi differenziati, all'opposto dei paesi dell'area sud europea e della penisola scandinava. Anche in questo caso, le differenze non possono essere facilmente attribuite a uno specifico gruppo di fattori politici o pratici, ma possono essere collegate alle caratteristiche demografiche.

Lo studio 'Integrazione in Europa: Provvedimenti per Alunni Disabili'<sup>8</sup> dimostra una forte correlazione tra le percentuali degli alunni inseriti in settori formativi differenziati e la densità della popolazione. La correlazione tra le due variabili risulta notevole: 0.60 (a N = 15), e tendente alla significatività (p=.05).

---

<sup>7</sup> ibidem

<sup>8</sup> European Agency for Development in Special Needs Education, Middelfart. 1998

In termini statistici, circa il 36% della variazione percentuale può essere spiegata dalla densità della popolazione. Questa correlazione, relativamente alta, potrebbe nascere dal fatto che nei paesi a bassa densità di popolazione, la separazione in scuole speciali presenta diversi svantaggi:

- spostamento a lunga percorrenza: gli alunni devono essere trasportati da una città all'altra;
- conseguenze sociali negative: i bambini sono tagliati fuori dal loro ambiente sociale e hanno meno tempo per fare amicizia nel vicinato;
- scuole speciali poco efficaci nelle aree a bassa densità demografica.

Nei paesi ad alta densità di popolazione, l'inserimento nel settore scolastico differenziato ha minori conseguenze negative:

- le distanze sono inferiori;
- gli effetti sociali sono relativamente contenuti;
- l'allestimento delle strutture assume un valore positivo in termini di costo-beneficio.

Le differenze riscontrate in materia di integrazione riflettono le variazioni nella densità della popolazione. Alcuni paesi hanno una lunga storia politica e pratica dell'integrazione, mentre altri solo di recente hanno cominciato ad attuare politiche educative a favore dell'inserimento nelle classi comuni.

La trasformazione degli istituti e delle scuole speciali in centri di ricerca è tendenza comune nei paesi europei. Molti documenti nazionali attestano la pianificazione, lo sviluppo o la creazione di centri di ricerca. Questi centri hanno nomi e compiti diversi. A volte sono denominati 'centri di conoscenza', altre volte 'specialistici' o 'di risorsa'. In generale, i loro compiti sono i seguenti:

- proporre corsi e formazione agli insegnanti e agli altri professionisti del settore;
- sviluppare e diffondere materiali e metodi didattici;
- sostenere le scuole e i genitori;
- offrire sostegno a tempo determinato o part-time agli studenti;
- favorire l'ingresso nel mercato del lavoro.

Alcuni centri hanno una sfera d'azione nazionale, soprattutto quando hanno un target specifico come possono essere, ad esempio, i disabili di lieve entità, altri hanno competenze più ampie e operano a livello regionale. Alcuni paesi hanno già messo a frutto l'esperienza dei

centri di ricerca (Austria, Norvegia, Danimarca, Svezia e Finlandia), altri stanno adeguando il sistema (Cipro, Paesi Bassi, Germania, Grecia, Portogallo e Repubblica Ceca). In alcuni casi, le scuole speciali sono obbligate a collaborare con il settore scolastico ordinario all'interno dello stesso bacino d'utenza (Spagna) o a fornire ambulanze e servizi specifici (Belgio, Paesi Bassi, Grecia, Inghilterra). Il ruolo delle scuole speciali, in termini di inclusione, è fortemente legato al sistema scolastico nazionale. Nei paesi in cui il settore differenziato è quasi del tutto assente, come in Norvegia e in Italia, esso assume un ruolo modesto (in Norvegia, già 20 delle precedenti scuole statali speciali sono state definite come centri di risorsa regionali o nazionali). Nei paesi in cui il sistema scolastico differenziato è relativamente ampio, le scuole hanno un ruolo attivo nel processo di inclusione. Qui la cooperazione tra il sistema scolastico differenziato e quello ordinario è fondamentale.

Molte sono state le polemiche riversare sul tema delle scuole speciali, minacciate dal processo di inserimento degli alunni nelle classi comuni (Belgio, Paesi Bassi, Francia per esempio). Queste polemiche sono conseguenza, più o meno diretta, di un sistema educativo speciale piuttosto sviluppato: da un lato, la collaborazione delle scuole speciali alla realizzazione del processo di integrazione è necessaria, dall'altro il processo stesso rappresenta un pericolo immediato. In questi paesi l'integrazione è difficile da realizzare, dato che il sistema scolastico ordinario è abituato a trasferire i propri problemi agli altri settori educativi, come le scuole speciali. Gli insegnanti specialisti e gli altri professionisti del settore, inoltre, si considerano esperti nel campo della disabilità e ritengono di soddisfare il bisogno e la sfida dell'inclusione.

In ultima analisi è necessario riflettere sul fatto che, le modifiche al sistema scolastico nazionale hanno conseguenze dirette sugli alunni. In breve, gli istituti educativi di base devono trasformarsi in strutture di supporto o in centri di risorsa per gli insegnanti, i genitori e gli altri professionisti. Il loro nuovo compito è sostenere la scuola ordinaria, sviluppare materiali e metodi didattici, raccogliere e diffondere informazioni a genitori e insegnanti, curare i rapporti tra le istituzioni, educative e non, coinvolte.

## 1.4 Analisi inclusione scolastica in Italia

L'Italia, pur essendo stata uno dei primi paesi ad introdurre attraverso specifiche norme l'integrazione degli alunni con disabilità in scuole e classi regolari fin dalla fine degli anni settanta, non ha ancora maturato una reale differenza concettuale tra *integrazione* e *inclusione*.

Nei paesi nei quali gli alunni con disabilità, che partecipano in classi regolari, rappresentano solo una parte del totale, come Germania (10%), Paesi Bassi (20%) o Stati Uniti (56%), esiste una netta distinzione dei concetti di integrazione e di inclusione:

- Il significato di **integrazione** presuppone l'esistenza di due gruppi distinti, persone senza e persone con disabilità, che grazie all'integrazione vengono unite.
- Il concetto di **inclusione** considera il gruppo di alunni unico, composto da molteplici esigenze e da bisogni diversi (bisogni educativi speciali), che include alunni con disabilità fin dal principio.

In questi ultimi decenni la normativa in merito all'inclusione, in Italia, ha sempre cercato di garantire a ogni persona in situazione di disabilità il diritto di frequentare qualsiasi scuola pubblica di ogni grado e ordine. Tuttavia, nonostante il forte quantitativo di leggi e decreti ministeriali, riguardo l'integrazione scolastica dei ragazzi disabili, spesso ci si trova di fronte difficoltà nell'individuare mezzi e risorse per poter attuare le leggi stesse.

Nell'Agosto del 2009 il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) ha pubblicato la Circolare Ministeriale sulle "*Linee Guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità*". La Circolare definiva l'integrazione scolastica come un "*processo irreversibile*", che "*non può adagiarsi su pratiche disimpegnate che svuotano il senso pedagogico, culturale e sociale dell'integrazione, trasformandola da un processo di crescita per gli alunni con disabilità e per i loro compagni a una procedura solamente attenta alla correttezza formale degli adempimenti burocratici*".

Inoltre, all'interno di questo documento venivano raccolte le problematiche relative al processo di integrazione in ambito scolastico e le proposte di intervento in tale campo, riconoscendo la responsabilità educativa del personale scolastico e ribadendo la necessità di

una corretta e puntuale progettazione individualizzata per l'alunno con disabilità, in accordo con gli Enti Locali, l'ASL e le famiglie.

Attualmente tutte le linee di indirizzo per l'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, grazie alla nuova normativa<sup>9</sup>, sono state sottoposte a riesame e rivalutazione attraverso delega al Governo per l'emanazione di un decreto legislativo sul miglioramento dell'inclusione scolastica che dovrà attenersi ai seguenti principi:

- Promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità e riconoscimento delle differenti modalità di comunicazione attraverso:
  - la ridefinizione del ruolo del personale docente di sostegno al fine di favorire l'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, anche attraverso l'istituzione di appositi percorsi di formazione universitaria;
  - la revisione dei criteri di inserimento dei ruoli per il sostegno didattico, al fine di garantire la continuità del diritto allo studio degli alunni con disabilità, in modo da rendere possibile allo studente di fruire dello stesso insegnante di sostegno per l'intero ordine o grado di istruzione;
  - l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni scolastiche, sanitarie e sociali, tenuto conto dei diversi livelli di competenza istituzionale;
  - la previsione di indicatori per l'autovalutazione e la valutazione dell'inclusione scolastica;
  - la revisione delle modalità e dei criteri relativi alla certificazione, che deve essere volta ad individuare le abilità residue al fine di poterle sviluppare attraverso percorsi individuati di concerto con tutti gli specialisti di strutture pubbliche, private o convenzionate che seguono gli alunni riconosciuti disabili<sup>10</sup>, che partecipano ai gruppi di lavoro per l'integrazione e l'inclusione o agli incontri informali;
  - la revisione e la razionalizzazione degli organismi operanti a livello territoriale per il supporto all'inclusione;
  - la previsione dell'obbligo di formazione iniziale e in servizio per i dirigenti scolastici e per i docenti sugli aspetti pedagogico-didattici e organizzativi dell'integrazione scolastica;

---

<sup>9</sup> Legge 107/ 2015 , la "Buona Scuola", comma 181 lettera c)

<sup>10</sup> Legge 107/ 2015, la "Buona Scuola", comma 181 lettera c)

- la previsione dell'obbligo di formazione in servizio per il personale amministrativo, tecnico e ausiliario, rispetto alle specifiche competenze, sull'assistenza di base e sugli aspetti organizzativi ed educativo-relazionali relativi al processo di inclusione scolastica.

b) Obbligo di indicare nel Piano dell'Offerta Formativa<sup>11</sup> (POF) criteri e strategie di accoglienza e realizzazione del diritto allo studio degli alunni con disabilità;

c) Accomodamento ragionevole.<sup>12</sup>

d) Istituzione di appositi ruoli per il sostegno didattico.<sup>13</sup>

e) Garanzia dell'istruzione domiciliare per gli alunni che si trovano in particolari condizioni.<sup>14</sup>

f) Garanzia della somministrazione di farmaci in orario scolastico agli alunni per i quali l'autorità sanitaria ne prescrive le modalità.

g) Garanzia dell'accessibilità dei prodotti informatici e dei servizi erogati in ambito scolastico.<sup>15</sup>

h) Individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni scolastiche, sanitarie e sociali necessarie a realizzare l'inclusione scolastica.

k) individuazione di indicatori idonei a valutare e auto-valutare la qualità dell'inclusione scolastica nelle singole classi, nelle singole scuole e nell'intero sistema di istruzione, nell'ambito del Regolamento sul Sistema Nazionale di Valutazione (S.N.V.) in materia di istruzione e formazione, approvato con decreto legislativo del 16 gennaio 2013, n.13.

Le problematiche sull'inclusione scolastica, affrontate nella L. 107/2015, come descritto nei paragrafi precedenti, sono tuttora motivo di approfondimento e studio, tanto da necessitare con D.M. 597 del 10 Agosto 2015 dell'istituzione dell'Osservatorio permanente per l'integrazione degli alunni con disabilità, questo istituto ha compiti consultivi, propositivi, di sperimentazione e innovazioni metodologico didattiche, il suddetto organismo è ulteriormente articolato in una Consulta delle Associazioni e in un Comitato Tecnico

---

<sup>11</sup> Il **Piano dell'Offerta Formativa**, ai sensi della legge italiana (ex art. 3 del D.P.R. n. 275/1999), è un atto che presenta le scelte pedagogiche, organizzative e gestionali della scuola di un determinato territorio, esplicitando le finalità educative, gli obiettivi generali relativi alle attività didattiche e le risorse previste per realizzarli

<sup>12</sup> art. 2 e art. 24 della Convenzione ONU ratificata con legge n. 18/2009;

<sup>13</sup> art. 13 del D.M. n. 249/2010;

<sup>14</sup> all'art. 12, comma 9 della legge n. 104/1992;

<sup>15</sup> legge n. 4/2004 e successive modificazioni ed integrazioni, legge n. 18/2009 e art. 9 della legge n. 221/2012;

Scientifico, con compiti di approfondimento delle problematiche, di elaborazione di proposte operative in materia di disabilità e con compiti di ricerca.

Il Comitato è composto da Dirigenti del MIUR, da docenti rappresentanti dei vari ordini di scuola, da docenti universitari di pedagogia, psicologia, neuropsichiatria, e vede tra i suoi componenti anche un rappresentante del Comitato Italiano Paralimpico a conferma che lo sport e l'educazione fisica sono riconosciuti dal Ministero dell'istruzione quali strumenti di rilevante importanza nell'inclusione dei giovani studenti disabili.

Il ruolo del docente di sostegno e curriculare con l'individuazione del percorso formativo più adeguato all'inclusione e al progetto di vita degli studenti disabili, il ruolo dei dirigenti scolastici, assieme a quello dei genitori e degli specialisti in neuropsichiatria infantile, sono i principali stakeholder dell'inclusione che il Comitato tecnico scientifico ha affrontato e che saranno ripresi e approfonditi nel prossimo capitolo.



## Note bibliografiche:

Antia S.D., Sabers D. e Stinson M.S (2007), Validity and Reliability of the Classroom Participation Questionnaire With Deaf and Hard of Hearing Students in Public Schools; in: *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, Volume12, Issue2, Pp. 158-171,

Agenzia Europea e Rete Eurydice [www.european-agency.org](http://www.european-agency.org)

Associazione Treelle, Caritas Italiana, Fondazione Agnelli (2011): Gli alunni con disabilità nella scuola italiana - Bilancio e proposte, Editore: Erickson 2011

G.U. Legge 107 del 13 luglio 2015 Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti.

Hintermair M., Lepold L. (2010): Partizipationserleben hörgeschädigter Kinder in der allgemeinen Schule – Eine Studie mit der deutschen Version des Classroom Participation Questionnaire (CPQ-D) *Empirische Sonderpädagogik*, 2010, Nr. 1, S. 40-63  
<http://www.psychologie-aktuell.com/fileadmin/download/esp/1-2010/hintermair.pdf>

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca: Piano dell'offerta formativa. Settembre 2009 // [www.istruzione.it/argomenti/autonomia/pof/default.shtml](http://www.istruzione.it/argomenti/autonomia/pof/default.shtml)

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca: *L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità nel sistema nazionale di istruzione*, Novembre 2011.

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca: *Linee guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità* Agosto 2009

Schianchi M. (2009), "La terza nazione del mondo. I disabili tra pregiudizio e realtà." Milano, Feltrinelli

## Capitolo 2

### Stakeholder dell'inclusione

#### 2.1 Stakeholder primari dell'inclusione scolastica

In questo capitolo si cerca di affrontare la questione dell' inclusione all'interno del luogo dell'educazione formale per eccellenza: la scuola pubblica.

La scuola è un'organizzazione complessa, nella quale sono presenti peculiarità difficilmente riscontrabili in altre organizzazioni simili (Aiello et al. 2005). Al suo interno il ruolo degli stakeholder, verso l'inclusione e la disabilità, influenza in modo significativo tutto il percorso inclusivo, come indicato nei numerosi studi che si sono concentrati su questo aspetto (Forlin, 2011, 2012; Ringlaben, Griffith, 2008; Avramidis, Sutherland, 2002; Kavale, 2002).

Per meglio comprendere le dinamiche del fenomeno inclusivo scolastico bisogna provare ad analizzare le innumerevoli variabili dettate dagli aspetti umani che caratterizzano le varie tipologie di relazione: *orizzontale* (tra pari, coetanei), *verticale* o *gerarchica* (dirigente/docente) e *circolare* (famiglia, ASL, servizi sociali) al centro del quale dovremmo immaginare la nostra idea di inclusione scolastica

##### 2.1.1 Docenti curricolari e di sostegno

Gli insegnanti, nello specifico, possono contribuire con i loro atteggiamenti a predisporre un terreno fertile sul quale possono proliferare comportamenti respingenti ed escludenti nei confronti del diverso o, di contro, possono predisporre uno spazio di educazione alle differenze, finalizzato a promuovere e diffondere la cultura dell'inclusione e l'acquisizione di metodologie e strumenti didattici da impiegare nella pratica dell'insegnamento nel rispetto delle pari opportunità e delle pluralità esistenziali.

La letteratura scientifica di riferimento non solo conferma questo duplice ruolo rivestito dal corpo docente, ma offre una fotografia delle loro rappresentazioni e dei loro atteggiamenti (Boyle et al. 2013; Forlin, 2012; Donnelly, Watkins, 2011; de Boer et al., 2010;).

Gli atteggiamenti positivi e sollecitanti degli insegnanti rappresentano uno dei più importanti fattori che determinano e agevolano i processi inclusivi (Sze, 2009; Winzer et al., 2000), mentre quelli di chiusura e rinuncia possono determinare una ferita nella relazione educativa (Campbell, Gilmore, 2003; Cook et al., 2000), generando nel discente con bisogni specifici scoraggiamento e sentimenti di rifiuto nonché di demotivazione.

Gli atteggiamenti negativi, inoltre, rendono meno efficaci le strategie didattiche e compromettono gli apprendimenti (Bender et al., 1995), alimentando un clima di segregazione ed esclusione (Darrow, 2009; Kavale, 2002). La relazione con gli alunni con disabilità, in ogni caso, disorienta e genera nei docenti paura e fragilità nonché sentimenti di compassione/evitamento o di iperprotezione/ingerenza (Daane et al., 2001).

Molti docenti, anche i più aggiornati, ritengono di non possedere le competenze necessarie e idonee per rispondere alle differenti esigenze degli studenti con disabilità (Lohrmann, Bambara, 2006; Shade & Stewart, 2001) e sovente, denunciano una mancanza di supporto da parte dell'istituzione scolastica in riferimento a dirigenti e personale scolastico (Snyder, 1999).

L'età anagrafica e gli anni di servizio dei docenti sono un'altra variabile significativa: i giovani mostrano atteggiamenti più accondiscendenti verso l'inclusione e la disabilità (Forlin, 2012; Cornoldi et al., 1998), ma, nel contempo, dichiarano di essere inesperti, mentre gli anni di servizio incidono positivamente sulla qualità della relazione e sull'efficacia degli interventi didattici. Di contro però, i docenti che da diversi anni si rapportano al mondo della disabilità e dello svantaggio risultano maggiormente esposti ad agenti stressogeni e sindrome di burnout (De Caroli, Sagone, 2008), in quanto la relazione risulta impegnativa e onerosa, dal punto di vista emotivo e didattico, nonché, sovente, spoglia di conquiste e progressi tangibili.

Lo stato emotivo dell'insegnante diviene elemento che condiziona l'inclusione scolastica dei giovani disabili quando, come nella sindrome del Burnout, porta a stati di affaticamento o frustrazione causata dalla devozione ad una causa che non ha portato al risultato atteso. I progressi raggiunti dal discente rappresentano una delle maggiori cause che incidono in modo

negativo sullo stato emotivo e sull'efficacia didattica del docente generando, in certe circostanze, abbandono o richiesta di trasferimento (Gersten et al., 2001) nonché transiti verso il ruolo curricolare.

Relazionarsi al “diverso/disabile” alimenta una serie di sensazioni e meccanismi: intimidisce, crea imbarazzo, alimenta la paura del fallimento e dell'incomprensione. Entrare in relazione con gli altri, nello specifico con una persona diversa da noi, significa negoziare parti di sé, mettersi in gioco, riconoscere i propri limiti e le proprie fragilità. Il processo di inclusione appare, in tal senso arduo, impegnativo e richiede inevitabilmente che il docente risponda alla molteplicità dei bisogni che emergono nel contesto scolastico, con una logica di self-empowerment e di educazione alla resilienza attraverso strategie di coping, di gestione e controllo dello stress. (Pinelli 2011)

I docenti sono i principali responsabili istituzionali dell'identificazione e inclusione didattica dei soggetti BES, senza però aver avuto gli strumenti per comprenderne i livelli di eterogeneità e le problematiche presenti in ogni scuola. (Gomez Paloma, 2014)

Gli insegnanti di classe svolgono un ruolo essenziale nel coinvolgimento degli alunni con bisogni speciali inseriti nella scuola ordinaria. Nella struttura organizzativa scolastica, ed in particolare nelle classi in cui sono presenti alunni con disabilità, l'opera del sostegno è affidata ad un insegnante specializzato interno alla classe. Il sostegno si rivolge agli alunni della classe e agli insegnanti, ma il centro dell'attenzione è l'alunno in situazione di disabilità, anche se la tendenza di questi ultimi anni è quella di coinvolgere, prioritariamente, nello sviluppo dell'attività educativa tutti gli insegnanti di classe. Nella maggior parte delle situazioni analizzate in Italia e all'estero il “sostegno” agli insegnanti è una tendenza ancora in corso di definizione, mentre il sostegno agli alunni è realizzato nella scuola con grande flessibilità in base alle risorse disponibili e ai bisogni delle persone disabili.

Nel panorama delle scienze sociali, la ricerca scientifica riporta interessanti dati raccolti su campioni di soggetti impiegati nelle c.d. helping professions, relativi alla crescente relazione di tale sindrome con diversi elementi che incidono negativamente sulla qualità della rappresentazione del ruolo professionale:

- “qualità percepita del clima relazionale” e la “rappresentazione del Sé lavorativo” (Licciardello, De Caroli, Castiglione e Mauceri, 2004);

- eccessiva idealizzazione della professione, da un lato, e l'espletamento di mansioni inadeguate alle aspettative dall'altro (Pellegrino, 2000);
- frequente abbandono riconducibile alla presenza di elevati livelli di burnout, insoddisfazione professionale con il progressivo distacco dall'utenza;
- significativo incremento nel turnover degli insegnanti, soprattutto tra quelli che esercitano la loro attività professionale con alunni disabili. Essi si avvertono più stressati, frustrati, incentivati ad abbandonare il proprio luogo di lavoro e, inoltre, inadeguati al compito (Cosgrove, 2000). Gli insegnanti tendono a giustificare tali condizioni psicologiche con la ridotta competenza maturata sul campo, la scarsa preparazione nella gestione di tali alunni (Male e May, 1997) e, in alcuni casi specifici, con il mancato supporto da parte di figure specializzate nel settore della disabilità (Williams e Gersch, 2004).

Conseguenza di questo quadro problematico è la carenza di insegnanti di sostegno nelle istituzioni scolastiche con significativi danni per gli stessi alunni con disabilità.

La tipologia ed il grado di disabilità degli alunni, oltre al prolungato contatto con gli stessi, incidono sul sentimento di self-efficacy degli insegnanti (Prochnow, Kearney e Carroll-Lind, 2000, Bailey e Plessis, 1998;): infatti, a contatto con alunni con disabilità sensoriali e fisiche e con moderate difficoltà nell'apprendimento, rispetto agli alunni con gravi disabilità intellettive e disturbi comportamentali, gli insegnanti avvertono un maggiore livello di competenza ed efficacia nel proprio intervento a sostegno di questi alunni. (Vianello e Moalli, 2001; Vianello, Lotto, Mega, Tedesco e Mognato, 1999).

Nella specificità italiana del docente di sostegno, potrebbe trovare accoglienza una prospettiva diversa da quella attuale, evolutiva rispetto al recente passato e all'attuale presente, ossia maggiormente rispondente ai contenuti della Direttiva Ministeriale sui BES e alle successive comunicazioni esplicative, integrative. (Dario Ianes 2014).

L'evoluzione dell'insegnamento di sostegno deve essere orientata ad una didattica maggiormente inclusiva, spostando l'impostazione sostegno centrica verso un coinvolgimento che comprenda tutti gli insegnanti curricolari, nelle responsabilità educative didattiche, affidando gli alunni in difficoltà/disabilità alla collegialità del Consiglio di classe al pari, se non in misura maggiore, degli alunni che non vivono una qualche forma di disagio.

L'idea è semplice: non affidare più agli insegnanti specializzati il sostegno agli alunni in difficoltà, ma utilizzare i docenti curricolari aiutati da un limitato numero di specialisti che offrono supporto a rotazione in tutte le classi dove è presente il disagio certificato, diagnosticato e da individuare. Solo in questa idea si potrà parlare di vera inclusione come reciprocità di scambi tra pari. Tale evoluzione trova anche in sintonia i processi integrativi tradizionalmente intesi, che però vanno elevati a un concetto d' inclusione maggiore (Cottini, 2014)

### **2.1.2 Genitori**

La maggior parte dei paesi registra un generale atteggiamento positivo sia dei genitori sia dell'opinione pubblica, verso l'integrazione nelle classi comuni dei ragazzi disabili, naturalmente, l'atteggiamento dei primi è determinato soprattutto dalle esperienze personali: laddove la scuola è in grado di offrire i servizi necessari, i genitori sviluppano presto un atteggiamento positivo verso l'integrazione (Pijl, Meijer, Hegarty, 1997).

In letteratura si evidenzia come la figura della madre divenga di fondamentale importanza nella valutazione del percorso inclusivo del figlio e intervenga nella partecipazione educativa sia con strumenti di supporto sia con un determinante ruolo nella stesura del PEI (Programmazione Educativa Individuale).

Frequentemente i genitori italiani lamentano che le indicazioni nazionali per i piani di studio individualizzati non risultano facilitare i processi inclusivi, da ricerche sviluppate in Australia (Elkins et al. 2003) i genitori percepiscono l'inclusione nelle classi regolari differentemente dal grado di disabilità o ritardo cognitivo del figlio, in particolare più è severa la disabilità più sono orientati a percorsi differenziati in classi speciali, ritenendo le competenze del corpo docente e la rigidità degli obiettivi curricolari incompatibili con l'inclusione dei propri figli, spesso sottolineano come i propri ragazzi siano ridicolizzati nelle classi normali

Nella discussione sull'integrazione e sull'inclusione i genitori degli alunni con disabilità pongono l'attenzione non è tanto sul problema della definizione della partecipazione nelle classi normali, quanto sulla qualità della partecipazione e sul successo scolastico.

### 2.1.3 Compagni di classe

Il ruolo dei coetanei nel processo inclusivo assume una valenza importantissima sia sul piano relazionale sia sul piano educativo, essi, infatti, possono rappresentare per l'insegnante una risorsa in grado di determinare rapporti solidali e di interazione nel gruppo (Cottini, 2004; Janney, Snell, 1996; Stainback, Stainback, 1990), e uno "strumento" didattico al servizio di tutti, nello specifico, dell'alunno con disabilità.

Pensiamo a quelle specifiche strategie – tutoring, cooperative learning, modeling – che non solo coinvolgono tutti, ma che utilizzano la "risorsa compagni" per raggiungere contemporaneamente risultati inerenti all'apprendimento e all'inclusione. Queste strategie, così come gli atteggiamenti propositivi degli insegnanti, trovano maggiore accoglienza in classi non molto numerose (Soodak et al., 1998) e non competitive.

Orientando il focus di interesse verso gli alunni con disabilità potremmo rilevare come la percezione della propria esperienza scolastica incida positivamente o negativamente nel processo di inclusione, infatti fin da bambino il disabile sperimenta nella vita quotidiana una serie di difficoltà che di frequente vengono vissute come situazioni di insuccesso e frustrazione; è comprensibile quindi che il disabile elabori una valutazione negativa delle proprie capacità, e strutturi una immagine di sé negativa come persona, un senso di impotenza frutto di un percorso negativo nel corso degli anni che si può trasformare, attraverso un circolo vizioso, in ulteriori difficoltà e fallimenti.

Il rischio che compiti e situazioni nuove vengano vissuti con una forte insicurezza per il timore del fallimento, richiama l'importanza della dimensione corporeo-motoria che può rappresentare una possibilità di successo sia per il disabile cognitivo sia per il disabile motorio-sensoriale. Il primo, in difficoltà sul piano cognitivo di astrazione, ha la possibilità di una esperienza vissuta, immediata e concreta, il secondo ha la possibilità di acquisire abilità nuove.

I giovani con disabilità a cui viene negata la possibilità di partecipare ad attività sportive accanto ai loro coetanei normodotati, tendono ad isolarsi, a maturare scarse abilità sociali (Richardson et al. 2001). Per tale motivo l'azione inclusiva si deve calibrare sulla partecipazione, cioè su tutto quanto va oltre il semplice "fare", ma esalta la relazione,

l'amicizia, l'interazione sociale e il gioco (Stahmer et al. 2003), in altri termini: la partecipazione. Solo un approccio partecipativo può rendere efficaci le attività inclusive grazie al senso di accettazione sociale e interdipendenza che si promuove nel gruppo classe, tra abili e disabile ( Specht et al. 2002) .

Downing and Peckham-Hardin (2007) hanno esaminato gli effetti dell'inclusione nei bambini con e senza disabilità in contesto scolastico e riportano che i bambini con disabilità severe sono risultati più felici, autonomi e motivati quando sono stati messi nella condizione di interagire con coetanei senza disabilità.

Diversi studi si sono concentrati sugli effetti dell'educazione fisica inclusiva sui normodotati, alcune di queste hanno registrato effetti positivi associati a studentesse (Panagiotou et al. 2008; Verderber et al. 2003; Slininger et al.,2000; Block, 1995; Tripp et al. 1995;) e su coloro che hanno esperienze con familiari o amici disabili (Block, 1995), mentre sono associati risultati negativi con coloro che hanno avuto contatti non strutturati con studenti disabili (Hutzler & Levi, 2008) e quelli che hanno livelli prestazionali più alti (Verderber et al. 2003).

## **2.2 Stakeholder secondari dell'inclusione scolastica**

### **2.2.1 Barriere architettoniche nella provincia di Bologna**

La normativa nazionale vigente<sup>16</sup> che riguarda l'accessibilità degli impianti pubblici alle persone disabili, definisce barriere architettoniche come *“qualsiasi elemento dell'ambiente costruito la cui presenza o mancanza limiti o impedisca lo svolgimento di una qualsiasi azione da parte di un qualsiasi soggetto, nelle varie situazioni di vita in cui esso può trovarsi (bambino, anziano, malato, paraplegico, donna incinta, non vedente, ecc.)”*.

---

<sup>16</sup> D.P.R. 503/96 art.2 comma 1, D.P.R. 380/2001 art.82 comma 6



La normativa stessa considera perciò *“accessibile qualsiasi luogo o oggetto che possa essere raggiunto e fruito in ogni sua parte da un qualsiasi utente, in modo autonomo e con il solo ausilio delle proprie capacità”*.

Per tale motivo, è necessario attuare degli interventi che permettano il superamento degli ostacoli quando si riscontra la presenza di barriere architettoniche in edifici e strutture pubbliche e private aperte al pubblico già esistenti. Questi interventi devono consentire l'uso indifferenziato a tutte le persone, disabili inclusi (es. rampe per agevolare l'utilizzo di carrozzine, ascensori, ecc.).

La normativa riguardante l'accessibilità è racchiusa quasi interamente nell'articolo 24 della Legge 104/92, che prevede l'eliminazione o il superamento delle barriere architettoniche: *“Per gli edifici pubblici e privati aperti al pubblico soggetti ai vincoli di cui alle leggi 1° giugno 1939, n. 1089, e successive modificazioni, e 29 giugno 1939, n. 1497, e successive modificazioni, nonché ai vincoli previsti da leggi speciali aventi le medesime finalità, qualora le autorizzazioni previste dagli articoli 4 e 5 della citata legge n. 13 del 1989 non possano venire concesse, per il mancato rilascio del nulla osta da parte delle autorità competenti alla tutela del vincolo, la conformità alle norme vigenti in materia di accessibilità e di superamento delle barriere architettoniche può essere realizzata con opere provvisorie, come definite dall'articolo 7 del decreto del presidente della repubblica 7 gennaio 1956, n. 164, nei limiti della compatibilità suggerita dai vincoli stessi”* (Legge 104, Art. 24, Comma 2).

L'abbattimento delle barriere architettoniche per garantire il pieno accesso dei disabili all'interno di opere pubbliche, si espande anche agli impianti sportivi, turistici e ricreativi. L'articolo 23 comma 2 della legge 104 prevede, infatti, la rimozione delle barriere architettoniche, affinché sia permessa *“l'accessibilità e la fruibilità delle strutture sportive e dei connessi servizi da parte delle persone handicappate”*. La realizzazione dei progetti di accessibilità e fruibilità delle strutture sopraelencate deve essere garantita dalle regioni, dai comuni e dal CONI (Comitato Olimpico Nazionale Italiano). Il comma 5 del presente articolo prevede inoltre che chiunque discrimini le persone disabili nell'esercizio di pubbliche attività, venga sanzionato attraverso il pagamento di una multa e con la chiusura dell'attività stessa da uno a sei mesi.

Tuttavia, non sempre queste norme vengono applicate appieno. Attraverso l'indagine svolta nelle scuole della provincia di Bologna, e che verranno descritte nei paragrafi successivi, è stato monitorato il grado di accessibilità dei luoghi dove viene svolta l'educazione fisica curricolare. Tale indagine ha evidenziato, come mostrano i grafici sottostanti (Fig. 1, Fig. 2), che nella maggior parte dei casi le palestre utilizzate per lo svolgimento delle lezioni di educazione fisica sono accessibili senza l'ingombro di alcun tipo di barriera; tuttavia una discreta percentuale (9% in provincia e 17% nel comune di Bologna) presenta barriere che non agevolano la partecipazione degli studenti disabili. È comunque d'obbligo evidenziare che, nonostante la presenza di alcune barriere (gradini, porte troppo strette, ecc.), in tutti i casi esaminati tali ostacoli non impediscono l'ingresso agli alunni disabili nelle medesime scuole. Questa situazione è garantita dal fatto che le barriere sono presenti in istituti dove vengono accolte le iscrizioni di studenti che non hanno problemi di tipo motorio.

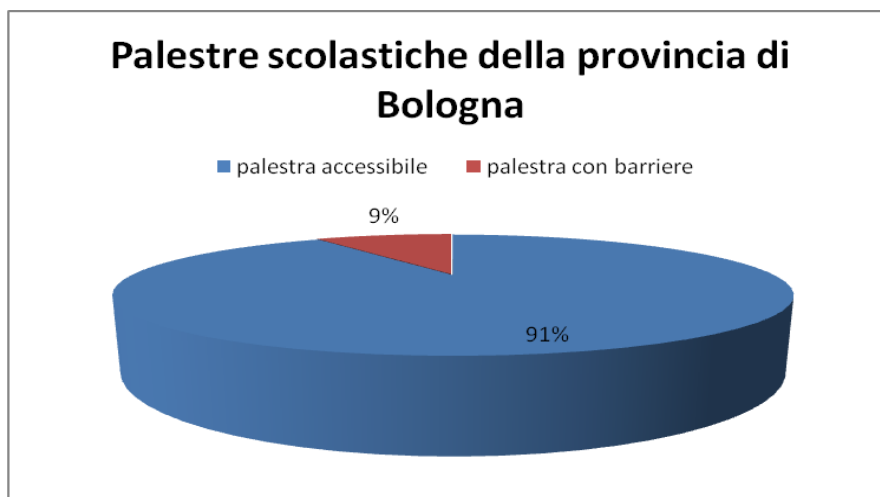


Figura - 1

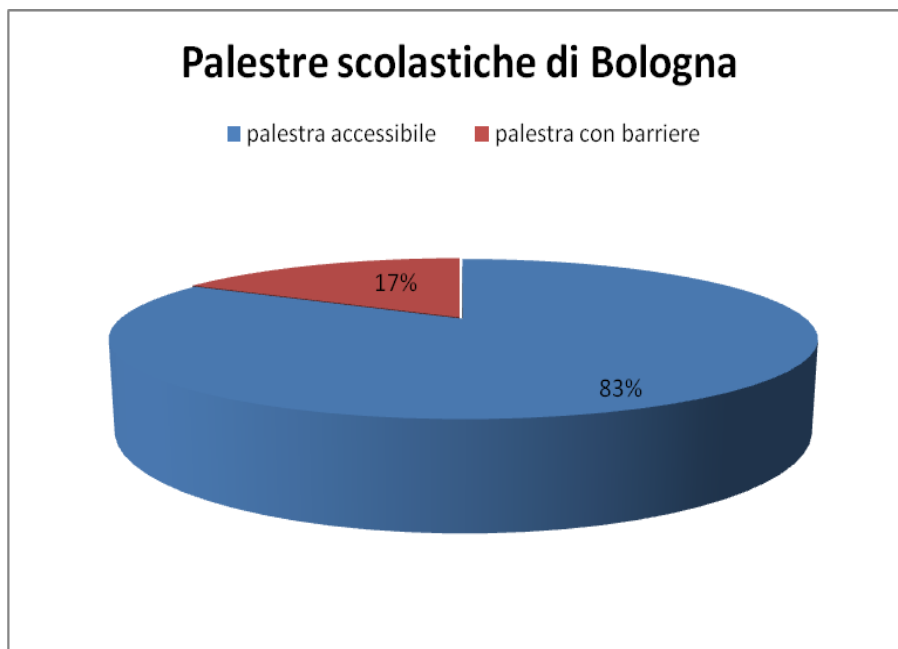


Figura - 2

### 2.2.2 L'inclusione in Educazione Fisica

L'educazione fisica scolastica può giocare un ruolo importante nell'inclusione dei ragazzi disabili (Goodwin e Watkinson 2000), senza effetti negativi sui coetanei senza disabilità (Faison-Hodge & Porretta, 2004; Obrusnikova et al., 2003), e con effetti positivi per la crescita degli uni e degli altri (BAALPE, 1996). Allo stesso modo, la pratica sportiva porta a dare fiducia a tutte le persone in qualsiasi condizione esse si trovino, per rimettersi in gioco trovando nello sport un mezzo di valorizzazione e di espressione (Michelini, 2010).

L'effettiva inclusione per gli studenti con disabilità, durante le ore di educazione fisica scolastica è ancora in via di sviluppo in molti paesi europei (O'Brien, 2011), le problematiche più frequentemente rilevate sono da addebitarsi a difficoltà nella formazione degli insegnanti rispetto alla conoscenza e uso consapevole delle pratiche inclusive rivolte agli studenti disabili. Per preparare questi insegnanti dobbiamo essere abili a misurare e capire le loro

attitudini verso l'inclusione e la disabilità (Hodge *et al.* 2004). Spesso, infatti, un sentimento di apprensione li pervade all'idea di inserire studenti disabili nelle ore di educazione fisica di classe, non sapendo come fare a includere e motivare l'intero gruppo. Altro problema si collega a una professionalità docente basata su forti radici conservatrici (certezza della didattica)<sup>17</sup>, piuttosto che sull'impegno a produrre strategie educative orientate all'inclusione (Evans, 2004).

A conferma di tale assunto, pare, che l'anzianità di servizio e anagrafica incidano sugli atteggiamenti inclusivi espressi dall'insegnante, infatti i più giovani e con minori anni di servizio hanno atteggiamenti più inclusivi rispetto ai colleghi "anziani" (Cornoldi et al., 1998), pur manifestando difficoltà nella gestione dello stress causato dalla discrepanza tra il lavoro profuso e i progressi del disabile (Nichols e Sosnowsky, 2002) e presentando più frequentemente la tendenza a lamentare desiderio di abbandonare (Kyriacou e Sutcliffe, 1979) e/o modificare la loro attività professionale (Billingsley, 2004).

Il microsistema educativo, viceversa, impegna in egual modo, ciascuno per il suo ruolo, insegnanti, genitori, studenti in una interazione che dovrebbe facilitare il movimento inclusivo nella scuola (Hunt & McDonnell, 2007). Gli insegnanti in particolare (curricolari, di sostegno, di educazione fisica), hanno un ruolo fondamentale nel percorso inclusivo del bambino disabile, per l'offerta di proposte educative che valorizzino sia le competenze curricolari sia le competenze trasversali (sociali, emotive, organizzative) (Hanrahan et al. 1990). L'esaltazione delle competenze trasversali diviene un strumento che unisce i vari docenti, e che può facilitare l'individuazione delle attitudini personali piuttosto che focalizzare le criticità nell'acquisizione dei saperi disciplinari.

---

<sup>17</sup> Per certezza della didattica si intende la tendenza dei docenti a non modificare o aggiornare le strategie educative consolidate negli anni e riproposte, anno dopo anno, agli studenti con cui entrano in contatto.

L'educazione fisica e sportiva offre allo studente l'opportunità di esprimere e comunicare attraverso la corporeità il proprio essere, non solo come fotografia delle esperienze vissute, ma anche come espressione dei processi educativi, formativi e apprenditivi.

Il 21 novembre del 1978 l'Unesco approva la Carta Internazionale per l'Educazione Fisica e lo Sport, che afferma: “la pratica dell'educazione fisica e dello sport è un diritto fondamentale per tutti. Ogni essere umano ha il diritto di accedere all'educazione fisica e allo sport, che sono indispensabili allo sviluppo della personalità<sup>18</sup>”. Inoltre, secondo l'art. 2 della Carta Europea dello Sport, per sport si intende “qualsiasi forma di attività fisica che, attraverso una partecipazione organizzata o non, abbia per obiettivo l'espressione o il miglioramento della condizione fisica e psichica, lo sviluppo delle relazioni sociali o l'ottenimento di risultati in competizioni di tutti i livelli<sup>19</sup>”.

Molti studiosi, oggi, considerano lo sport - inteso come “strategia dell'educazione al movimento” - uno degli elementi fondamentali ed essenziali per favorire il processo di inclusione.

Tuttavia il percorso che ha portato all'integrazione dei disabili nell'ambito sportivo non è stato così semplice. All'inizio l'agonismo sportivo era vietato alle persone disabili, in quanto la loro condizione fisica “non rispondeva ai canoni di armonia”. Infatti i primi disabili ai quali venne data la possibilità di partecipare alle gare, in categorie appositamente predisposte, furono i sordomuti negli anni '20. La guerra fu un pretesto per avviare all'agonismo anche altri tipi di disabilità, infatti, alla fine della II guerra mondiale, il numero considerevole di invalidi spinse il neurochirurgo inglese Sir Ludwig Guttmann del Centro di riabilitazione “Spinal Injuries Unit” di Stoke Mandeville a proporre un'attività sportiva ai lesionati midollari come terapia. Questa iniziativa fu di esempio al resto dell'Europa e in Italia il primo a vedere lo sport come terapia fu il dottor Antonio Maglio, grazie al quale nel 1960 si tennero le prime Paralimpiadi a Roma. Maglio aveva intuito che diverse discipline sportive, come il nuoto, la pallacanestro, le corse in carrozzina, ecc., erano in grado di prolungare l'aspettativa

---

<sup>18</sup> Cfr. S. Ghirlanda, *Sport per tutti... spazio ai disabili*, Tirrenia-Pisa, Edizioni del Cerro, 2003, p.55 – A. Magnanini, *Educazione e movimento*

<sup>19</sup> Cfr. voce «Sport», A. Magnanini, *ErrePi*, n. 20/2001, cit. – A. Magnanini, *Educazione e movimento*

di vita dei pazienti, di garantire uno stato di salute migliore e favorire l'inserimento sociale dei portatori di handicap, permettendo loro di ritrovare la propria identità.

Inizialmente in Italia fu l'INAIL a promuovere, sostenendo il lavoro di Maglio, lo sport per disabili, fino a che nel 1974 non si costituì l'Associazione Nazionale Sport Paraplegici Italiani (ANSPI), allo scopo di promuovere lo sport come mezzo di recupero e di salute per ogni individuo; è così che inizia ad intravedersi una nuova accezione di sport quale diritto per tutti i cittadini disabili.

Nel '78 l'ANSPI si costituì come Federazione Italiana Sport Handicappati (FISHa) e nel 1981 ottenne l'adesione al CONI. Successivamente si assistette alla nascita di altre federazioni come la FICS (Federazione Italiana Ciechi Sportivi) e la FSSI (Federazione Sportiva Silenziosi Italiani), che nel 1990 si unirono in un'unica federazione, la FIDIS (Federazione Italiana Sport Disabili).

Grazie a questo accorpamento le disabilità fisiche, sensoriali, intellettive e relazionali ricevettero pari dignità. Questo susseguirsi di eventi portò alla nascita del C.I.P. (Comitato Italiano Paralimpico) nel 2005 quale confederazione delle federazioni sportive paralimpiche. Il ruolo dello sport paralimpico assume la dignità e il riconoscimento di ente pubblico nell'Agosto del 2015.

Come affermano le definizioni citate all'inizio del paragrafo 3.5, lo sport e l'educazione fisica sono fondamentali per lo sviluppo psicofisico e per le relazioni sociali, due ambiti di estrema importanza nell'integrazione dei disabili.

Negli anni si è compreso che lo sport ha la capacità di unire, di aggregare le persone. Bisogna, tuttavia, ricordare che è l'educazione allo sport, cioè lo sport vissuto lontano dalla dimensione professionistica, e non lo sport basato sull'agonismo e la competizione, che porta i benefici di cui si sente spesso parlare. Infatti, sport inteso nella sua prima accezione rischia di portare all'effetto opposto di quello che si prefigge l'educazione, cioè alla discriminazione, anziché all'integrazione. È su questo che ci si deve basare per promuovere l'integrazione degli alunni disabili a scuola.

Come viene affermato dalle *Linee Guida per le attività di educazione fisica, motoria e sportiva nelle scuole secondarie di primo e secondo grado*, stilate dal MIUR nell'agosto del 2009, lo sport richiede alla persona di mettersi in gioco in modo totale e lo stimola a trovare

gli strumenti e le strategie per affrontare e superare le proprie difficoltà. Questa affermazione si riferisce a chiunque, disabile o normodotato.

La scuola ha il compito di sviluppare la cultura sportiva in questo senso, affinché nei ragazzi, in particolare quelli delle scuole secondarie, si sviluppi un senso civico che permetta di migliorare l'aggregazione, l'integrazione e la socializzazione tra di loro e nei confronti di tutti. L'educazione fisica deve mirare alla partecipazione attiva di tutti gli alunni: non basta far entrare il disabile in palestra; è necessario dare a tutti la possibilità di essere protagonisti.

### **2.2.3 Pediatra e neuropsichiatra infantile**

Ai sensi dell'art. 1 della Legge 7 febbraio 1958 n. 88, l'insegnamento dell'educazione fisica è obbligatorio in tutte le scuole e negli istituti di istruzione secondaria. Però, nell'art. 3 della stessa legge si prevede: *“Il capo d'Istituto concede esoneri temporanei o permanenti, parziali o totali per provati motivi di salute, su richiesta delle famiglie degli alunni e dopo aver eseguito gli opportuni controlli medici sullo stato fisico degli alunni stessi.”* Occorre tener presente che deve valutarsi attentamente l'esonero in questione specie se totale, potendosi spesso rilevare anche attività pratiche in cui possano essere coinvolti sia gli alunni normodotati che coloro che presentano delle disabilità. Per esempio, attraverso il principio del c.d. “tandem”, in cui tra gli allievi si pongono in essere dei meccanismi di compensazione tra diverse abilità e stimoli attrattivi.

In merito alla certificazione si deve sottolineare che serve a preservare alunni che siano in condizioni patologiche tali da mettere in pericolo la propria salute, condizione che raramente si presenta in soggetti disabili, non essendo la disabilità una affezione patologica. Però ancora troppo spesso i medici associano il termine disabilità a patologia certificando l'esonero dall'educazione fisica con motivazioni sanitarie inesistenti o ingiustificate, come è stato documentato nella provincia di Novara, dove i dirigenti scolastici hanno ritenuto opportuno sottoporre gli esoneri dei pediatri al servizio di Medicina dello sport dalle cui risultanze la maggior parte degli esoneri era inammissibile.

Ora che risulta ancora più evidente la funzione preventiva dell'educazione fisica e sportiva, rispetto alle patologie metaboliche e cardiocircolatorie, si auspica una maggior attenzione nel documentare la necessità di esonero dall'attività fisico-sportiva.

## **2.3 Ricerca primaria Veneto**

In base alle risultanze evidenziate dalla letteratura, è stata realizzata una ricerca riferita alla situazione dei disabili in riferimento al loro coinvolgimento scolastico nelle attività di educazione fisica. Tale studio, per le collaborazioni in atto e la particolare sensibilità verso le problematiche stesse, è stato realizzato nella regione Veneto.

### **2.3.1 Ricerca partecipazione giovani disabili della scuola primaria in Veneto**

Il metodo

Per lo svolgimento dell'indagine è stato realizzato un questionario inviato attraverso la posta elettronica istituzionale ai dirigenti scolastici, che a loro volta hanno coinvolto docenti interessati all'area motoria.

I questionari, debitamente compilati, sono stati poi rispediti al mittente via mail o fax all'ufficio regionale scolastico del Veneto e/o alla mail istituzionale del Comitato regionale Paralimpico, per essere raccolti ed elaborati per la ricerca.

Procedure e partecipanti

Con la collaborazione dell'ufficio scolastico regionale del Veneto è stato somministrato un questionario ai referenti dell'attività motoria delle scuole primarie della Regione.

Su un totale di 219.784 studenti della scuola primaria 11.625 sono in situazione di disabilità, i questionari sono stati distribuiti a 401 scuole, di queste 211 hanno aderito allo studio su base volontaria. Lo studio era teso a misurare la partecipazione dei bambini con



disabilità della scuola primaria alle lezioni di educazione fisica<sup>20</sup> e le cause di un'eventuale mancata partecipazione.

## Strumenti

Somministrazione del questionario quantitativo diviso in 4 parti:

1. Item relativi alle caratteristiche dell'istituto di riferimento in relazione a un possibile censimento. Una serie di domande era relative al nome dell'istituto comprensivo, del plesso scolastico, del luogo, della città e della provincia di ubicazione. Una seconda serie di domande era riferita al numero dei bambini disabili presenti nella scuola (nel rispetto al diritto alla privacy) e la loro distinzione per tipologia di disabilità (Fisico-motoria, Intellettivo-relazionale, Sensoriale), per sesso (maschi e femmine) e per classe di appartenenza (1°, 2°, 3°, 4°, 5°); la presenza di eventuali progetti specifici per i soggetti disabili presenti a scuola, ed adesione a progetti sportivi di enti locali, CONI, CIP e MIUR.

2. Nella seconda parte del questionario si entra nel merito del Piano Offerta Formativa dell'istituto, delle ore di educazione fisica, e la relativa partecipazione dei bambini disabili prendendo in considerazione il grado di partecipazione (molto, abbastanza, poco, per niente) per specifica disabilità (Fisico-motoria, Intellettivo-relazionale, Sensoriale); infine item tendenti a esplorare i motivi dell'eventuale scarsa partecipazione alle ore di educazione fisica degli studenti disabili presenti, distinguendo gli stakeholder dell'inclusione che intervengono in questo processo.

3. Nella terza parte si entra nel merito delle ore di educazione fisica previste dal MIUR negli anni scolastici 2012/13 e 2013/14. Per l'anno scolastico 2012/13 le domande erano relative alla partecipazione della scuola alle ore di Alfabetizzazione Motoria, al numero di classi coinvolte, alla presenza di bambini disabili e, per ultimo, alla partecipazione attiva dei bambini disabili alle ore di Alfabetizzazione Motoria. Per l'anno scolastico 2013/14 invece le domande erano riferite ai progetti di Educazione Fisica nella scuola primaria sempre previsto dal MIUR, con le medesime finalità già viste sopra. In aggiunta il questionario chiedeva conto

---

<sup>20</sup> La dicitura Educazione Fisica, nella scuola primaria, rispetta il nome che la disciplina ha acquisito nelle Indicazioni Nazionali per il Curricolo del 2012.

delle problematiche per cui gli eventuali bambini disabili, presenti nelle classi in cui era attivato il progetto, non partecipassero attivamente.

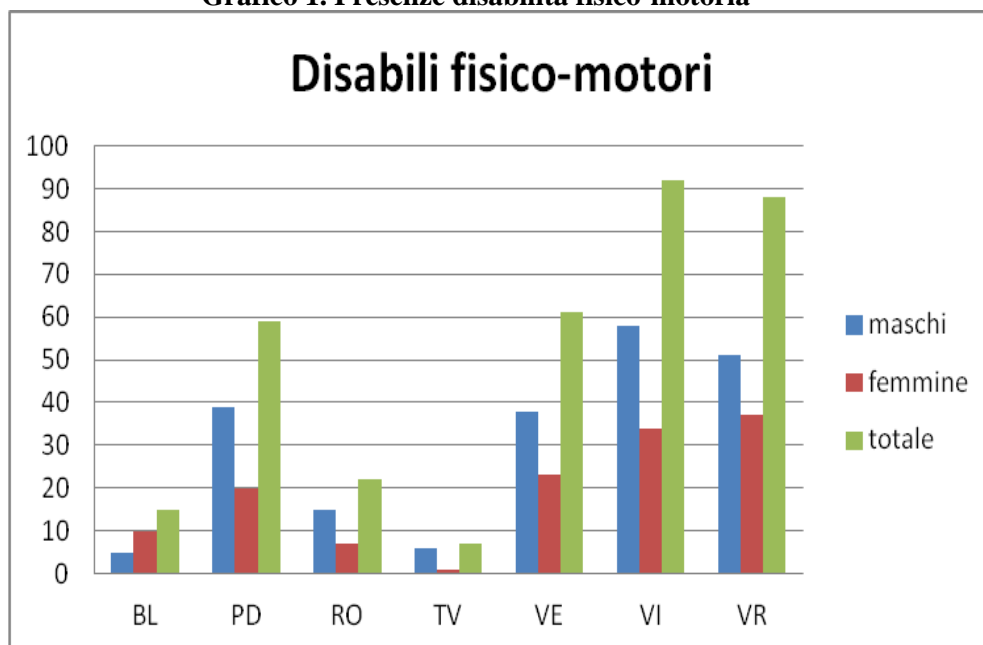
4. Nella quarta ed ultima parte si cercava di comprendere quale grado di competenze si riconoscessero al docente nell'utilizzo dell'educazione fisica quale strumento utile all'inclusione e quale bisogno formativo l'insegnante richiedesse per aumentare le competenze in merito all' inclusione dei soggetti disabili durante le ore di attività motoria.

Tabella 1 - Istituti comprensivi coinvolti

	totali	aderenti	%
<b>BL</b>	24	15	62,5
<b>PD</b>	70	39	55,71
<b>RO</b>	22	13	59.1
<b>TV</b>	66	7	10.6
<b>VE</b>	66	45	68,18
<b>VI</b>	77	49	63,63
<b>VR</b>	76	43	56,58
<b>TOT</b>	<b>401</b>	<b>211</b>	<b>52,65</b>

▪ Nell'anno scolastico 2013-14 le scuole primarie (sotto il nome di Istituti comprensivi) presenti nella Regione Veneto erano complessivamente 401 ai quali sono stati inviati i questionari attraverso il rispettivo ufficio scolastico provinciale di educazione fisica. Di questi istituti comprensivi (tabella 1) hanno aderito alla raccolta dati una percentuale mediamente superiore al 50% (52,65% per la precisione) tranne in un'unica provincia (la provincia di Treviso) che, nonostante i ripetuti solleciti, non ha aderito causa sciopero del personale docente come già anticipato nella presentazione del questionario.

**Grafico 1. Presenze disabilità fisico-motoria**



**Grafico 2. Disabilità intellettivo/relazionale**

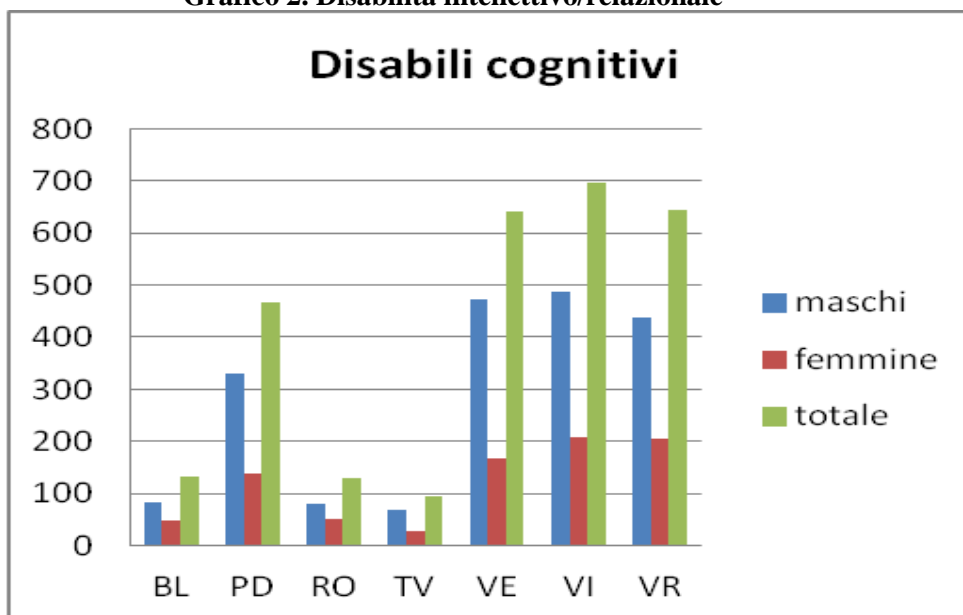
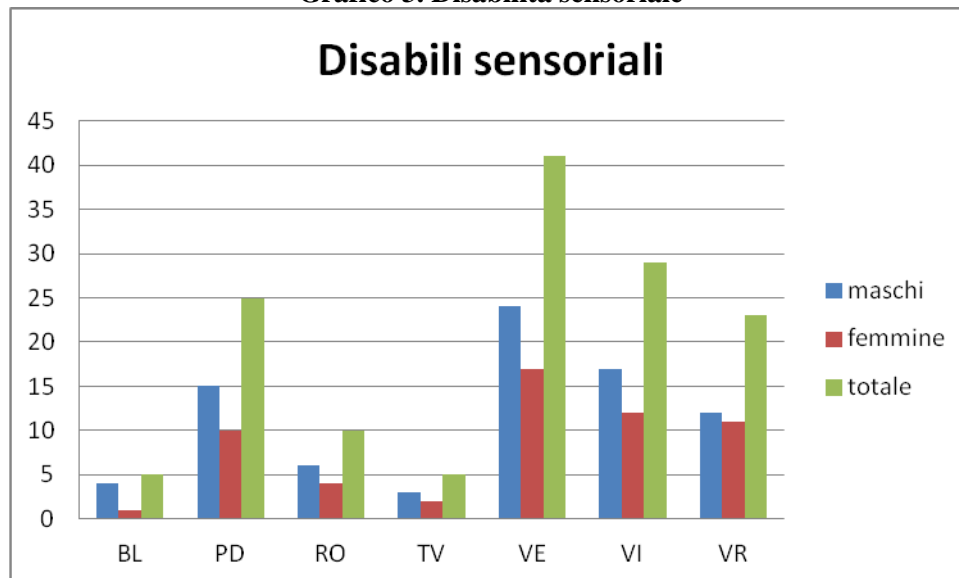


Grafico 3. Disabilità sensoriale



▪ Risultano presenti censiti 344 disabili fisico-motori (graf.1), 2806 disabili intellettivo-relazionali (graf.2) e 138 disabili sensoriali (graf.3); i dati mostrano come nella scuola primaria siano la stragrande maggioranza i soggetti con disabilità intellettivo-relazionale. La disabilità fisico-motoria è presente con casi gravi di disabilità certificati con ridotto residuo funzionale quali esiti di PCI<sup>21</sup>. Altro punto da prendere in considerazione è l'elevato numero di disabili intellettivo relazionali che si potrebbe spiegare con la confusa e lunga fase di certificazione che li riguarda con il rischio di inglobare anche bambini non ancora certificati e semplicemente di difficile gestione comportamentale.

▪ La percentuale maggiore di disabilità è relativa ai maschi con numeri quasi doppi rispetto alle femmine nella disabilità fisico-motoria, appena superiore di qualche decina per la disabilità sensoriale, e di gran lunga superiori al doppio per la disabilità intellettivo-relazionale.

---

<sup>21</sup> PC (**Paralisi Cerebrale Infantile**), un disturbo persistente, ma non progressivo della postura e del movimento, dovuto ad alterazioni della funzione cerebrale infantile prima che il sistema nervoso centrale abbia completato il suo sviluppo

▪ La provincia con la maggior presenza di soggetti disabili fisico-motori e intellettivo-relazionali risulta essere Vicenza mentre risulta Venezia per quanto riguarda i disabili sensoriali.

Domanda 3 – progetti presenti

Esistono nella scuola progetti motori/sportivi specifici per gli alunni con disabilità?

**Tabella 2** Progetti motori specifici

<b>Provincia</b>	<b>si</b>	<b>No</b>	<b>TOT</b>
<b>BL</b>	3	25	28
<b>PD</b>	6	100	106
<b>RO</b>	1	32	33
<b>TV</b>	1	10	11
<b>VE</b>	10	84	94
<b>VI</b>	5	109	114
<b>VR</b>	4	81	85
<b>TOT</b>	<b>30</b>	<b>422</b>	<b>471</b>

▪ Nella stragrande maggioranza delle scuole primarie censite e vorrei dire quindi della regione Veneto, non sono previsti dei progetti di attività sportiva o motoria specifici per ragazzi disabili (tabella 2) se non in casi estremamente sporadici.

▪ Nei casi di istituti che hanno nella loro programmazione progetti specifici per soggetti disabili vengono considerati progetti sportivi-motori dei percorsi di ippoterapia, musicoterapia, psicomotricità, e acqua-terapia; la chiave quindi è sempre legata a proposte terapeutiche e non di inclusione vera e propria.

Gli alunni con disabilità Fisico-Motoria (tabella 3), cognitivo-relazionale (tabella 4) e sensoriale (tabella 5) partecipano alle ore di Ed. Motoria previste dal POF?

**Tabella 3** Presenze disabilità fisico-motoria in educazione fisica

	<b>molto</b>	<b>abbastanza</b>	<b>poco</b>	<b>Per niente</b>	<b>TOT</b>
<b>BL</b>	4	3	1	7	15
<b>PD</b>	17	12	12	18	59
<b>RO</b>	4	9	1	8	22
<b>TV</b>	2	1	0	4	7
<b>VE</b>	16	15	6	24	61
<b>VI</b>	18	19	5	50	92
<b>VR</b>	12	18	8	50	88
<b>TOT</b>	<b>73</b>	<b>77</b>	<b>33</b>	<b>161</b>	<b>344</b>

**Tabella 4** Presenze disabilità cognitivo-relazionale in educazione fisica

	<b>molto</b>	<b>abbastanza</b>	<b>poco</b>	<b>per niente</b>	<b>TOT</b>	<b>missing</b>
<b>BL</b>	20	3	1	7	<b>31</b>	102
<b>PD</b>	60	29	5	11	<b>197</b>	270
<b>RO</b>	23	6	0	4	<b>67</b>	62
<b>TV</b>	8	1	0	5	<b>13</b>	82
<b>VE</b>	63	25	5	2	<b>172</b>	470
<b>VI</b>	83	22	2	2	<b>189</b>	507
<b>VR</b>	52	26	6	3	<b>140</b>	504
<b>TOT</b>	<b>309</b>	<b>112</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>809</b>	<b>1997</b>

**Tabella 5** Presenze disabilità sensoriale in educazione fisica

	<b>molto</b>	<b>abbastanza</b>	<b>poco</b>	<b>Per niente</b>	<b>TOT</b>
<b>BL</b>	4	1	0	0	5
<b>PD</b>	12	3	0	10	25
<b>RO</b>	4	3	0	3	10
<b>TV</b>	1	1	0	3	10
<b>VE</b>	23	8	1	9	41
<b>VI</b>	15	4	3	7	29
<b>VR</b>	8	7	2	6	23
<b>TOT</b>	<b>67</b>	<b>27</b>	<b>6</b>	<b>38</b>	<b>138</b>

Domanda 5- Se gli alunni con disabilità Fisico-Motoria non partecipano alle ore di Ed. Fisica, puoi indicare il motivo?

- Esplicito documento sanitario.
- Richiesta dei genitori.
- Difficoltà a raggiungere palestra o impianto sportivo.
- Difficoltà di gestione per problemi comportamentali.
- Impossibilità di garantire un rapporto individualizzato .

**Tabella 6** Motivo mancata partecipazione disabile fisico-motorio

	Doc.	Gen	Barriere	Comp	Indiv	Altro	Tot
BL	0	0	0	0	0	0	0
PD	2	1	1	1	1	5	11
RO	0	0	0	0	0	1	1
TV	1	0	0	0	0	0	1
VE	7	1	1	4	0	8	21
VI	3	1	0	1	4	9	18
VR	3	1	2	0	2	8	16
<b>TOT</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>31</b>	<b>68</b>

**Tabella 7** Motivo mancata partecipazione disabile cognitivo relazionale

	Doc.	Genit	Barriere	Comp	Indiv.	Altro	Tot
BL	0	0	0	2	0	0	2
PD	1	1	1	4	0	0	7
RO	0	0	0	0	0	0	0
TV	0	0	0	0	0	0	0
VE	1	0	0	5	1	4	11
VI	0	0	0	7	0	2	9
VR	0	0	0	4	2	26	32
<b>TOT</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>3</b>	<b>32</b>	<b>61</b>



**Tabella 8** Motivo mancata partecipazione disabile sensoriale

	Doc.	Genit	Barriere	Comp	Indiv	Altro	Tot
BL	1	0	0	0	0	0	1
PD	1	0	0	0	0	0	1
RO	0	0	0	0	0	0	0
TV	0	0	0	0	0	0	0
VE	0	0	0	0	0	1	1
VI	0	0	0	1	0	0	1
VR	0	0	0	0	1	0	1
TOT	2	0	0	1	1	1	5

- Questa domanda mette in luce quali sono le difficoltà che si incontrano nelle scuole primarie per fare partecipare all'attività motoria gli alunni con disabilità;
- Risulta quindi che la maggior causa di mancata partecipazione all'attività scolastica di educazione fisica per gli allievi con disabilità fisico-motoria sia dovuto ad esplicito documento sanitario (questo a confermare la tesi esposta in precedenza).
- Risulta invece ancora molto radicata la pratica, vissuta personalmente, di escludere i ragazzi con disabilità intellettivo-relazionale per motivi comportamentale, per mancanza di supporto o di difficoltà di gestione in genere.
- Per quanto riguarda la partecipazione dei soggetti con disabilità sensoriale la partecipazione è praticamente totale se non in singoli casi in cui o è presente un documento sanitario per giustificare la partecipazione o un paio di casi isolati che non vengono coinvolti sempre per la difficoltà di gestione, in questo caso, probabilmente si tratta di soggetti con disabilità multiple.

Nella domanda successiva abbiamo provato ad indagare sulla partecipazione delle istituzioni scolastiche ai Progetti presentati dal CONI nazionale. Ed in particolare è stato chiesto:

- In quante classi è stato attivato nello scorso anno scolastico (2012/13) il progetto di Alfabetizzazione Motoria?

- In quante delle classi dove era attivo lo scorso anno scolastico (2012/13) il progetto di Alfabetizzazione Motoria, erano presenti degli alunni con disabilità?
- Quanti alunni con disabilità hanno partecipato al progetto di Alfabetizzazione Motoria nell'anno scolastico 2012/2013?

**Tabella 9.** Classi con progetto di Alfabetizzazione

	1	2	3	4	5	TOT
BL	18	17	14	16	15	80
PD	81	78	78	78	80	395
RO	10	12	11	11	10	54
TV	13	10	11	10	11	55
VE	50	46	41	37	33	207
VI	38	39	34	33	35	179
VR	48	48	49	45	47	237
<b>TOT</b>	258	250	238	230	231	1207

**Tabella 10.** Alunni nelle classi aderenti al progetto di Alfabetizzazione

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>TOT</b>
<b>BL</b>	10	9	11	10	6	46
<b>PD</b>	27	30	29	50	24	160
<b>RO</b>	4	5	7	11	9	36
<b>TV</b>	8	6	3	8	7	32
<b>VE</b>	24	21	32	23	19	119
<b>VI</b>	16	19	18	18	16	87
<b>VR</b>	20	21	28	23	27	119
<b>TOT</b>	109	111	128	143	108	599

**Tabella 11.** Alunni presenti Alfabetizzazione Motoria

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>TOT</b>
<b>BL</b>	12	11	15	11	11	60
<b>PD</b>	28	35	36	57	28	184
<b>RO</b>	4	5	8	16	7	40
<b>TV</b>	9	8	4	11	10	42
<b>VE</b>	34	33	46	26	23	162
<b>VI</b>	18	23	19	28	25	113
<b>VR</b>	22	25	33	34	32	146
<b>TOT</b>	127	140	161	183	136	747

Questa è probabilmente la domanda che maggiormente lascia interdetti:

- Considerando i dati forniti dall'ufficio regionale del MIUR che cita un numero di classi primarie statali presenti nelle rispettive province, BL 519, PD 2079, RO 541, TV 2252,

VE1818 ,VI 2225 e VR 2191, risultano attivate e partecipanti alle ore di alfabetizzazione motoria nell'anno scolastico 2012/13 un numero esiguo di classi rispetto alla reale totalità.

- Confrontando con quelli che sono i dati raccolti dal questionario (la percentuale media del 60% di partecipazione al censimento) le classi in cui sono state attivate le ore di alfabetizzazione motoria nell'anno scolastico 2012-13 risultano essere pochissime.
- Se invece consideriamo il numero di istituti comprensivi si evidenzia come la partecipazione è maggiore, a significare che le ore di alfabetizzazione attivate negli istituti erano di specifico utilizzo di una sezione o di qualche classe in una sezione.
- A fronte di questo ragionamento risulta che i soggetti con disabilità hanno partecipato alle ore previste di alfabetizzazione motoria in numeri molto ridotti in quanto non frequentanti nella maggior parte dei casi le classi in cui erano attivate le ore di alfabetizzazione motoria.

Nell'anno successivo il CONI in collaborazione con MIUR e CIP ha proposto un progetto con meno ore frontali e distribuite in un arco di tempo maggiore.

#### Domanda 7 – Educazione fisica della scuola primaria

In quante classi è stato attivato nell'attuale anno scolastico (2013/14), il progetto di Educazione Fisica nella Scuola Primaria?

In quante classi, coinvolte nel progetto Educazione Fisica nella Scuola Primaria, sono presenti degli alunni con disabilità?

Quanti alunni con disabilità partecipano al progetto di Educazione Fisica nella Scuola Primaria?

Tabella 12. Educazione fisica nella scuola primaria

	1	2	3	4	5	TOT
BL	19	17	19	19	18	92
PD	73	77	76	75	77	378
RO	13	13	13	12	13	64
TV	20	19	19	19	19	96
VE	56	60	56	51	57	280
VI	42	44	38	36	37	197
VR	55	55	53	56	58	277
TOT	278	285	274	268	279	1384

Tabella 13. Classi con alunni disabili aderenti al progetto 2013/14

	1	2	3	4	5	TOT
BL	6	7	13	9	11	46
PD	31	38	41	41	45	196
RO	5	6	5	5	9	30
TV	6	10	16	13	12	57
VE	20	29	29	33	41	152
VI	17	20	18	25	22	102
VR	18	34	38	49	53	192
TOT	103	144	160	175	193	775

Tabella 14. Alunni presenti al progetto educazione fisica

	1	2	3	4	5	TOT
BL	6	8	16	13	22	65
PD	39	48	58	58	59	262
RO	5	9	7	7	14	42
TV	8	10	17	17	16	68
VE	20	31	33	39	51	174
VI	27	33	26	27	35	148
VR	19	45	46	68	74	252
TOT	124	184	203	229	271	1011

Ragionamento analogo può riferirsi alla domanda n.7:

- Complessivamente sono state attivate più classi per le ore del progetto di Educazione Fisica nella scuola primaria rispetto alle classi attivate con alfabetizzazione motoria (tab. 9 e 12), ma le classi attive risultano essere comunque poche se considerata la loro totalità a livello regionale.
- A fronte di questi numeri positivi, riferiti al Progetto Educazione Fisica nella scuola primaria, risulta che in molte classi aderenti ai progetti non siano presenti ragazzi disabili, o presenti in scarso numero, a confermare come il livello di inclusione anche nello scorso anno scolastico sia stato piuttosto basso (grafico.4).

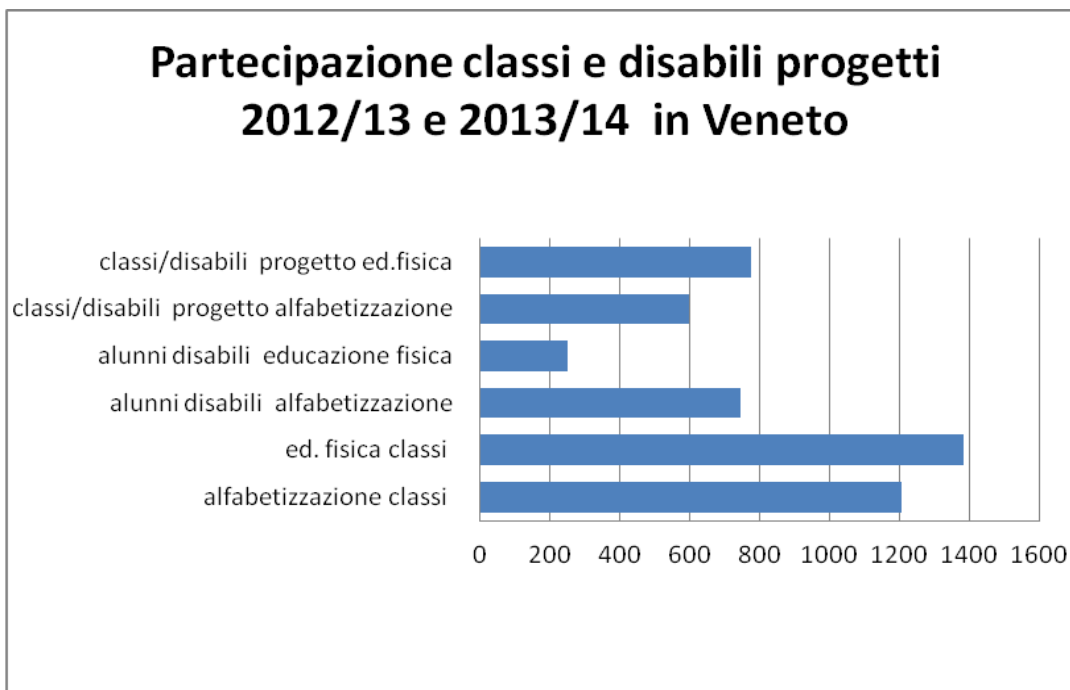


Grafico - 4

Dopo analisi dei dati sulla partecipazione dei ragazzi con disabilità ai progetti abbiamo cercato di comprendere quali fossero gli elementi di criticità che portavano ad una riduzione delle potenzialità inclusive dell'educazione fisica, proponendo ai docenti le domande qui di seguito espresse:

- Come docente di riferimento sente la necessità di approfondire e/o aumentare le competenze nell'ambito dell'Attività Motoria Adattata?
- Come docente di riferimento sente la necessità di frequentare un corso di aggiornamento specifico nell'ambito dell'Attività Motoria Adattata?

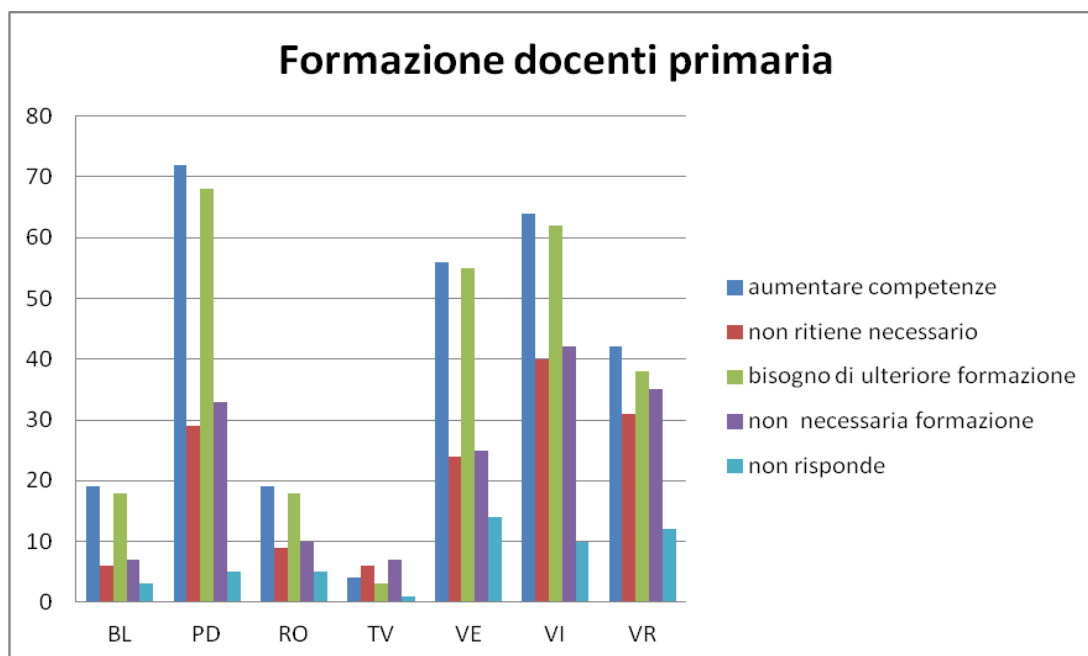


Grafico - 5

Considerando i pochi casi in cui non si è ottenuta risposta, risulta evidente come le insegnanti della scuola primaria sentano il bisogno di una relazione di confronto e di aiuto nella gestione dei ragazzi disabili.

Alla domanda “sente la necessità di aumentare le competenze” le risposte affermative risultano il 58,6% contro il 30,8% delle risposte negative e il 10,6% che non risponde.

Alla domanda “sente la necessità di frequentare un corso di aggiornamento specifico all’attività adattata” le risposte ottenute con parere favorevole sono 55,7% contro 33,7% delle negative e il 10,6 che non risponde.

Altro elemento da tenere in considerazione sono le effettive ore di educazione fisica nelle scuole primarie, troppo poche rispetto alle reali necessità dei bambini e soprattutto alle reali necessità della società visto che in ogni disciplina sportiva si commenta come in questo periodo storico ci siano sempre più bambini in sovrappeso o obesi e con scarse attitudini al movimento e al piacere del movimento.

Dai dati esaminati emergono le criticità relative all’inclusione dei bambini con disabilità ed in particolare risulta evidente come le problematiche motorie e sensoriali siano quelle che mettono più in difficoltà i docenti durante le ore di educazione fisica. Il numero rilevante



(Graf. 5) di insegnanti che sente il bisogno di approfondire le proprie conoscenze nell'ambito motorio e sportivo rinforza le considerazioni già espresse nei paragrafi precedenti sul ruolo determinante degli stakeholder primari nell'inclusione scolastica.

Nel complesso i dati raccolti evidenziano una partecipazione alle attività motorie, dei bambini disabili condizionata prevalentemente dagli stakeholder primari<sup>22</sup>, questi, in particolare i docenti, riferiscono inadeguatezza rispetto allo strumento motorio e sportivo adattato al contesto scolastico per i bambini in condizione di disabilità o BES.

### **2.3.2 Ricerca su Bologna**

Una ulteriore indagine è stata svolta nella provincia di Bologna per fotografare gli elementi che condizionano l'inclusione delle scuole secondarie. Sono stati coinvolte 87 Scuole Secondarie di I Grado (di cui 19 nel comune di Bologna e 68 sparse nella Provincia) e 45 Scuole Secondarie di II Grado (di cui 17 nel comune di Bologna e 28 sparse nella Provincia) per un totale di 132 istituti sparsi su tutto il territorio. Tuttavia, non tutte le scuole hanno aderito al progetto; solo 73 istituti hanno risposto al questionario, pari al 55,3% del totale, di cui:

- 22 nel Comune di Bologna, pari al 59,5% del totale
- 51 nella Provincia di Bologna, pari al 53,7 % del totale

Il metodo: per lo svolgimento dell'indagine è stato realizzato un questionario inviato via mail ai docenti di educazione fisica o ai dirigenti scolastici, il tutto anticipato da una breve conversazione telefonica nella quale veniva spiegato il fine dell'indagine.

I questionari, debitamente compilati, sono stati poi rispediti al mittente via mail o fax, per essere raccolti ed elaborati per la ricerca.

---

<sup>22</sup> Stakeholder primari: Docenti, genitori, personale medico

Il questionario era composto da una parte introduttiva, tesa a raccogliere le generalità della scuola e della persona incaricata alla compilazione, seguita da 15 domande a risposta chiusa, in modo da renderlo uniforme e comparabile con i dati relativi alle scuole primarie e a quelli relativi ad altre provincie e regioni in cui proseguire la ricerca

Le 15 domande che compongono il questionario possono essere suddivise in 3 parti come mostrato qui di seguito:

1. La prima parte di domande raccoglie le informazioni relative agli studenti disabili. I quesiti posti riguardano il numero e il tipo di disabilità presenti in ogni scuola (disabilità fisiche, sensoriali, cognitive ed emotivo-relazionali), quanti alunni partecipano regolarmente alle lezioni di educazione fisica, il luogo in cui viene svolta l'attività (palestre, aule, centri sportivi, ecc.) e il suo grado di accessibilità. Inoltre viene richiesto il tipo di attività proposta agli alunni disabili durante le ore di educazione fisica.

2. La seconda parte del questionario è rivolta in particolare ai docenti e alle figure professionali che operano all'interno della scuola, specialmente durante le ore di educazione fisica. Viene chiesto se sia presente una figura di supporto al docente curricolare durante lo svolgimento delle attività, e qualora non sia presente, ne viene chiesta la motivazione; inoltre viene posta una domanda sul tipo di attività alternativa che svolgono gli alunni disabili che non partecipano regolarmente alle ore di educazione fisica. Le domande finali di questa seconda parte sono dedicate alla figura professionale del laureato in scienze motorie, ove presente (infatti nelle scuole primarie non è obbligatoria la presenza di questa figura e l'attività motoria è spesso affidata a docenti di ruolo specializzati in altre materie). Viene chiesto, in queste domande, se i docenti ai quali è affidata l'educazione fisica siano laureati in scienze motorie e se sia presente un esperto o qualificato nell'attività motoria per disabili.

3. La terza parte del questionario pone domande relative a progetti finalizzati all'integrazione degli alunni disabili, ai quali abbiano partecipato le singole classi o le scuole. I quesiti posti sono 2: uno riguardante i progetti di integrazione attraverso l'educazione motoria/sportiva o psicomotoria e l'altro sui progetti "finalizzati all'integrazione, al miglioramento o all'acquisizione di abilità integranti, al benessere generale e alla qualità di vita dedicati agli studenti disabili" non specificatamente motori o sportivi.

## Analisi dati

In questo paragrafo verranno analizzate singolarmente le domande poste dal questionario, così da avere un quadro più generale sulla situazione dell'inclusione a scuola.

Dai dati raccolti attraverso i questionari, si evince che nelle scuole della provincia di Bologna che hanno aderito all'indagine, vi sono 793 studenti disabili, di cui 303 nel solo comune di Bologna e i restanti 490 negli altri comuni della provincia; tuttavia, da quanto emerso nel paragrafo precedente (ha aderito al progetto solo il 55,3% delle scuole), possiamo affermare che il totale dei disabili nella provincia di Bologna dovrebbe essere di gran lunga superiore.

Nel questionario è stata richiesta la suddivisione dei disabili in base al tipo di disabilità. Il grafico sottostante (Fig. 1) mostra i risultati riguardanti gli studenti disabili delle scuole della provincia.

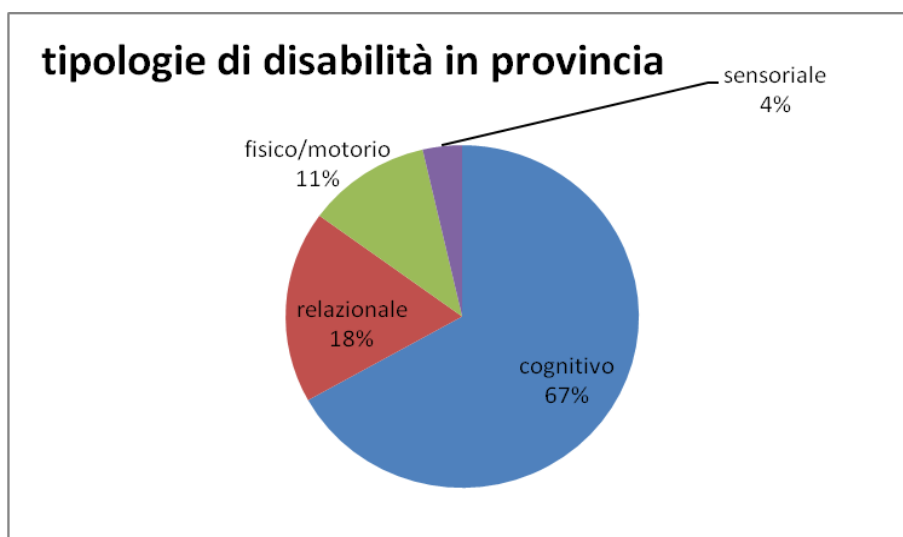


Figura - 1

Possiamo notare che la maggior parte dei disabili ha un deficit cognitivo, pari al 67% del totale (370 studenti); il 18% del totale (100 studenti) mostra un deficit relazionale; l'11% (63 studenti) ha una disabilità fisica; il 4% (20 studenti) presenta un deficit sensoriale.

Il prossimo grafico (Fig. 2) mostra le tipologie di disabilità presenti nel comune di Bologna.

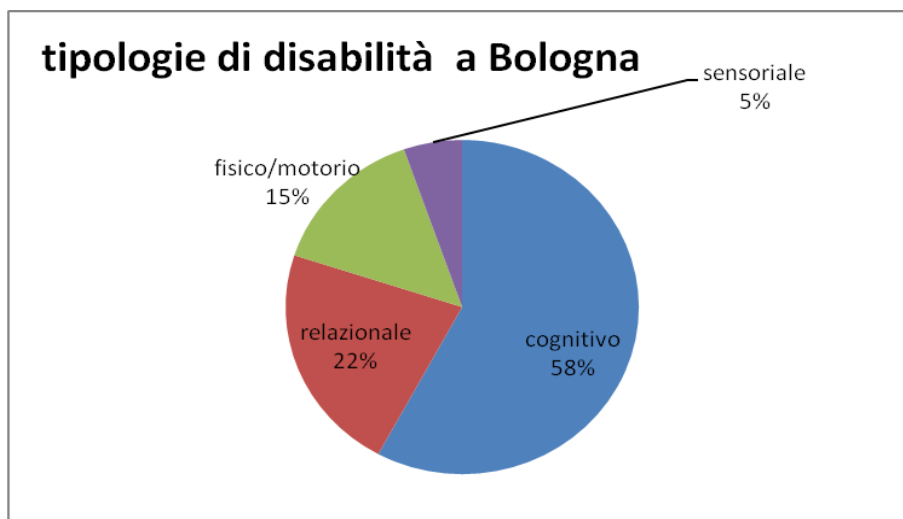


Figura - 2

Possiamo notare che l'andamento percentuale è molto simile a quello della provincia (Fig. 1): anche in questo caso, infatti, troviamo una percentuale piuttosto elevata riguardo la disabilità cognitiva (58% del totale, dato da 194 studenti); il 22% del totale (74 studenti) mostra un deficit di tipo emotivo-relazionale; il 15% (49 studenti) ha un deficit fisico; il 5% (18 studenti) mostra una disabilità sensoriale. Sommando il totale degli studenti, risulta un numero maggiore rispetto a quello presentato all'inizio del paragrafo. Questo è dovuto al fatto che in molti casi un unico studente può mostrare più tipologie di disabilità concomitanti. Inoltre, dato che il deficit emotivo-relazionale è il più difficile da diagnosticare, si può presumere che il numero di studenti con questo tipo di disabilità sia più elevato.

Nonostante l'attenzione del MIUR e degli enti locali sull'inclusione degli studenti disabili, la partecipazione degli stessi alle lezioni di educazione fisica non è totale. Come mostra il grafico sottostante (Fig. 3), riferito alla totalità delle scuole della provincia di Bologna, una piccola percentuale (88 studenti su 793, circa il 10% del totale) degli alunni disabili non partecipa regolarmente alle lezioni di educazione fisica.

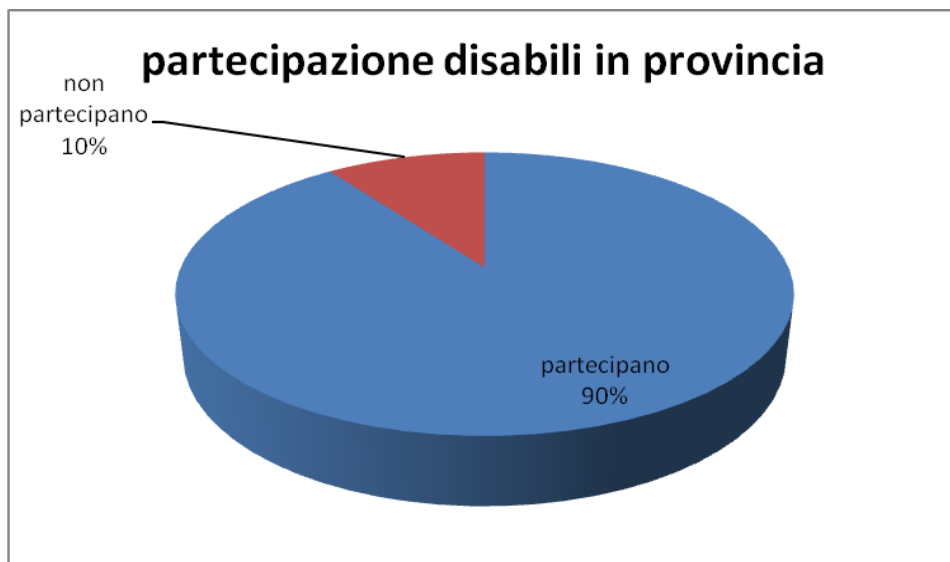


Figura - 3

Questo, come specificato nel capitolo precedente, è dovuto a diversi fattori, il più importante dei quali è forse la gravità del deficit che affligge alcuni ragazzi e che impedisce loro ogni tipo di partecipazione.

La domanda successiva analizza il luogo in cui viene regolarmente svolta l'attività fisica. Questa domanda è stata posta perché molte scuole non hanno una loro palestra, perciò devono creare aule "adattate", spostarsi in palestre comunali o di altri istituti ecc. Il primo grafico (Fig. 4) mostra i risultati della provincia:

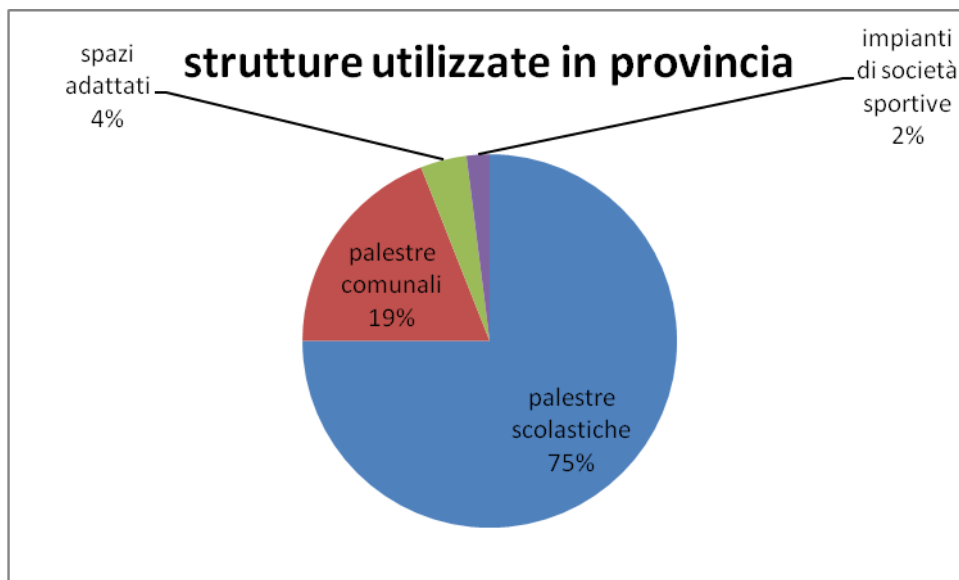


Figura - 4

Dai dati si evince che nella maggior parte dei casi (75% del totale) le scuole usufruiscono della propria palestra; il 19% delle scuole deve spostarsi in un'altra palestra (soprattutto palestre comunali), muovendosi tramite l'utilizzo di un autobus predisposto o a piedi, qualora la destinazione sia vicina all'istituto di partenza; nel 4% dei casi le scuole hanno creato aule "adattate"; il 2% delle scuole usufruisce di piscine pubbliche, centri sportivi, campi da calcio, pallacanestro, pallavolo o piste di atletica, oltre alla palestra scolastica (fig.5).

Nel comune di Bologna la situazione è molto simile, anche se in questo caso nessuna scuola ha creato aule "adattate" all'attività motoria.

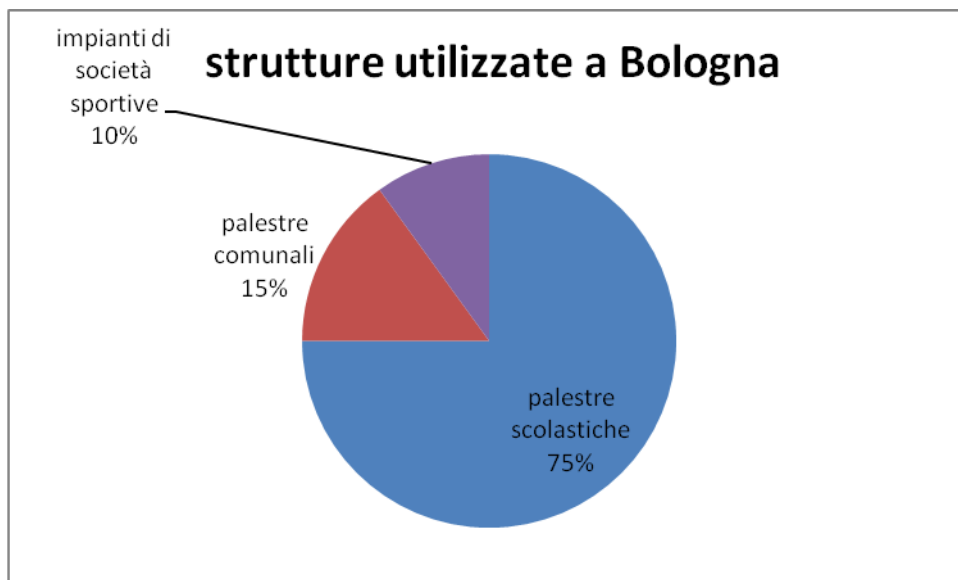


Figura - 5

Nella maggior parte dei casi della provincia (91%), le strutture ove si svolgono le ore di educazione fisica sono totalmente accessibili anche ai portatori di deficit funzionali; tuttavia il restante 9% dei casi presenta barriere che non agevolano la partecipazione. La stessa situazione si riscontra anche nel comune di Bologna (Fig. 7), con un discreto aumento delle situazioni in cui le barriere non agevolano la partecipazione degli studenti disabili, senza, tuttavia, impedirne totalmente l'accesso.

Gli alunni disabili che partecipano regolarmente all'educazione fisica (Fig. 6), nella maggior parte delle scuole della provincia (63%) svolge le attività insieme ai compagni; nel 23% dei casi svolge l'attività insieme ai compagni, ma in maniera individualizzata (esercizi più semplici ed esemplificati con l'assistenza di compagni di classe o educatori o insegnanti di sostegno); nel 5% dei casi svolgono attività separata specifica; nel 9% svolgono altre attività.

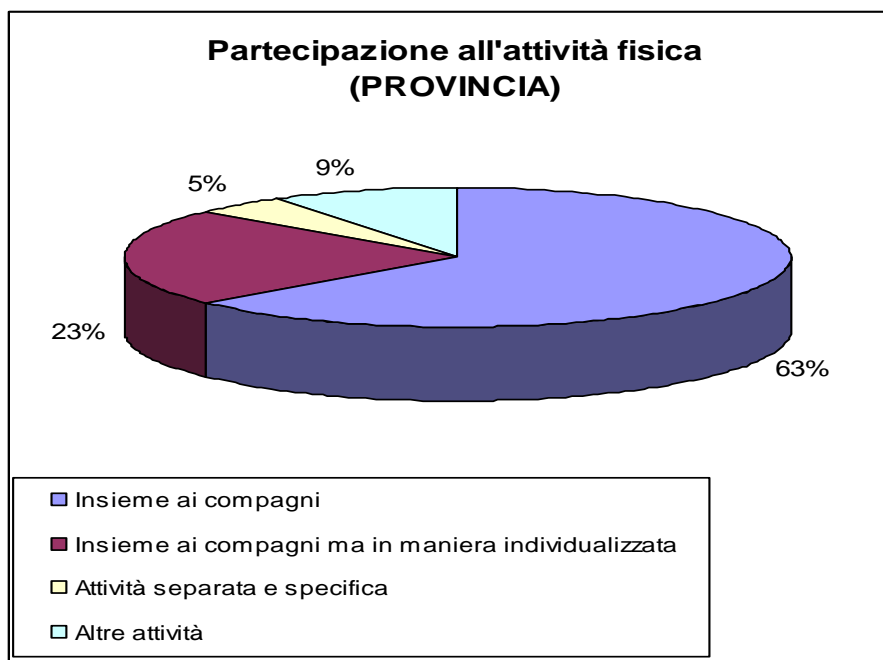


Figura - 6

Come accade in provincia, anche nel comune di Bologna (Fig. 7) la maggior parte degli studenti disabili (53%) svolge l'attività fisica insieme ai compagni; aumenta la percentuale degli studenti che svolgono le stesse attività ma in maniera individualizzata (28%); nel 6% dei casi svolgono attività separate e specifiche; nel 13% dei casi, invece, svolgono altre attività.



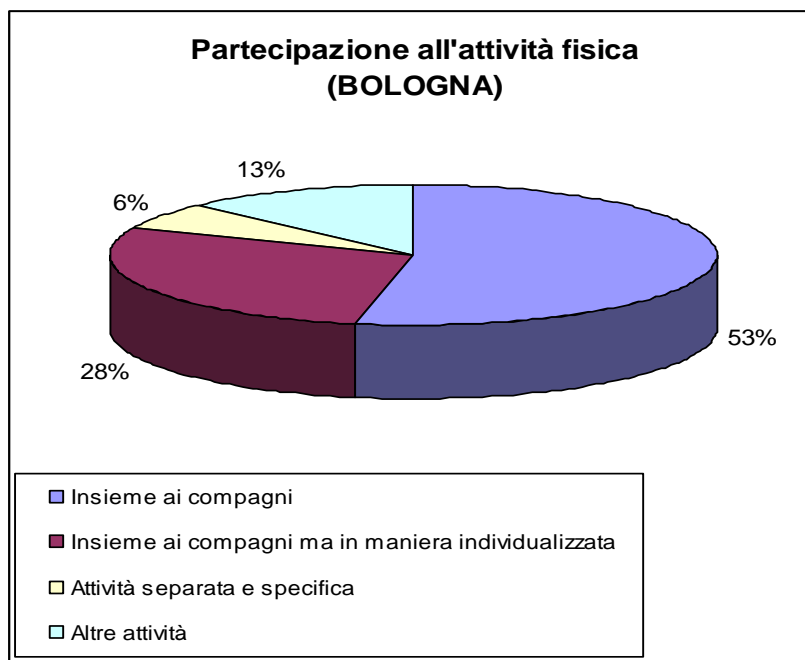


Figura - 7

In molti casi non è prevista la presenza di una figura di supporto nelle ore di educazione fisica. I grafici sottostanti mostrano quale figura collabori con l'insegnante di educazione fisica durante l'educazione fisica, qualora sia presente.

Nelle scuole della provincia (Fig. 8), nel 33% dei casi, il supporto è dato da un educatore; solo nel 5% dei casi è presente un docente di scienze motorie specializzato in attività motoria per disabili; il restante 62% dei casi si divide equamente tra la presenza di un insegnante di sostegno (31%) e la totale mancanza della figura di supporto (31%).

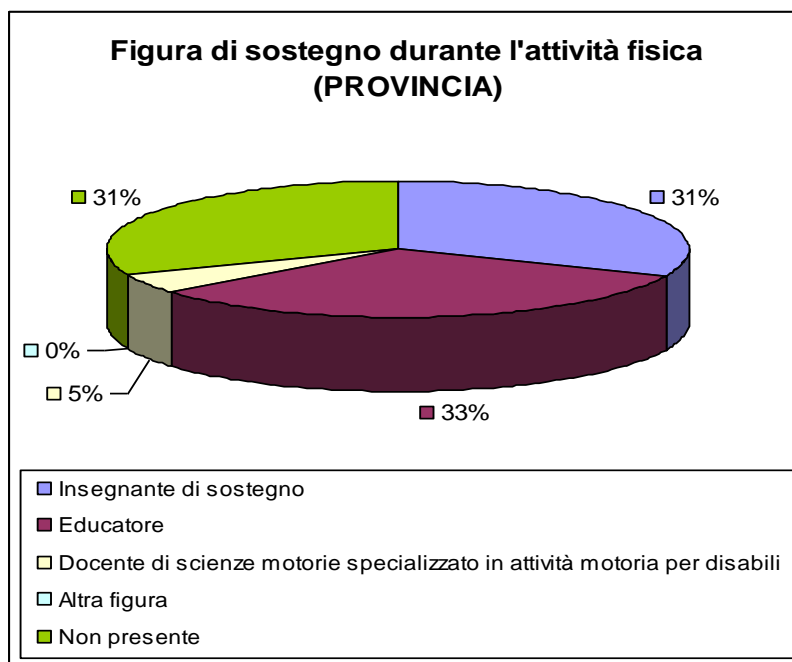


Figura - 8

Anche a Bologna (Fig.9), la maggior parte delle scuole (37%) usufruisce della presenza di un educatore; nel 33% dei casi c'è la presenza di un insegnante di sostegno; nel 12% delle scuole non è previsto il supporto durante l'educazione fisica; in un altro 12% è presente un docente di scienze motorie specializzato in attività motoria per disabili; nel restante 6% è presente un'altra figura (tutor).

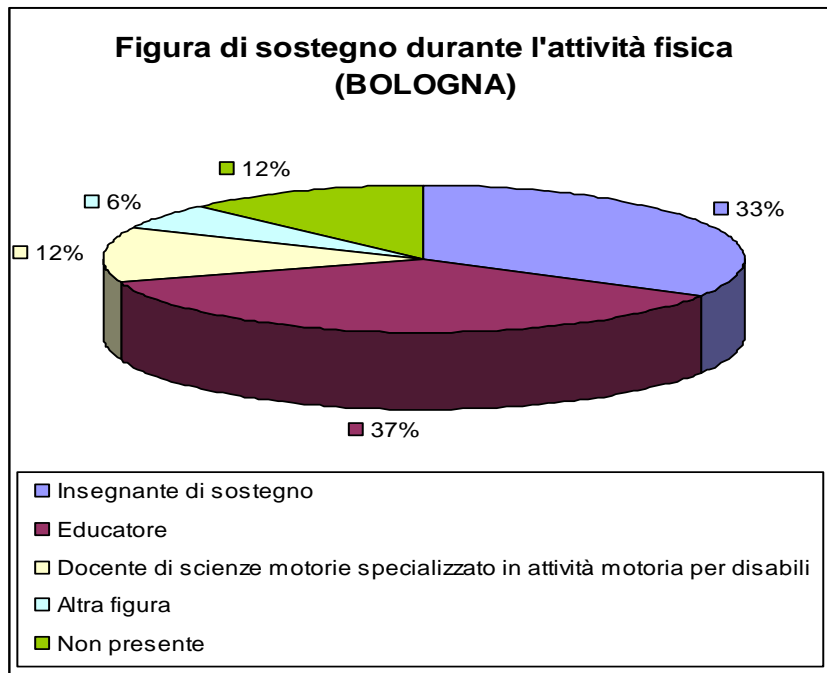


Figura - 9

Le motivazioni sull'assenza della figura di supporto nelle ore di educazione fisica sono molteplici.

In provincia (Fig. 10), nel 49% dei casi è stata una scelta della scuola nell'ambito del piano formativo (in molte scuole si preferisce affiancare gli alunni disabili in altre materie); il 36% delle scuole ha risposto che non è necessaria la presenza del sostegno, in quanto gli studenti disabili sono in grado di svolgere le attività senza bisogno di aiuto da parte di un docente specifico; il 6% dei casi ha risposto che vi è mancanza di aiuto da parte degli enti preposti (servizi di assistenza sociale, comune, etc...); in un altro 6% dei casi non vi è richiesta da parte delle famiglie; il restante 3% ha risposto che l'assenza è dovuta alla mancanza di previsione da parte della normativa vigente.

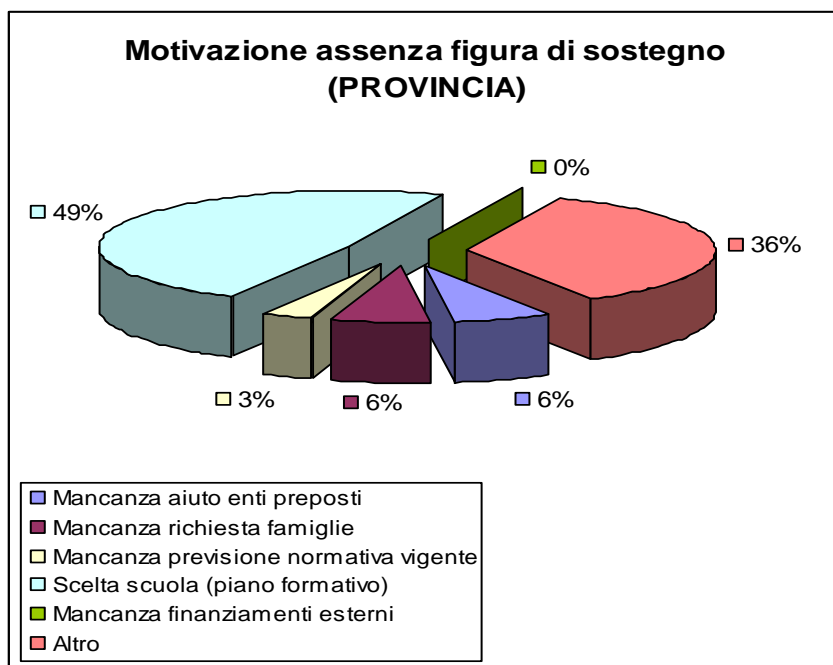


Figura - 10

Come per le precedenti domande, a Bologna (Fig. 11) la situazione è molto simile a quella della provincia. Una piccola differenza si riscontra in un 2% dei casi, i quali motivano l'assenza della figura di supporto con la mancanza di finanziamenti esterni.

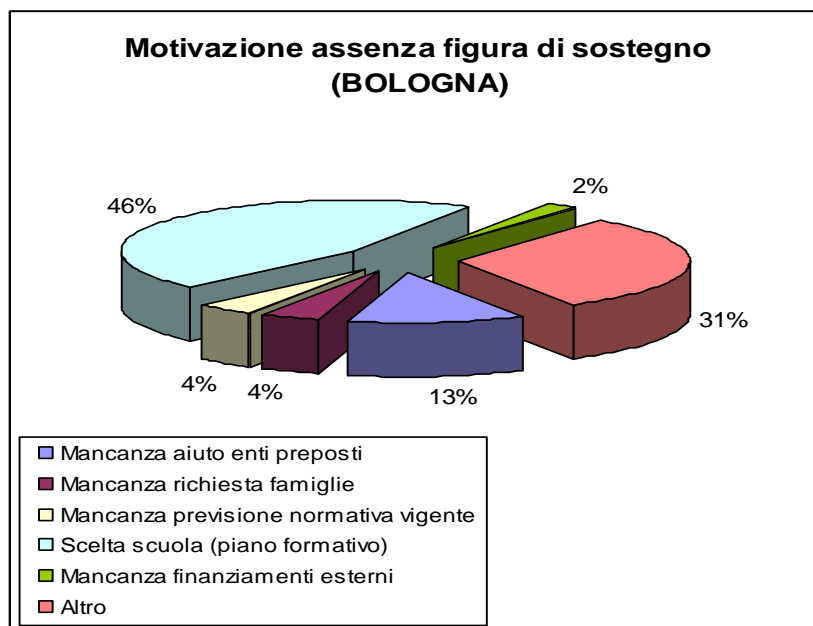


Figura - 11

Non sempre gli studenti disabili sono in grado di partecipare alle lezioni di educazione fisica, perciò una domanda del questionario riguarda l'attività alternativa che svolgono questi ragazzi.

In provincia (Fig. 12), nel 27% dei casi gli studenti disabili si recano in palestra a guardare i compagni mentre svolgono la loro regolare lezione di educazione fisica; il 19% rimane in classe a svolgere altre materie curriculari (spesso vengono inseriti in altre classi durante queste ore); il 15% volge altre attività non curriculari (disegni, attività manipolatorie); in un 12% dei casi entrano dopo l'inizio dell'orario scolastico o escono prima della fine delle lezioni; il restante 27% fa altro (ad esempio attività predisposte in palestra).

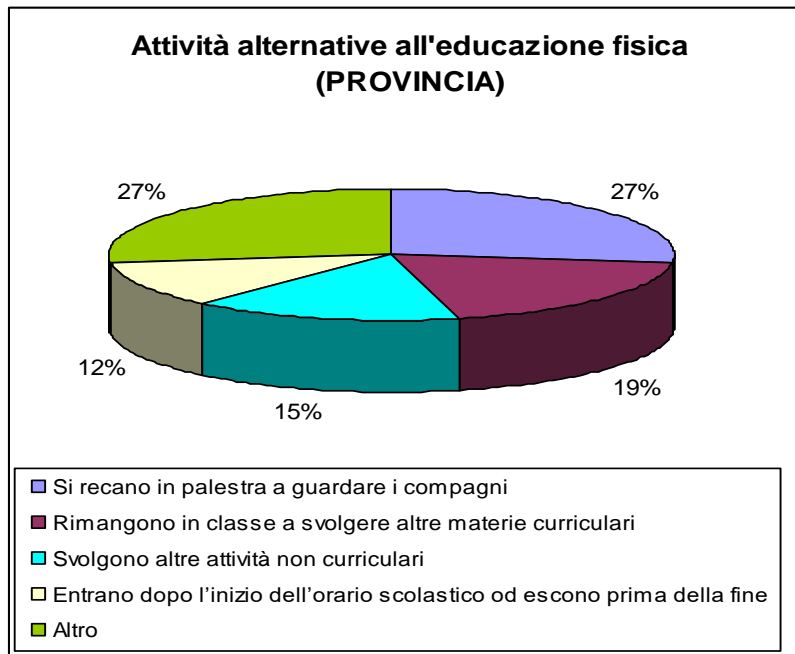


Figura - 12

Anche in questo caso, a Bologna (Fig. 13) troviamo una situazione del tutto simile alla provincia: nel 21% dei casi si recano in palestra ad osservare i compagni; il 30% rimane in classe a svolgere materie curriculari; il 21% svolge attività non curriculari; nel 14% dei casi entrano dopo la lezione o escono prima; un altro 14% invece svolge parti della lezione o attività predisposte in palestra o in un luogo apposito, o esegue percorsi didattici personalizzati.

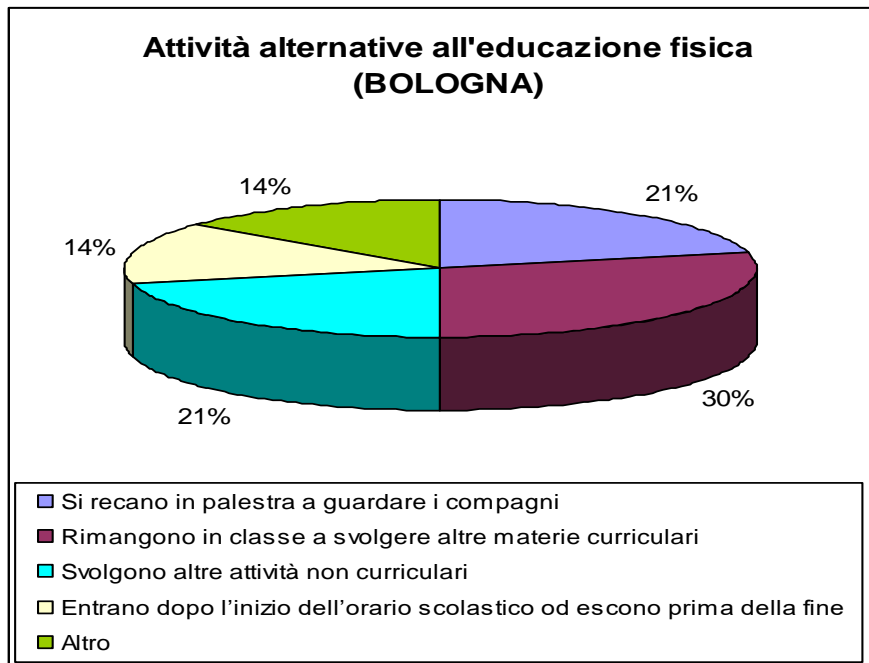
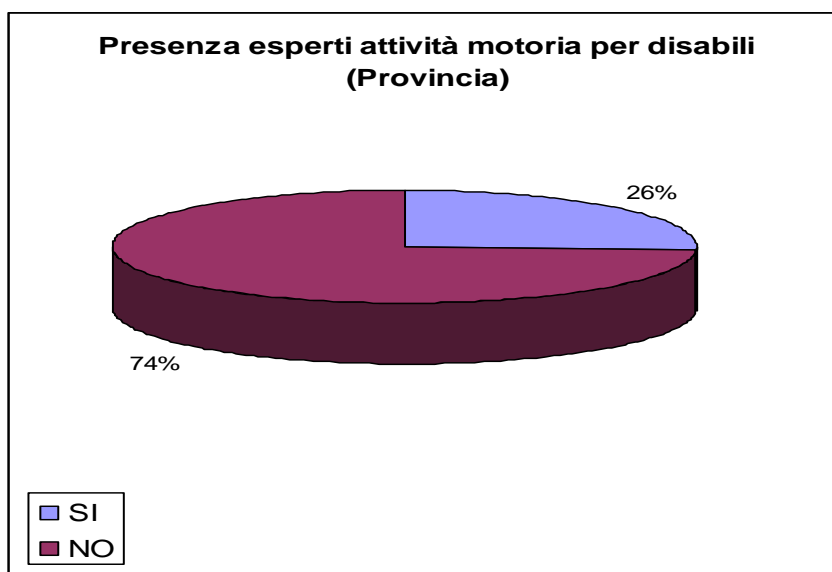


Figura - 13

Una domanda del questionario chiedeva, inoltre, se nella scuola fosse presente o meno un docente esperto in attività motoria per disabili.

Nella provincia di Bologna (Fig. 14) questa figura è presente solo nel 26% delle scuole.

Figura - 14



In questo caso, nel comune di Bologna (Fig. 15) troviamo una situazione del tutto ribaltata: nel 67% delle scuole è presente un docente esperto nell'attività motoria per disabili.

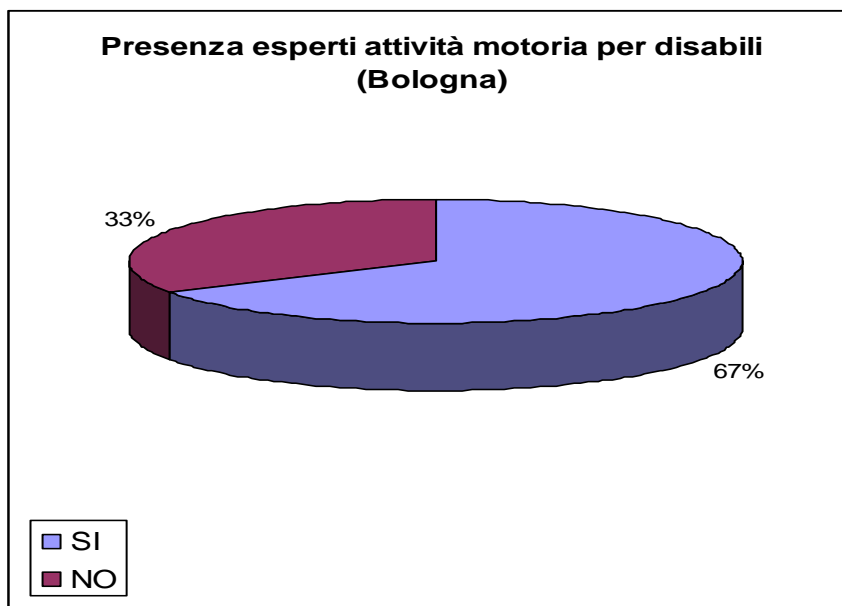


Figura - 15

Le ultime domande del questionario chiedevano alle scuole se avevano partecipato a progetti per l'integrazione degli alunni disabili, sia motori - sportivi, sia di altro genere.

In provincia (Fig. 16), il 44% delle scuole non ha mai partecipato a progetti per l'integrazione dei disabili; l'11% ha partecipato a progetti sportivi o motori attivati da vari enti o organizzazioni o dai comuni; il 18% ha aderito a progetti per l'integrazione non sportivi (Musicoterapia, progetti di scuola/lavoro...).

Dai dati esaminati emergono le criticità relative all'inclusione dei ragazzi con disabilità, anche nella scuola secondaria durante le ore di educazione fisica. Il numero rilevante dal 37 al 47 per cento (Fig.6 e 7) di studenti che non partecipa in modo inclusivo alle attività della classe rinforza le considerazioni già espresse nei paragrafi precedenti sul ruolo determinante degli stakeholder primari nell'inclusione scolastica.



Nel complesso i dati raccolti evidenziano una partecipazione all'educazione fisica scolastica dei giovani disabili condizionata prevalentemente dagli stakeholder primari<sup>23</sup>, questi, in particolare i docenti di educazione fisica, educatori e genitori preferiscono soluzioni alternative rispetto allo strumento motorio e sportivo probabilmente per una scarsa conoscenza nei percorsi formativi di queste figure sui possibili adattamenti ed degli effetti positivi a livello psico-fisico e relazionale che l'educazione fisica contribuisce a sviluppare (Milani 2014)<sup>24</sup>.

## 2.4 Conclusioni

Nelle indagini effettuate abbiamo avuto modo di evidenziare le difficoltà che ancora troppo spesso gli studenti del campione esaminato, incontrano nello svolgimento delle lezioni di educazione fisica a scuola. L'attenzione verso l'inclusione scolastica dei disabili è sempre più motivo di approfondimento nella maggior parte dei Paesi europei. Gli elementi analizzati dalla nostra ricerca evidenzia un quadro generale di difficoltà per quanto riguarda l'inclusione in ambito scolastico:

nella scuola primaria esaminata risultano percentuali che si aggirano attorno al 50% degli alunni certificati che non pratica mai o quasi mai l'attività di educazione fisica con i compagni, e le cui cause principali sono da individuarsi nelle scarse competenze delle insegnanti per quanto riguarda le strategie inclusive dell'area motoria;

nel radicato convincimento che la disabilità sia una patologia (non uno stato fisico-psichico-sensoriale), da curare, e che per tutelare il giovane disabile sia necessario l'esonero medico da tutto ciò che è movimento;

nella difficoltà di individuare risorse economiche per supportare il bambino durante l'educazione fisica scolastica, ritenendo l'attività fisica un momento scarsamente educativo e formativo per il giovane disabile;

---

<sup>23</sup> Stakeholder primari: Docenti, genitori, personale medico

<sup>24</sup> Milani M. Cap. 7 a cura Gomez, Ianes (2014) "dall'educazione Fisica e sportiva alle prassi inclusive" Le guide di Erikson

il numero di docenti specializzati in attività motoria per disabili, estremamente ridotto, rispetto al bisogno, nella maggior parte dei casi non viene nemmeno considerato necessario avere questa figura nel corpo docenti e il sostegno agli alunni disabili viene indirizzato solamente alle materie curriculari ritenute più importanti nel piano formativo;

spesso per “alunni disabili” vengono individuati solamente i ragazzi con problemi motori o fisici; molti docenti di educazione fisica, coinvolti nella ricerca, infatti, riferivano di non avere alunni con disabilità nelle classi in cui operavano, pur rilevando dai dati ministeriali numerose presenze;

i genitori stessi non credono ai benefici dell’educazione fisica e spingono sui gruppi operativi affinché il docente di sostegno si adoperi per far raggiungere le competenze minime nelle materie curriculari, privando il figlio della possibilità di esprimersi attraverso il corpo/movimento;

le barriere architettoniche a volte risultano essere la motivazione per non accogliere i ragazzi disabili sia nel contesto scolastico che in palestra, ma a parte rarissimi casi, spesso le barriere strutturali non sono altro che la rappresentazione fisica di barriere culturali.

## Note bibliografiche

Aiello A.M., Chiorrini P. e Ghione V. (2005), La scuola dell'autonomia come sistema complesso: un modello di analisi, "Autonomie nei Sistemi Complessi", Ues, vol.X, n. 1.

Anderson, M.B., Iwanicki, E.F. (1984). Teacher motivation and its relationship to burnout. *Educational Administration Quarterly*, 20, 109-132.

Andrea Canevaro, *Le logiche del confine e del sentiero – Una pedagogia dell'inclusione (per tutti, disabili inclusi)*, 2006, Edizioni Erikson, Trento.

Atti del II Convegno AIPEQ. Gorizia: Borla. Male, D.B., May, D. (1997). Stress, burnout, and workload in teachers of children with special educational needs. *British Journal of Special Education*, 24, 133-140. Maslach, C. (1976). Burn-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.

Bailey, J., Plessis, D. (1998). An investigation of school principals' attitudes toward inclusion. *Journal of Special Education*, 22, 12-29.

Billingsley, B.S. (2004). Special education teacher retention and attrition: a critical analysis of the research literature. *The Journal of Special Education*, 38, 39-55.

Boe, E.E., Bobbit, S.A., Cook, L.H. (1997). Retention, reassignment, migration, and attrition of special and general education teachers from a national perspective. *The Journal of Special Education*, 30, 371-389. Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills, CA: Sage.

Clark, L.A. (1990). Toward a consensual set of symptoms cluster for assessment of personality disorder. In J.N. Butcher, & C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (pp.243-266). Hillsdale: Erlbaum.

Coladarci, T. (1992). Teachers' sense of efficacy and commitment to teaching. *Journal of Experimental Education*, 60, 323-337.

Cornoldi, C., Terreni, A., Scruggs, T., Mastropieri, M. (1998). Teacher attitudes in Italy after twenty years of inclusion. *Remedial and Special Education*, 18, 133-142.

Cosgrove, J. (2000). *Breakdown. The facts about stress in teaching*. London: Routledge Falmer.

Cottini L. 2014, *Didattica speciale e integrazione scolastica*, Milano, Carocci.

- De Caroli, M.E., Sagone, E., Falanga, R. (2007). Sé professionale e atteggiamenti sociali verso la disabilità negli insegnanti di sostegno della scuola dell'infanzia, primaria e media inferiore. *Giornale Italiano delle Disabilità*. Bergamo: Edizioni Junior, 3, 15-26.
- Di Nuovo, S. (1998). Q.A.I.: un test di adattamento interpersonale. In S. Di Nuovo, G. Lo Verso, M. Di Blasi, & F. Giannone, *Valutare le psicoterapie: la ricerca italiana* (pp.281-289). Milano: Franco Angeli.
- Di Nuovo, S., Commodari, E. (a cura di). *Costi psicologici del curare: stress e burnout nelle professioni d'aiuto*. Acireale-Roma: Bonanno Editore, 2004.
- Elkins et al. (2003) "Parents' attitudes to inclusion of their children with special needs" *Journal of research in special educational needs- volume 3-numero 2*
- Fiorucci, Andrea. "Gli atteggiamenti degli insegnanti verso l'inclusione e la disabilità: uno sguardo internazionale." *Italian journal of special education for inclusion* 2.1 (2014): 53-66
- Forlin C. , Chambers D., 2011 *Teacher preparation for inclusive education: increasing knowledge but raising concerns*, Taylor&Francis
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Fuchs, L., Fuchs, D., Bishop, N. (1992). Instructional adaptation for students at risk. *Journal of Educational Research*, 86, 70-84.
- Gersten, R., Keating, T., Yovanoff, P., Harniss, M.K. (2001). Working in special education: factors that enhance special educators' intent to stay. *The Council for Exceptional Children*, 67, 549-567.
- Gomez Paloma F. e Ianes D. a cura di (2014) "dall'educazione fisica e sportive alle prassi inclusive" *le guide* Erickson
- Kavale, Kenneth A. "Mainstreaming to full inclusion: From orthogenesis to pathogenesis of an idea." *International Journal of Disability, Development and Education* 49.2 (2002): 201-214.
- Kyriacou, C. (1987). Teacher stress and burnout: an international review. *Educational Research*, 29, 146-152.
- Licciardello, O., De Caroli, M.E., Castiglione, C., Mauceri, M. (2004). Qualità percepita dei climi relazionali, livelli di burnout ed effetti sul self lavorativo nelle organizzazioni di

servizio. In A. Pedon, & P. Gabassi (a cura di), *Organizzazioni di Qualità: aspetti psicologici ed ergonomici* (pp.133-149).

Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. Trad. it., *La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri*. Assisi: Cittadella. Maslach, C. (2003). *Job burnout: New directions in research and intervention*. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 189-192.

Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M.P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass. Trad. it., *Burnout e organizzazione: Modificare i fattori strutturati della motivazione al lavoro*. Trento: Erickson, 2000.

Miller, D. M., Brownell, M. T, Smith, S. W. (1999). Factors that predict teachers staying in, leaving, or transferring from the special education classroom. *Exceptional Children*, 65, 201-218.

Milani M. (2014) Gomez, Ianes a cura Cap. 7 "dall'educazione Fisica e sportiva alle prassi inclusive" *Le guide di Erikson*

Multon, K., Brown, S., Lent, R. (1991). Relation of self-efficacy beliefs to academic outcomes: a meta-analytic investigation. *Journal of Counseling and Psychology*, 38, 30-38.

Nichols, A.S., Sosnowsky, F.L. (2002). Burnout among special education teachers in self-contained cross-categorical classroom. *Teacher Education and Special Education*, 25, 71-86.

Osgood, C.E., Suci, G.J., Tannenbaum, P.H. (1959). *The Measurements of Meaning*. Michigan: University of Illinois Press.

Pedrabissi, L., Rolland, J.P., Santinello, M. (1993). Stress and burnout among teachers in Italy and France. *Journal of Psychology*, 127, 529-536.

Pellegrino, F. (2000). *La sindrome del burn-out*. Torino: Centro Scientifico Editore.

Prochnow, J.E., Kearney, A.C., Carroll-Lind J. (2000). Successful inclusion: what do teachers say they need?. *New Zealand Journal of Educational Studies*, 35, 153-172.

Ringlaben, R. P., and K. Griffith. "The impact of attitudes on individuals with Developmental Disabilities." *Research-Based Practices in Developmental Disabilities* (2008): 453-477.

- Singh, K., Billingsley, B. S. (1996). Intent to stay in teaching: Teachers of students with emotional disorders versus other special educators. *Remedial and Special Education*, 17, 37-47.
- Sirigatti, S., Stefanile, C. (1993). *The Maslach Burnout Inventory: adattamento e taratura per l'Italia*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Umesh Sharma, Tim Loreman and Chris Forlin 2012 "Measuring teacher efficacy to implement inclusive practices" *Journal of Research in Special Educational Needs* Volume 12, Issue 1, pages 12–21, January 2012
- Vianello, R., Lotto, M., Mega, C., Tedesco, B., Mognato, C. (1999). Gli atteggiamenti degli insegnanti e dei coetanei nei confronti di allievi e compagni in situazione di handicap. *Ciclo Evolutivo e Disabilità – Life Span and Disability*, 1, 39-57.
- Vianello, R., Moalli, E. (2001). Integrazione a scuola: le opinioni degli insegnanti, dei genitori e dei compagni di classe. *Giornale Italiano delle Disabilità*. Bergamo: Edizioni Junior, 2, 29-43.
- Williams, M., Gersch, I.S. (2004). Teaching in mainstream and special schools: are the stresses similar or different?. *British Journal of Special Education*, 31, 157-162.
- Woolfolk, A., Rosoff, B., Hoy, W. (1990). Teacher's sense of efficacy and their beliefs about managing students. *Teaching and Teacher Education*, 6, 137-148.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225-245.
- Angela Magnanini, *Educazione e movimento. Corporeità e integrazione dei diversamente abili*, 2008, Edizioni del Cerro, Tirrenia-Pisa.
- Handicap e scuola – Manuale per l'integrazione scolastica*, a cura di Andrea Canevaro, 1988, NIS – La Nuova Italia Scientifica, Urbino
- Silvia Ghirlanda, *Sport per tutti... spazio ai disabili*, 2003, Edizioni del Cerro, Tirrenia-Pisa
- *Linee guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità*, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), Prot. n. 4274 del 4 agosto 2009.
  - *Linee guida per le attività di educazione fisica, motoria e sportiva nelle scuole secondarie di primo e secondo grado*, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), Prot. n. 4273 del 4 agosto 2009.

- *Legge 30 marzo 1971, n. 118: Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili.*
- *Legge 4 agosto 1977, n. 517: Norme sulla valutazione degli alunni e sull'abolizione degli esami di riparazione nonché altre norme di modifica dell'ordinamento scolastico.*
- *Legge 5 febbraio 1992, n. 104: Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.*
- *Accordo di programma provinciale per l'integrazione scolastica e formativa dei bambini e alunni disabili (2008 – 2013), 8 luglio 2008 n°115, Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.*
- *Costituzione della Repubblica Italiana, Articoli 3 e 3*

## Capitolo 3

### Sport e benessere

#### 3.1 Benefici dell'educazione fisica e sportiva in giovani BES e in situazione di disabilità

L'agire umano è l'effetto di un pensiero, di una intenzionalità, e si esplica attraverso comportamenti intelligenti di adattamento alle situazioni di vita quotidiane, lavorative, sportive, del tempo libero (Ceciliani, 2015).

La pratica sportiva in particolare, permette di soddisfare in modo produttivo alcuni bisogni propri dell'uomo legati all'esperienza di gioco, movimento, agonismo e vita di gruppo, dimensioni che trovano una cornice di realizzazione proprio nello sport.

L'attività fisica è certamente uno strumento fondamentale per il miglioramento delle potenzialità residue in tutti i gradi di disabilità:

- nelle situazioni gravi: migliora l'autonomia negli spostamenti e il riconoscimento/consapevolezza dei dati senso-percettivi inerenti le condotte motorie messe in atto;
- nelle situazioni di media gravità: facilita l'acquisizione di abilità motorie elementari e il loro corretto utilizzo nella vita scolastica, di relazione e di preparazione allo sport;
- nelle situazioni meno gravi: permette l'acquisizione di abilità motorie più complesse che possono permettere la pratica delle attività sportive.

I bambini che svolgono una regolare attività fisica (sport di gruppo o individuali, giochi all'aria aperta, attività fisico-motoria), infatti, dimostrano una maggior fiducia nelle proprie possibilità, sono portati a una maggior autostima, alla facilità nei rapporti sociali, ad una maggior sopportazione dello stress, e sono in un certo senso più "al riparo" dall'eventuale propensione a disturbi come ansia e depressione (Giuliani et al., 2005).

Altri studi hanno dimostrato come la pratica costante di attività sportiva o motoria, produca effetti benefici su diverse funzioni:



- apprendimento (Best, 2010; Pesce et al., 2009; Buddle, 2008; Sibey & Nielson, 1996);
- sviluppo delle aree e funzioni corticali (Hilmen et al, 2009, Buck et al, 2008; Kramer et al, 2006);
- incremento dell'arousal fisiologico (Kail & AlKire, 2003);
- rendimento scolastico (Tomporowski, 2008; Field et al, 2001).

Non meno importanti, soprattutto per le attuali generazioni giovanili, gli effetti che si producono nel mantenimento della salute mentale (Van Prag, 2008; Kramer et. Al. 2006) e nella prevenzione delle malattie cardiovascolari, diabetiche, ipertensive, già presenti nei bambini (Kravitz, 2007) e spesso legate al sovrappeso/obesità che affliggono l'infanzia (Eisemann, 2006; Przeweda et al., 2003)

Diversi studi in letteratura (Alesi M., 2014; Barr M., Shields N., 2011) evidenziano come la pratica regolare dell'EF e dello sport sia benefica per i soggetti con sindrome di Down perché promuove l'interazione sociale, l'autostima, la salute psicofisica e previene il rischio di malattie croniche (Ordonez e alii., 2012; Regis et alii, 2011)

L' Australian Department of Health and Ageing suggerisce che i bambini dovrebbero praticare almeno 60 minuti di attività fisica da moderata ad alta intensità al giorno. Recenti studi, tuttavia, hanno trovato che il 58% di bambini con sindrome di Down non segue queste raccomandazioni. Di contro, invece, solo il 15-25% di bambini con sviluppo tipico non pratica regolarmente 60 minuti di attività fisica giornaliera (Barr & Shields, 2011). Queste differenze potrebbero essere legate alla mancanza di programmi ludico-motori accessibili, ridotte capacità fisiche (scarsa coordinazione motoria, anomalie cardiache, ipotonia), mancanza d'interesse, frustrazione e una scarsa collaborazione da parte dei familiari di bambini con sindrome di Down.

Alesi e coll. (2014) hanno mostrato come la pratica regolare di un programma di attività fisica adattata (AFA) integrato (famiglia + operatore) sia in grado di migliorare le abilità motorie e cognitive, quali i tempi di reazione e la working memory in bambini con sindrome di Down

La pratica ludico-motoria sembra, quindi, influire positivamente sulla componente visospaziale nei soggetti con sindrome di Down rispetto al linguaggio, maggiormente compromesso rispetto alla prima componente legata alla memoria di lavoro (Lanfranchi et al., 2004). L'attività fisica adattata per la persona disabile è l'esaltazione delle sue capacità,

seppur residue, e di ciò che sa fare, in un mondo che sempre gli ricorda ciò che non è in grado di essere e ciò che gli manca. Carraro (2004), infatti, afferma che «orientarsi verso l'inclusività significa permettere a tutti coloro che si avvicinano alla pratica motoria e sportiva di raggiungere un livello base di abilità tecniche, di provare piacere nell'impegno e nello sforzo prodotti e di non essere esclusi in quanto "meno adatti"».

In questo senso, l'avviamento alla pratica motoria e/o sportiva di soggetti con disabilità intellettive e/o mentali, in ambienti pubblici e privati, ha lo scopo di promuoverne l'integrazione sociale, l'autostima, prevenire il rischio di obesità e migliorare la qualità di vita.

### **3.2. Progetti educazione fisica nazionali nella scuola primaria**

Le proposte diffuse da MIUR CONI e CIP negli ultimi anni, come ad esempio il progetto Alfabetizzazione Motoria, hanno sempre ribadito la necessità di promuovere il movimento in classe, in palestra, o in generale negli spazi liberi. Tale necessità, particolarmente sentita negli ultimi tempi per i motivi suesposti, è in realtà da sempre presente nelle riflessioni dell'uomo sul suo rapporto con il movimento e con il suo corpo.

Già Ippocrate infatti, più di 2000 anni fa, affermava: "Se potessimo dare ad ogni persona la giusta quantità di nutrimento e di esercizio fisico, né troppo né troppo poco, avremmo trovato la giusta strada per la salute!" Oggi l'attività motoria, attraverso approfonditi studi sviluppati da neuroscienziati, psicologi, e pedagogisti sui processi di apprendimento e sui meccanismi di funzionamento del sistema nervoso centrale, ha portato a una correlazione inscindibile fra l'elemento motorio e quello cognitivo. Infatti i ricercatori sono d'accordo nell'affermare che dal periodo che va dalla gestazione a circa i dieci anni d'età la motricità influenza il sistema cognitivo; successivamente sarà invece il sistema cognitivo a influenzare la motricità. Un intervento motorio-cognitivo si rivelerebbe di certo utile non solo a superare i problemi della sedentarietà e l'insofferenza che ne deriva, ma anche gli eventuali conseguenti problemi di disattenzione che vanno attribuiti alle necessità di moto del bambino.

La scuola non può essere un invito alla sedentarietà, sarebbe opportuno favorire alternative che inseriscano la motricità in modo facile e divertente nel corso della giornata scolastica, in modo che possa soddisfare le necessità di movimento di questa fascia di età.

L'attività motorio-cognitiva rappresenta un regolatore della vivacità tipica di questa fascia di età, stimola la socializzazione e abitua i bambini ad affrontare e gestire i diversi impegni quotidiani. I banchi di scuola frenano la motricità, il tempo trascorso a scuola blocca troppo a lungo la naturale tendenza a muoversi.

Studi psicoanalitici mettono in evidenza come una buona immagine del proprio corpo ed una percezione armonica di sé risultino indispensabili e strettamente legati ad un benessere psicofisico; i pattern motori appaiono quindi come i primi organizzatori psichici. A conferma di tale affermazione Freud enuncia che l'esperienza che il bambino fa con il corpo è utile per la costruzione dell'Io poiché le situazioni che il bambino prova, inizialmente attraverso le parti del corpo e nella sua globalità, sono un'esperienza inevitabile; è attraverso il movimento che i bambini mandano informazioni dei loro processi inconsci e della loro realtà interna.

Il bambino interviene sul mondo in modo esperienziale attraverso il movimento ed esplica quell'attività costruttrice, condizione irrinunciabile per lo sviluppo dell'intelligenza, che riconosce nella motricità il motore genetico della vita mentale espressa attraverso l'intelligenza senso-motoria prima ancora del linguaggio: "...si tratta di un'intelligenza del tutto pratica, basata sulla manipolazione di oggetti e che invece delle parole e dei concetti utilizza solo percezioni e movimenti organizzati in schemi d'azione...si ha in questo caso un'assimilazione senso motoria paragonabile a quella che sarà più tardi l'assimilazione del reale attraverso i concetti ed il pensiero...". (Corona, 2008)

L'approccio ludico-motorio consente la trasferibilità dei saperi utilizzando il corpo come soggetto di apprendimento verso conoscenze e abilità che altrimenti resterebbero inaccessibili; è inoltre in grado di veicolare emozioni e sentimenti coinvolgendo i diversi aspetti della personalità del singolo, appagando il suo bisogno di fare, di conoscere e di sperimentare.

Per tale motivo i contesti che offrono un maggiore potenziale di apprendimento sono quelli in cui i partecipanti hanno ruoli attivi nei quali sono coinvolti in azioni reali che producono risultati significativi. È nella definizione di intelligenza corpore-cinestetica di Gardner (1987)

che tale affermazione trova la sua massima esplicazione poiché tale intelligenza non è altro che “[...] la capacità del corpo di esprimersi, governarsi, manipolare le cose, orientarsi in maniera precisa, rispondere costantemente ed efficacemente ai problemi motori che si manifestano nelle forme più diverse...”. (Sibilio, 2002)

“...Gardner riconosce al corpo una valenza dichiaratamente cognitiva che compendia potenzialità sensoriali, percettive e fisiche in un complesso sistema di processi e stili cognitivi. Le intelligenze del corpo costruiscono in ognuno di noi un singolarissimo profilo del pensiero che offre un congegno preferenziale di rapporto col mondo, un “accesso” privilegiato, spesso abituale, al mondo delle esperienze. Il contatto con il mondo avviene, dunque, grazie ad uno schema corporeo che accoglie un insieme di informazioni posturali, cinestetiche e spazio-temporali, legate al movimento concreto e immaginato...”. (De Mennato, 2006)

Bruner afferma che a ogni età si può insegnare tutto, infatti ogni conoscenza è possibile con un tipo di comunicazione psicologicamente adeguata alle caratteristiche della fase evolutiva che il soggetto attraversa, poiché l'apprendimento avviene per *strutture* che rendono possibili l'insegnamento di tutte le discipline a qualsiasi età, sia essa anagrafica o mentale. Tre differenti sistemi di rappresentazione corrispondono ad altrettante modalità di *pensiero* e di *apprendimento* della nostra mente: “ ...gli esseri umani gradualmente apprendono a rappresentare il mondo in cui operano: attraverso l'azione, l'immagine ed il simbolo,...la rappresentazione può essere intesa in due sensi: in termini di mezzo impiegato ed in termini dei suoi scopi...” (Corona, 2008)

In riferimento al primo si può quindi parlare di tre modi:

- il *sistema attivo di rappresentazione*, in cui l'apprendimento si basa sull'esperienza diretta sulle cose e sulla realtà, il soggetto, quindi, impara facendo;
- il *sistema iconico di rappresentazione*, in cui la conoscenza è legata alla percezione uditiva e visiva e si apprende “vedendo fare”, osservando e quindi imitando l'azione;
- il *sistema simbolico di rappresentazione*, in cui la conoscenza è mediata da simboli.

È su questi modelli che sono stati imbastiti i programmi della scuola media del 1979 e della scuola elementare del 1985, poiché “...le discipline vengono considerate come sistemi di simboli...e strumenti...che consentono all'individuo di amplificare le proprie capacità

intellettive...”.(Corona, 2008) È per tale motivo che risulta di fondamentale importanza rispettare i vincoli cognitivi dello sviluppo del soggetto consentendogli di utilizzare le modalità di rappresentazione della conoscenza (attivo, iconico, simbolico) più compatibili alle sue capacità.

### **3.2.1 Progetto Nazionale e miglioramenti competenze motorie nella primaria**

Da alcuni anni la collaborazione tra CONI, MIUR e CIP sta’ cercando di dare una risposta ad un problema che opprime la scuola primaria italiana, quello della scarsa qualità dell’esercizio fisico in orario curriculare, i progetti presentati in questi anni hanno avuto l’intento di offrire al mondo dell’istruzione un’azione concreta e coordinata in grado di porre l’attività motoria e sportiva in una posizione di eccellenza in quelli che sono i processi educativi e formativi delle giovani generazioni.

L’educazione motoria si propone pertanto molteplici finalità:

- promuovere lo sviluppo delle capacità relative alle funzioni senso-percettive cui sono connessi i procedimenti di ingresso e di analisi degli stimoli e delle informazioni;
- consolidare e affinare, a livello concreto, gli schemi motori statici e dinamici indispensabili al controllo del corpo e all’organizzazione dei movimenti;
- concorrere allo sviluppo di coerenti comportamenti relazionali mediante la verifica, vissuta in esperienze di gioco, dell’esigenza e del rispetto di regole, sviluppando anche le capacità di iniziativa e di soluzione dei problemi.

L’intervento educativo che prevede l’utilizzo della motricità implica la conoscenza del movimento dal punto di vista strutturale, la sua rappresentazione e il suo sviluppo. Camminare, correre, saltare, afferrare, lanciare, strisciare, rotolare, arrampicarsi sono schemi motori dinamici che assieme agli schemi motori statici quali flettere, inclinare, circondurre, piegare, elevare, estendere, addurre, ruotare, ecc., formano le unità fondamentali del movimento necessarie per permettere tutte le più complesse attività funzionali, assumere posture e atteggiamenti. È per tale motivo che il bambino, fin dalla scuola d’infanzia, deve

sviluppare le capacità di percezione, analisi ed elaborazione delle informazioni che avranno poi il loro maggiore sviluppo tra i 6 e gli 11 anni.

È sull'acquisizione di queste abilità, competenze motorie e capacità che si struttura il progetto di promozione dell'educazione fisica a scuola favorendo l'acquisizione di stili di vita attivi sin dalla scuola primaria, promuovendo e trasmettendo il valore della pratica sportiva nel tessuto sociale quale fattore di benessere individuale, coesione e sviluppo culturale.

### **3.2.2 Ricerca 'alfabetizzazione motoria' nella scuola primaria 2012/13**

Il progetto di ricerca

Il progetto è stato realizzato attraverso una cooperazione istituzionale trasversale tra MIUR CONI e CIP basata sulla collaborazione congiunta di maestri ed esperti esterni, diplomati ISEF o laureati in Scienze Motorie, responsabili dell'attuazione concreta dell'intervento. Tale collaborazione consisteva nella presenza degli esperti, per due ore alla settimana in tutte le classi di ciascuna sezione, nelle ore dedicate all'Educazione Fisica.

Dopo opportuna formazione, sia a livello nazionale che regionale, gli esperti hanno realizzato un protocollo di attività che, pur nella libertà d'insegnamento di ciascuno, seguisse un modello omogeneo in tutta Italia.

Il progetto, al fine di poter realmente coinvolgere i bambini con certificazione, ha cercato di tenere in considerazione le potenzialità motorie e cognitive dell'alunno, la tipologia di disabilità, onde rispettare la diversità di ciascuno e facilitare la predisposizione di metodologie il più possibile personalizzate e inclusive.

Partecipanti

Il progetto è rivolto ai bambini di età compresa tra i 6 e gli 11 anni individuati tra la popolazione nazionale degli alunni frequentanti le scuole primarie nell'anno scolastico

2012/2013 e aventi preso parte al progetto di “alfabetizzazione motoria”. A tale progetto hanno partecipato complessivamente 511.296 alunni (fonte dati MIUR), le analisi statistiche coinvolgono un campione pari al 20% della popolazione frequentante la scuola primaria, di questi il campione su cui è stata fatta la ricerca, comprende 9293 alunni con certificazione di disabilità, per una percentuale pari al 2% del gruppo studio, il 33,97% della popolazione è composto da femmine pari a 3064 bambine, mentre il 67,03% sono maschi pari a 6229 bambini. Sul totale delle rilevazioni dei bambini disabili pervenute, sono state ritenute “non analizzabili” e quindi escluse, tutte quelle in cui il soggetto è stato assente in una o in entrambe le rilevazioni (Fig. 1).

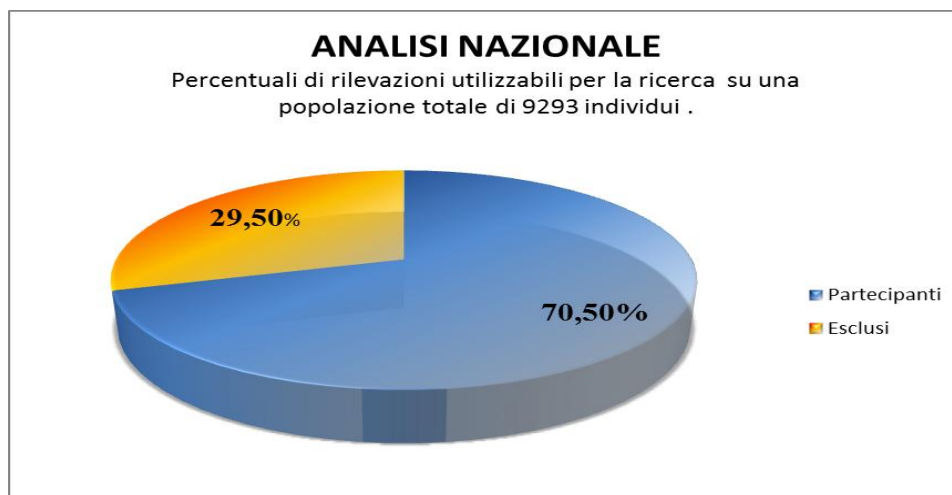


Figura - 1

Ne deriva che, sull'intera popolazione presa in considerazione, 1402 soggetti presentano una delle due rilevazioni non effettuate mentre per 1340 (ovvero il 48,87 % degli esclusi) non è stato eseguito nessun tipo di rilevazione per un totale di 2742 schede nulle. Considerando che gli alunni con disabilità nelle scuole primarie statali sono 78.374, il campione su cui verte l'analisi equivale all'11% della popolazione nazionale certificata con disabilità. I test motori sono stati proposti tra la fine di Febbraio e nella prima decade di Marzo e il re-test tra la fine di Maggio e i primi giorni di Giugno con un intervallo tra il test e il re-test di 10 settimane.

## Strumenti

Questo progetto prevedeva la somministrazione di cinque diversi test motori (percorsi di destrezza a tempo e punteggio<sup>25</sup>), uno per ogni classe della scuola primaria per verificare gli effetti delle attività svolte dagli esperti, sugli aspetti legati ai livelli di controllo motorio e, per quanto concerne questo lavoro, gli effetti prodotti sui bambini con disabilità. Per ogni test sono stati adottati degli adattamenti ai percorsi dipendenti dalla tipologia di disabilità, dalla classe frequentata e ausili utilizzati per il percorso<sup>26</sup>.

I dati registrati dagli esperti sono stati riportati sul portale dedicato al Progetto di alfabetizzazione del CONI e da questo raccolti e elaborati durante le attività di dottorato grazie al ruolo di responsabile nazionale CIP<sup>27</sup>.

## Metodo

La raccolta dei dati<sup>28</sup> utilizzati per questo lavoro sono stati rilevati all'interno del progetto MIUR C.O.N.I. C.I.P. "Alfabetizzazione Motoria", attraverso i percorsi di destrezza che esso prevedeva. I dati sono stati raccolti da esperti individuati e formati dalla struttura organizzativa nazionale e regionale composta da docenti individuati all'interno della S.d.S. del CONI e CIP.

Per ogni bambino partecipante al progetto sono state raccolte le seguenti informazioni:

- regione provincia, codice scuola, classe, genere, età anagrafica, numero di errori per ogni percorso e tempi per le singole sezioni

---

<sup>25</sup> La destrezza è la capacità di acquisire nuove abilità, ma anche di superare le difficoltà nella precisione dei movimenti (la loro reciproca coordinazione) e nelle situazioni rapidamente mutevoli (Zaciorskij, 1970). Il percorso di destrezza ha l'obiettivo di valutare le capacità coordinative generali di un individuo (Carbonaro G. et al., 1988) attraverso due parametri: la valutazione del tempo (secondi) impiegato a realizzarlo e del punteggio realizzato rispetto ai possibili errori commessi.

<sup>26</sup> Vedi allegati in appendice

<sup>27</sup> Comitato Italiano Paralimpico

<sup>28</sup> I dati sono stati ricavati dal database del CONI relativo al progetto di alfabetizzazione con la collaborazione del CIP e grazie al ruolo di responsabile nazionale del progetto stesso e elaborati in forma del tutto originale rispetto ai dati sulla disabilità



Ad ogni istituto scolastico prendente parte al progetto stesso viene fornito un kit di materiali sportivi (GFS®) per la realizzazione dei monitoraggi motori a garanzia dell'uniformità dei dati rilevati e della scientificità metodologica.

Lo strumento più importante sono stati comunque i percorsi di Alfabetizzazione Motoria che si diversificano per le cinque classi<sup>29 30</sup>, pur mantenendo una struttura di base simile. In ognuno di questi percorsi i bambini si sono dovuti cimentare in svariate attività motorie quali lo scavalco di ostacoli, prove d'equilibrio, l'utilizzo della palla e il dover effettuare balzi e slalom tra i birilli. I percorsi ovviamente erano via, via più complessi salendo con le classi e quindi con l'età dei bambini che li avrebbero dovuti affrontare. I percorsi proposti erano uguali in tutte le scuole in cui il progetto è stato proposto e prevedevano specifiche misurazioni di distanze tra le varie sezioni che lo componevano. Ogni scuola era monitorata da un esperto che aveva il compito di rilevatore. I percorsi avevano tutti la struttura di base in cui metà percorso veniva affrontato in una direzione di andata, mantenendo la destra, dopodiché si girava attorno a una boa per invertire la direzione di marcia e tornare indietro verso il traguardo posto accanto alla partenza.

Mettendo in relazione la quantità di dati pervenuti con la reale presenza di bambini certificati è possibile creare un quadro generale sul coinvolgimento che ogni singola regione ha manifestato fig.2.

I dati analizzati ci informano anche delle percentuali di bambini disabili distinti per classi frequentate, ne derivano le seguenti percentuali:

---

<sup>29</sup> Vedi appendice

<sup>30</sup> Ambrosio M., Milani M. "Materiale didattico Alfabetizzazione Motoria 2012/13"  
[www.alfabetizzazioneemotoria.it](http://www.alfabetizzazioneemotoria.it)

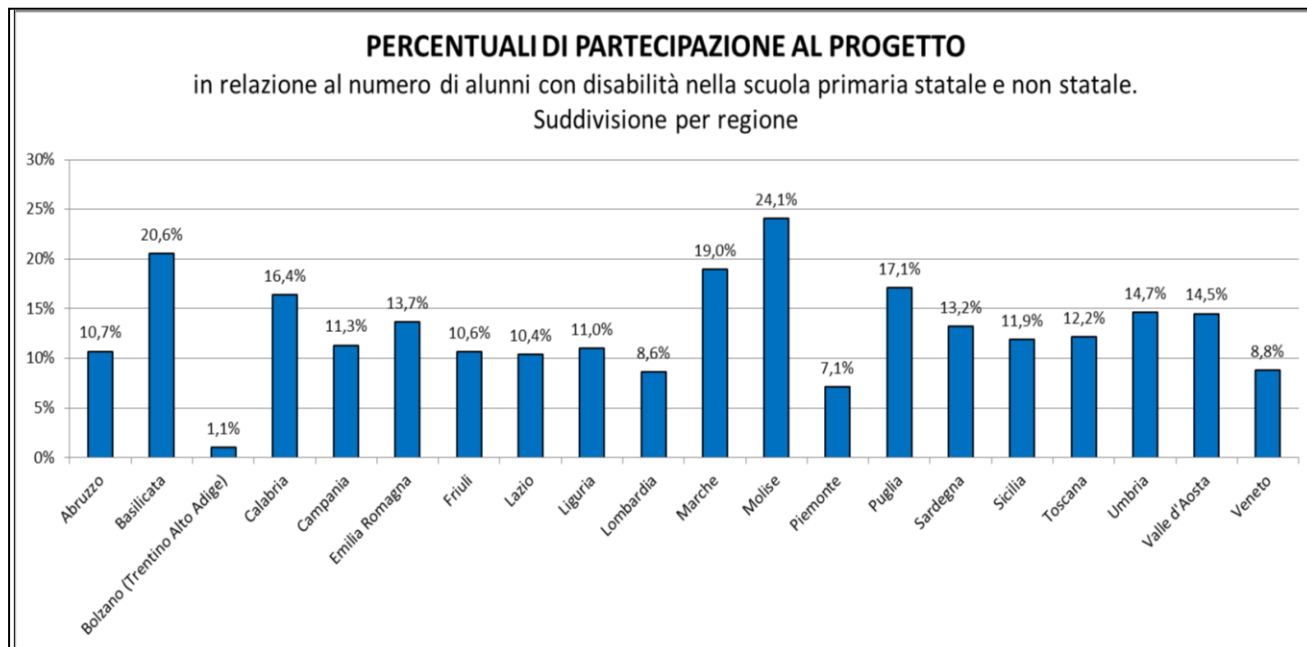


Figura -2

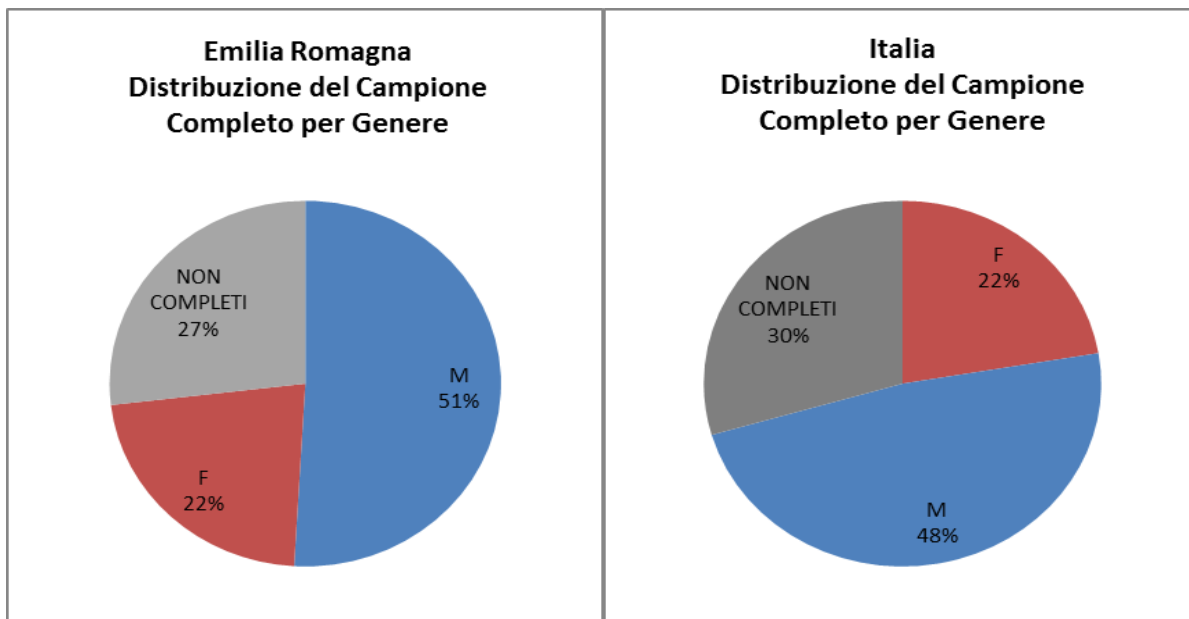
### 3.3 Ricerca regione campione Emilia Romagna

#### Il campione

Secondo i dati riportati dal portale risulta che in Emilia Romagna (ER) hanno partecipato al progetto ben 711 alunni disabili, il 2,13% degli alunni totali; mentre a livello nazionale sono stati 9292, che corrisponde al 1,82% di tutti gli alunni italiani partecipanti. In particolare in ER ci sono stati 488 maschi e 223 femmine, quasi la metà dei maschi. A livello italiano invece i maschi italiani con disabilità risultano 6229, circa l'1,22%, mentre le femmine sono 3063, il 0,60%, ovvero le femmine italiane risultano circa la metà dei maschi italiani.

Considerando il campione di tutti gli alunni di cui si dispone il monitoraggio completo (Grafico 2), ci sono 362 maschi (50,91% del totale) e 158 femmine (22,22%) in tutto quindi 540, ossia il 73,14% degli alunni diversamente abili totali. Mentre a livello nazionale (Grafico 2) sono 6549 alunni disabili, ossia l'70,48% di tutti gli alunni disabili italiani partecipanti. I maschi italiani con disabilità (48,15%) risultano sempre maggiori rispetto alle femmine (22,33%) di più del doppio. In molti studi infatti risulta che alcuni tipi di disabilità siano associate più frequentemente al genere maschile.

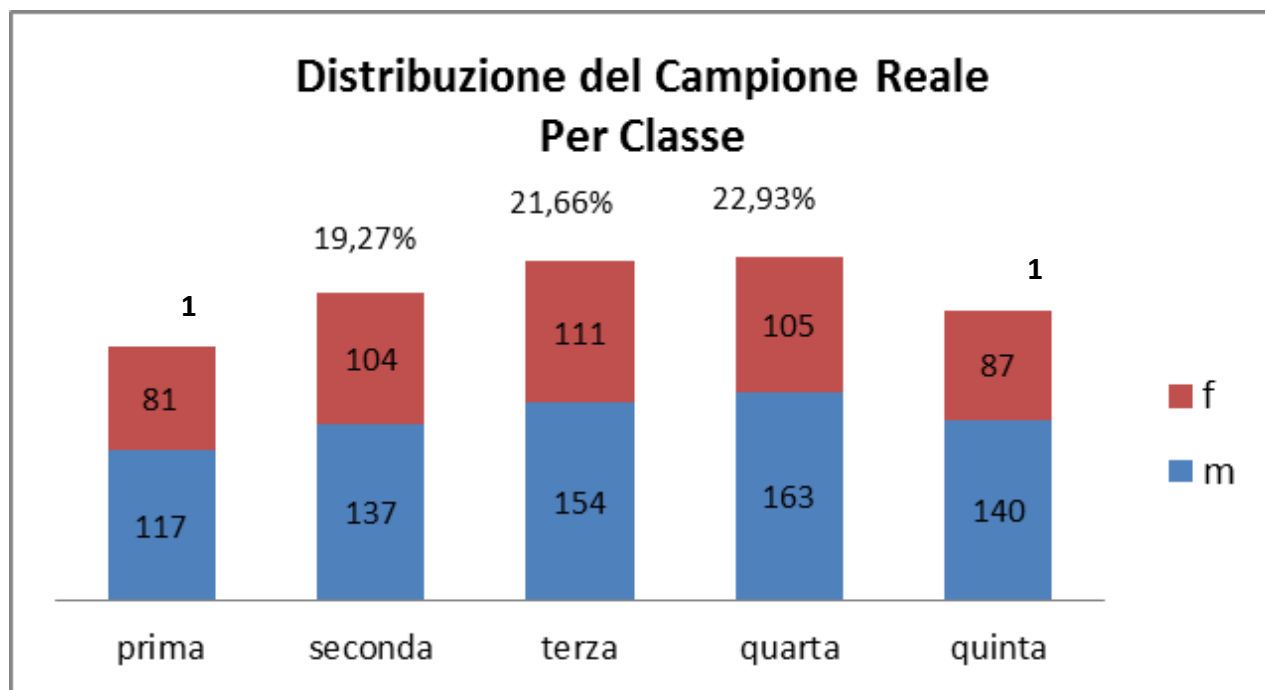
Grafico 1



I monitoraggi non completi risultano come detto dal paragrafo precedente circa il 27%, manca cioè uno dei due monitoraggi o non sono mai stati effettuati per diversi motivi tra cui l'assenza dell'alunno al momento del monitoraggio, infortuni, disabilità gravi e quindi la non partecipazione al progetto o per motivi prettamente tecnici.

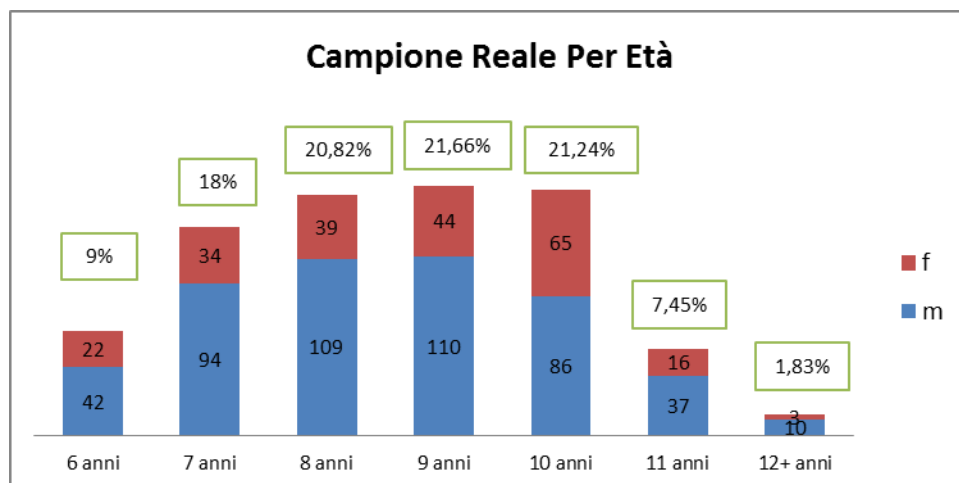
Grazie ai dati, si possono suddividere gli alunni a seconda della classe (Grafico 3). Andando a considerare il campione totale il 16, 46% nella classe prima, il 19,27% nella seconda, il 21,66% nella terza, il 22,93% nella quarta e il 19,69% in quinta. Si può vedere come l'aumento degli alunni certificati aumenti dopo la prima classe della scuola elementare, sia da parte delle alunne, che degli alunni.

Grafico 2



Un andamento simile si ha anche se suddividiamo il campione reale per età (Grafico 4). L'età maggiormente rappresentate sono quelle che normalmente fanno parte dell'età scolare. Alcuni soggetti hanno un'età che supera quella della scuola primaria, ovvero una piccola parte di essi, l'1,83% ha dai 12 anni in su. Poiché i dati sono stati rilevati a inizio anno (Gennaio 2013), la maggioranza degli alunni non aveva ancora l'età rispettiva al loro anno di nascita. I meno rappresentati, a seguire dei dodicenni, sono gli undicenni, 7,45%, poi gli alunni di 6 anni, 9,00%; 7 anni, 18,00%; 8 anni, 20,82%; 9 anni, 21,66%, 10 anni, 21,24%.

Grafico 3



Si può notare come aumenti il numero degli alunni disabili al crescere dell'età. Infatti ogni anno in Italia, più bambini vengono segnalati dagli insegnanti e successivamente, alcuni di essi, certificati.

Considerando il campione di chi ha partecipato a tutte e due le prove di monitoraggio, i dati seguono più o meno quelli del campione reale sia per la classe di appartenenza che per l'età (Tabella 1).

Tabella 2

classe	TOT		MASCHI				FEMMINE					
	Completi	Reali	Completi	Reali	Completi	Reali	Completi	Reali				
1	71	13,65%	117	16,46%	51	9,81%	81	11,39%	20	3,85%	36	5,06%
2	108	20,77%	137	19,27%	80	15,38%	104	14,63%	28	5,38%	33	4,64%
3	114	21,92%	154	21,66%	86	16,54%	111	15,61%	28	5,38%	43	6,05%
4	126	24,23%	163	22,93%	84	16,15%	105	14,77%	42	8,08%	58	8,16%
5	101	19,42%	140	19,69%	61	11,73%	87	12,24%	40	7,69%	53	7,45%
<b>TOT</b>	520		711		362		488		158		223	

### 3.3.1 Il Campione Effettivo

Come detto in precedenza il campione effettivo è costituito dal 39,68% del campione reale poiché sono state considerate solo le province di Bologna, Modena, Reggio Emilia, Piacenza, Parma e Rimini che hanno messo a disposizione le schede di rilevazione in modo da confrontarle con quelle presenti nel portale *online* e inseguito poterle analizzare. In particolare del campione effettivo fanno parte le schede di rilevazione complete dei due monitoraggi.

Il 39,68% è rappresentato per il suo 11,67% da femmine e dal 27,71% dai maschi, che quindi confermano la loro maggioranza come si è visto a livello regionale e nazionale. Oltre a determinare il genere possiamo ulteriormente approfondire il tipo di alunni presenti nel campione effettivo e calcolare la prevalenza nelle classi, nell'età e nelle disabilità. Anche in questo caso, ha conferma, il dato rilevato nel capitolo precedente dove la presenza di disabilità si manifesta più frequentemente (2 su 3 casi) nel genere maschile.

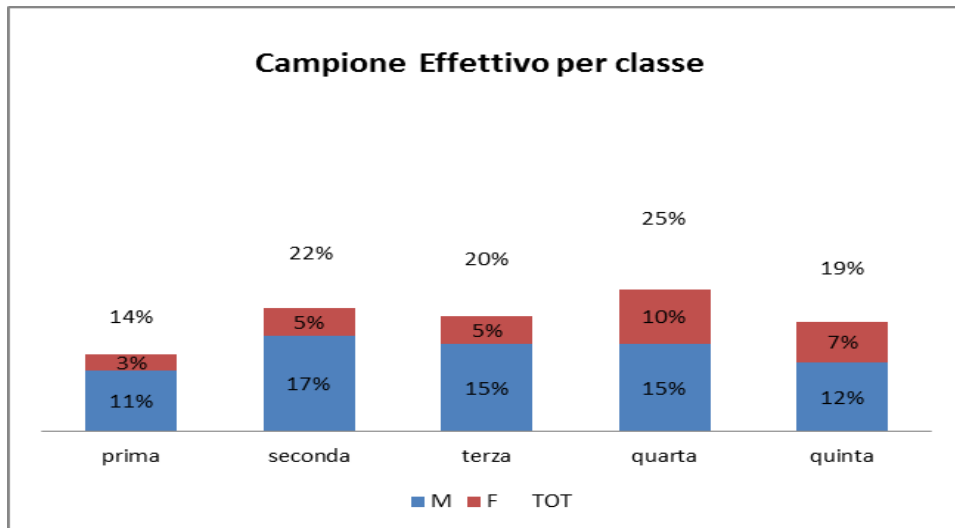
Questo fenomeno è in larga misura riconducibile ad una causa genetica, la più evidente differenza genetica fra maschi e femmine è rappresentata dai cromosomi sessuali, XY per il maschio e XX per la femmina. Il cromosoma X contiene migliaia di geni, le cui mutazioni possono causare diversi effetti patologici fra cui, spesso ritardo mentale. Questi effetti nelle femmine tendono ad essere “tamponati” dalla presenza di due cromosomi X, per cui uno può compensare le eventuali mutazioni dell'altro. Nei maschi questo meccanismo di compensazione viene meno e quindi essi sono maggiormente predisposti a manifestare le malattie causate da mutazione genetica.<sup>31</sup>

Guardando alle classi (Grafico 5), gli alunni frequentante le classe prima sono il 13,57%, la seconda il 21,79%, la terza il 20,36%, la quarta il 25% e la quinta il 19,29%. In questo caso si nota di meno l'aumento del numero degli alunni disabili con la classe e quindi l'età come indica l'andamento regionale e nazionale; probabilmente dovuto ad una limitazione del campione dovuta al caso.

---

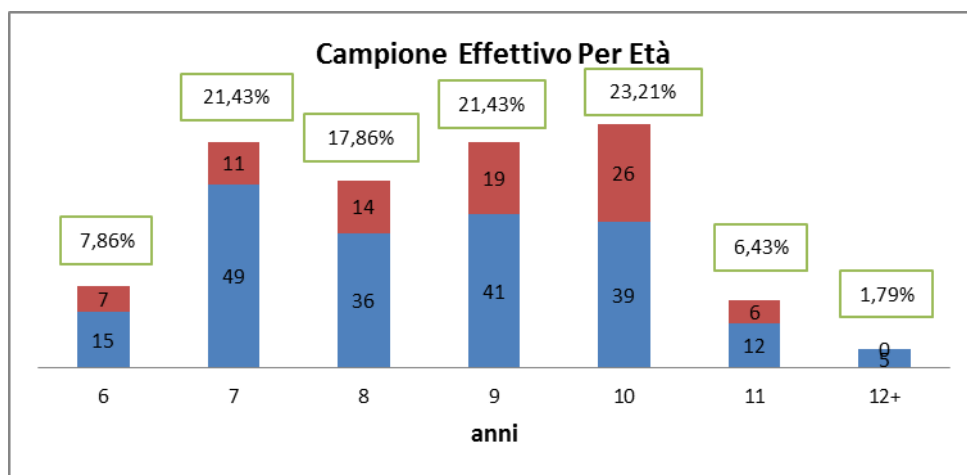
81.Pavone, M. Ruggieri “ neurologia pediatrica” C. ROMANO, *Ritardo mentale*, pag. 238-246 ed.elsevier Italia.

**Grafico 4**



Per quanto riguarda l'età (Grafico 6), l'andamento tende a rispecchiare maggiormente quello reale. In fatti le età più rappresentate sono quelle centrale, ossia dai sette anni ai dieci anni, mentre agli estremi la presenza è ridotta. Precisamente il 7,86% ha 6 anni, il 21,43% ne ha sette, il 17,86% otto, il 21,43% nove, il 23,21% dieci, il 6,43% undici; mentre chi ha dai dodici anni in su sono una minima parte (1,79%).

**Grafico 5**



La scheda di rilevazione permetteva di indicare un'informazione in più, il tipo di disabilità (Tabella 2). Si può notare come ci sia un maggior numero di disabili intellettivo e relazionali,

l'87,5%, distinti come HM nella scheda. In particolare, grazie ad alcune precisazione fatte dagli esperti secondo la classificazione del'ICD-10, è stato possibile definire la presenza frequente di ritardi mentali e di disturbi del comportamento e del linguaggio; inoltre tra questi ci sono i bambini autistici e con sindrome di down. A seguire i disabili fisici, HFD (4,6%) e quelli che hanno disabilità combinate cioè fisici che intellettivi relazionali o associati a disturbi visivi o uditivi. Queste categorie sono possono avere difficoltà a livello dei gesti motori, di attenzione, ma anche di socializzazione. A seguire ci sono gli ipovedenti (1,07%) e i carrozzati (0,36%), anche tra questi ci sono alunni con difficoltà in più, associati a ritardi o problemi relazionali. In piccola parte ci sono anche i non udenti (2,14%). Si possono osservare nel campione diversi gradi di disabilità: da quelle più lievi a quelle più gravi, con maggiori compromissioni.

**Tabella 3**

	hm	hfd	hdc	ipo	nu	hm-hfd	altro
<b>tot</b>	<b>87,5%</b>	<b>4,64%</b>	<b>0,36%</b>	<b>1,07%</b>	<b>2,14%</b>	<b>1,43%</b>	<b>2,86%</b>
<b>m</b>	29,39%	46,15%	0,00%	66,67%	83,33%	25,00%	62,50%
<b>f</b>	70,61%	53,85%	100,00%	33,33%	16,67%	75,00%	37,50%

### 3.3.2 I risultati dei monitoraggi

Come già detto in precedenza, non tutti i monitoraggi sono stati effettuati o completati del tutto. Per essere definiti tali occorre che ci sia la rilevazione del tempo impiegato per svolgere il percorso e del totale dei compiti motori eseguiti in modo corretto, per entrambe le due prove. A questo punto a seguito dei due monitoraggi è possibile confrontarli per vedere se ci sono stati dei miglioramenti o meno da parte degli alunni. Infatti si possono distinguere in cinque diversi casi:



- L'alunno è migliorato, superando la seconda prova in un tempo minore, ma con lo stesso numero di errori di quella precedente. In questo caso, l'alunno è diventato più veloce, rispetto alla volta precedente;
- L'alunno è migliorato, superando la seconda prova in un tempo minore, ma ha commesso più errori di quella precedente;
- L'alunno è migliorato, poiché ha compiuto un numero di errori minori rispetto la prova precedente, ma ha impiegato più tempo;
- L'alunno è migliorato, poiché ha impiegato un tempo minore e ha effettuato meno errori rispetto alla prova precedente;
- L'alunno non è migliorato, anzi ha fatto più errori e ha impiegato più tempo nello svolgimento della prova rispetto a quella precedente.

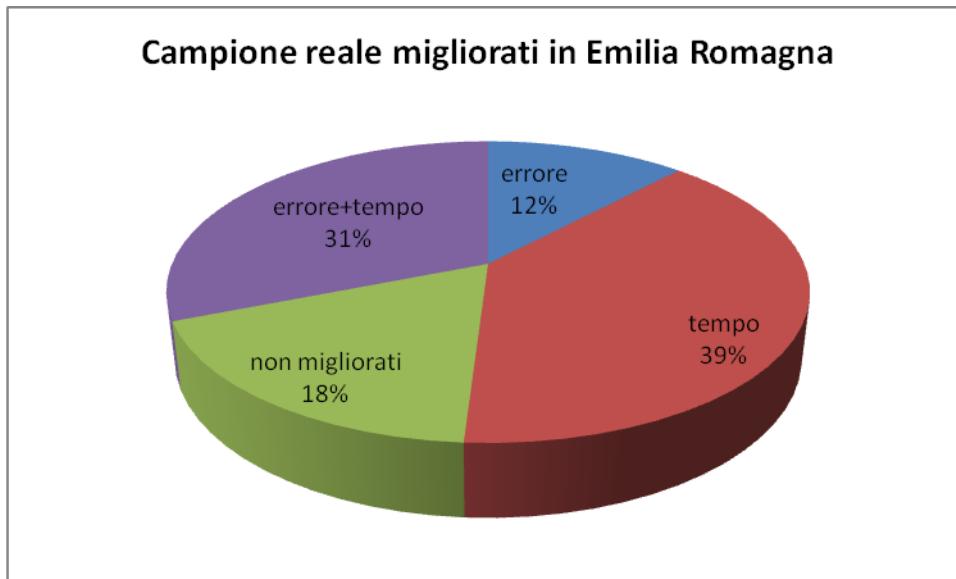
In sintesi, l'alunno può migliorare il tempo impiegato a svolgere il percorso, mettendoci meno tempo, oppure può ridurre il numero di errori commessi durante l'esecuzione della prova, o migliorare entrambi gli aspetti o non migliorarne nessuno dei due, anzi impiegare più tempo e commettendo più errori.

### **3.3.3 Analisi dati Emilia Romagna**

Grazie ai dati del portale elaborati, si osserva che circa un terzo del campione completo, il 31,15%, è migliorato per entrambi gli aspetti di tempo e errori (Grafico 7). Si può dedurre come questi bambini siano diventati più veloci e più precisi nello svolgere il percorso, in altri sensi si può dire che siano stati più sicuri. Chi invece è migliorato solo nel tempo è stato il 39,04%, mentre chi è migliorato per avere commesso meno errori è stato l'11,54%, chi non ha avuto miglioramenti rimane il 18,27%. Questi dati confermano che la pratica dell'attività motoria svolta dall'esperto del progetto nell'intervallo di tempo tra i due monitoraggi, porta miglioramenti dal punto di vista fisico e motorio a chi ha partecipato ad entrambe le prove, in questo caso all'81,73%. Durante le ore di lezione con la classe, l'esperto, insieme all'insegnante, è invitato a seguire le *Indicazioni Nazionali per il curriculum* dell'insegnamento dell'educazione fisica, che pone degli obiettivi da raggiungere al termine

dell'anno e a seconda della classe, tra cui la *consapevolezza e la padronanza degli schemi motori e posturali nel continuo adattamento alle variabili spaziali e temporali contingenti*<sup>32</sup>. Inoltre la consapevolezza di questi successi può spingere l'alunno ad esplorare ancora di più il suo corpo e le sue capacità.

**Grafico 6**



Più dettagliatamente possiamo distinguere il genere e la classe (Tabella 3). Per quanto riguarda il genere, come mostra la tabella possiamo vedere come i maschi migliorati rappresentano il 55,58% e le femmine il 26,15%; per il solo miglioramento del tempo i maschi rappresentano il 28,08% e le femmine il 10,96%; per il solo miglioramento degli errori i maschi rappresentano il 5,96% e le femmine il 5,58%; nei non migliorati i maschi rappresentano il 14,04% mentre le femmine il restante 4,23%.

---

<sup>32</sup> Indicazioni Nazionali per il Curricolo della Scuola dell'Infanzia e del Primo Ciclo d'Istruzione, MIUR, 2012, *La scuola del primo ciclo/L'ambiente di apprendimento/Educazione Fisica*, p.63

Tabella 4

<i>MIGLIORATI</i>	<b>TOTALE</b>		<b>FEMMINE</b>		<b>MASCHI</b>	
<b>Errore</b>	60	11,54%	29	5,58%	31	5,96%
<b>Tempo</b>	203	39,04%	57	10,96%	146	28,08%
<b>Errore + Tempo</b>	162	31,15%	50	9,62%	112	21,54%
<i>totale</i>	<b>425</b>	<b>81,73%</b>	<b>136</b>	<b>26,15%</b>	<b>289</b>	<b>55,58%</b>
<b>non migliorati</b>	95	18,27%	22	4,23%	73	14,04%

Guardando i singoli campioni femminili e maschili, si osserva che le alunne hanno avuto dei miglioramenti maggiori rispetto ai compagni, più precisamente l'86,08% contro il 89,83% dei maschi (Tab. 4). In particolare le femmine hanno riscosso miglioramenti maggiori a livello del tempo, a seguire il miglioramento sia del tempo che dell'errore e in minor percentuale degli errori. Anche i maschi hanno avuto miglioramenti con la medesima frequenza, soprattutto a livello del tempo e della combinazione errore-tempo.

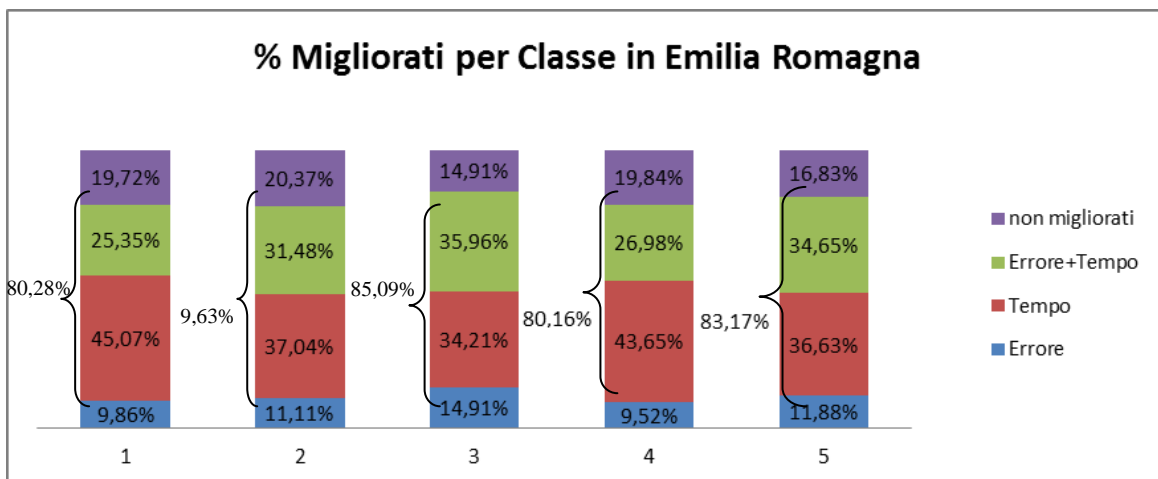
Tabella 5

<i>MIGLIORAMENTI</i>	<b>FEMMINE</b>		<b>MASCHI</b>	
<b>Errore</b>	29	18,35%	31	8,6%
<b>Tempo</b>	57	36,08%	146	40,3%
<b>Errore + Tempo</b>	50	31,65%	112	30,9%
<i>totale</i>	<b>136</b>	<b>86,08%</b>	<b>289</b>	<b>79,83%</b>
<b>non migliorati</b>	22	13,92%	73	20,27%

Se andiamo a vedere le classi (Graf. 8), chi ha avuto maggiori migliorati è stata la classe terza con l'85,09%, a seguire la quinta(83,17%), la prima (80,28%), la quarta (80,16%) e la seconda (79,63%); per il miglioramento del tempo invece, le classi prime (45,07%), sono stati più veloci dopo il secondo monitoraggio, successivamente le quarte, le seconde, le quinte e le terze; nel numero di errori, quest'ultima è invece la più precisa con il 14,91% di bambini che

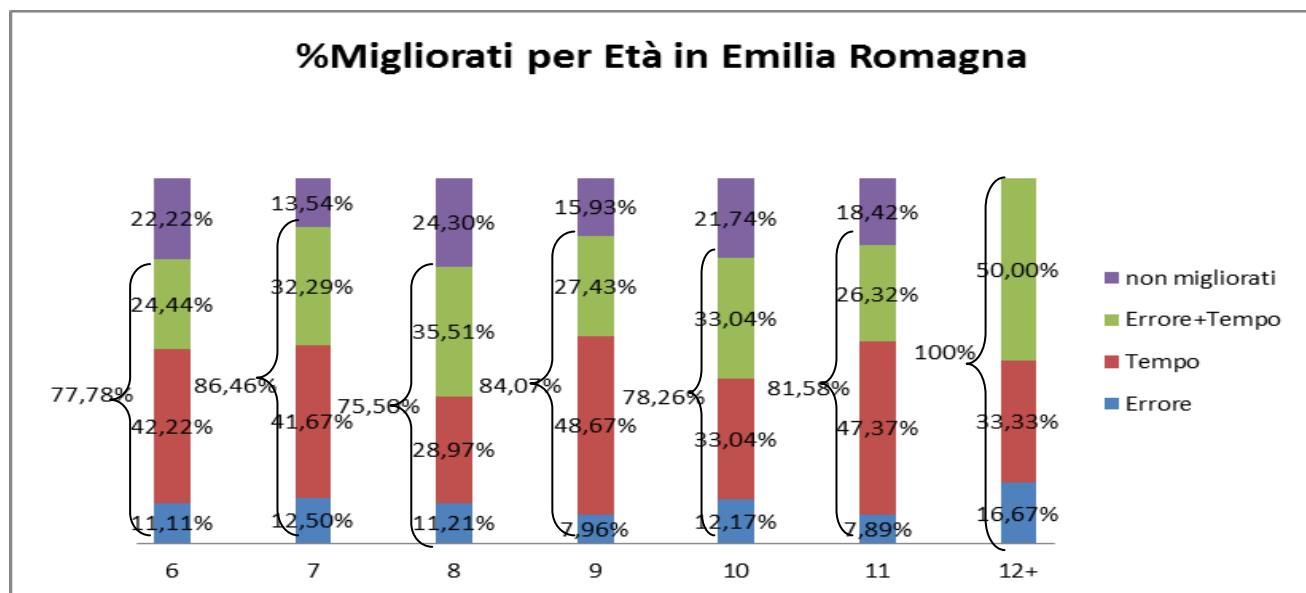
hanno eseguito la seconda prova con meno errori, a seguire la quinta, la seconda, la prima e la quarta. Al contrario chi ha una maggior percentuale di non migliorati è la classe seconda, 20,37%, a seguire le quarte, le prima e la quinta, mentre chi ha avuto la percentuale minore di non migliorati sono le terze, poiché sono la classe con più migliorati.

**Grafico - 7**



Dei dati simili li ritroviamo nella suddivisione per fasce d'età (Grafico 9). Infatti chi è migliorato di più sono gli alunni che hanno compiuto nove e sette anni (84,07%,86,46%).

**Grafico 8**



Subito dopo chi ha undici anni con l'81,58%; e meno migliorati risultano i sei, otto e dieci anni, con meno dell'80%. Tra i maggiori di dodici anni non risulta nessun non migliorato, ciò significa che tutti hanno avuto dei miglioramenti.

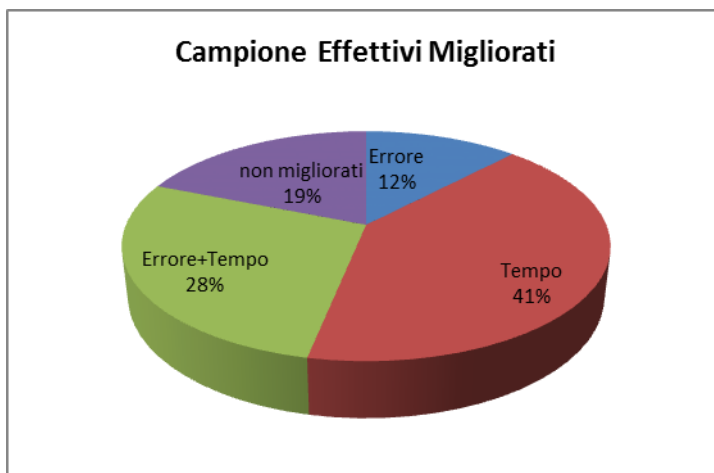
### 3.3.4 Risultati Campione Effettivo

Incrociando i dati del portale con quelli disponibili nelle schede di rilevazione delle province facenti parte del campione effettivo, si ottengono i risultati dei migliorati oltre che per il genere e la classe, anche per la disabilità.

In totale il campione effettivo migliorato è l'81,07%, mentre il rimanente 18,93% non ha avuto miglioramento. L'aspetto della prova che ha subito più migliorati è il tempo di percorrenza del percorso (Grafico 10). Ossia il 41,07% degli alunni effettivi ha impiegato meno tempo nella seconda prova di monitoraggio per percorrere il percorso. Questa percentuale è riferita ai soli migliorati per il tempo. A questi bisogna aggiungere anche chi ha impiegato meno tempo facendo un numero di errori minore nella prova finale, ovvero il 27,86%. Questi ultimi sono quindi stati più veloci e agili nell'affrontare i compiti della prova.

Coloro che sono migliorati solo un minore numero di errori commessi sono il 12,14%. I dati riferiti ai migliorati rispecchiano perfettamente quelli riscontrati in precedenza a livello regionale.

**Grafico - 9**



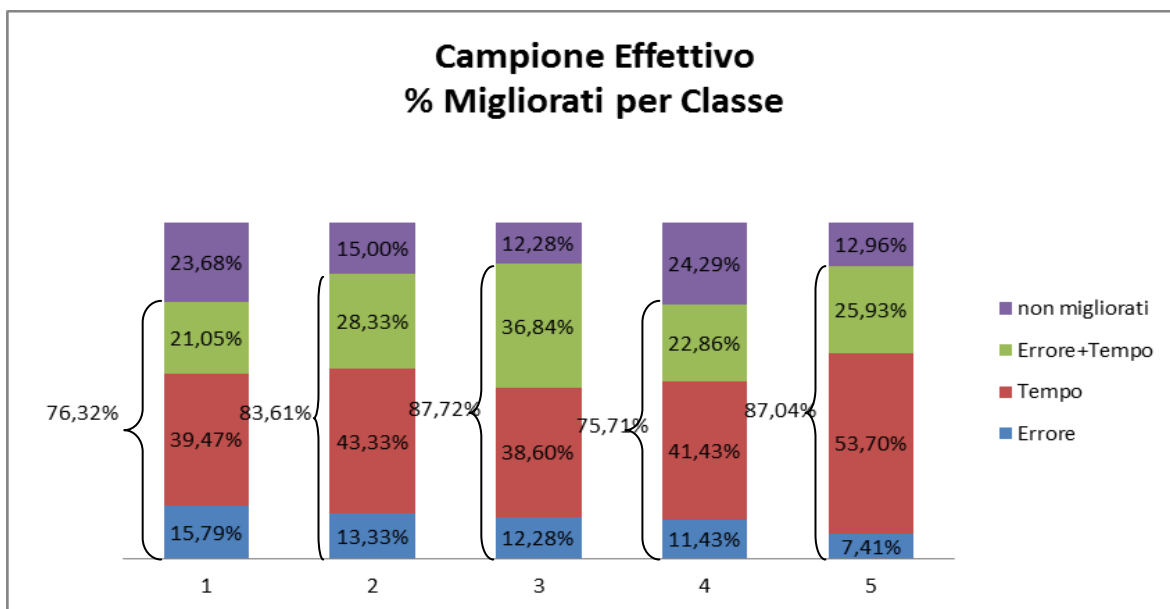
Andando con ordine si può notare che le femmine sono migliorate in percentuale maggiore rispetto ai maschi (Tabella 5). Infatti il 13,25% delle femmine è migliorato riducendo il numero degli errori, contro l'11,7% dei maschi; il 28,92% delle femmine ha avuto miglioramenti sia nel tempo che negli errori, mentre per i maschi il 27,4%. Per quanto riguarda i miglioramenti nel tempo, la percentuale risulta simile: 40,96% per le femmine e 41,1% per i maschi. I dati dei migliorati effettivi, dunque, sono simili a quelli del campione reale della regione. Si può notare infatti che in totale le femmine migliorate sono l'83,13% (86,08% per l'ER), mentre le non migliorate il rimanente 16,87% (13,92% per l'ER). Mentre per i maschi sono migliorati l'80,2% (79,83% per l'ER), e non migliorati il 19,8% (20,27% per l'ER).

**Tabella 6**

<i>MIGLIORAMENTI</i>	<i>FEMMINE</i>	<i>MASCHI</i>
<b>Errore</b>	13,25%	11,7%
<b>Tempo</b>	40,96%	41,1%
<b>Errore + Tempo</b>	28,92%	27,4%
<b>totale</b>	<b>83,13%</b>	<b>80,20%</b>
<b>non migliorati</b>	16,87%	19,80%

Se passiamo ai migliorati per classe si può riscontrare che la classe che ha ricevuto maggiori migliorati è stata la terza, con l'87,72% e a seguire la quinta, con l'87,04%, come si riscontra a livello regionale; la seconda e la prima con il 73,61% e 76,32%; infine la quarta, 75,71% (Grafico 11).

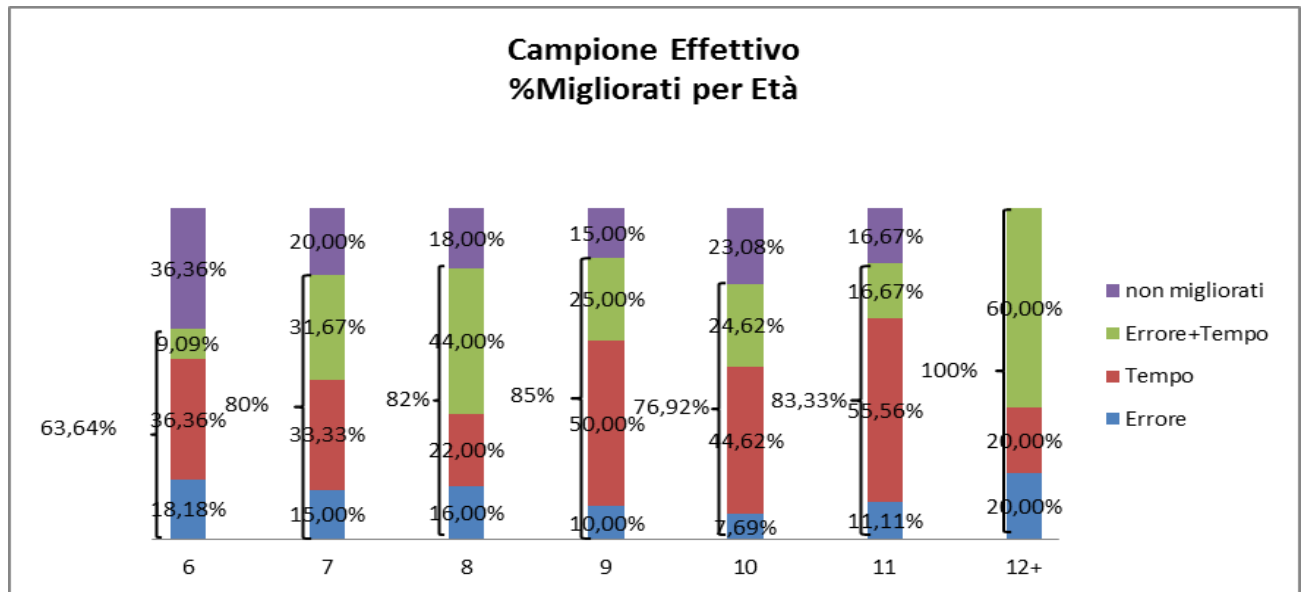
**Grafico 10**



Per quanto riguarda i migliorati rispetto all'età tutti gli alunni che hanno l'età maggiore di quella scolare sono migliorati, ma a conti fatti si tratta di poche unità, mentre per le altre fasce, quelli di 9 anni hanno avuto maggiori miglioramenti, 85%; a seguire gli undici anni (83,33%), gli otto anni (82%), i sette anni (80,00%), i dieci anni (76,92%) e i 6 anni (63,64%).

I dati non rispecchiano perfettamente quelli regionali, ma in comune conservano le età con maggiori miglioramenti, ossia i nove, gli undici e i sette anni (Grafico 12).

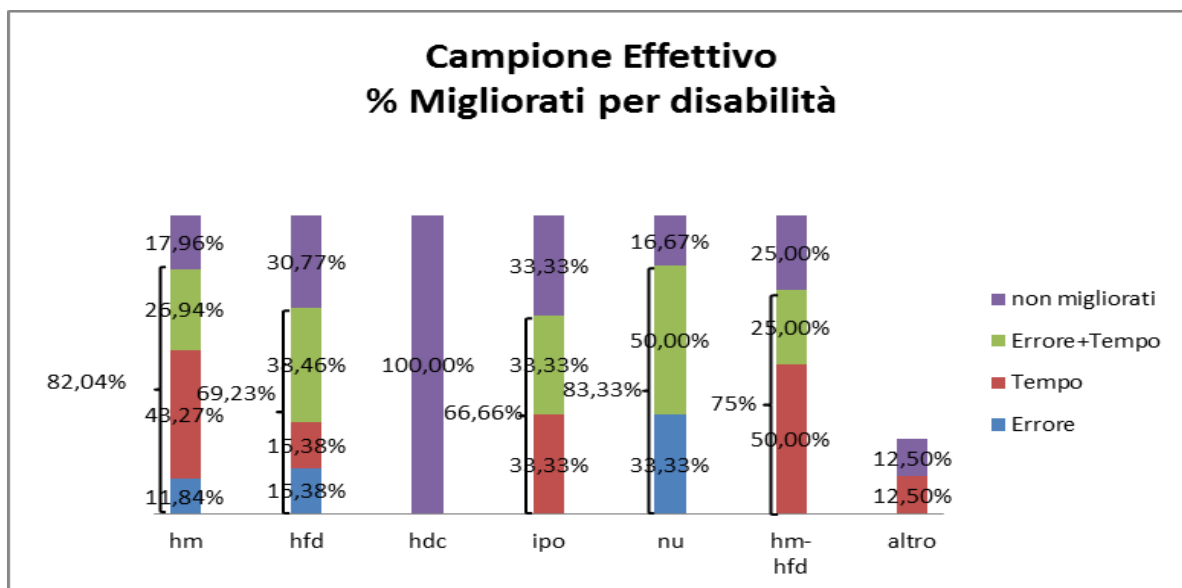
**Grafico 11**



Le schede di rilevazione mostrano anche le percentuali dei migliorati per disabilità. Chi ha una maggioranza di migliorati sono i non udenti (NU), con l'88,3%, dopo di che ci sono i disabili mentali e relazionali (HM) con l'83,04%, i disabili fisici (HFD), con il 69,23% e gli ipovedenti (IPO), con il 66,67%. Alte percentuali sono presenti anche in chi ha più di una disabilità, 87,50%, come per esempio i disabili mentali e fisici, con il 75%. Dal grafico (Grafico 13), si può notare che chi non è migliorato in percentuale maggiore è soprattutto chi presenta disabilità fisiche, quindi chi ha dei limiti per quanto riguarda i movimenti e la deambulazione. Probabilmente questi soggetti raggiungono benefici e miglioramenti in tempi più lenti rispetto ai compagni con disabilità diverse.



Grafico 12



Dopo aver analizzato quanti alunni hanno avuto dei miglioramenti in uno o in tutti e due gli aspetti del tempo e degli errori, occorre definire di quanto sono migliorati ovvero, definire una percentuale di miglioramento media degli alunni a seconda del tempo medio impiegato a svolgere il percorso e a al numero di errori medi commessi durante il percorso.

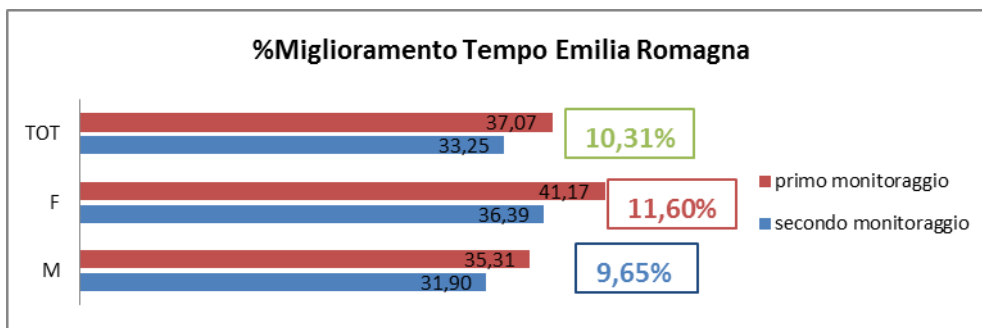
### 3.3.4.1 Miglioramenti tra T1 e T2 nel campione reale

Come prima cosa, occorre prima calcolare le medie del tempo impiegato a fare il percorso nel primo e nel secondo monitoraggio. Dai dati presi dal portale, risulta che in media il tempo impiegato durante il primo monitoraggio (T1) è di 37,07 secondi, mentre nel secondo il tempo medio impiegato (T2) è inferiore, cioè di 33,25 secondi. Questo indica che in media c'è stato un miglioramento di 3,82. Per determinare di quanto è migliorato il tempo medio, occorre fare il rapporto tra T2 e T1, il risultato va sottratto ad uno e moltiplicandolo per 100, si ottiene la percentuale. La formula utilizzata è stata la seguente:

$$\left(1 - \frac{T2}{T1}\right) \times 100$$

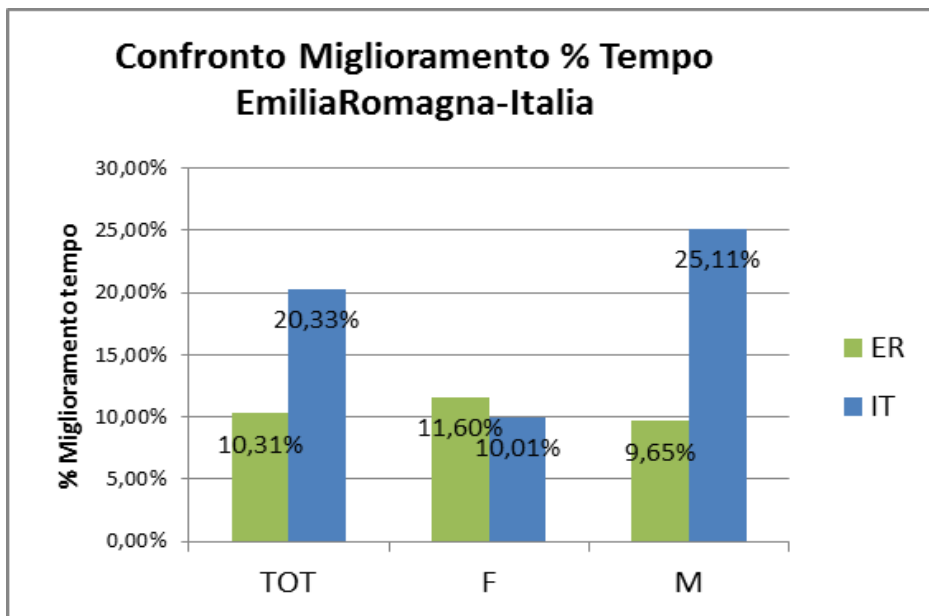
In questo caso, quindi il miglioramento percentuale risulta essere del 10,31%, il che risulta essere nettamente inferiore rispetto a quello della media nazionale del 20,32% (Grafico 14).

**Grafico 13**



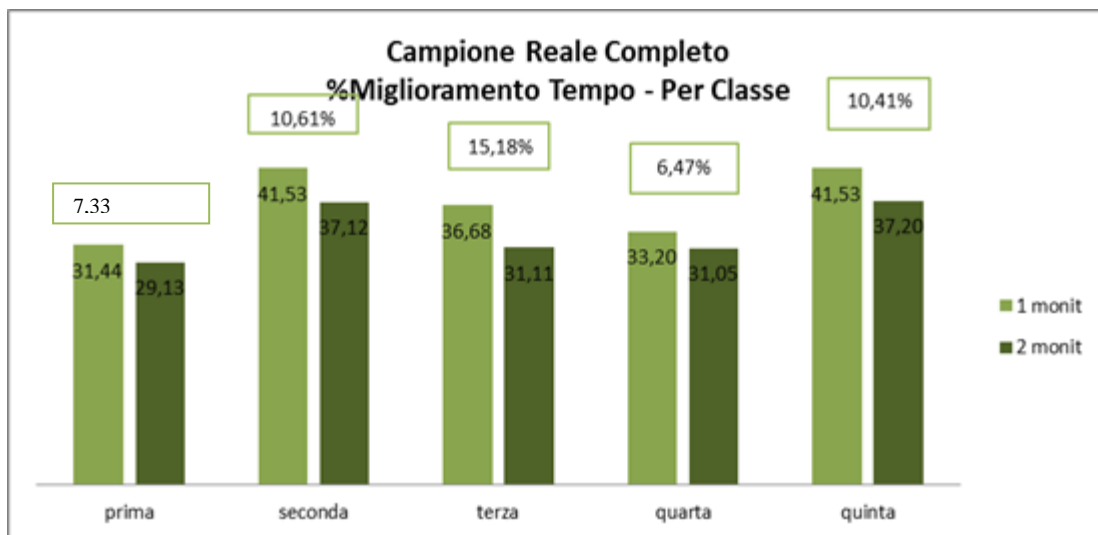
Per la precisione, ci sono differenze a seconda del genere. Risulta che le femmine siano migliorate di più rispetto ai maschi, l'11,60% (da 41,17 a 36,39 secondi) contro il 9,65% dei maschi (da 35,31 a 31,90 secondi). A livello nazionale la percentuale media di miglioramento del tempo femminile, 10,02% è simile, ma inferiore a quella dell'Emilia Romagna; mentre quella maschile italiana è di gran lunga più alta rispetto a quella emiliana, 25,11% (Grafico 15).

Grafico 14



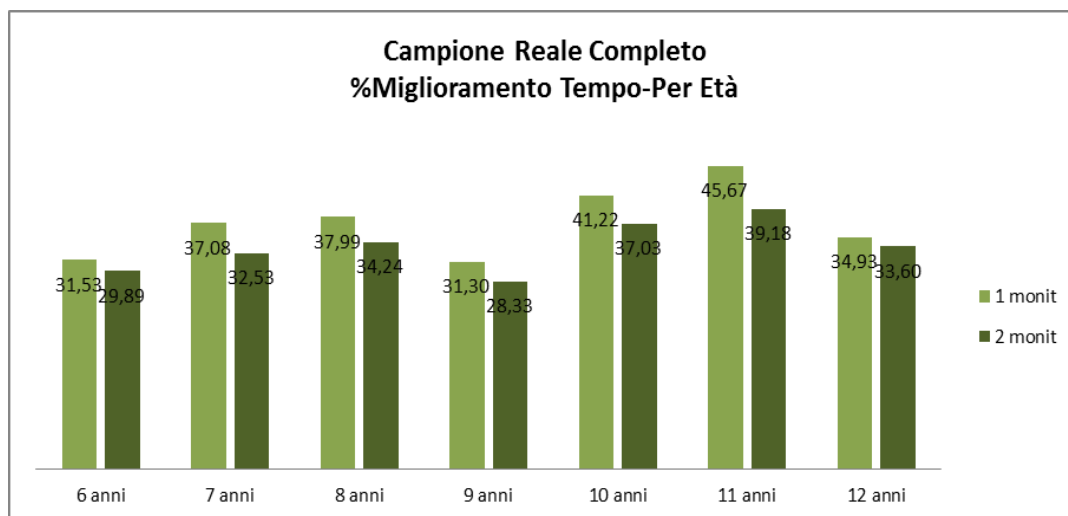
Altre differenze le possiamo riscontrare a livello della classe di appartenenza (Grafico 16). La terza ha avuto una percentuale di miglioramento più alta, ovvero del 15,28%. Ossia gli alunni di terza, come era già stato dimostrato nel paragrafo precedente sono quelli che sono migliorati di più rispetto agli altri e in questo caso hanno impiegato nella seconda meno tempo per percorrere il percorso. A seguire le seconde, con il 10,61% e le quinte con il 10,41%, poi le prime e la quarta rispettivamente con il 7,33% e il 6,47%.

**Grafico 15**



Secondo l'età, hanno avuto una percentuale di miglioramento medio maggiore gli alunni di undici anni, che dal 45,67 secondo nel primo monitoraggio sono passati a 39,18% nel secondo, con un miglioramento così del 14,21%; successivamente un buon miglioramento è stato dato dai 7 anni con il 12,28%, poi dai 10 anni, 10,17%; gli 8, i 9, i 6 anni e i maggiori di 12 anni hanno avuto percentuali di miglioramento minori (Grafico 17).

**Grafico 16**

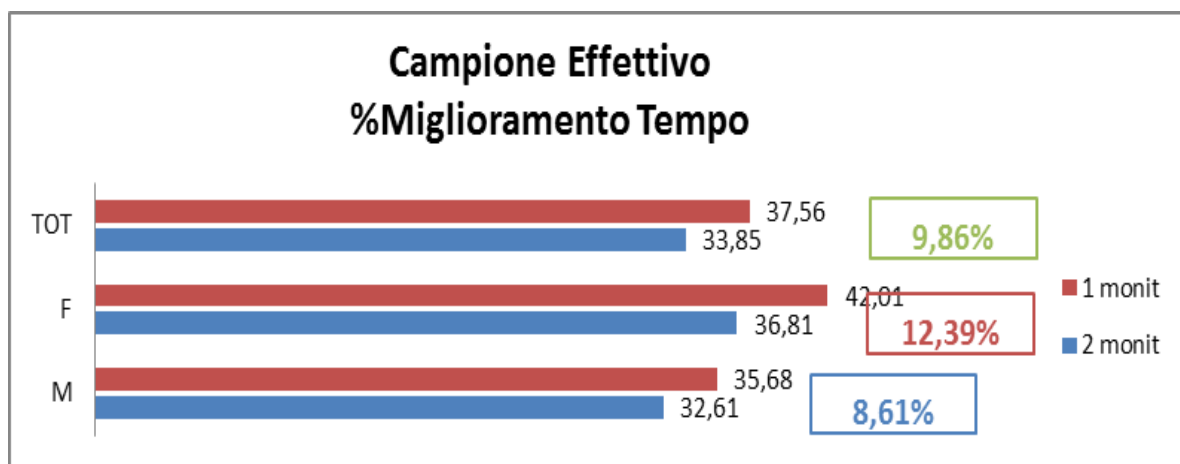


### 3.3.4.2 Miglioramento tra T1 e T2 nel campione effettivo

Il campione effettivo in media ha impiegato in media 37,56 secondi durante la prima prova, mentre ne ha impiegati 33,85 nella seconda con un miglioramento percentuale del 9,86% (Grafico 18); questo dato è inferiore sia rispetto alla media nazionale (20,33%), che, seppur di poco, di quello della regione (10,31%).

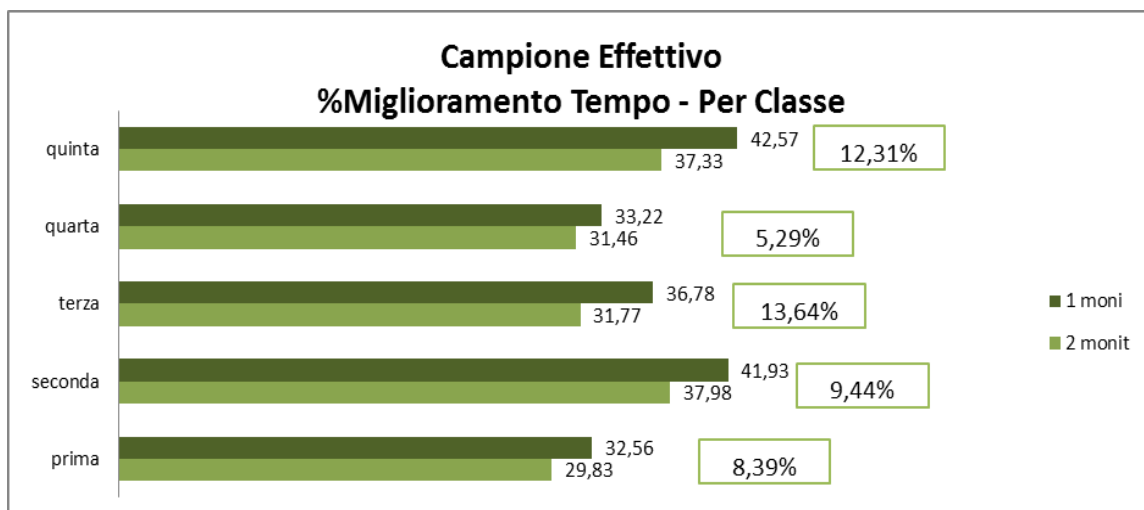
Analizzando il sottocampione femminile si ha una percentuale di miglioramento superiore rispetto alla media nazionale e regionale, ossia del 12,39%; il tempo impiegato dalle alunne diversamente abili va dai 42,02 secondi del primo monitoraggio, ai 36,81 secondi della prova finale. I maschi hanno invece impiegato meno tempo rispetto alle compagne, dai 35,68 secondi della prima prova ai 32,61 della seconda, ma hanno avuto percentuali di miglioramento minori.

**Grafico 17**



Guardando alla classe si può notare che la classe che ha avuto una percentuale di miglioramento maggiore è stata la terza, con il 13,64%; a seguire la quinta con il 12,31%, la seconda, 9,44%; la prima, 8,39% e infine chi ha avuto la percentuale di miglioramento minore è stata la classe quarta, solo 5,29% (Grafico 19).

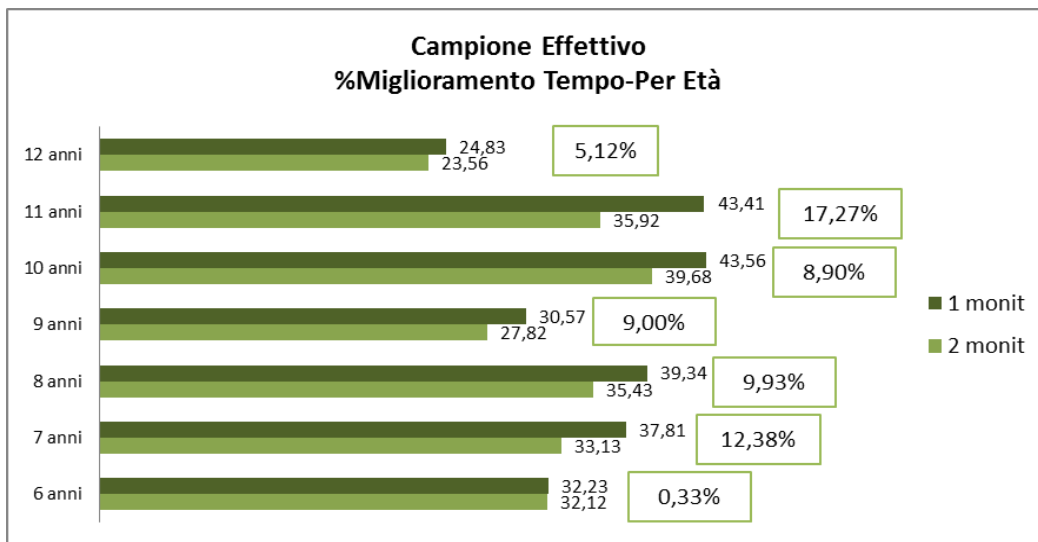
**Grafico 18**



Dal grafico 19, si può osservare come gli alunni di prima elementare siano stati quelli che hanno impiegato meno tempo per percorrere i compiti motori; anche tra le altre classi ci sono differenze. Questo è dovuto ai tipi di compiti differenti per ogni classe; la classe prima infatti aveva compiti che richiedevano meno tempo di esecuzione rispetto a quelli delle classi superiori.

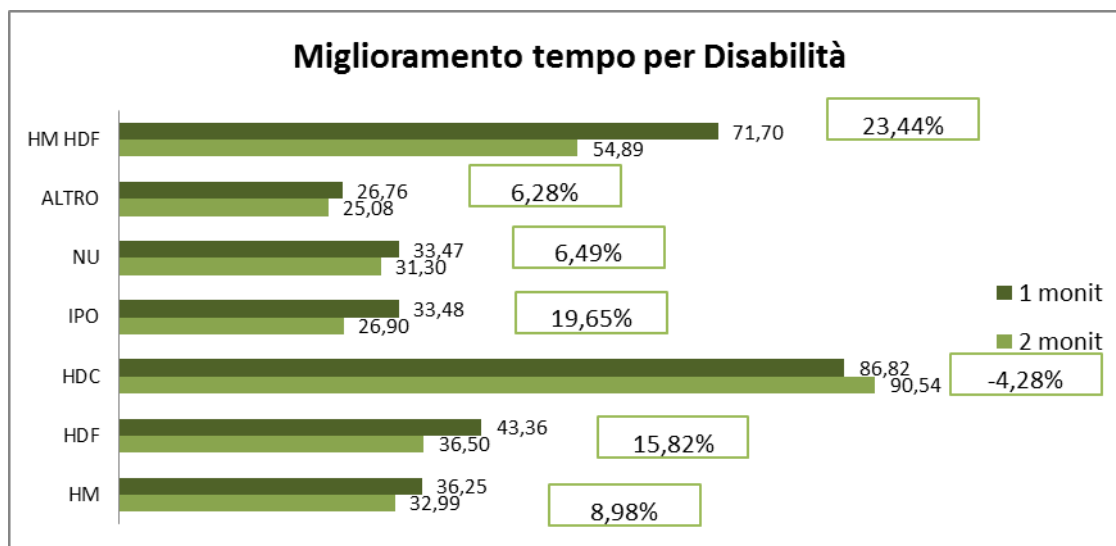
Riferendosi all'età invece si può osservare la percentuale di miglioramento maggiore è data dagli undicenni, con il 17,27% di miglioramenti; a seguire chi ha sette anni, 12,38%; dagli otto ai dieci anni sono percentuali che si aggirano attorno al 10%, a seguire i dodicenni (5,12%) e chi ha sei anni con una percentuale di miglioramento irrisoria, lo 0,33%. L'andamento analizzato si rispecchia con quello generale dell'Emilia Romagna (Grafico 20).

**Grafico 19**



Considerando le disabilità (Grafico 21), gli ipovedenti hanno avuto un maggior miglioramento percentuale sul tempo; da 33,48 secondi, sono passati a 26,90 secondo migliorando così del 19,65%, avvicinandosi alla media nazionale. Questi soggetti, nonostante il loro deficit visivo, sono riusciti a orientarsi e percorrere la prova finale in meno tempo. L'altra categoria che ha ottenuto benefici sono chi ha disabilità mentali e fisiche insieme, superando la media percentuale nazionale; questi infatti hanno impiegato più di un minuto in media per percorrere la prima prova, ma alla seconda hanno migliorato il loro tempo del 23,44%, arrivando a svolgerla in 54,89 secondi. Nonostante ciò, risultano più lenti rispetto alla media corrispondente alle altre disabilità. Anche gli alunni con soli deficit fisici hanno avuto una percentuale di miglioramento superiore alla media del campione effettivo, con il 15,82%. I disabili mentali invece sono rimasti nella media, con l'8,98%, a seguire chi ha avuto miglioramenti minori sono stati i non udenti e coloro che hanno disabilità e deficit combinati tra loro. chi invece non ha avuto miglioramenti, ma anzi ha avuto un decremento, è stata la categoria dei disabili carrozzati (-4,28%), i quali hanno impiegato anche più tempo per svolgere la prova.

**Grafico 20**

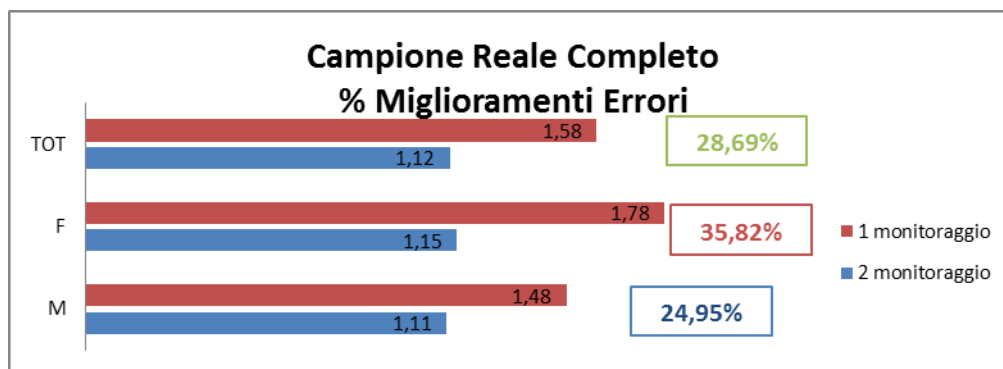


### 3.3.4.3 Miglioramento del numero di errori nel campione reale

Per quanto riguarda il calcolo del miglioramento degli errori, occorre prima di tutto calcolare la media degli errori commessi durante il percorso (Grafico 22). I dati forniti, indicano però il numero di prove superato, quindi occorre prima fare un breve calcolo, sottraendo il totale dei punti acquistati per ogni prova a 7 (il numero delle prove); in questo modo ottengo il numero degli errori e successivamente la media. Si ottiene così che la media degli errori commessi è di 1,58 errori al primo monitoraggio, mentre per la seconda prova questi diminuiscono arrivando a 1,12 errori. La percentuale di miglioramento è leggermente inferiore rispetto alla media del nazionale; abbiamo infatti un miglioramento del 28,69% contro il 30,43% della media italiana.

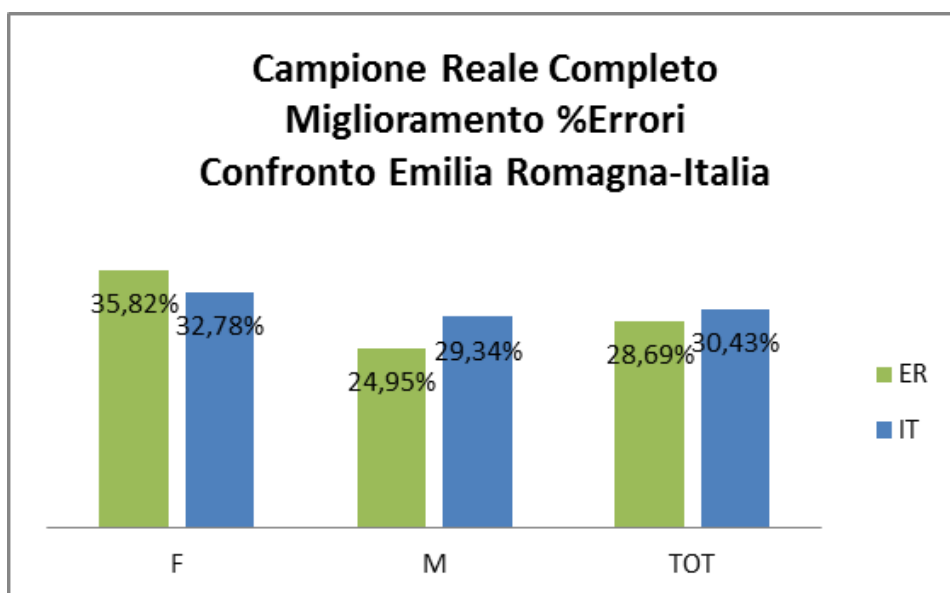


**Grafico 21**



Anche in questo caso si possono notare delle differenze a livello del genere, in quanto, pare che sia i maschi dell'Emilia Romagna abbiano una media percentuale, il 24,95% minore rispetto alle femmine, del 35,82%. Confrontando l'Emilia Romagna con la media nazionali, i maschi italiani hanno una percentuale di miglioramento maggiore ossia del 29,34%, mentre per le alunne la percentuale è maggiore anche a livello nazionale con il 32,78%, ma inferiore a quello dell'Emilia Romagna (Grafico 23).

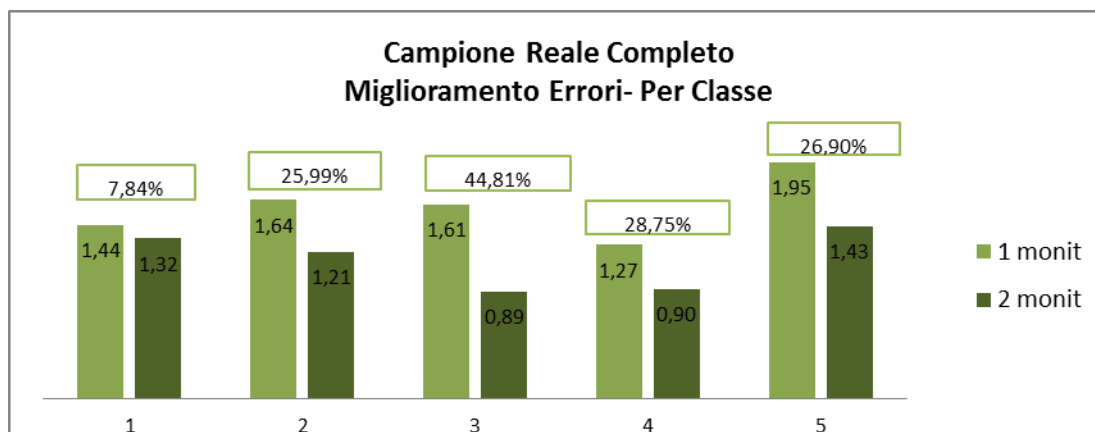
**Grafico 22**



Sia dal grafico 23 che dal 15, si può osservare che in generale la media italiana è maggiore di quella dell'Emilia-Romagna. Nonostante ciò le alunne emiliane hanno una percentuale di miglioramento sul tempo e sul numero degli errori maggiore rispetto alla media nazionale.

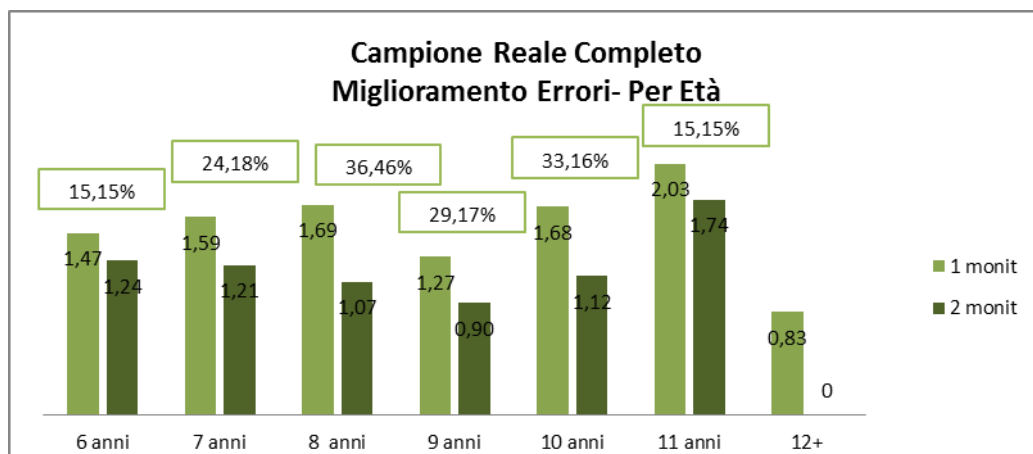
Confrontando le classi di appartenenza chi ha avuto un maggior miglioramento percentuale per gli errori è stata la terza, con il 44,81%, ovvero ha diminuito il numero di errori da 1,61 al primo monitoraggio allo 0,89 del secondo. Successivamente, la classe quarta, con il 28,75%, la quale ha avuto fin dal primo monitoraggio una media di errori inferiore alle altre; la quinta, con il 26,90%, che invece è stata la classe con la media di errori superiori alle altre; la seconda con il 25,99%; mentre chi ha compiuto più errori è stata la prima elementare con il 7,84% di miglioramento tra un monitoraggio e l'altro (Grafico 24).

**Grafico 23**



Confrontando quest'ultimo grafico con quello dei miglioramenti percentuali degli errori relativi all'età (Grafico 25) si può notare come ci siano delle analogie attorno agli anni appartenenti alle classi. Infatti chi ha avuto miglioramenti più significativi è stato chi ha tra gli 8 e i 9 anni, rispettivamente con il 36,36% e il 29,27%; oltre a questi anche chi ha 10 anni ha avuto una percentuale di miglioramento superiore alla media, con il 33,16%; mentre le altre fasce d'età hanno avuto miglioramenti inferiori. Tra questi chi ha sette anni con il 24,28%, i 6 anni e gli 11 anni con il 15,15% e il 14,29%. Tutti coloro che hanno compiuto i 12 anni e oltre, hanno invece svolto la seconda prova senza commettere errori, inoltre partivano già da una media di voti, inferiori rispetto alla media, insieme a chi ha 9 anni.

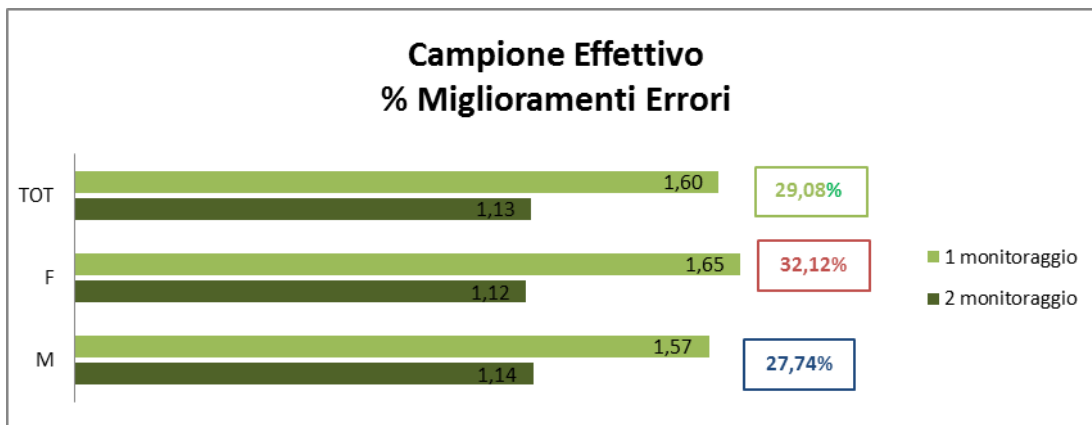
**Grafico 24**



### 3.3.4.4 Miglioramento del numero di errori nel campione effettivo

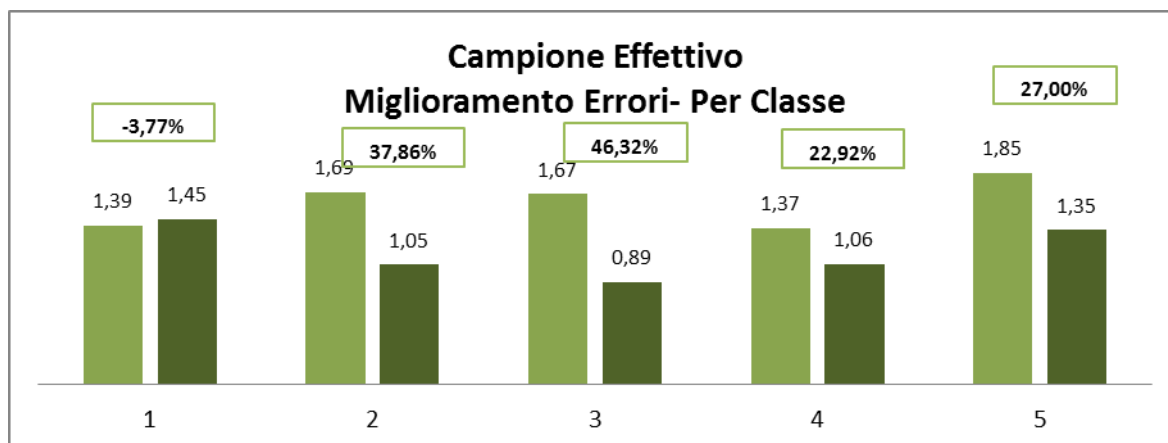
Il miglioramento percentuale degli errori del campione effettivo si avvicina di molto alla media nazionale. Infatti la percentuale di miglioramento generale è del 29,08% (Grafico 26), simile a quella italiana del 30,40%; gli errori calano da 1,60 a 1,13 nella prova finale. Anche la media femminile si avvicina a quella nazionale; infatti nella prima prova le femmine hanno commesso 1,65 errori di media, ma sono riuscite a migliorare la correttezza di esecuzione del 32,12% (32,78% per l'Italia); i maschi invece hanno fatto meno errori nella prima prova rispetto alle compagne, 1,57 errori, ma sono migliorati meno, solo il 27,74% (contro il 29,34% a livello nazionale e 24,95% a livello nazionale).

**Grafico 25**



Guardando alla classe (Grafico 27), la terza e la seconda sono quelle hanno avuto percentuali di miglioramento superiori; precisamente 46,32% per la terza e 37,86% per le seconde; a seguire la quarta e la quinta con rispettivamente il 22,02% e 27,00%. La classe prima invece ha avuto un decremento del 3,77%, poiché ha commesso qualche errore in più durante la seconda prova. Considerando la media degli errori, si può osservare la quinta ha i valori più elevati, mentre la quarta ha quelli più bassi.

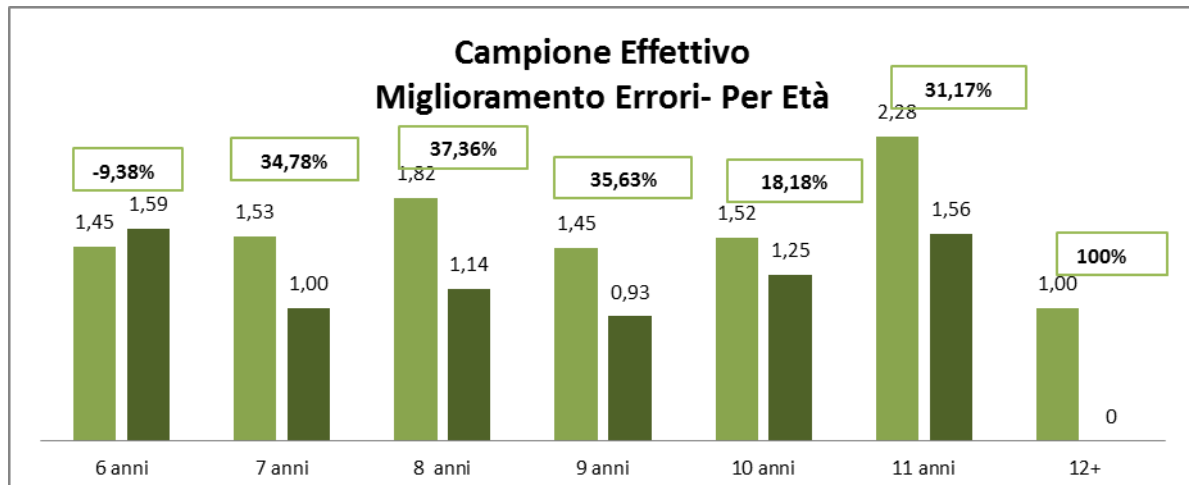
**Grafico 26**



In riferimento all'età (Grafico 28), si nota che chi ha la media più elevata degli errori sono gli undicenni, con 2,28 errori durante la prima prova e 1,56 nella seconda; nonostante ciò c'è un miglioramento del 31,71%. Chi ha avuto percentuali superiori è stata la fascia d'età tra i sette

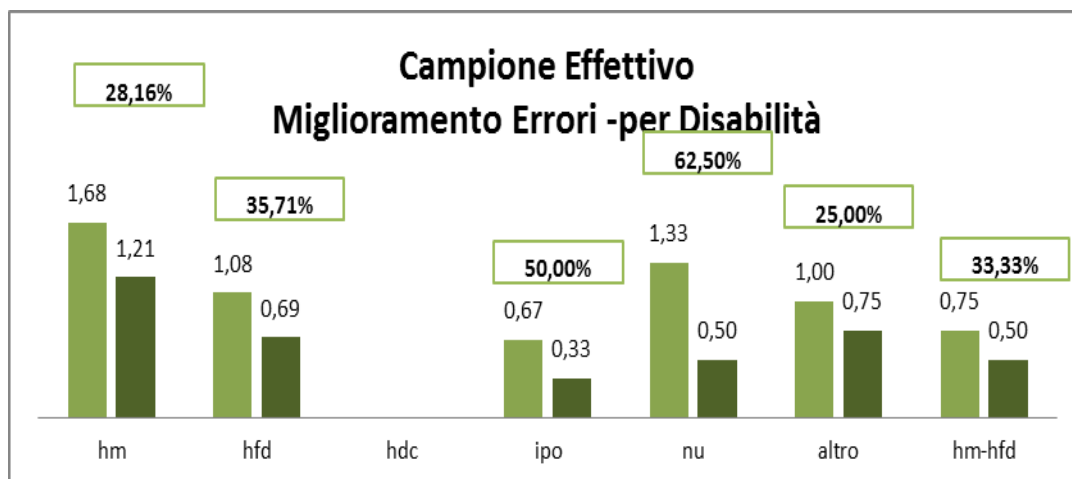
e i nove anni, mentre al di sotto della media troviamo chi ha compiuto dieci anni (con il 18,18%). Chi ha sei anni rispecchia il decremento che si poteva notare nella classe prima, a cui effettivamente appartiene la fascia d'età, con il -9,38%; sono, infatti, passati da 1,45 a 1,59 errori nell'ultima prova. Per i dodicenni risulta che nella seconda prova non hanno commesso nessun errori, conquistando così il massimo della percentuale di miglioramento.

**Grafico 27**



Per le diverse categorie di disabilità, come per la percentuale di miglioramento del tempo, i non udenti e gli ipovedenti hanno avuto la percentuale maggiore, rispettivamente del 62,50% e del 50% (Grafico 29); hanno quindi fatto esperienze rendendoli più sicuri e agili nei movimenti. Gli ipovedenti sono quelli che hanno commesso in media meno errori durante le prove, insieme ai disabili fisici con deficit intellettuale relazionale (miglioramento 33,33%); mentre chi ha commesso più errori sono stati i disabili intellettivo-relazionali, con un miglioramento di solo il 28,16% vicino a quello della media generale. I disabili fisici hanno subito un miglioramento percentuale del 35,71%, passando da una media di 1,08 errori a 0,69 nella prova finale. Chi ha avuto miglioramenti per gli errori minori, sono state la categoria a cui appartengono disabilità combinate.

**Grafico 28**



### **3.4 Analisi dei percorsi e degli aiuti utilizzati**

Un'ulteriore analisi è stata fatta sui tipi di adattamenti riportati ai percorsi del monitoraggio. Come già detto, a seconda del tipo di disabilità, ma anche abilità possedute dal soggetto e dalla discrezione dell'esperto, è stato possibile porre degli adattamenti al percorso, modificandolo da percorso normale (P) a percorso adattato (PA). Inoltre, a seconda delle necessità, si poteva sostenere l'alunno con degli aiuti di vario tipo. Tra questi l'Aiuto Motorio (AM) modificando i compiti richiesti, l'Aiuto Assistenziale (AA) fornendo un tutor e l'Aiuto Vocale (AV), attraverso dei suggerimenti.

Mediante le schede di rilevazione degli alunni diversamente abili delle province partecipanti, è stato possibile estrapolare la percentuale degli alunni che hanno utilizzato il tipo di percorso normale o adattato e il tipo di aiuto che è stato maggiormente utilizzato. Per fare ciò occorre analizzare ogni compito motorio, ricordando che in totale sono sette.

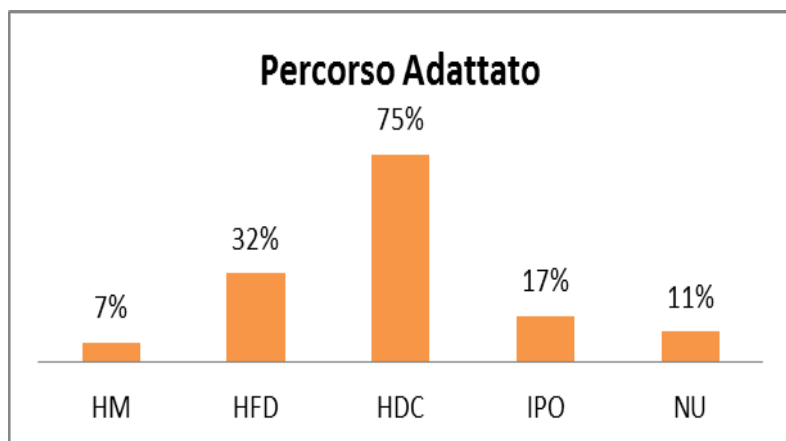
### 3.4.1 Percorsi normali e percorsi adattati

Anzitutto occorre osservare che il numero di percorso normale (P) e percorso adattato (PA), cambia dal primo al secondo monitoraggio. Infatti si può notare dal grafico (inserire grafico) come nella seconda prova sia aumentato il numero dei percorsi normali e sia rispettivamente diminuito il numero dei percorsi adattati. Volendo indagare nel dettaglio le singole prove, si osserva che spesso la prima e la seconda prova di monitoraggio hanno svolto il compito motorio in maniera differente. In certi casi è stato necessario apportare degli adattamenti al percorso, in altri invece sono stati tolti quelli fatti e il percorso è stato svolto secondo le indicazioni originali.

Per precisazione il primo monitoraggio è stato eseguito per l'87,06% in modo normale, mentre per il rimanente 12,86% sono stati effettuati degli adattamenti. Nel secondo monitoraggio invece aumenta il numero dei percorsi normali fino quasi al 91% mentre diminuiscono al 9% i percorsi adattati. Questo significa che alcuni soggetti sono riusciti a svolgere la prova finale di monitoraggio come i loro compagni di classe, quindi hanno svolto esattamente lo stesso percorso che hanno effettuato tutti gli alunni partecipanti al progetto di *Alfabetizzazione Motoria d'Italia*.

Coloro che durante le prove hanno utilizzato degli adattamenti sono stati maggiormente i disabili carrozzati, ossia il 75% di alunni classificati come HDC ha subito variazioni nel percorso standard. Per quanto riguarda chi presentava disabilità fisiche, ovvero chi era classificato con HFD, il 32% di questi hanno avuto dei percorsi adattati; in minore percentuale invece hanno avuto bisogno di adattamento le altre classificazioni. Solo il 7% dei disabili intellettivo-relazionali, il 17% per gli ipovedenti e l'11% dei non udenti ha svolto il percorso adattato (Grafico 30).

**Grafico 29**

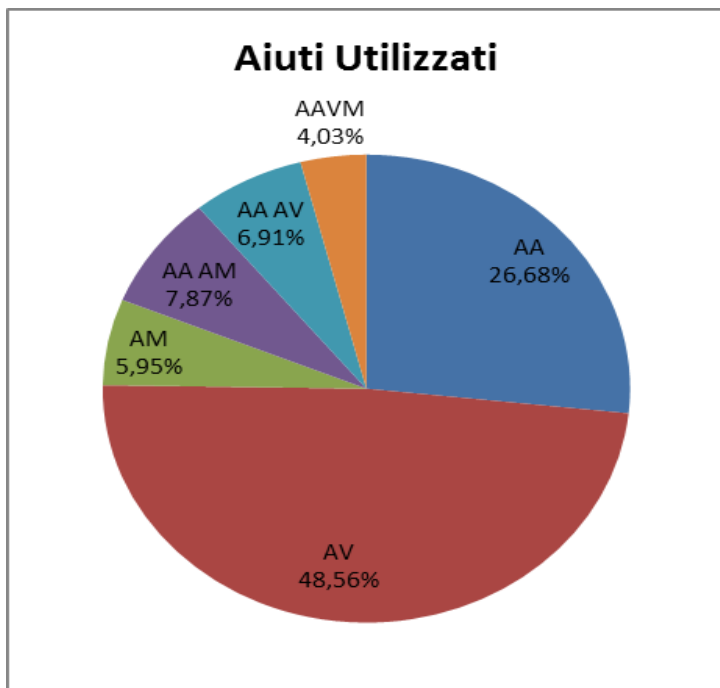


### **3.4.2 Tipologia degli ‘aiuti’**

Gli aiuti maggiormente utilizzati durante e prove di monitoraggio sono stati quelli di tipo vocale (AV), e occupano quasi la metà degli aiuti che sono stati necessari, 48,4% (Grafico 31); inseguito sono presenti gli aiuti di tipo assistenziale (AA), ossia quelli per i quali è necessaria la figura di un tutor (compagno, insegnante, esperto...), che accompagni l'alunno mentre fa il percorso, 26,8%. Poi gli aiuti motori, 5,4%, per i quali è necessario cambiare il tipo di esecuzione del compito motorio, 5,4%. In alcuni casi è stato necessario dare due aiuti. Ad esempio il 6,9% degli aiuti è stato di tipo assistenziale-vocale (AA AV); lo 0,4% di tipo motorio e vocale (AM AV); infine il 3,7% ha avuto bisogno di entrambi i tre aiuti (AA AV AM).



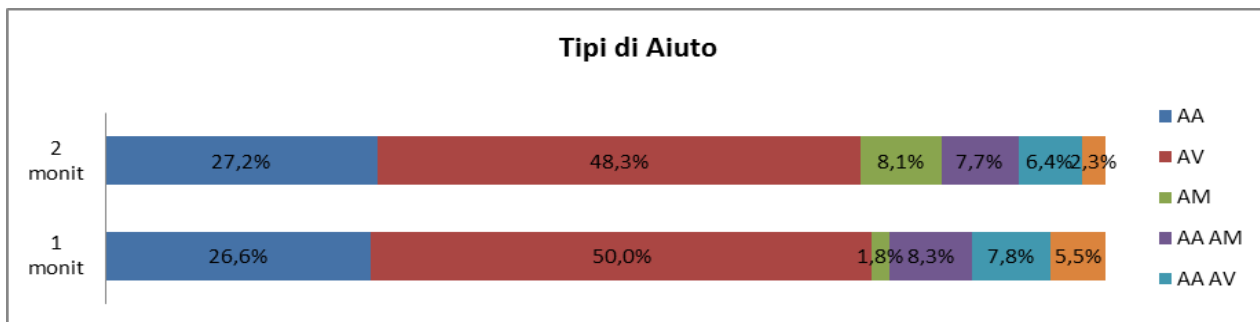
**Grafico 30**



Durante il primo monitoraggio gli aiuti maggiormente utilizzati sono stati gli aiuti vocali e quelli assistenziali (50,00% e 26,6%); a seguire gli aiuti assistenziali e motori 8,3%; gli aiuti vocali e assistenziali, 7,8%; infine tutti e tre gli aiuti, 5,5%.

Nel secondo monitoraggio invece, i tipi di aiuto assistenziale e vocale, insieme agli altri aiuti, diminuiscono a favore degli aiuti motori (AM), che vanno all'8,1%.

**Grafico-32**



Dalle schede di rilevazione è possibile risalire quale tipo di aiuto hanno usato maggiormente le singole classi di disabili. Dalla Tabella 6, si nota che l'aiuto di tipo assistenziale (AA) è stato usato dal 19% dei disabili fisici; infatti come detto in precedenza questi alunni possono avere limitazione nei movimenti ed è quindi necessario guidare i suoi movimenti in modo passivo, per potergli permettere di superare la prova. A seguire, ci sono il 14% dei carrozzati, i quali possono essere in grado di spingere la carrozzina da soli oppure hanno bisogno di qualcuno che gliela spinga. Come i precedenti possono essere limitati, o dalla loro sedia a rotella o perché riescono a muoversi grazie all'aiuto di qualcuno. Anche il 17% degli ipovedenti ha avuto bisogno di un aiuto assistenziale; questi infatti avendo un deficit visivo, che può variare in base alla gravità dei singoli soggetti; possono essere aiutati da un tutor che li affianca nel percorso. Infine il 2% degli HM ha avuto degli aiuti assistenziali; anche questi probabilmente, in base alla gravità dei ritardi o del tipo di attenzione hanno avuto bisogno di qualcuno che li aiutasse ad affrontare la prova, per esempio imitandolo.

Per quanto riguarda gli aiuti motori, il 29% dei carrozzati ne ha fatto uso; nel percorso erano presenti slalom o passaggi sopra e sotto ostacoli, che possono essere sostituiti con altri movimenti in carrozzina più semplici. L'8% dei disabili fisici ha fatto uso degli aiuti motori; nel loro caso è infatti consigliabile adattare i compiti motori in modo più semplice, per esempio anziché fare lo slalom facendo rotolare a terra la palla, la può tenere in mano controllandola meglio, anche il 4% degli intellettivo-relazionale ha avuto bisogno di aiuti di tipo motori.

L'aiuto vocale è stato utilizzato dal 17% degli ipovedenti; la comunicazione e la guida vocale infatti risultano molto utili nel caso di deficit visivo, poiché possono essere aiutati ad orientarsi seguendo la voce dei compagni. Anche il 15% dei disabili fisici ha avuto bisogno di aiuto vocale; essi hanno bisogno di suggerimenti su come svolgere i compiti motori e non dare per scontato che facilitando il percorso si aiuta l'alunno. L'11% dei disabili fisici ha avuto bisogno di suggerimenti vocale per poter svolgere il percorso.

Passando agli aiuti combinati più utilizzati, il 14% dei disabili carrozzati ha avuto bisogno di un aiuto sia motorio che assistenziale, infatti questi tipi di aiuti sono necessari se l'alunno non è in grado di spingere la carrozzina da solo o non ha ancora il pieno controllo. Anche l'8% dei disabili fisici ne ha fatto uso di entrambi.

La categoria formata dagli alunni con disabilità e deficit associati, hanno utilizzato maggiormente aiuti assistenziali e motori, soprattutto perché erano alunni con deficit visivo e fisico e quindi erano assistiti durante tutte le prove.

Un'osservazione che si può fare è che nessuno dei non udenti ha avuto bisogno di aiuto o di adattare il percorso. Probabilmente mostrare l'esecuzione del percorso e vedere compagni che lo ripetono permettono di memorizzare e apprendere per imitazione la modalità di svolgimento dei compiti motori.

### **3.5 Conclusioni**

Le attività di *Alfabetizzazione Motoria nelle scuole primarie* proposte dagli esperti tramite esercizi ludici e giochi, consentono la partecipazione di tutti gli alunni della classe. Svolge quindi un ruolo fondamentale per la socializzazione e l'inclusione di bambini disabili. Questi ultimi due aspetti non sono quantificabili con l'elaborazione dei dati presente nel capitolo precedente, ma diversi autori sono d'accordo sui benefici che porta il praticare attività motoria e sportiva all'interno di un gruppo, come può essere la classe. Quello che si può misurare sono solo i miglioramenti dal punto di vista di una "prestazione" fisica, che si hanno tra l'inizio del progetto e la fine di questo. Tramite due prove di monitoraggio è stato possibile quantificare i miglioramenti ottenuti, percorrendo un percorso standard, dagli alunni disabili presenti in Emilia Romagna (Campione Reale) e in particolare del campione composto dalle province di Bologna, Modena, Parma, Piacenza, Reggio Emilia e Rimini (Campione Effettivo)

In entrambi i campioni si può osservare che la maggior parte degli alunni diversamente abili è di genere maschile; infatti questi sono più del doppio delle compagne.

La distribuzione nelle classi frequentate, fa notare che c'è un aumento del numero di alunni disabili all'aumentare del grado di appartenenza della classe. In prima elementare, c'è infatti un numero minore di alunni certificati, poiché è con l'inizio dell'età scolare che molti bambini

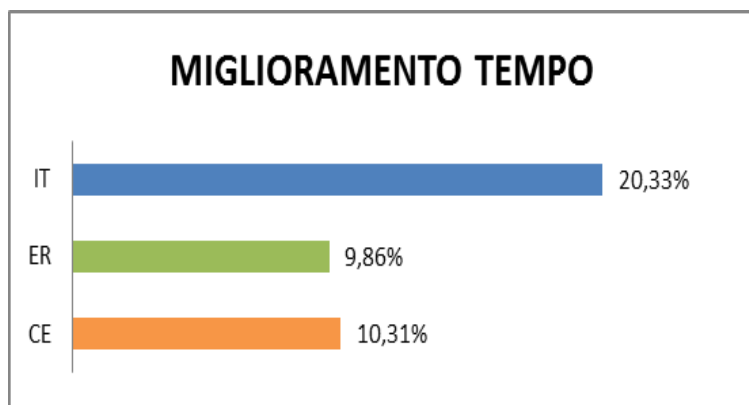
vengono segnalati dagli insegnanti e quindi solo successivamente sono definiti ufficialmente tali.

Gli alunni si distribuiscono nella fascia d'età che va dai 6 anni ai 12 anni compiuti e oltre. La rilevazione dell'età è stata effettuata a inizio anno (Gennaio 2013) e per questo motivo non tutti gli anni avevano già l'età corrispondente alla classe di appartenenza. Inoltre alcuni soggetti possedevano un'età superiore a quella corrispondente al resto della classe. Questo può essere legato al fatto che la sua disabilità lo ha portato a iniziare la scuola primaria più tardi rispetto ai suoi coetanei.

Guardando alla disabilità si osserva che la maggioranza degli alunni è classificato dagli esperti come disabile intellettivo-relazionale, quindi coloro che hanno ritardo mentale, autismo, sindrome di down e altri disturbi. Seguono tra i più frequenti coloro che hanno disabilità fisiche tra deambulanti e carrozzati; infine i meno frequenti sono i disabili sensitivi visivi e uditivi. Poche unità rappresentano chi ha più disabilità associate.

Grazie ai dati elaborati è possibile definire la percentuale di alunni migliorati dopo quattro mesi di attività motoria svolta, due volte a settimana, per un ora, grazie al progetto. Guardando il nostro campione effettivo i migliorati sono la maggior parte degli alunni, ossia l'81,07%, dato che si riscontra a livello regionale con il campione reale (81,73%). Chi non ha avuto miglioramento è stato solo il 18,93%. In entrambi i casi il numero di femmine migliorate risulta superiore rispetto ai maschi, di circa il doppio. Di questi i miglioramenti sono avvenuti maggiormente in riferimento al tempo impiegato a eseguire il percorso. Infatti circa il 68% del campione effettivo ha impiegato meno tempo percorrendo la prova finale del monitoraggio. Si può notare dal grafico riassuntivo (Grafico 32), di quanto siano migliorati in tempo, gli alunni esaminati nel campione effettivo; inoltre è possibile confrontare questi dati con quelli nazionali e regionali.

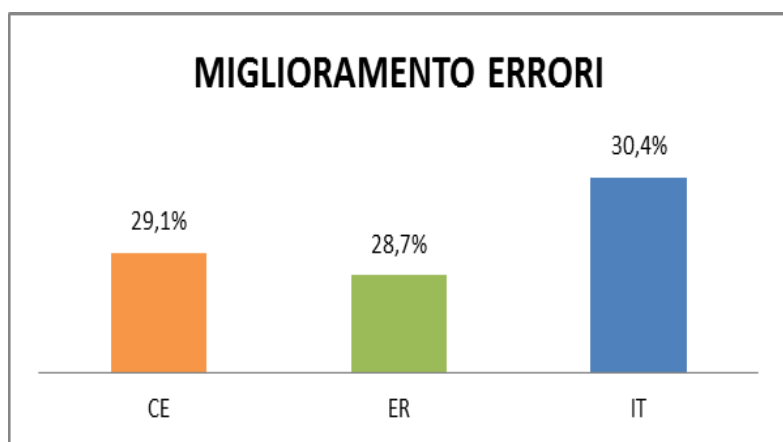
**Grafico 31**



Si nota che la percentuale di miglioramento tempo del campione e anche quella dell'Emilia Romagna risultano inferiori di quelle italiane, di circa la metà. Quindi seppure migliorata, l'intera regione Emilia Romagna ha dei miglioramenti inferiori rispetto alle altre regioni italiane. Tuttavia le femmine del campione effettivo hanno percentuali di miglioramento maggiori rispetto a quelle nazionali e anche rispetto ai compagni maschi della stessa regione.

Considerando, invece, il miglioramento degli errori, le percentuali di miglioramento sono simili a quelle italiane, ma leggermente inferiori (Grafico 33).

**Grafico 32**



Anche in questo caso le alunne hanno avuto una percentuale maggiore di miglioramento rispetto ai compagni maschi. Inoltre tra le classi, chi ha avuto maggiori miglioramenti sono

state la terza e la seconda elementare e la rispettiva fascia d'età che va dai sette ai nove anni. Questi hanno diminuito il numero di errori commessi durante la seconda prova di monitoraggio con una media di molto inferiore rispetto agli alunni presenti nelle altre classi. L'età dei sette anni oltre ad avere un'alta percentuale di miglioramenti errori, ha anche un miglioramento tempo superiore rispetto alla media regionale; quindi è l'età che ha avuto maggiori benefici, sia a livello di prove eseguite con correttezza, che svolgimento del percorso in un tempo breve. Gli undici hanno la percentuale più alta come miglioramento tempo, e superiore alla media nel miglioramento degli errori. La quarta elementare e i rispettivi 9/10 anni hanno invece valori medi leggermente inferiori alla media sia nel tempo che negli errori. Tra tutte le classi la prima elementare e i 6 anni a cui appartengono, sono coloro che hanno avuto decrementi nel miglioramento sia negli errori che nel tempo; a livello regionali non è riscontrato questo decremento, ma si può riscontrare la percentuale di miglioramento inferiore alla media.

In tutto ciò si può sintetizzare che solo dopo la prima elementare si possono riscontrare dei miglioramenti a livello del tempo e degli errori. Probabilmente con l'aumentare dell'età si fanno più esperienze che rendono il bambino più sicuro ed efficiente nei movimenti.

La classificazione per disabilità permette di osservare che chi ha avuto maggiori miglioramenti sono stati coloro che hanno disabilità fisiche e sono deambulanti, inclusi chi ha associato deficit mentale. Questi hanno percorso la seconda prova riducendo di quasi il 20% il loro tempo di percorrenza e diminuendo gli errori commessi di più del 30%. Ciò dimostra che durante i mesi di lezione proposte dall'esterno, provando vari tipi di esercizi e altre attività ludiche insieme ai compagni, sono riusciti ad acquistare più capacità coordinative che gli hanno permesso di superare la prova con più agilità e correttezza nello svolgere i compiti motori. Le attività svolte tra i due monitoraggi hanno consentito ai soggetti con disabilità fisiche di fare conoscenza delle loro capacità ed è su queste che dovrebbero basarsi le lezioni proposte. Se nella classe sono alunni con evidenti deficit motori, sta alla creatività degli esperti, proporre degli adattamenti in grado di includere e fare partecipare il soggetto. Queste minime variazioni possono riguardare l'utilizzo degli attrezzi, il coinvolgimento di compagni, la variazione della posizione del corpo in modo che risulti ugualmente divertente per tutti. Variando nel tempo questi adattamenti, si possono sviluppare delle abilità che riguardano

l'agilità nei movimenti, la forza nell'afferrare/lanciare degli oggetti, la resistenza, la prontezza dei riflessi, la combinazione di varie abilità motorie, la coordinazione e la cooperazione, che sono carenti in soggetti con deficit motori. Per molti disabili fisici ciò che li può aiutare nello svolgimento di un compito motorio è l'aiuto assistenziale, ovvero di qualcuno che li stia accanto e lo aiuti passo a passo a svolgere il compito. Infatti questo tipo di aiuto è quello maggiormente riscontrato nelle prove di monitoraggio. Esso può consistere nel sostenere l'alunno mentre cammina su una striscia di equilibrio o mentre supera degli ostacoli, oppure direzionarlo nello slalom. Per coinvolgere maggiormente i compagni di classe si può proporre ad ogni stazione del compito motorio un cambio di *tutor* che lo assista, in questo modo si favorisce il contatto con gli altri in modo solidale e responsabile.

I miglioramenti possono essere riportati anche alla vita di tutti i giorni, favorendo quei movimenti che li consentono di relazionarsi con l'ambiente o prendersi cura di se, migliorando così la qualità della propria vita già da bambino.

I disabili fisici carrozzati non hanno avuto miglioramenti, anzi hanno avuto un decremento nel tempo di percorrenza durante la seconda prova e per quanto riguarda i miglioramenti degli errori, non ci sono state differenze. Questi soggetti, a seconda del tipo di gravità, sono in grado di spingere o meno la propria carrozzina, ma nonostante ciò il percorso pensato per la classe è necessariamente da adattare, poiché gli attrezzi limiterebbero il passaggio del mezzo. Anche le attività durante le lezioni dovranno prevedere delle attenzioni a riguardo, soprattutto per quanto riguarda l'ambiente e la disposizione nello spazio. Occorre infatti identificare quei movimenti che il carrozzato è in grado di svolgere e saperli trasferire all'interno di giochi ed esercizi. Durante la prova di monitoraggio, infatti questi soggetti hanno avuto per la maggior parte bisogno di adattare il percorso standard utilizzato e di utilizzare degli aiuti di tipo motorio. Per esempio il passaggio al di sotto dei tubi posti a terra diventa il passaggio sotto alle braccia di compagni che si dispongono a ponte o lo slalom da percorrere con la palla in mano, diventa un rettilineo da percorrere con la palla in mezzo alle gambe; per i più abili, i birilli dello slalom possono essere sostituiti da compagni posti a distanza tra loro. Inoltre hanno usufruito in buona parte di aiuto assistenziale, ovvero di qualcuno che li ha aiutati spingendo la carrozzina o sostenendolo durante il percorso.

Anche gli ipovedenti hanno avuto una percentuale di miglioramento superiore alla media sia per quanto riguarda il tempo di svolgimento, quasi il 20% in meno, che la riduzione degli errori del 50%. Gli ipovedenti tra i disabili sono stati quelli che hanno impiegato meno tempo per svolgere il percorso e che hanno commesso in media meno errori. Questi alunni hanno utilizzato il percorso adattato in buona percentuale. Infatti nel campione erano presenti sia alunni con deficit di ipovisione, che associate ad altre disabilità gravi. Gli aiuti più utili, come dimostrano i dati, sono quelli di tipo assistenziale e vocale. Anche questa categoria ha bisogno di un *tutor*, quindi di un accompagnatore che lo segua nel percorso, per esempio facendoli tenere la mano sulla spalla di un compagno e che li suggerisca con la voce quello che fa fatica vedere. Gli adattamenti per chi ha deficit visivi devono essere pensati in modo che il bambino possa avere punti di riferimento nello spazio e quindi sapersi orientare. Un ulteriore consiglio prima del monitoraggio, sarebbe quello di fare esplorare il percorso attraverso il tatto; in questo modo se le sue capacità intellettive glielo permettono, può già iniziare memorizzare il percorso. La guida vocale è un interessante tipologia di aiuto per i soggetti con deficit di aiuto, poiché li consente di orientarsi e può essere spunto per divertenti attività ludiche con il ritmo, attraverso strumenti e la musica.

I disabili classificati come intellettivo-relazionali sono tutti coloro che hanno ritardo mentale o disturbi del comportamento, della relazione e del linguaggio e come già detto costituiscono la maggior parte del campione preso in esame. In questa categoria si possono trovare dei bambini che all'apparenza sembrano uguali al resto della classe, anche dal punto di vista motorio; altri invece hanno caratteri distintivi della loro disabilità, come la sindrome di down e l'autismo che possono contraddistinguere anche un impaccio motorio; altri ancora a seconda della gravità individuale hanno ritardi motori che li fanno sembrare più goffi rispetto ai coetanei. La maggior parte di questa categoria ha, pertanto, utilizzato il percorso standard previsto dal monitoraggio. Solo una piccola percentuale, circa il 7%, ha utilizzato degli adattamenti. Gli aiuti maggiormente utilizzati sono stati quelli vocali e motori, anche se ne hanno fatto uso in percentuale minore rispetto alle altre classificazioni. I soggetti con questi deficit hanno bisogno di una guida vocale che li suggerisca in che direzione devono muoversi, perché spesso non sono in grado di memorizzare tutte le tappe in successione; occorre quindi non dare nulla per scontato e incoraggiare il soggetto in modo che si senta motivato sia dagli



adulti che dai compagni. In questo modo può acquistare fiducia in se e nei compagni e rendendosi conto che anche lui ce la può fare, può aumentare l'autostima. Attraverso la collaborazione dei compagni può apprendere per imitazione, per esempio se segue un compagno che lo precede nel percorso o essere aiutati nelle prove di equilibrio. In generale, la loro percentuale di miglioramento su tempo e ed errori è simile a quella media del campione.

I non udenti sono l'unica categoria nel campione che non ha avuto bisogno di percorsi adattati, né di aiuti. Probabilmente il loro deficit sensitivo non comprometteva quello motorio e semplicemente apprendevano per imitazione dei compagni quello che dovevano svolgere nelle prove. Questo può fare riflettere su come sia importante l'apprendimento per osservazione per i non udenti; attraverso delle dimostrazioni riescono infatti a memorizzarlo visivamente e riprodurlo, seppure con miglioramenti nel tempo minori rispetto alle altre categorie. Nonostante ciò, i soggetti con deficit uditivi sono stati i più veloci a percorrere il percorso durante le due prove, dopo gli ipovedenti. Per quanto riguarda gli errori, sono stati coloro che hanno ridotto di più la media degli errori, con un miglioramento di oltre il 60%. Questo dimostra che sono in grado di migliorare dagli errori commessi.

In breve, i due monitoraggi, svolti all'inizio e alla fine del progetto di *Alfabetizzazione Motoria*, hanno verificato che le attività svolte all'interno del periodo, hanno apportato dei miglioramenti alla maggior parte degli alunni che vi hanno partecipato; in particolare ai disabili fisici deambulanti e i disabili sensitivi. Inoltre è stato possibile osservare quali tipi di aiuti e adattamenti si sono rilevati più necessari, a seconda del tipo di disabilità, per poter nei futuri monitoraggi saper proporre degli efficaci adattamenti in grado di permettere al soggetto di svolgere il percorso al meglio.

Concludendo, questa analisi può, attraverso i tipi di aiuti utilizzati, al tipo di disabilità del soggetto, all'età e alla classe di appartenenza, creare degli spunti su cui sviluppare proposte operative adatte alle capacità e che consentono l'inclusione degli alunni diversamente abili. All'interno del progetto di *Alfabetizzazione Motoria* si possono, infatti promuovere le indicazioni e gli obiettivi di apprendimento, previste dall'insegnamento dell'Educazione Fisica e Motoria, trasferendole in modo creativo e divertente nelle classi in cui sono presenti alunni con vari tipi di deficit.



## Note Bibliografiche

- AA.VV., 2000, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*, American Psychiatric Association, 4th edition.
- Arluno G., Schindler O., (1982) *Il bambino sordo nella scuola di tutti*, Omega, Torino
- Arnold P.J., 2002, *Educazione Motoria, Sport e curricolo*, Guarini, Milano.
- Canevaro A., 1996, *Pedagogia speciale dell'integrazione. Handicap: conoscere e accompagnare*, La nuova Italia Editrice, Firenze.
- Casolo F., (2004) *Dall'ISEF alle Scienze Motorie, in Dirigenti Scuola, Per uno sport dell'educazione*, La Scuola, Brescia.
- Ceciliani A., 2015, *Corpo e movimento nella scuola dell'infanzia*, Edizioni Junior Spaggiari, Parma
- Chade J.J., Temporini A., 2000, *110 giochi per ridurre l'handicap: attività di gruppo per l'integrazione*, Edizioni Erickson, Trento.
- Corona, F., (2008). *Gioco ed attività ludico-motorie e sportive nella scuola: indicazioni didattiche*. Lecce: pensa Editore, p.19.
- D'alessio M., (1985), *L'intelligenza del corpo. Scuola e Movimento*, Giunti & Lisciani, Teramo.
- De Mennato P., (2006). *Per una cultura educativa del corpo*. Pensa: Lecce, p. 41.
- Di Giacomo D., Passafiume D., (2004), *Ritardo mentale, sindrome di Down e autonomia cognitivo-comportamentale. Proposta di un protocollo educativo*, Franco Angeli, Milano.
- Fabbri E., 1976, *L'educazione attraverso il movimento*, A.V.E., Roma
- Freud S., 1975, *Al di là del principio del sapere*, Borghieri, Torino.
- Gardner H. 1987, *Formae Mentis*, Feltrinelli, Milano
- Le Boulch J., 1979, *Educare con il movimento: Esercizi di Psicocinetica per ragazzi dai 5 ai 12 anni*, Armando, Roma.
- Le Boulch J., 1991, *Lo sport educativo. Psicocinetica e apprendimento motorio*, Armando Armando, Roma
- Le Boulch J., 1989, *L'educazione Psicomotoria nella scuola elementare*, Edizioni Scolastiche Unicopoli, Milano.

- Magnanini A., 2008, *Educazione e Movimento. Corporeità e integrazione dei diversamente abili*, Edizioni del Cerro, Tirrenia.
- Ministero della Salute, 2001, *ICD-10, Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati*, Libreria dello stato, Roma.
- Moscatelli S., Milani M. (a cura di), 2001, *Elementi di Torball e Goalball*, Ufficio Studi Ricerca e Formazione, FISD.
- Serio N., Donini D. (a cura di ), 2009, *il cerchio di gioia: l'attività motoria nella scuola primaria: emozioni e creatività, Edizione Didattiche Gulliver, Vasto.*
- Tosi R., Cecilian A., Manferrari M.R., Ricci G., 1995, *Scienze e Motricità*, Esculapio, Bologna.
- Vayer L., Picq L., (1968) *Educazione Psicomoria e Ritardo Mentale*, Armando Armando Editore, Roma.
- AA. VV., 1988, *Carta Internazionale per l'Educazione Fisica e lo Sport*, Pace, diritti dell'uomo, diritti dei popoli, Liviana Editore, vol. 1, 131-134
- Albert P. Rocchini, M.D., (2002), *Childhood Obesity and a Diabetes Epidemic*, The New Engl Journ, 346:854-85
- Carraro A., 2004, *Educare attraverso lo sport: una riflessione critica*, Orientamenti pedagogici Erickson, vol. 51, pp. 969-980.
- Celani, B. (2005). *L'esplorazione e la locomozione nel bambino non vedente: l'importanza della permanenza oggettiva*, Tiflogia per l'Integrazione, 15 (1), 13-20.
- Collis G.M., Lewis V., (1999), *Blindness and psychological development in young children*, British Journal Of Educational Psychology, 69:445-446
- Cronk, C., (1988), *Growth charts for children with Down syndrome: 1 month to 18 years of age*, Pediatrics, 81(1): 102-10.
- European Commission/EACEA/Eurydice, 2013. *Physical Education and Sport at School in Europe*, Eurydice Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Ianes D., 2007, *Disabilità, diversità, svantaggio (Bisogni Educativi Speciali) e inclusione scolastica*, Indicazioni Nazionali per il Curricolo, Erickson, Trento,
- Gilbert C.E., Anderton L., Dandona L., Foster A., (1999) *Prevalence of visual impairment in children. A review of available data*, Ophthalmic epidemiology, 6(1):73:82

National Institutes of Health, 2011, *A Parent's guide to Autism Spectrum Disorder*, NIH publication no. 11-5511

Resnikoff S., Pascolini D., Mariotti S.P., Pokharel G.P., (2008), *Global magnitude of visual impairment caused by uncorrected refractive errors in 2004*, Bulletin of the World health organization, 86(1): 63-70.

Schmitz, C., Martineau, J., Barthelemy, C. e Assaiante, C. (2003), *Motor control and children with autism: deficit of anticipatory function?*, Neurosci Lett., 348(1):17-20.

Williams E., Thomas K., Sidebotham H., Emond A., (2008), *Prevalence and characteristics of autistic spectrum disorders in the ALSPAC cohort*, Dev Med Child Neurol, 50: 672-677.

Yanai D., Weiland J.D., Mahadevappa M. et al., 2007, *Visual performance using a retinal prosthesis in three subjects with retinitis pigmentosa*, American journal of ophthalmology, 143, 5, 820-27.

Alesi M, Battaglia G, Roccella M, et al. The improvement of gross-motor and cognitive abilities by an exercised program: three case reports. Neuropsychiatr Dis Treat 2014; 10: 479-85.

Barr M, Shields N. Identifying the barriers and facilitators to participation in physical activity for children with Down syndrome. J Intellect Disabil Res 2011; 55 (II): 1020-33.

Battaglia G, Alesi M, Inguglia M, et al. Soccer practice as an add-on treatment in the management of individuals with a diagnosis of schizophrenia. Neuropsychiatr Dis Treat 2013; 9: 595-603.

Berren MR, Hill KR, Merikle E, et al. Serious mental illness and mortality rates. Psychiatr Serv 1994; 45 (6): 604-605.

Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. Br J Psychiatry 2000; 177: 212-7.

Canziani F. Manuale di psichiatria infantile. Carbone Editore, Palermo; 2007.

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

Corona, F., (2008). *Gioco ed attività ludico-motorie e sportive nella scuola: indicazioni didattiche*. Lecce: Pensa Editore, p.29-31.

De Falco S, Esposito G, Venuti P, et al. Mothers and Fathers at Play with their Children with Down Syndrome: Influence on Child Exploratory and Symbolic Activity. *J Appl Res Intellect Disabil* 2010; 23 (6): 597–605.

De Mennato P., (2006). *Per una cultura educativa del corpo*. Pensa: Lecce, p. 41.

Elsabbagh M, Divan G, Koh YJ, et al. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Res* 2012; 5: 160-79.

Fragala-Pinkham MA, Haley SM, O’Neil ME. Group swimming and aquatic exercise programme for children with autism spectrum disorders: a pilot study. *Dev Neurorehabil* 2011; 14 (4): 230-41.

Giordano GG, Vertucci P, Militerni R, et al. *Neuropsichiatria dell’età evolutiva*. Idelson, Napoli; 1993.

Jansiewicz EM, Goldberg MC, Newschaffer CJ, et al. Motor signs distinguish children with high functioning autism and Asperger’s syndrome from controls. *J Autism Dev Disord* 2006; 36 (5): 613-21.

Lanfranchi S, Cornoldi C, Vianello R. *Verbal and Visuospatial Working Memory Deficits in Children With Down Syndrome*. *Am J Ment Retard* 2004; 109 (6): 456–466.

Lawrence DM, Holman CD, Jablensky AV, et al. *Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980–1998*. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 31-6.

Ordonez F. J. I. Rosety, M. A. Rosety, A. Camacho-Molina, G. Fornieles, M. Rosety, M. Rosety-Rodriguez “*Aerobic training at moderate intensity reduced protein oxidation in adolescents with Down syndrome*” *Scand J Med Sci Sports* 2012

Pavone L.,M. Ruggieri “*Neurologia pediatrica*” capitolo 8 C. Romano, “*Ritardo mentale*”, p edizioni Elsevier Italia

Piette J, Richardson C, Valenstein M. *Addressing the needs of patients with multiple chronic illnesses: the case of diabetes and depression*. *Am J Manag Care* 2004; 10 (2 Pt 2): 152-62.

Pittera c. (2013), *Sistema S.E.L.L.*, Buenos Aires: Sholem Buenos Aires Editor,

Poulin M-J, Chaput J-P, Simard V, et al. Management of antipsychotic-induced weight gain: prospective naturalistic study of the effectiveness of a supervised exercise programme. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41 (12): 980-9.

- Prupas, A & Reid, G. Effects of exercise frequency on stereotypic behaviors of children with developmental disorders. *Educ Train Ment Retard Dev Disabil* 2001; 36: 196–206.
- Rapp JT, Vollmer TR, St Peter C, et al. Analysis of response allocation in individuals with multiple forms of stereotyped behavior. *J Appl Behav Anal* 2004; 37 (4): 481-501.
- Régis B Andriolo, Regina P El Dib, Luis Ramos, Álvaro N Atallah, Edina MK da Silva *Aerobic exercise training programmes for improving physical and psychosocial health in adults with Down syndrome* Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, 2011
- Sernyak MJ, Leslie DL, Alarcon RD, et al. Association of diabetes mellitus with use of atypical neuroleptics in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 561–566.
- Sibilio m., (2002). *Il corpo intelligente: l'interazione tra le intelligenze umane in un percorso laboratoriale a carattere motorio*. Napoli: Esselibri, p. 41.
- Vianello R. *Disabilità intellettive. Per gli studenti di laurea magistrale*. Edizione junior, 2008.
- Wirshing DA, Smith RA, Erickson ZD, et al. A wellness class for inpatients with psychotic disorders. *J PsychiatrPract* 2006; 12 (1): 24-9.
- Yilmaz II, Yanarda M, Birkan B, et al. Effects of swimming training on physical fitness and water orientation in autism. *PediatrInt* 2004; 46 (5): 624-6.

## Appendice

### PERCORSO CLASSE 1^ ADATTATO

DISABILITÀ FISICA con bambino NON DEAMBULANTE ma in grado di spingere la carrozzina. Due ipotesi di lavoro:

- a. 1^ ipotesi
  1. Passaggio fra tappi verdi;
  2. Slalom fra i due materassini;
  3. Aggirare la boa e posizionare la palla fra le gambe;
  4. Proseguire in percorso rettilineo non considerando i coni;
  5. Appoggiare la palla dentro al cerchio;
  6. Superare i tappi rossi.
- b. 2^ ipotesi
  1. Passaggio fra i tappi verdi;
  2. Superamento di un piccolo gradino o ostacolo (1 cerchio, 1 fune, 1 assicella piatta);
  3. Passaggio sotto 4 compagni che si tengono per mano 2 a 2 (ponte), oppure reggono due a due una fune;
  4. Passaggio con la carrozzina in due corsie create a terra (tipo binari treno);
  5. Girare attorno la boa e posizionare la palla sulle ginocchia;
  6. Slalom o passaggio veloce in rettilineo (in questa fase bisogna valutare la gestione che il bambino ha della carrozzina);
  7. Appoggiare la palla dentro il cerchio a terra e proseguire superando i tappi rossi.



DISABILITÀ FISICA con bambino NON DEAMBULANTE e non in grado di spingere la carrozzina.

Per meglio favorire la collaborazione e l'integrazione con il gruppo classe è opportuno predisporre, in ogni stazione, un compagno o l'insegnante che fornisce assistenza spingendo la carrozzina.

1. Passaggio fra i tappi verdi;
2. Superamento di un piccolo gradino o ostacolo (1 cerchio, 1 fune, 1 assicella piatta);
3. Passaggio sotto 2-4 compagni che si tengono per mano (ponte) o che tengono una fune per coppia;
4. Passaggio con la carrozzina in due corsie create a terra (tipo i binari treno), i limiti possono anche essere compagni che si tengono per mano realizzando il perimetro dello spazio in cui far passare la carrozzina;
5. Girare attorno alla boa e posizionare la palla sulle ginocchia;
6. Slalom fra i compagni che sostituiscono i birilli;
7. Appoggiare o lasciare cadere la palla dentro il cerchio a terra e proseguire superando i tappi rossi, si può sostenere il cerchio più in alto rispetto al terreno per facilitare l'esecuzione, si può sostituire il cerchio con uno scatolone sostenuto da un compagno.

#### DISABILITÀ MENTALE

Se il bambino esegue in autonomia è possibile facilitare l'esecuzione segnalando il percorso con il gesso o il nastro adesivo per individuare meglio le traiettorie (es. slalom, passaggio alla boa...)

#### NON VEDENTE

Nella stazione in cui viene valutato l'equilibrio far camminare il bambino su di una funicella distesa a terra, mentre nel momento in cui viene affrontato lo slalom, guidare l'allievo facendogli mantenere, con una mano, il contatto con la spalla del compagno o posizionarlo al fianco di esso. a seconda della situazione.

## PERCORSO CLASSE 2^ ADATTATO

DISABILITÀ FISICA con bambino NON DEAMBULANTE ma in grado di spingere la carrozzina.

1. Passaggio fra i tappi verdi;
2. Superamento di 3 gradini o ostacoli (3 cerchi, 3 funi, 3 assicelle piatte) può essere sufficiente il superamento con una sola ruota;
3. Passaggio sotto 2 compagni che si tengono per mano (ponte) o che reggono una fune;
4. Passaggio sopra una assicella bassa;
5. Passaggio sotto 2 compagni che si tengono per mano (ponte) o che reggono una fune;
6. Passaggio con la carrozzina in due corsie create a terra (tipo i binari treno), creare una piccola rampa con due cerchi appoggiati a terra uno sull'altro o una base di legno bassa (asse), nuovamente fare passare la carrozzina in due corsie create a terra tipo binari del treno
7. Girare attorno alla boa e posizionare la palla sulle ginocchia
8. Slalom o passaggio veloce rettilineo (valutare la gestione della carrozzina)
9. Appoggiare la palla dentro il cerchio a terra, eseguire 2 spinte indietro della carrozzina, bloccare nuovamente la carrozzina, proseguire superando i tappi rossi.

DISABILITÀ FISICA con bambino NON DEAMBULANTE e non in grado di spingere la carrozzina.

Per meglio favorire la collaborazione e l'integrazione con il gruppo classe è opportuno predisporre, in ogni stazione, un compagno o l'insegnante che fornisce assistenza spingendo la carrozzina.

1. Passaggio fra i tappi verdi;
2. Superamento di 3 gradini o ostacoli se l'assistenza viene fatta dall'insegnante (3 cerchi, 3 funi, 3 assicelle piatte), può essere sufficiente una sola ruota, si può non considerare l'ostacolo ed eseguire uno slalom fra i cerchi distanziandoli;

3. Passaggio sotto 2 compagni che si tengono per mano (ponte) o che reggono una fune;
4. Passaggio sopra una assicella bassa;
5. Passaggio sotto 2 compagni che si tengono per mano (ponte) o che reggono una fune;
6. Passaggio con la carrozzina in due corsie create a terra (tipo binari treno), creare una piccola rampa con due cerchi appoggiati a terra uno sull'altro o una base di legno bassa (asse), nuovamente fare passare la carrozzina in due corsie create a terra tipo binari del treno;
7. Girare attorno alla boa e posizionare la palla sulle ginocchia;
8. Slalom spinto da un compagno;
9. Con l'assistenza di un compagno: appoggiare la palla, o lasciarla cadere dentro il cerchio a terra, poi proseguire in avanti superando i tappi rossi;
10. Con l'assistenza dell'insegnante: entrare nel cerchio, appoggiare la palla o lasciarla cadere a terra, uscire in avanti dal cerchio e proseguire superando i tappi rossi.

#### DISABILITÀ MENTALE

Se il bambino esegue in autonomia è possibile facilitare l'esecuzione segnalando il percorso con il gesso o il nastro adesivo per individuare meglio le traiettorie (es. slalom, passaggio alla boa...)

1. Passaggio fra i tappi verdi;
2. Superare 3 cerchi con almeno un appoggio dentro ognuno di essi;
3. Passaggio sotto, sopra, sotto può trasformarsi in un passaggio tutto sotto o tutto sopra agli ostacoli;
4. Per valutare l'equilibrio: per mano ad un compagno, è possibile eliminare la bascula e mettere un appoggio largo e leggermente rialzato;
5. Girare attorno alla boa;
6. Slalom con la palla in mano, oppure slalom facendo rotolare la palla su un percorso segnalato con lo scotch, oppure eseguire un percorso rettilineo con la palla in mano;

7. Appoggiare la palla dentro il cerchio a terra, oppure entrare nel cerchio senza appoggiare la palla a terra, è possibile decidere se proseguire in avanti superando i tappi rossi.

#### NON VEDENTE

Nella stazione in cui viene valutato l'equilibrio far camminare il bambino su di una funicella distesa a terra, mentre nel momento in cui viene affrontato lo slalom, guidare l'allievo facendogli mantenere, con una mano, il contatto con la spalla del compagno o posizionarlo al fianco di esso. a seconda della situazione.

## PERCORSO CLASSE 3<sup>^</sup> ADATTATO

DISABILITÀ FISICA con bambino NON DEAMBULANTE ma in grado di spingere la carrozzina.

1. Passaggio fra i tappi verdi;
2. Restando fuori dal cerchio, recuperare la palla, lanciarla verso l'alto e riprenderla, appoggiare la palla nuovamente dentro al cerchio ( la palla può essere consegnata nelle mani del bambino da un compagno o dall'insegnante);
3. Eseguire un giro completo attorno al cerchio successivo;
4. Passaggio sopra 3 assicelle basse ( o funi, o cerchi)
5. Passaggio con la carrozzina in due corsie create a terra (tipo binari treno), salire su una base di legno bassa (asse), nuovamente fare passare la carrozzina in due corsie create a terra tipo binari del treno
6. Girare attorno alla boa;
7. Slalom o passaggio veloce in rettilineo (valutare la gestione della carrozzina);
8. Affiancare il cerchio, bloccare la carrozzina, 2 spinte verso dietro, bloccare, poi proseguire avanti superando i tappi rossi.

DISABILITÀ FISICA con bambino NON DEAMBULANTE e non in grado di spingere la carrozzina.

Per meglio favorire la collaborazione e l'integrazione con il gruppo classe è opportuno predisporre, in ogni stazione, un compagno o l'insegnante che fornisce assistenza spingendo la carrozzina.

1. Passaggio fra i tappi verdi
2. Consegnare al bambino la palla, restare fuori dal cerchio, lanciare e riprendere la palla oppure farla cadere a terra, oppure lanciarla senza chiedere di riprenderla;
3. Eseguire un giro completo attorno al cerchio successivo oppure entrare dentro al cerchio ma con assistenza dell'insegnante;

4. Passaggio sopra 3 assicelle basse ( o funi, o cerchi)
5. Passaggio con la carrozzina in due corsie create a terra (tipo binari treno), salire su una base di legno bassa (asse), nuovamente fare passare la carrozzina in due corsie create a terra tipo binari del treno
6. Girare attorno alla boa;
7. Slalom;
8. Entrare nel cerchio e uscire frontalmente (se assiste un compagno) oppure entrare nel cerchio e uscire da dietro all'indietro (se assiste l'insegnante), passare infine fra i tappi rossi.

#### DISABILITÀ MENTALE

Se il bambino esegue in autonomia è possibile facilitare l'esecuzione segnalando il percorso con il gesso o il nastro adesivo per individuare meglio le traiettorie (es. slalom, passaggio alla boa...)

1. Passaggio fra i tappi verdi;
2. Entrare nel primo cerchio, sollevare la palla sopra il capo e riporla a terra;
3. Entrare nel cerchio, impugnarlo, sollevarlo e appoggiarlo a terra;
4. Superare gli ostacoli passando sopra;
5. Camminare sull'asse d'equilibrio, passare sopra gli appoggi, camminare sopra l'asse d'equilibrio tutto con l'utilizzo di assistenza, oppure non considerando gli appoggi come errori;
6. Girare attorno alla boa;
7. Slalom assistito (anche camminando) oppure con percorso segnato a terra
8. Entrare nel cerchio con due appoggi (balzo) e uscire frontalmente, passare infine fra i tappi rossi; l'assistenza può essere frontale stringendo entrambe le mani del bambino.

#### NON VEDENTE

Affinché possa individuare la palla, racchiuderla in un sacchetto in modo che produca rumore. Prima di intraprendere il percorso sarebbe opportuno farglielo esplorare.

1. Passaggio fra i tappi verdi;
2. Entrare nel primo cerchio, sollevare la palla sopra il capo e riporla a terra;
3. Entrare nel cerchio, impugnarlo, sollevarlo fino ad avere le braccia completamente tese e appoggiarlo a terra;
4. Superare gli ostacoli passando sopra, non è fondamentale saltare;
5. Camminare sull'asse di equilibrio, passare sopra gli appoggi più larghi e paralleli, camminare sopra asse di equilibrio; il tutto è eseguibile con l'assistenza a spalla e, nel caso degli appoggi, l'assistenza è frontale, oppure non considerare gli appoggi ma sempre con la presenza di assistenza;
6. Girare attorno alla boa;
7. Slalom assistito con l'appoggio sulla spalla (anche camminando);
8. Entrare nel cerchio con due appoggi (balzo) e uscire frontalmente passare infine fra i tappi rossi; l'assistenza è frontale, stringendo entrambe le mani del bambino; la posizione di partenza del balzo è con i piedi in appoggio al cerchio.

## PERCORSO CLASSE 4^ ADATTATO

DISABILITÀ FISICA con bambino NON DEAMBULANTE ma in grado di spingere la carrozzina.

1. Passaggio fra i tappi verdi;
2. Passare sotto 4 compagni che si tengono per mano 2 a 2 (ponte) o che reggono 2 a 2 due funi;
3. Passare sopra 3 assicelle basse ( o funi, o cerchi) oppure slalom fra due tappeti;
4. Fare un giro completo attorno al tappeto successivo;
5. Seguire i tubi;
6. Girare attorno alla boa;
7. Slalom o passaggio veloce in rettilineo (valutare la gestione della carrozzina)
8. Affiancare il cerchio, bloccare la carrozzina, 2 spinte verso dietro, bloccare, poi proseguire avanti superando i tappi rossi.

DISABILITÀ FISICA con bambino NON DEAMBULANTE e non in grado di spingere la carrozzina.

Per meglio favorire la collaborazione e l'integrazione con il gruppo classe è opportuno predisporre, in ogni stazione, un compagno o l'insegnante che fornisce assistenza spingendo la carrozzina.

1. Come il precedente percorso, all'ultimo ostacolo (cerchio) si può decidere di spingere la carrozzina dentro al cerchio e di farla uscire frontalmente

## DISABILITÀ MENTALE

Se il bambino esegue in autonomia è possibile facilitare l'esecuzione segnalando il percorso con il gesso o il nastro adesivo per individuare meglio le traiettorie (es. slalom, passaggio alla boa...)

1. Passaggio fra i tappi verdi;



2. Passare sotto o sopra i due ostacoli;
3. Passare sopra o saltare i 3 ostacoli;
4. Equilibrio con cambi di direzione, se occorre con assistenza;
5. Seguire i tubi;
6. Girare attorno alla boa;
7. Slalom anche solo fra i tre appoggi esterni o eseguito liberamente;
8. Entrare nel cerchio liberamente ed uscirne frontalmente;

#### NON VEDENTE

1. Passaggio fra i tappi verdi;
2. Passare sotto agli ostacoli (con la pancia che striscia atterra);
3. Passare sopra gli ostacoli (può essere sufficiente uno solo); l'assistenza può essere a spalla, frontale o a voce;
4. Equilibrio con cambi di direzione con assistenza a spalla, oppure farlo camminare su di una funicella distesa a terra;
5. Proseguire seguendo i tubi facendoglieli toccare con il piede sinistro;
6. Girare attorno alla boa (indicare i gradi di rotazione o toccare la base della boa per facilitare l'esecuzione);
7. Slalom con assistenza a spalla;
8. Entrare nel cerchio con due appoggi (balzo) e uscire frontalmente, passare infine fra i tappi rossi; l'assistenza viene data dal davanti stringendo entrambe le mani del bambino. La posizione di partenza del balzo è con i piedi in appoggio al cerchio.

## PERCORSO CLASSE 5^ ADATTATO

DISABILITÀ FISICA con bambino NON DEAMBULANTE ma in grado di spingere la carrozzina.

1. Passaggio fra i tappi verdi, palla in appoggio sulle ginocchia;
2. Avanzare fino agli ostacoli, all'altezza di ogni ostacolo oppure solo al primo o fra i due, lanciare la palla e riprenderla;
3. Proseguire e appoggiare la palla sul supporto o consegnarla ad un compagno;
4. Far passare la carrozzina all'indietro dentro due binari (assicelle in appoggio a terra) disposti sopra al tappeto o posizionati a terra;
5. Eseguire un giro completo attorno a 4 tubi posizionati a terra;
6. Girare attorno alla boa;
7. Rettilineo in velocità;
8. Affiancare il cerchio, bloccare la carrozzina, eseguire 2 spinte indietro, bloccare nuovamente, poi proseguire in avanti superando i tappi rossi.

DISABILITÀ FISICA con bambino NON DEAMBULANTE e non in grado di spingere la carrozzina.

Per meglio favorire la collaborazione e l'integrazione con il gruppo classe è opportuno predisporre, in ogni stazione, un compagno o l'insegnante che fornisce assistenza spingendo la carrozzina.

1. Come il precedente percorso ma invece di lanciare la palla farla cadere a terra vicino ad un compagno che la recupera
2. All'ultimo ostacolo (cerchio) si può decidere di spingere la carrozzina dentro al cerchio e di farla uscire frontalmente.

DISABILITÀ MENTALE

Se il bambino esegue in autonomia è possibile facilitare l'esecuzione segnalando il percorso con il gesso o il nastro adesivo per individuare meglio le traiettorie (es. slalom, passaggio alla boa...)

Se il bambino esegue in autonomia posso attaccare a terra nastro adesivo per individuare meglio il percorso (es. slalom, passaggio alla boa...)

1. Passaggio fra i tappi verdi e afferrare la palla con le mani;
2. Passare sopra i due ostacoli trattenendo la palla in mano, appoggiare la palla al supporto o consegnarla ad un compagno;
3. Equilibrio: camminare all'indietro sul tappeto (senza prendere in considerazione l'asse) oppure camminare sopra l'asse ma con assistenza;
4. Passare sopra/saltare i tre ostacoli;
5. Quadrupedia libera fra i tubi;
6. Girare attorno alla boa;
7. Correre ed entrare liberamente nel cerchio, girarsi di 180°, uscire, girarsi nuovamente di 180° e superare i tappi rossi.

#### NON VEDENTE

Affinché possa individuare la palla, racchiuderla in un sacchetto in modo che produca rumore. Prima di intraprendere il percorso sarebbe opportuno farglielo esplorare.

1. Passaggio fra i tappi verdi e afferrare la palla con le mani;
2. Passare sopra l'ostacolo trattenendo la palla in mano, oppure camminare a fianco dell'ostacolo e far rotolare la palla sotto di esso, appoggiare la palla al supporto o consegnarla ad un compagno;
3. Equilibrio: camminare indietro sul tappeto (senza prendere in considerazione l'asse);
4. Passare sopra/saltare i tre ostacoli, può essere sufficiente passare sopra uno di essi;
5. Quadrupedia libera fra i tubi;

6. Girare attorno alla boa;
7. Correre con guida a spalla o vocale, arrestarsi con i piedi in appoggio al cerchio ed entrarvi con un balzo (con assistenza frontale per mano), uscire frontalmente, superare i tappi rossi.

## Capitolo 4

### Preconcetto e inclusione

#### 4.1 Introduzione

L'inclusione scolastica e sociale delle persone con disabilità è un processo lento, complicato, fatto di barriere da superare. Sebbene siano ancora molte le problematiche e le difficoltà da affrontare, negli ultimi anni questo tema sta assumendo maggiore importanza nelle politiche sociali. Questo processo in divenire è promosso e favorito dalle stesse persone con disabilità, impegnate ogni giorno a far sentire la loro voce rimarcando i loro diritti.

Tuttavia, permangono ancora tanti tabù, opinioni e idee scorrette che continuano ad alimentare atteggiamenti e pregiudizi nei confronti delle persone disabili. Come sottolinea Scianchi (2009, p.11): “l’handicap si impone immediatamente e in modo predominante nelle relazioni con gli altri. Chi è colpito da invalidità di frequente è percepito dal prossimo anzitutto, e spesso esclusivamente, come disabile. L’individuo è sempre esposto allo sguardo altrui, è stigmatizzato e considerato alla luce di un immaginario negativo e pietistico, che attraversa la nostra società da secoli.”

Tuttora infatti la sensazione più frequente percepita dal normodotato in presenza di una persona disabile è il disagio dovuto all’imbarazzo di non sapere cosa fare, come comportarsi, cosa dire. L’interazione e il dialogo con i disabili sono vissuti, quindi, in modo problematico. Le difficoltà che gli individui riscontrano in queste situazioni sono causate da mancate conoscenze sulla disabilità che determinano sentimenti negativi o di commiserazione verso il disabile. Spesso le persone evitano inconsciamente certe relazioni sociali, assumono comportamenti più rigidi e controllati, limitano quanto più possibile i tempi di contatto con il prossimo percepito, da un certo punto di vista, come “non normale”. Si preferisce abbassare lo sguardo anziché focalizzarlo sul “difetto”, su ciò che ci differenzia. Molti non riescono a confrontarsi con la diversità in maniera naturale e spontanea e ciò contribuisce ad alimentare il senso di esclusione e discriminazione che provano le persone disabili nella società.

“La causa iniziale dell'emarginazione di chi è disabile non è l'handicap, la menomazione in quanto tale, ma lo sguardo che possiamo, a livello individuale e collettivo, sulla disabilità. A interporsi tra il disabile e la vita non c'è l'handicap ma lo sguardo su di esso”. (ibidem)

La maggior parte delle persone focalizza l'attenzione sull'handicap, non osservando l'individuo nella sua globalità ma soffermandosi sul particolare. I disabili non vengono perciò riconosciuti con i loro nomi propri, ma vengono individuati a seconda della loro patologia ed etichettati con essa (es. Giorgia “la down”, Enrico “l'autistico”, Marco “il paraplegico”, ecc.). Si è incapaci di vedere gli individui e i soggetti in senso pieno, al di là della menomazione, riducendo la persona alla sua problematica, offendendola e umiliandola, senza lasciarle modi e spazi per esprimere la propria personalità.

Inoltre, quando ci si riferisce a una persona disabile, anche le parole utilizzate sono sufficienti e oltremodo esplicative a stigmatizzarla: veicolano significati, esprimono giudizi e comunicano sensazioni che possono persino diventare “pericolose” se utilizzate in contesti sbagliati. L'uso impreciso di un termine può indurre idee approssimative e fuorvianti della realtà; soprattutto quando si fa riferimento alle categorie più deboli, il linguaggio diventa sostanza e troppo spesso è utilizzato con accezione negative. La comunicazione non deve essere considerata un semplice veicolo con il quale pregiudizi e stereotipi si diffondono, bensì la loro sede e la loro sostanza; ecco perché si dovrebbe fare particolare attenzione alle parole da adoperare.

“Utilizzare un linguaggio comune e connotato positivamente è essenziale come elemento di rispetto per le persone e come criterio per affrontare compiutamente un campo così insidioso, senza cadere in generalizzazioni e categorizzazioni.” (Contini, 2004)

Le difficoltà emerse negli anni riguardanti la terminologia adottata, l'evoluzione di questa e la continua ricerca di vocaboli appropriati, sono una chiara dimostrazione di come non si riesca ancora a superare i pregiudizi. A questo proposito, Luca Pancalli<sup>33</sup>, presidente del Comitato Italiano Paralimpico, in un'intervista si è così espresso:

“A me piace naturalmente dire 'con disabilità' o 'persona disabile' e non utilizzare l'aggettivo

---

<sup>33</sup> Luca Pancalli nel corso della sua carriera ha ricoperto i ruoli di: Vicepresidente del Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI), Presidente del Comitato Italiano Paralimpico (CIP), nonché Segretario Generale del Comitato Paralimpico Europeo (EPC).

al posto del sostantivo: usare 'disabile', infatti, significa confondere una parte con il tutto. Sono convinto che la terminologia sia importante e che riesca a rompere delle barriere culturali che diventano anche sociali. Detto questo, è chiaro che la sostanza debba prevalere sempre. La disabilità fa parte della realtà e non è nascondendola che si risolvono i problemi. Non mi vergogno della mia disabilità. Persone che usano il termine 'disabile' hanno atteggiamenti rispettosi: questo trovo sia fondamentale.” Ne consegue che, seguendo e condividendo questi principi, bisogna mettere in luce le potenzialità e le abilità delle persone disabili anziché porre l’accento sulle loro disfunzioni.

Deve scomparire“ il termine handicap perché non esiste l'handicap, né l'handicappato, ma esistono persone, uomini, donne, giovani, bambini che hanno dei problemi a livello di funzionamento mentale, fisico, sensoriale, le quali hanno bisogno di essere tutelate dalla nostra società, con urgenza, per esprimere al massimo le proprie potenzialità.” (D’Alonzo, 2002)

L'abile e il disabile non dovrebbero appartenere a due mondi opposti che corrono su binari paralleli, bensì convivere in un ambiente in cui le parti imparano l’una dall'altra qualcosa di nuovo e unico. Non possiamo quindi continuare ad abbassare lo sguardo davanti a una persona diversa, dobbiamo osservarla per capire la sua essenza e renderci conto delle sue potenzialità.

A questo punto, pare utile, prima di entrare nel merito della ricerca scientifica, analizzare termini quali *atteggiamento*, *pregiudizio* e *stereotipo*, dal punto di vista concettuale secondo la psicologia sociale riferita alla disabilità.

#### **4.1.1 Atteggiamento**

Gli studi e le ricerche empiriche sugli atteggiamenti in ambito psico-sociale hanno determinato un nutrito dibattito scientifico che produce riflessioni e teorie inerenti questo specifico campo di ricerca.

I primi autori a dare una definizione di atteggiamento furono Thomas e Znaniecky nel 1918. Questi ultimi individuarono l’atteggiamento come lo stato mentale individuale che determina

le risposte -sia attuali, sia potenziali- di ogni individuo al mondo sociale, in altre parole quel processo di conoscenza sociale che determina le azioni delle persone.

Nel 1935 Allport definì *l'atteggiamento* come lo stato di prontezza mentale e neurologica, organizzato attraverso l'esperienza, che esercita un'influenza direttiva o dinamica sulla risposta dell'individuo nei confronti di ogni oggetto o situazione con cui si relaziona. Nel 1960 Rosenberg e Hovland descrissero gli atteggiamenti come delle predisposizioni a rispondere a una data classe di stimoli mediante determinate risposte. Essi formularono il modello tripartitico secondo cui gli atteggiamenti sono un costrutto psicologico formato dagli elementi:

- Cognitiva (opinioni, idee e credenze verso un oggetto)
- Affettiva (reazione emotiva, sentimenti e preferenze valutative verso l'oggetto.)
- Comportamentale (comportamenti, azioni di avvicinamento o allontanamento dall'oggetto)

Come già osservato in precedenza, le credenze tendono ad avere una valenza negativa e identificano la persona disabile come un malato, un bisognoso di aiuto, uno sfortunato. Quante volte, vedendo passare per strada un disabile, è passato per la mente di qualcuno che sia preferibile la morte a quella condizione. Pietismo e discredito si trasmettono sia sulla persona disabile sia su chi le sta' intorno: la famiglia, la compagna/o. C'è anche chi identifica la persona disabile come un peso e un costo inutile per la società o addirittura un privilegiato, senza rendersi conto delle reali difficoltà che i disabili provano ogni giorno della loro vita per essere semplicemente accettati e compresi da questa società.

Riguardo invece la componente sentimentale, Barbara Muzzatti (2008) sostiene come le emozioni che si provano in presenza di una persona disabile sembrano risentire delle precedenti (assenti o presenti) esperienze con la disabilità. Inoltre appare esserci anche un livello diverso di disagio in base alle differenti disabilità giacché è presente, nei normodotati, un gradiente di preferenza (o di rifiuto) lungo cui le persone disabili sono collocate. È possibile affermare che le persone, la cui disabilità è ritenuta dovuta a fattori esterni, sono preferite a quelle ritenute in qualche modo responsabili della propria condizione e che le disabilità fisiche sono “preferite” alle mentali o alle neurologiche perché maggiormente evidenti. Anche il livello di competenza posseduto dal disabile influenza il giudizio delle



persone normodotate.

Nella componente comportamentale, è riscontrabile come alcuni normodotati manifestino una morbosa curiosità riguardo al disabile e una compassione che si traduce in atteggiamenti eccessivi e offerte di aiuto non necessariamente indispensabili. Altri invece tendono a evitare ogni relazione perché l'handicap costituisce per loro una sorta di terrore o fastidio. La vista della disabilità, l'aver a che fare con le difficoltà che implica, scatenare un sentimento di paura, di repulsione, il timore di vedere nel portatore di handicap il proprio incerto destino (Schianchi, 2009). Anche l'esperienza vissuta, sembra" esercitare un'influenza diretta o dinamica sulla risposta dell'individuo nei confronti di ogni oggetto, persona o situazione con cui entra in contatto" (Eagly e Chaiken, 1998).

In definitiva si può affermare che gli atteggiamenti sociali sono degli indicatori attraverso i quali è possibile prevedere le azioni delle persone e condizionare il grado di favore o sfavore con cui un individuo si pone nei riguardi di qualcosa o qualcuno. (Bianchi e Di Giovanni, 2000).

#### **4.1.2 Stereotipo**

Tale concetto fu introdotto nelle scienze sociali per merito di Walter Lippman (1922), il quale definì lo stereotipo come un'immagine presente nella nostra mente, ovvero una categoria descrittiva semplificata e rigida all'interno della quale si colloca l'altro (o un gruppo di individui). Egli sostenne quindi che il rapporto conoscitivo con la realtà esterna non è diretto, bensì mediato dalle immagini mentali che di quella realtà ciascuno si forma. Tali figurazioni si rendono evidenti perché la mente umana non è in grado di comprendere e trattare l'infinita varietà di sfumature e sfaccettature che il mondo presenta acconsentendo così a "semplificare" il tutto all'interno di schemi predefiniti.

Mazzara (1977) sostiene come "questo processo di semplificazione della realtà non avviene in modo accidentale né per un'arbitraria scelta individuale, bensì secondo modalità che sono stabilite culturalmente: gli stereotipi fanno parte della cultura del gruppo e come tali vengono acquisiti dai singoli e utilizzati per un'efficace comprensione della realtà. [...] Svolgono per

l'individuo una funzione di tipo difensivo: contribuendo al mantenimento di una cultura e di determinate forme di organizzazione sociale essi garantiscono all'individuo la salvaguardia delle posizioni da lui acquisite.”(ibidem)

Per questo motivo molti studiosi ritengono, a ragione, che lo stereotipo rappresenta il meccanismo fondamentale per la genesi stessa del pregiudizio e, di più, per il suo mantenimento. La nascita degli stereotipi è in effetti dovuta e provocata da una varietà più o meno sufficientemente grande di avvenimenti o caratteristiche atte a etichettare” quella categoria in quel determinato modo.

In pratica esso costituisce quello che possiamo indicare come il *nucleo cognitivo del pregiudizio*, vale a dire l'insieme degli elementi d'informazione e delle credenze circa una certa categoria di oggetti, rielaborati in un'immagine coerente e tendenzialmente stabile, in grado di sostenere e riprodurre il pregiudizio nei loro confronti. (Mazzarra, 1997)

Una delle caratteristiche fondamentali dello stereotipo è, infatti, il suo essere un giudizio *generalizzato e generalizzabile* a tutto il gruppo cui è attribuito, in modo omogeneo e senza tenere in considerazione le qualità specifiche di ogni singolo membro. Un'altra peculiarità risulta essere la sua intrinseca *immutabilità* e relativa *rigidità*, qualità quest'ultima che rende lo stereotipo difficilmente modificabile nella mentalità pubblica poiché saldamente ancorato nella cultura e quindi condiviso socialmente.

Possiamo quindi definire lo stereotipo come un insieme coerente e abbastanza rigido di credenze negative che un certo gruppo condivide rispetto a un altro gruppo o a una categoria sociale. (ibidem)

Tra i vari gruppi sociali etichettati attraverso l'uso di stereotipi (in generale tutti quelli che rappresentano o hanno rappresentato il “diverso” all'interno della Società: stranieri, ebrei, neri, meridionali etc.), un caso particolare è quello costituito dalle persone disabili.

Queste, infatti, sono valutate perché non sono in grado di agire appieno secondo le regole e i valori sui quali si fonda la società e ciò è tradotto in stereotipi circa la loro qualità e le loro disposizioni personali. Sono infatti considerate poco abili, incapaci, psicologicamente fragili, troppo emotive, irascibili, inaffidabili e così via.

In realtà, come già abbiamo accennato in precedenza, le credenze variano anche in base al tipo di disabilità. Mentre i disabili fisici sono più accettati e accolti formalmente nella società,

i disabili mentali destano maggiore inquietudine e sono ancora visti in modo misterioso dai normodotati.

Un aspetto che distanzia ancora le due categorie, consiste nella possibilità dell'utilizzo di tecnologie e ausili medico-sanitari utili alla riduzione della menomazione fisica. Infatti, questi ausili tecnologici sono arrivati a un livello di evoluzione tale da permettere in misura considerevole la limitazione delle difficoltà causate dal deficit. Nella tecnologia si giocano quindi le possibilità di riacquisizione di funzionalità perdute e questo non può che creare forme di libertà e autonomia, e rappresenta, tecnicamente, il miglior viatico per l'inclusione. (Schianchi,ivi)

Nel caso della disabilità mentale il discorso è più complesso poiché la tecnologia non riveste lo stesso ruolo e non permette quindi il superamento dell'handicap. Le persone con un deficit di questo tipo sono più spesso bisognose di attenzioni e rivestono un impegno maggiore per chi sta loro attorno. Nel corso della storia queste persone hanno subito una costante esclusione e marginalizzazione all'interno della società che ha portato ad aperte ostilità nei loro confronti, nonostante gli sforzi fatti per superare queste situazioni, permangono ancora molte difficoltà nell'inclusione delle persone disabili all'interno della società. La parola "*inclusione*" infatti, non vuol dire semplicemente aiutare, ma piuttosto accompagnare la persona a superare le difficoltà che incontra sul suo cammino. "Essere inclusi" significa quindi vivere assieme, riconoscere il valore di ogni individuo in modo tale che ciascuno si senta parte attiva della comunità in cui vive. Le differenze vanno valorizzate, le persone disabili devono quindi sentirsi libere di esprimersi e di mostrarsi per ciò che sono senza nascondere i loro "difetti".

"L'atteggiamento di curiosità e il desiderio di relazione devono esser quelli che maggiormente favoriscono il riconoscimento della differenza e la sua autodeterminazione senza negare, né rifiutare, né mistificare le differenze, ma consentendo a ciascuno il riconoscimento di una normale diversità dall'altro." (Caldin, 2005)

Quando si utilizzano gli stereotipi per valutare una persona non si fa altro che prendere una scorciatoia mentale: non si riconosce la persona che si ha di fronte, ma la categoria alla quale essa appartiene secondo le proprie credenze. Tutto ciò alimenta la cognizione che lo

stereotipo, tanto quanto il pregiudizio, rappresenta una barriera sulla strada che conduce all'inclusione delle persone con disabilità all'interno della società.

### 4.1.3 Pregiudizio

Il termine “pregiudizio” deriva dal sostantivo latino *preajudicium* e genericamente indica un giudizio anticipato. Esprime quindi un'idea o un'opinione anteriore alla diretta conoscenza dei fatti e delle persone, un giudizio frettoloso, antecedente all'esperienza, formulato senza aver sufficientemente indagato l'oggetto. Implica inevitabilmente un giudizio immotivato, errato, approssimativo e fuorviante che impedisce una valutazione oggettiva della realtà.

Ciascuno di noi agisce e pensa in funzione di suoi precisi orientamenti valutativi, culturali, ideologici, rispetto ai quali può essere più o meno elastico, ma dai quali non può mai liberarsi del tutto e che condizionano in maniera spesso pesante le sue scelte. (Mazzarra, 1997)

In questo senso, Kineberg sostiene come il pregiudizio sia una pre-valutazione immotivata poiché si fonda generalmente su dati insufficienti inadeguati, se non del tutto errati. (Calegari 1994)

In genere il pregiudizio si manifesta nel rapporto con singoli membri di gruppi respinti, ma tende poi a sfociare in generalizzazioni categoriali su tutto il gruppo. Ciò implica che non si prendono più in considerazione le differenze individuali delle persone ma si sviluppano errate e infondate convinzioni riguardanti il gruppo sociale al quale l'individuo appartiene.

Secondo Allport (1973) il pregiudizio potrebbe quindi essere definito nel modo seguente: “Atteggiamento di rifiuto o di ostilità verso una persona appartenente a un gruppo, semplicemente perché appartenente a quel gruppo, e che per tanto si presume in possesso di qualità biasimevoli generalmente attribuite al gruppo medesimo.”

Non sempre il pregiudizio è espresso in modo evidente e aperto; molte persone hanno un pregiudizio inconscio o implicito nei confronti di quelle con disabilità. Talvolta quindi si attuano comportamenti non verbali automatici, non consapevoli che manifestano disagio e distacco. La pericolosità del pregiudizio implicito risiede nel fatto che è difficile da riconoscere e da combattere poiché le persone stesse che lo attuano non ne sono consapevoli.

(Vezzali-Giovannini 2012)

Ad esempio, se a un individuo è fatto notare che ha espresso, in maniera involontaria dei pregiudizi, spesso egli manifesta sentimenti di colpa e di vergogna, collegati al fatto che tale comportamento viola i suoi standard morali. (Monteith 1993).

Molto probabilmente quindi c'è una discrepanza tra i processi di natura spontanea che portano all'espressione del pregiudizio e le opinioni egalitarie cui le persone possono avere accesso consapevole. (Zogmaister – Castelli 2006)

E' importante tenere presente che i pregiudizi possono essere sia positivi sia negativi ma, quando si affronta il pregiudizio nei confronti delle persone con disabilità, il giudizio rispecchia soltanto un sentimento ostile nei loro confronti. Un aspetto particolare del pregiudizio infatti, è che questo, nella maggior parte dei casi, è unidirezionale: dall'abile verso il disabile. (Lascioli 2011)

Pregiudizi e stereotipi permeano la società, le interazioni quotidiane e i contenuti veicolati dai *mass media*. Per questa ragione questi contenuti lasciano una traccia nella mente dei membri della nostra cultura e influiscono sui processi cognitivi in maniera automatica. Costituiscono cioè delle cognizioni implicite, che non si sostituiscono, ma si affiancano alle opinioni e alle idee che le persone detengono esplicitamente e consapevolmente. (Zogmaister – Castelli 2006)

#### **4.2 Motivazione alla ricerca realizzata nel percorso di dottorato.**

Nel suo testo di riferimento, Mazzara identifica tre fattori che determinano la forza delle ostilità nei confronti del diverso. Il primo fattore è rappresentato dalle caratteristiche e dai limiti propri del sistema cognitivo: la mente umana, infatti, ha la necessità di ridurre e organizzare in modo più semplice l'immensa quantità di stimoli ambientali sui quali si trova a dover operare. Questo determina una costante semplificazione della realtà che porta a raggruppare le informazioni in sistemi omogenei definiti appunto categorie. Il secondo fattore è il bisogno di appartenenza, a sua volta il mix di motivazioni biologiche, psicosociali e

culturali, che ci spinge con forza a riconoscerci in gruppi di nostri simili e a nutrire un'avversione apparentemente spontanea e "naturale" verso coloro che non condividono il nostro stile di vita. Si parla dunque di *in-group* per definire il proprio gruppo di appartenenza e di *out-group* per identificare il gruppo estraneo. L'identità della persona si forma grazie a un continuo confronto sociale con il proprio gruppo di appartenenza che permette all'individuo di imparare a valutare se stesso in relazione agli altri.

Come abbiamo visto fino ad ora, se per le diverse spiegazioni psicologiche il pregiudizio risiede nei processi, consci e inconsci, dell'individuo e per le spiegazioni sociologiche e psicosociali esso deriva dalle dinamiche d'identità collettiva e di rapporto con i gruppi; nell'ultima prospettiva della costruzione sociale esso è visto quale sedimentazione di conoscenza e memoria collettiva, una sorta di archivio storico del modo in cui una certa comunità concepisce, descrive e spiega il rapporto tra i gruppi, codificandolo in una serie di simboli condivisi e di pratiche d'interpretazione degli eventi riguardanti i gruppi. L'ultimo fattore analizzato da Mazzara riguarda quindi le ragioni di tipo storico e sociale che di volta in volta definiscono la posizione e le funzioni di ciascun gruppo minoritario e lo stato complessivo dei rapporti tra i gruppi in una determinata società, nonché la situazione delle relazioni intrinseche e internazionali. Grande importanza viene quindi assegnata anche alle pratiche comunicative nelle quali pregiudizi e stereotipi prendono forma e al contesto nel quale ciò avviene. La comunicazione non è dunque vista come un semplice veicolo con il quale pregiudizi e stereotipi si diffondono, bensì la loro sede propria e in definitiva la loro sostanza. (Mazzara 1997)

Tutte queste prospettive ci aiutano a riflettere sull'importanza dell'interazione tra persone abili e disabili a partire dall'infanzia. È infatti dimostrato come sia il pregiudizio che lo stereotipo siano difficilmente estirpabili o modificabili negli adulti. I bambini invece non "nascono" con tali preconcetti nei confronti della disabilità (e similmente si potrebbe dire per le varie forme di razzismo), ma acquisiscono queste nozioni (negative) attraverso gli stessi adulti, i media e in generale la società che li circonda. Un adulto indispettito dalla presenza di un bambino disabile fornirà pregiudizi e stereotipi al bambino che gli sta accanto, influenzandone il pensiero e la coscienza ancora in formazione. Per ovviare a tale pratica, più comune di quanto si possa credere, e per favorire la nascita di un pensiero autonomo nelle

menti degli adulti di domani, è quanto mai opportuno intervenire sui giovani all'interno degli ambienti educativi.

Poiché la scuola ricopre un ruolo fondamentale nella crescita e nella formazione dei giovani, è al suo interno che va intensificata la lotta al pregiudizio e allo stereotipo attraverso un contatto diretto e continuato tra persone "diverse" in grado *non* di abbattere le barriere culturali (della società degli adulti) ma di *evitare* che tali barriere vengano addirittura costruite e percepite come normali!

La disabilità, non deve essere tuttavia soltanto riconducibile al mondo dell'istruzione, ma deve essere considerata in tutta una serie di altri contesti per favorire la piena inclusione nella società della persona disabile. Affinché ciò avvenga anche il ruolo dell'attività sportiva non deve assolutamente essere sottovalutato. È lo sport infatti il luogo dove tutti sono prioritariamente atleti di una squadra, che affronta in un gioco senza distinzioni né discriminazioni un'altra squadra. Il campo sportivo è il luogo che media l'incontro tra persone diverse e le rende tutte uguali davanti all'avversario. In questo senso, esso può essere considerato un terreno senza frontiere e di libero accesso a tutti, dove non ci sono né differenze né pregiudizi e ciascuno scende in campo per dare il meglio di sé, superare i propri limiti e dimostrare le proprie abilità.

La pratica sportiva aiuta infatti la persona disabile a costruire una relazione fisica e mentale con il proprio corpo, a conoscerne le proprie potenzialità e a sopperire ai propri limiti.

In questi contesti educativi, si inserisce il progetto di ricerca compiuto con lo scopo di indagare sul livello di pregiudizio dei giovani all'interno di ambienti scolastici e sportivi, partendo da questioni ancora aperte come: *quale è l'età in cui si struttura il pregiudizio? Quale ruolo può svolgere il sistema educativo nello smantellamento del pregiudizio? Quali strategie e interventi possono essere adottati per favorire l'inclusione sociale delle persone disabili? Quanto e come l'educazione è in grado di sensibilizzare la società attraverso i più giovani?*

### 4.3 Ricerca pregiudizio nello sport e nella scuola

In relazione a tali evidenze è stato realizzato uno studio tendente a verificare, in ambiente scolastico e sportivo il grado di pregiudizio. Tradizionalmente il contatto tra pari interviene sull'inclusione sociale, con questo lavoro abbiamo cercato di verificare quanto incida il contesto ambientale nella riduzione del preconcetto, intervenendo con la ricerca in due ambiti sociali diversi.

#### 4.3.1 Partecipanti

Alla ricerca hanno partecipato 97 ragazzi di età compresa tra 11 e 14 anni (media = 12,5) e provenivano da quattro differenti gruppi. Un gruppo (SpWi)<sup>34</sup> di 22 ragazzi era composta da calciatori che hanno avuto nella loro squadra un compagno con disabilità (ICD-10<sup>35</sup>: G81.1<sup>36</sup> + G40.2). Un altro gruppo di ragazzi (SpWo)<sup>37</sup> era composta da 31 calciatori che non aveva un compagno disabile in squadra. Il terzo gruppo (ScWi)<sup>38</sup> era composta da 23 bambini (14 ragazze e 9 ragazzi) appartenenti alla stessa classe in cui era presente un coetaneo con disabilità (ICD-10: F82<sup>39</sup> + F81.9<sup>40</sup> + F93<sup>41</sup>). Il quarto gruppo era un gruppo di studenti che frequentano la stessa scuola e come caratteristica avevano la non presenza di disabili in classe (SCWO)<sup>42</sup>; il gruppo era composto 12 ragazze e 9 ragazzi.

Vale la pena sottolineare come lo studio di gruppi così caratterizzati presupponga l'esistenza di una diversità nei medesimi determinata sia dal contatto o meno con la persona disabile, sia dal differente contesto, e dal tipo e grado della disabilità presa in esame

---

<sup>34</sup> SpWi- Gruppo sport con disabile

<sup>35</sup> ICD International Classification of Diseases, Revision 10 (1990)

<sup>36</sup> Codice ICD che identifica una emiplegia spastica con epilessia

<sup>37</sup> SpWo- Gruppo sport senza disabile

<sup>38</sup> ScWi- Gruppo scuola con disabile

<sup>39</sup> Disturbo evolutivo specifico della funzione motoria

<sup>40</sup> Disturbi evolutivi delle abilità scolastiche non specificati

<sup>41</sup> Sindromi e disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia

<sup>42</sup> ScWo- Gruppo scuola senza disabile



Si è considerata con particolare attenzione l'età dei partecipanti ritenendo che la fascia di età individuata sia particolarmente sensibile allo sviluppo del pensiero critico del bambino. L'interazione che il bambino ha con gli altri risulta essere di fondamentale importanza per la costruzione sociale della propria identità. La partecipazione al progetto di ricerca era su base volontaria ed è stato autorizzato dai genitori con la compilazione di un consenso informato per la sperimentazione.

Il campione della ricerca era costituito da:

- Bambini normodotati che avevano un compagno disabile nella loro squadra (*CD*)
- Bambini normodotati che non avevano un compagno disabile nella loro squadra (*CN*)
- Bambini normodotati che avevano un compagno disabile nella loro classe (*SD*)
- Bambini normodotati che non avevano un compagno disabile nella loro classe (*SN*)

In particolare, nei gruppi di lavoro si ipotizza che lo sviluppo dell'interazione abile-disabile determini modifiche in senso positivo negli atteggiamenti e nei comportamenti durante il corso del tempo. Nei gruppi di controllo, invece, non essendoci un'interazione con il disabile, *non dovrebbero* venir modificate le opinioni iniziali dei partecipanti in merito alla disabilità.

Ad ogni bambino è stato assegnato un ID di riconoscimento per garantire la *privacy* e fare in modo che tutti i test fossero svolti in modo anonimo.

#### **4.3.2 Procedura**

I partecipanti sono stati invitati a partecipare allo studio dai loro insegnanti di educazione fisica e dagli istruttori di calcio. Sia gli insegnanti e gli istruttori sono stati istruiti con tutte le informazioni del caso dal gruppo di sperimentatori (studio obiettivo incluso), è stato chiesto di passare le informazioni ai genitori dei bambini e di far firmare loro il consenso informato dello studio. I genitori che hanno richiesto ulteriori spiegazioni e informazioni sono state soddisfatte singolarmente. Gli insegnanti e i formatori sono stati invitati a consegnare e raccogliere, una volta firmato, il consenso informato. Il gruppo di ricerca ha incontrato i bambini due volte: all'inizio anno scolastico / sportivo (ottobre 2012) e alla fine dello stesso anno (maggio 2013).

Né il personale della scuola né gli allenatori delle società di calcio hanno ricevuto istruzioni o incentivi per promuovere gli atteggiamenti positivi nei confronti dei bambini con disabilità durante l'anno scolastico/ sportivo, uniche informazioni ricevute sono state quelle descritte nel consenso informato.

### 4.3.3 Strumenti

Gli strumenti utilizzati erano rappresentati da:

- test implicito (Implicit Association Test, da ora IAT); Nosek, Greenwald, & Banaji, 2007).
- questionario cartaceo creato *appositamente* per questo studio, basato sulla scala di valutazione di Likert<sup>43</sup>.

Il primo testo, lo IAT è teso a valutare l'atteggiamento esplicito verso coetanei disabili. Esso rappresenta un metodo implicito per misurare la forza dei legami associativi tra concetti e/o tra un concetto e una valutazione generale. Per quanto concerne lo studio in atto esso ci aiuta a verificare, come già ricordato più volte, il livello di pregiudizio dei partecipanti nei confronti delle persone disabili. L' IAT è un compito computerizzato in grado di misurare quanto forte è l'associazione tra due categorie concettuali (i bambini con disabilità , bambini senza disabilità ) e due attributi valutativi (vale a dire , buono, cattivo . Vedere Nosek et al ., 2007 ) Ogni studente aveva di fronte a sé un computer portatile che è stato posto ad una distanza di ~35 / 40 cm. Nonostante la loro età , i partecipanti sono stati testati secondo le modalità raccomandate da Greenwald e colleghi (ad esempio , Andrews , Hampson , Greenwald , Gordon , e Widdop , 2010; Nosek , 2005) . IAT è stato proposto utilizzando computer portatili caricati con software E -prime ( Schneider , Eschman , e Zuccolotto , 2012)

---

<sup>43</sup> Likert 1932. Le scale Likert, rappresentano una tecnica per la misurazione dell'atteggiamento e del comportamento e consistono principalmente nel mettere a punto un certo numero di affermazioni (definite *item*) che esprimono una valenza positiva o negativa nei confronti dell'oggetto in esame, rappresentato nel caso in questione dalle persone con disabilità, su una scala di valori che dal massimo negativo si sposta verso il massimo positivo. Nel nostro caso la nostra scala era a 5 livelli: "completamente d'accordo", "concordo", "non ho ancora deciso", "non sono d'accordo", "per niente d'accordo".

. I partecipanti sono stati istruiti a rispondere nel modo più veloce e preciso possibile, al fine di fornire le risposte in base alle istruzioni ricevute al inizio di ogni blocco di lavoro e premendo i tasti della tastiera segnalate con una macchia bianca . Le patch sono stati fissati sopra i tasti "Z" e ":", individuate come le posizioni più laterali delle tastiere permettendo una comoda posizione delle mani per la risposta.

Sul monitor vengono presentati stimoli composti da parole e/o immagini: le prime fanno riferimento a due attributi opposti –positivo/negativo-, le seconde fanno riferimento alla categoria -normodotato/disabile-. Ai partecipanti viene chiesto di ordinare lo stimolo che vedono comparire al centro dello schermo a seconda della categoria e/o dell'attributo di appartenenza (visibile in alto a destra o sinistra del monitor) premendo due tasti diversi.

Le prime tre operazioni sono in realtà preparatorie per le due fasi fondamentali della rilevazione e consistono in compiti di classificazione semplice: la persona è invitata a categorizzare gli stimoli a seconda di un'unica tipologia di appartenenza. Lo scopo è quello di aiutarla a comprendere le modalità di risposta e a prendere confidenza con il test.

Questa prima parte è perciò composta da tre consegne che includono rispettivamente:

1. parole che fanno riferimento all'attributo positivo o negativo;
2. immagini da ordinare secondo la categoria normodotato-disabile;
3. immagini e parole che compaiono assieme in ordine casuale

La prova vera e propria consiste invece in un doppio compito di categorizzazione: alla persona si richiede di classificare gli stimoli a seconda sia dell'attributo che della categoria.

Innanzitutto questi stimoli (categoria/attributo) vengono presentati in modo congruente al pregiudizio (abile/positivo, disabile/negativo); poi in modo incongruente (abile/negativo, disabile/positivo).

Secondo la logica sottostante il test, il primo compito dovrebbe risultare più facile del successivo permettendo quindi di rispondere più velocemente e con un maggior grado di accuratezza (cioè con un numero inferiore di errori).

Le diverse combinazioni stimolo-risposta permettono di evidenziare le associazioni che il partecipante ha sviluppato tra il concetto e l'attributo. Se nella rappresentazione cognitiva di un individuo esiste una forte associazione tra un concetto e un attributo (es. persona disabile, attributo negativo) allora le risposte in cui questi due sono associati saranno più veloci e

accurate rispetto a quando lo stesso concetto è abbinato all'attributo opposto. Pertanto, l'entità della differenza dei risultati nelle diverse combinazioni concetto-attributo può essere considerata un valido indicatore della forza delle associazioni mentali e, quindi, del pregiudizio.

Un prezioso indicatore delle preferenze, ovvero dei pregiudizi automatici del campione indagato, è fornito quindi sia dalla differenza di velocità nell'esecuzione delle due fasi del test, sia dalla differenza nel numero di errori commessi.

Greenwald *et Al.*, a questo proposito, parlano di compito *compatibile* nei casi in cui le due categorie che condividono uno stesso tasto di risposta siano associate nelle rappresentazioni mentali dei rispondenti; definiscono invece compito *incompatibile* laddove le due categorie che prevedono uno stesso tasto di risposta non siano tra loro associate.

Nella scelta delle immagini da presentare, si è deciso di selezionare figure di persone abili e disabili sia durante le attività della vita quotidiana (*daily*) sia durante l'attività sportiva (*sport*). Ai ragazzini che nella prima rilevazione veniva somministrato il test *daily*, a fine anno veniva sottoposto il compito *sport* e viceversa.

Ai partecipanti sono state inoltre chieste, all'inizio del test, alcune informazioni di carattere demografico (sesso,età) e altre riguardanti l'eventuale presenza di persone disabili in famiglia.

Il secondo test, questionario cartaceo su scala Likert, è uno strumento esplicito di *self-report* che viene utilizzato per misurare le credenze consapevoli. Ai candidati veniva mostrata questa lista di affermazioni e si richiedeva loro di indicare la misura in cui si trovavano in accordo o in disaccordo con ciascuna di esse. I quesiti posti, a seconda del gruppo di appartenenza (positivo o negativo), sono stati valutati in modo diverso. Nel nostro caso, la risposta alla domanda positiva "completamente d'accordo" riceveva il punteggio massimo di 4 e quella "per niente d'accordo" 0, viceversa le risposte negative avevano punteggi opposti (0 = "completamente d'accordo", 4 = "per niente d'accordo"). I livelli espressi per ogni domanda erano quindi un punteggio da 4 a 0. Il punteggio per le dichiarazioni numero 5, 6, 7, 8, 10 sono stati invertiti. Per questa misura, alpha di Cronbach era 0,48 (CI: 0,31, 0,65) in T1 e 0,52 (CI: 0,36; 0,67) e una correlazione test-retest  $z = 3.02$ , il valore  $\tau$

La somma di tali punteggi tende a delineare in modo ragionevolmente preciso il giudizio del soggetto nei confronti dell'oggetto. Il questionario indaga i sentimenti che i bambini provano

quando incontrano una persona disabile, come si rapportano alla disabilità e in che modo sarebbero d'accordo o in disaccordo ad avere amici, parenti, vicini di casa disabili. Ciò permette altresì di testare il contesto familiare e ambientale di appartenenza dei ragazzini.

I partecipanti sono stati testati in gruppi di 5. I test sono stati somministrati in due periodi diversi, ad Ottobre ed a Maggio dell'anno successivo. I periodi sono stati individuati tenendo presente sia il percorso scolastico che sportivo dei partecipanti.

#### **4.3.4 Analisi dati**

Dal momento che i dati sono stati ricavati in due momenti distinti, all'inizio e alla fine dell'anno calcistico e scolastico, uno dei fattori presi in considerazione per l'analisi dei risultati è stato il tempo. Ovvero, si è tenuto conto, ai fini della ricerca, della distanza temporale nella somministrazione dei test ( $t_0 - t_1$ ) per valutare se il *contatto intergruppi* sia in grado di modulare il pregiudizio nell'arco del tempo.

Altri due aspetti che sono stati valutati sono il tipo di gruppo (scolastico o calcistico) e la presenza o l'assenza del disabile.

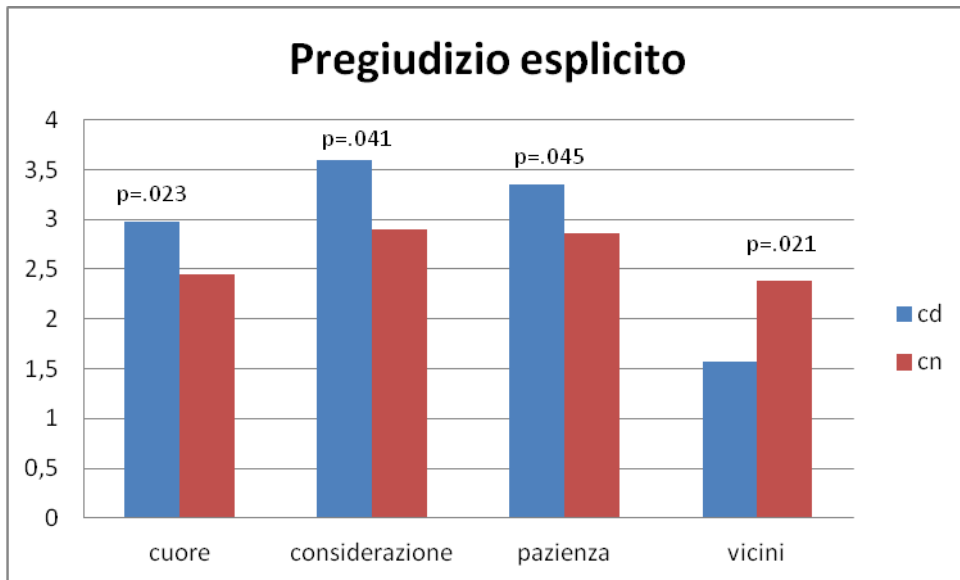
Per quanto concerne il questionario cartaceo, abbiamo già osservato come esso fosse composto da domande positive e negative nei confronti della disabilità e come queste siano state poi analizzate, nell'analisi dei risultati, in modo opposto (positiva: *completamente d'accordo* 4, *per niente d'accordo* 0; negativa: *completamente d'accordo* 0, *per niente d'accordo* 4).

L'elaborazione dei dati è stata fatta attraverso il software di analisi statistica SPSS 19.0).

Qui di seguito si è deciso di riportare solo le risposte ai quesiti che sono risultate statisticamente significative ( $p < .05$ ) analizzandole a seconda dei gruppi di appartenenza.

La figura 1 mette a confronto il gruppo calcio con la presenza del bambino disabile (CD) e il gruppo calcio senza il disabile (CN). Le domande prese in considerazione sono: *Il mio cuore batte forte se vedo una persona in sedia a rotelle*, *Penso che le persone con disabilità meritino una considerazione speciale*, *Tendo ad essere più paziente con le persone con disabilità*, *In che misura mi sentirei d'accordo o in disaccordo ad avere dei disabili come vicini di casa*

Figura - 1



Dalla figura 1 è possibile notare come il gruppo CD ha valori più alti nelle prime tre domande mentre nell'ultima si nota un'inversione di tendenza: il dato più alto è stato ottenuto dal gruppo CN

La seconda tabella riporta il confronto tra il gruppo scuola con la persona disabile (SD) e il gruppo scuola senza il disabile (SN). I dati statisticamente significativi rilevati sono i seguenti (fig.2)

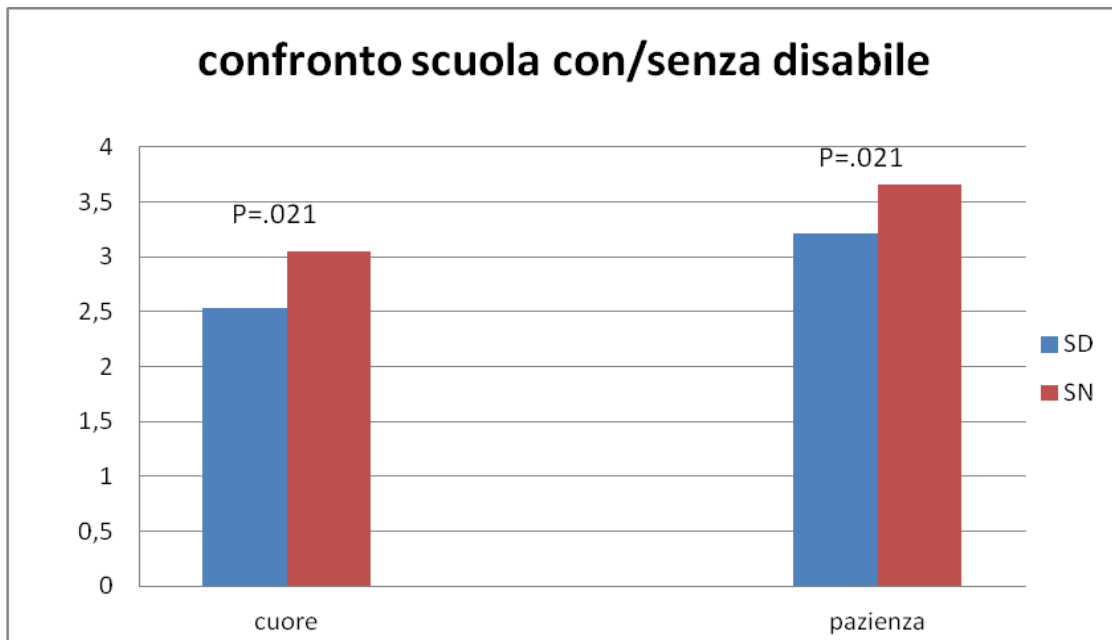


Figura - 2

A differenza di quanto rilevato precedentemente nella fig.1, si nota come i punteggi più alti in questo caso siano dati dal gruppo scuola senza i disabili.

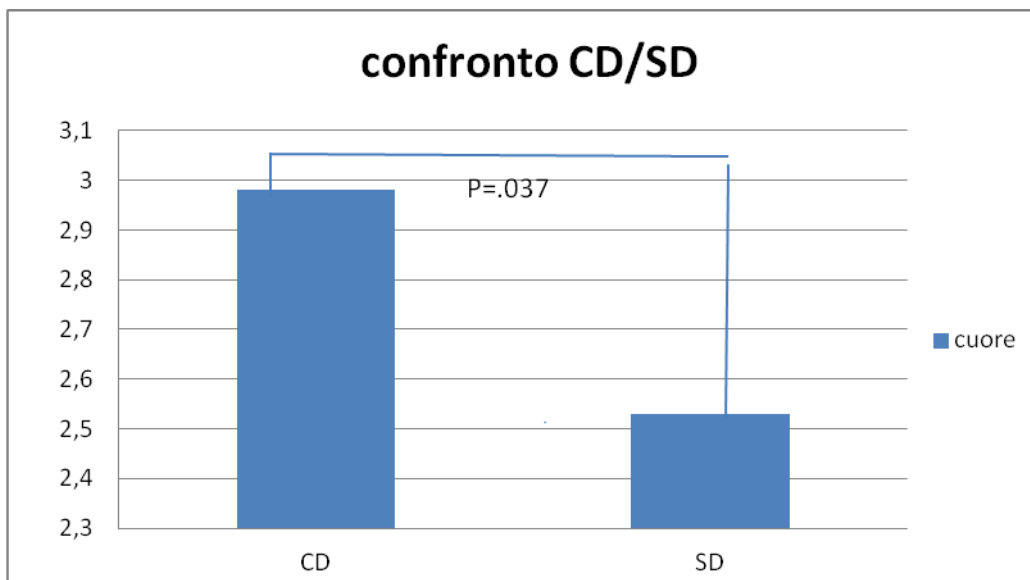


Figura - 3

La figura 3 riporta il confronto tra il gruppo calcio (CD) e il gruppo scuola con la presenza del

disabile (SD). Le risposte risultate significative, oltre a quella già riassunta con la parola “cuore”, sono quelle che riguardano il grado di favore o sfavore nell’avere persone disabili come amici e compagni di scuola.

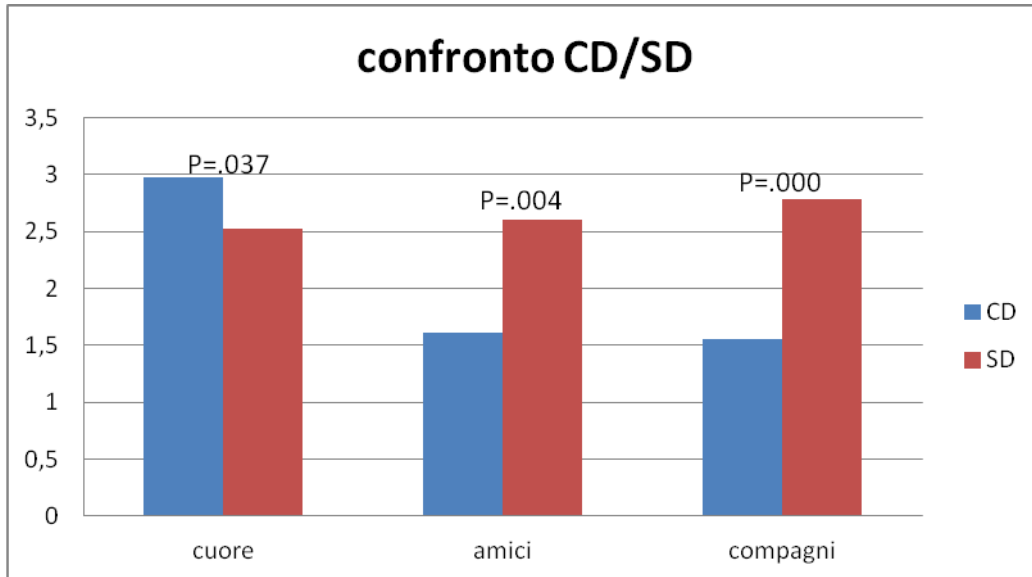


Figura - 4

E' possibile osservare come i punteggi più alti nelle ultime due domande prese in considerazione siano stati rilevati nel gruppo calcio mentre la prima è maggiore nel gruppo scuola (fig.4).

Nel grafico 5 si confrontano il gruppo calcio e il gruppo scuola senza la presenza del bambino disabile. Qui di seguito si riportano le risposte risultate rilevanti ai fini della ricerca. L'unica che non compare precedentemente è: *Mi arrabbio rapidamente con le persone con disabilità*. Tale quesito si differenzia dagli altri perché ha una connotazione negativa.



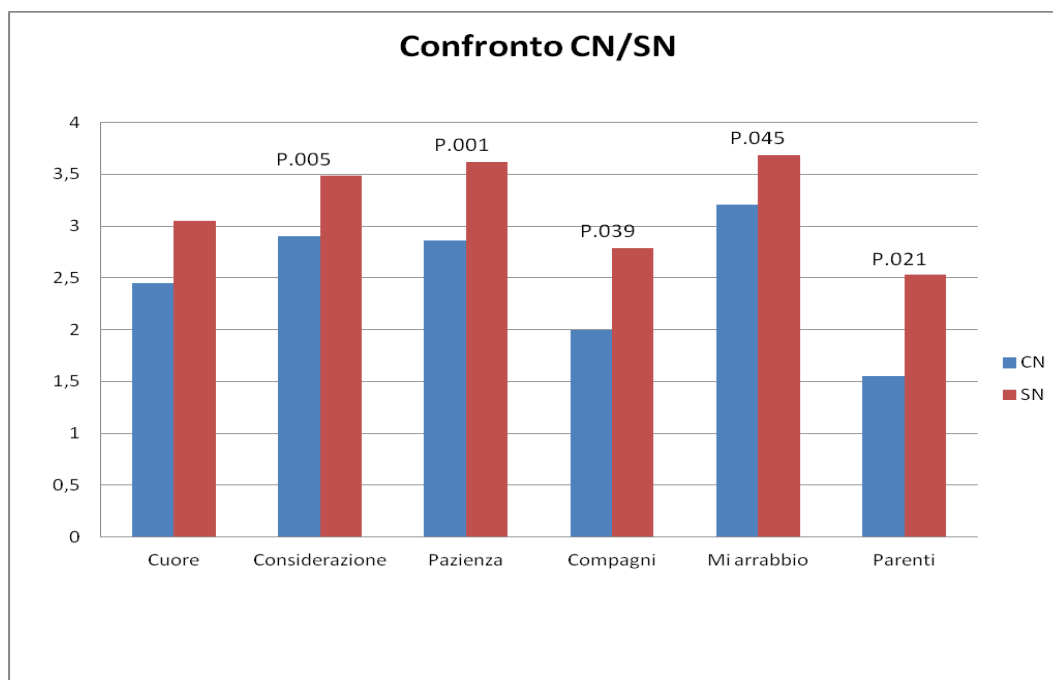


Figura - 5

Possiamo notare come il gruppo scuola mantenga valori leggermente maggiori di quelli relativi al gruppo calcio in ciascuna risposta, anche dove la domanda negativa poteva far supporre un cambio di tendenza.

I valori del gruppo calcio sono quindi più moderati. Fino ad ora si sono analizzate le risposte a singole domande e si sono riportate solo quelle che hanno dato dei risultati significativi ai fini della ricerca. I dati che vengono mostrati qui di seguito, invece, fanno riferimento alla media delle risposte che sono state date su interi gruppi di domande. Vengono in particolar modo calcolati i totali dei risultati alle domande 1-10, 11-14.

Nella figura 6 si riporta il confronto tra il gruppo calcio con disabili e il gruppo calcio senza disabili.

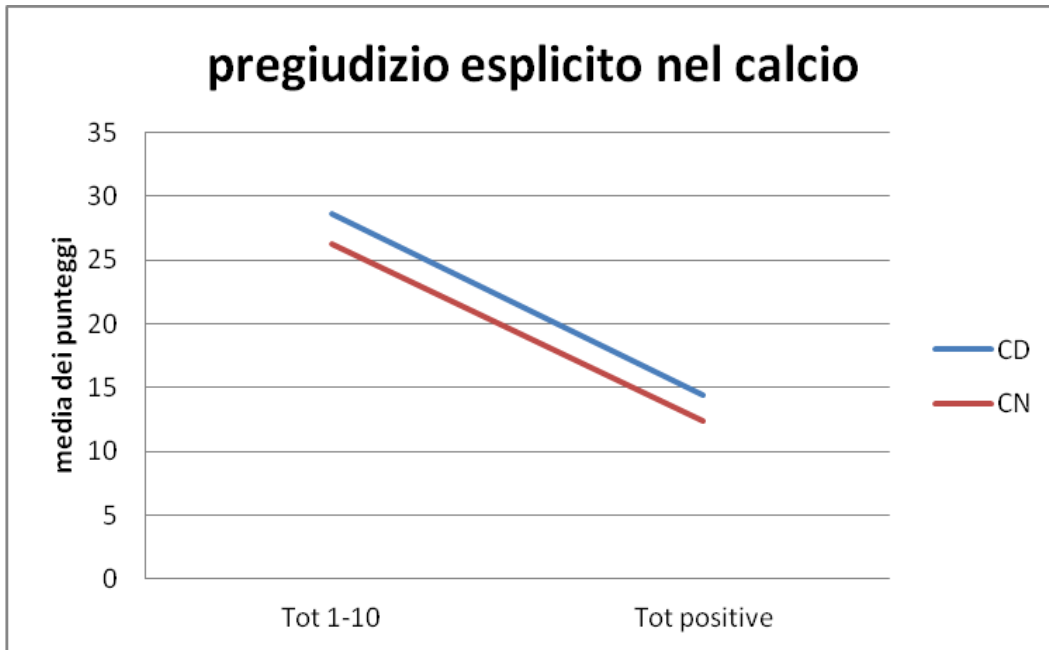


Figura 6

Si noti come le risposte hanno valori più alti nel gruppo calcio, soprattutto per quanto concerne quelle a valenza positiva

Nella figura 7 si confrontano le risposte del questionario tra il gruppo scuola con la presenza del disabile e il gruppo scuola senza disabile.

È possibile constatare come le risposte da 1 a 10 e quelle positive ottengono punteggi maggiori nel secondo gruppo, mentre le domande dalla 11 alla 14 -riferite al grado di favore o sfavore nell'avere parenti, amici, compagni o vicini disabili- ottengono punteggi più alti nel primo gruppo.

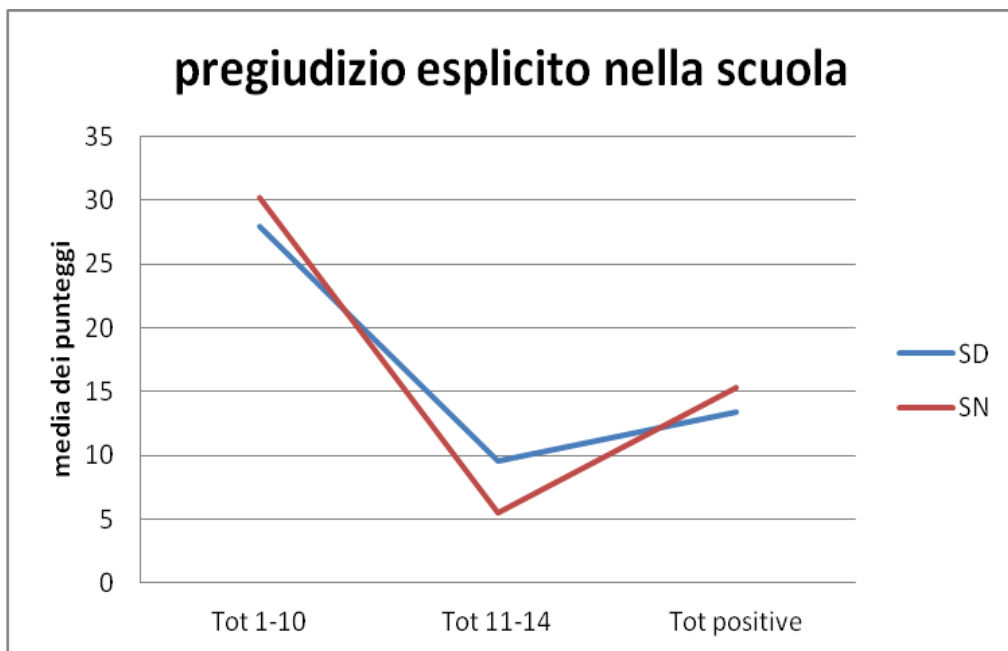


Figura – 7

La fig. 8 rappresenta la comparazione tra i gruppi calcio e scuola con la presenza del disabile prendendo come riferimento le risposte alle domande dalla 11 alla 14.

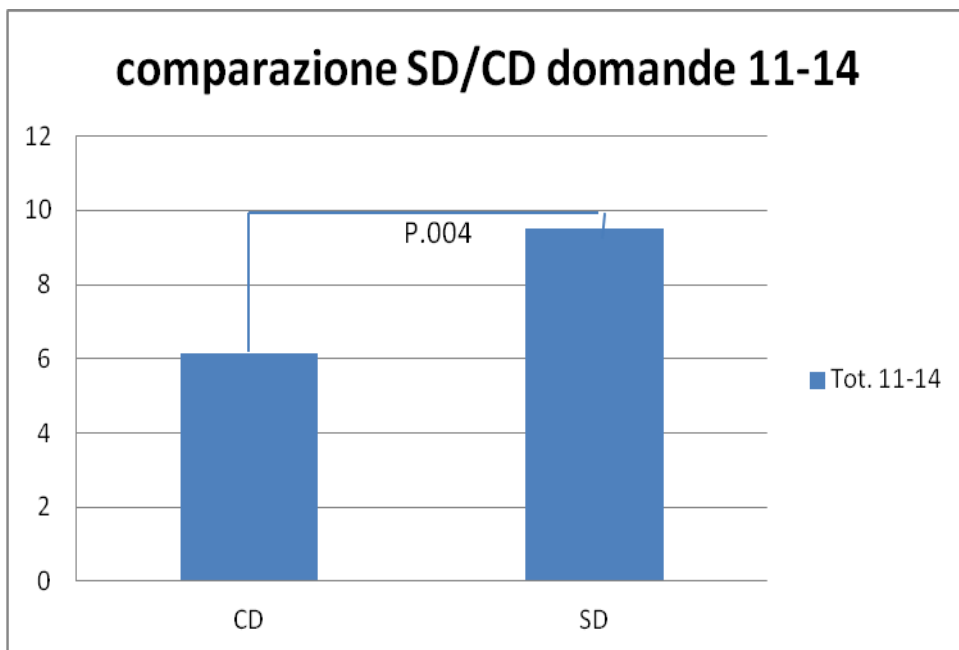


Figura – 8

Inoltre, la figura 9 confronta in parallelo i gruppi calcio e scuola senza la presenza del disabile nelle risposte alle domande da 1 a 10.

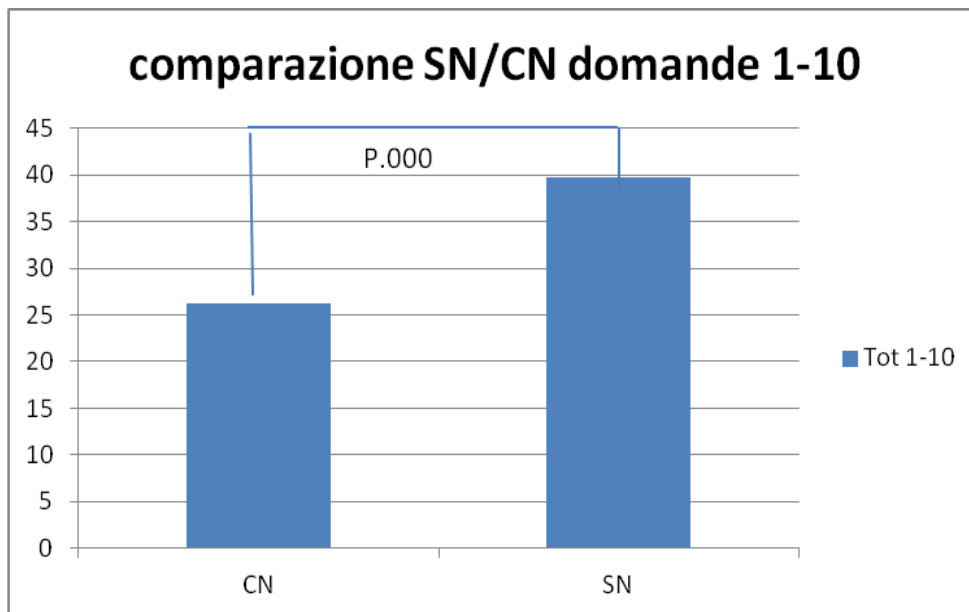


Figura - 9

Si osserva una netta differenza tra i dati. Il gruppo scuola ottiene un punteggio maggiore<sup>44</sup>.

L'analisi dei risultati del test IAT svolta analizzando l'indice D attraverso l'ANOVA univariata, ha rilevato delle differenze significative in relazione alla presenza/assenza della persona disabile all'interno dei gruppi di riferimento. Infatti, dai dati è emerso che la presenza del disabile nel gruppo, indipendentemente da quale esso sia, produce un indice di preconcetto inferiore (Presenza = .55, Assenza = .63;  $F(1,104) = 4.32$ ,  $p < .05$ ).

È inoltre risultato che le squadre di calcio presentano un indice di preconcetto implicito più alto rispetto alle classi scolastiche (calcio = .71, scuola = .51;  $F(1,103) = 13.18$ ,  $p < .001$ ).

I risultati ottenuti ci hanno quindi suggerito di suddividere i gruppi di studio per fare due analisi distinte, i fattori presi in considerazione sono stati la Somministrazione e il Disabile. Per quanto concerne il gruppo scuola, l'analisi della varianza non ha prodotto alcun valore

---

<sup>44</sup> Ottoboni, Milani, Cecilian, Tessari, "Implicit and explicit negative attitude towards peers with disabilities: a comparison between sport and scholastic exposure setting" (2016). Plos

significativo tra i fattori. Mentre nel gruppo calcio è emerso che la presenza del disabile tende ad abbassare anche se in maniera non del tutto significativa, l'indice di pregiudizio (Presenza = .64, Assenza = .79;  $F(1,42) = 3.16$ ,  $p = .07$ ). Inoltre dall'analisi del gruppo calcio è apparso che le due Somministrazioni non differivano ( $t_0 = .73$ ,  $t_1 = .67$ ,  $F(1,42) = .88$ ,  $p > 1$  ma, mettendo assieme l'interazione tra i due fattori Somministrazione e Disabilità, i dati erano rilevanti ( $F(1,42) = 5.07$ ,  $p < .05$ )

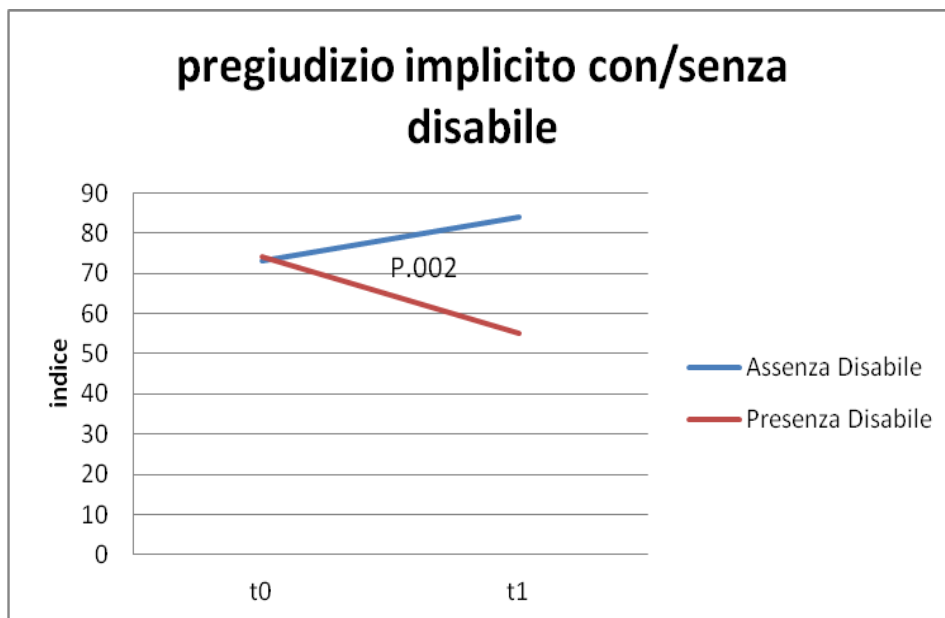


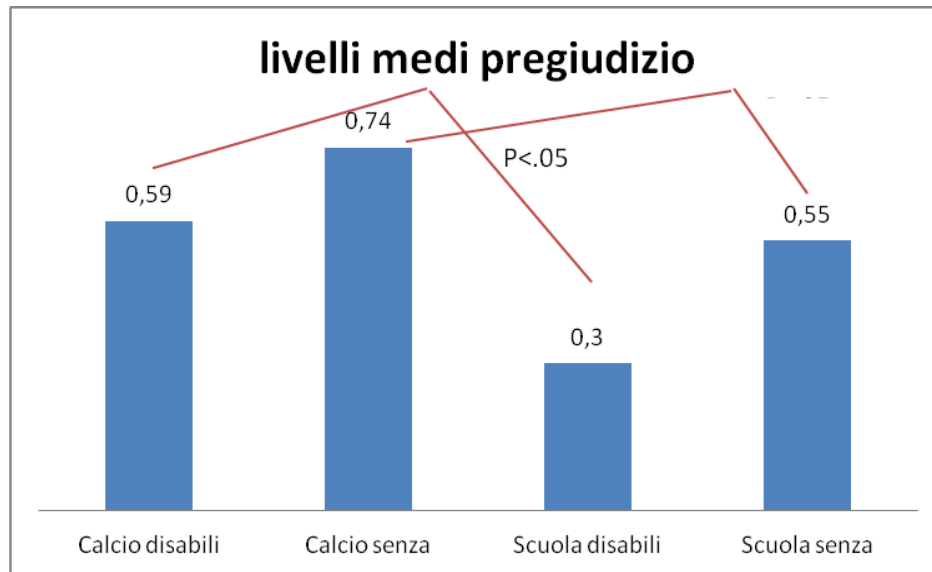
Figura - 10

Come si può notare (fig.10), alla prima rilevazione non emergeva nessuna differenza significativa tra i due gruppi t0 ( $t = 2.09$ ,  $p = .023$ ), ma era presente invece al t1 ( $t = 2.95$ ,  $p = .02$ ). Il gruppo all'interno del quale c'è la presenza del bambino disabile presentava punteggi più bassi nella seconda rilevazione rispetto alla prima.

In definitiva grazie ai risultati ottenuti si può dire che: i livelli più bassi di pregiudizio sono presenti nelle classi scolastiche con disabile (m. 0.30); livelli medi si manifestano sia nelle classi senza disabile (m. 0.55) sia nelle squadre di calcio con disabile (m. 0.59); infine livelli più elevati di pregiudizio si registrano nelle squadre di calcio senza disabili (m. 0.74). In tali

ambiti le differenze significative ( $p < .05$ ) si sono manifestate sia tra i gruppi calcio e scuola con disabili, sia tra le classi con disabili e quelle senza disabili (fig.11).

Figura - 11



#### 4.3.5 Conclusioni

I dati elaborati sembrano suggerire come, già in questa giovane età, siano presenti dei preconcetti nei confronti delle persone disabili. È possibile quindi immaginare che i bambini presi in considerazione, abbiano già avuto modo di farsi delle idee approssimative e fuorvianti sulla disabilità. Fondamentali risultano essere a questo punto provvedimenti che cerchino di avvicinare abile e disabile affinché non si strutturino e consolidino pregiudizi e stereotipi frequenti nella nostra società.

Attraverso i dati elaborati abbiamo visto però come l'interazione abile-disabile, e quindi l'esperienza diretta con la disabilità, non sempre porti a dei risultati positivi per quanto riguarda la riduzione del pregiudizio. Nello specifico si nota come nella scuola il grado della disabilità influisca in maniera disomogenea: la presenza di soggetti con disabilità evidente tende ad aumentare il pregiudizio, mentre una disabilità lieve a diminuirlo. Questi dati

potrebbero suggerire come sia doveroso un avvicinamento graduale tra abile e disabile in contesti considerati positivi da tutti gli alunni, soprattutto quando è presente una disabilità severa.

È necessario, che i bambini abili siano informati sulle difficoltà del loro compagno per comprendere meglio le azioni e reazioni di questo. Una valutazione negativa della disabilità potrebbe esser quindi data da una scarsa conoscenza che inevitabilmente porta i compagni ad avere timore relazionale. Un ambiente risulta essere inclusivo quando tutti conoscono pregi e difetti dell'altro e si cerca di superare assieme le difficoltà. Per quanto riguarda invece i gruppi di controllo, che non hanno avuto esperienze con persone disabili, si è visto come essi tendano ad avere un livello intermedio di pregiudizio che rimane costante nel tempo. Non essendoci stata nessuna interazione con il disabile, il parere dei bambini nelle due rilevazioni non è quindi cambiato, indifferentemente dal contesto preso in considerazione.

Le conclusioni che possiamo trarre sembrano dimostrare come l'ambito scolastico risulti essere il contesto educativo per eccellenza nel quale questo contatto abile-disabile è maggiormente inclusivo. Questa affermazione merita però una riflessione più approfondita. E' necessario mettere in luce come questo confronto tra scuola e sport si presenti in fase iniziale in disequilibrio, infatti, nella scuola il processo di inclusione è attivo da molti anni, diversamente da quello che avviene nel mondo dello sport. Inoltre le ore di contatto all'interno dell'ambiente scolastico sono sicuramente maggiori rispetto a quelle negli ambienti sportivi e ciò può inevitabilmente facilitare la maggior sensibilizzazione e comprensione del tema. In ogni caso appare chiaro come i livelli di pregiudizio siano sempre inferiori nelle classi o squadre con persone disabili e quindi risulta rilevante, ai fini della ricerca, l'interazione abile e disabile nella riduzione del pregiudizio.

La ricerca effettuata ha evidenziato l'importanza determinata dagli ambienti educativi nella riduzione degli atteggiamenti negativi e dei pregiudizi nei confronti della disabilità.

L'istruzione pubblica diviene, in questo processo, elemento fondamentale nella riduzione del pregiudizio grazie alla quotidiana interazione tra i bambini, ma dovrebbe porre maggior attenzione alle capacità di ciascuno, e concedere la possibilità di esprimersi, apprezzarsi e rispettarsi attraverso percorsi che esaltino le capacità di ognuno.

Proprio come avviene nell'attività motoria e sportiva dove le persone disabili possono esaltare

le potenzialità residue raggiungendo risultati tecnici inimmaginabili alla maggior parte delle persone.

Mettere in luce le potenzialità delle persone riporta l'attenzione su di esse e permette che pregiudizi e stereotipi vengano abbattuti con maggior facilità.

È fondamentale evidenziare come, attraverso programmi mirati di istruzione, le tematiche riguardanti la disabilità non possano più essere invisibili, ma meritino sempre più attenzioni e rispetto.

Molte volte è proprio la scuola il primo luogo di incontro tra bambini abili e disabili. Attraverso la formazione scolastica infatti i bambini imparano, prima di tutto, a conoscere se stessi e le loro capacità e, in seguito, a confrontarsi e relazionarsi con gli altri. Proprio da qui devono partire interventi mirati alla conoscenza e al rispetto delle differenze; il gruppo classe deve rappresentare una risorsa in tal senso e l'insegnante attraverso programmi adeguati deve essere capace di mettere in luce i pregi e le capacità di ciascuno senza porre l'accento sui limiti. Risulta perciò importante che non si enfatizzino solamente i giudizi basati sul merito e la bravura, in quanto questi inevitabilmente mettono in risalto le difficoltà delle persone disabili a rispettare gli "standard comuni".

Quanto appena espresso può e deve essere ricondotto e amplificato all'ambiente sportivo. Infatti lo sport svolge un ruolo fondamentale nella vita di tutte le persone e i disabili non devono fare eccezione. Grazie alle molteplici esperienze corporee, attraverso i giochi e le attività ludiche, il bambino (abile e disabile) può prendere coscienza del proprio corpo, delle proprie capacità e abilità e, crescendo, può imparare a gestirle, alla luce di quanto affermato dalla bibliografia sull'importanza dello sport e dell'attività motoria per l'inclusione del disabile il nostro studio ha rilevato come il gruppo sportivo con l'atleta disabile abbia mostrato un livello di pregiudizio significativamente inferiore rispetto al gruppo senza disabile confermando quanto affermato da Canevaro (2007) che "l'educazione motoria si inserisce nel processo di integrazione sociale e consente di creare dei legami forti tra il giovane disabile e il mondo esterno. Lo sport porta quindi a una collaborazione sociale e forma la personalità dell'individuo"

L'attività fisica e sportiva si propone, anche, di sviluppare nelle persone disabili l'abitudine a mettersi in gioco, l'auto-efficacia, a valutarsi e a dominarsi; fornendo la possibilità di



costruire una dimensione relazionale importantissima per la futura inclusione sociale. (Rosa – Colella 2004)

La ricerca evidenzia l'importanza dagli ambienti educativi nella riduzione degli atteggiamenti negativi e dei pregiudizi nei confronti della disabilità. In particolare nell'ambiente sportivo le potenzialità della persona disabile, evidenziate nel gesto tecnico, siano elemento determinante nella riduzione del pregiudizio nei rispettivi gruppi sociali.

Tuttavia, la principale vittoria non si ottiene sul campo, ma nella vita di tutti i giorni, sconfiggendo pregiudizi e stereotipi affinché si possa raggiungere la più completa inclusione.

## Bibliografia

Abrams D.- Killen M. (2014), "Social exclusion of children: Developmental origins of prejudice" *Journal of Social Issues* 70/1, 1-11.

Arnold P.J. (2002), "Educazione motoria, sport e curricolo" Milano, Guerini.

Battacchi M. – Codispoti O. (1988), "I pregiudizi sociali" in Gian Vittorio Caprara (a cura di), *Personalità e rappresentazione sociale*, Roma, La Nuova Italia Scientifica.

Beckett A.E. (2009a), "Challenging disabling attitudes, building an inclusive society: considering the role of education in encouraging non- disabled children to develop positive attitudes towards disabled people" *British Journal of Sociology of Education* 30/3, 317-329.

Beckett A.E. et al (2009b), "Disability equality in English primary school: exploring teaching about disability equality and non-disabled children's perceptions of disability: Full research report"

Beckett A.E.- Buckner L. (2012), "Promoting positive attitudes towards disabled people: definition of, rationale and prospects for anti- disablist education" *British Journal of Sociology of Education* 33/6, 873-891.

Beckett A.E. (2013a), "Non-disabled children's ideas about disability and disabled people" *British Journal of Sociology of Education*.

Beckett A.E. (2013b), "Anti-oppressive pedagogy and disability: possibilities and challenges" *Scandinavian Journal of Disability Research*.

Bellagamba G. (2001), "Didattica e scienze motorie." Pavova, Cleup.

Bianchi A.- Di Giovanni P. (2000), "Psicologia in azione" Torino, Paravia Bruno Mondadori Editori.

Botto B. (2006), "L'esperienza possibile: «aprire» il gioco alla persona disabile adulta. I primi passi verso una cultura più matura del gioco". *L'integrazione scolastica e sociale*, 5/2, 147-155.

Brittain I. (2004), "Perceptions of Disability and their Impact upon Involvement in Sport for People with Disabilities at all Levels" *Journal of Sport and Social Issues*, 28: 429.

Brittain I. (2010), "The role of schools in constructing self-perceptions of sport and physical education in relation to people with disabilities" *Sport, Education and Society*, 9:1, 75-94.

- Brown R. (1997), "Psicologia Sociale del Pregiudizio" Bologna, Il Mulino.
- Calamai M. (2008), "Uno sguardo verso l'alto" Milano, Franco Angeli.
- Caldin R. (2007), "Introduzione alla pedagogia speciale" Padova, Cleup.
- Calidoni P., Cunti A., De Anna L., De Mennato P., Gamelli I., Tarozzi M (2004), "Pedagogia ed educazione motoria" Milano, Guerini.
- Canevaro A. (1996), "Quel bambino là...Scuola dell'infanzia handicap integrazione" Firenze, La Nuova Italia.
- Canevaro A. e Ianes D. (2003), "Diversabilità. Storie e dialoghi nell'anno europeo delle persone disabili" Trento, Erickson.
- Canevaro A., Caldin R., D'Alonzo L., Pavone M., Cairo M.T., Francia M.G. e Oppici M., Ruffo V. (2004), "La formazione degli insegnanti per l'inclusione" *L'integrazione scolastica e sociale*, 3/2, 104-113.
- Canevaro A. e Ianes D. (a cura di) (2005), "Dalla parte dell'Educazione. Le voci di chi crede nel valore dell'Educazione tutti i giorni della vita" Trento, Erickson.
- Canevaro A. (2006), "Le logiche del confine e del sentiero. Una pedagogia dell'inclusione (per tutti, disabili inclusi)" Trento, Erickson.
- Canevaro A. (a cura di) (2007), "L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità. Trent'anni di inclusione nella scuola italiana" Trento, Erickson.
- Carraro A. e Bertollo M.(2005), "Le scienze motorie e sportive nella scuola primaria" Padova, Cleup.
- Carraro A. (2008), "Educare al movimento" Lecce, La Biblioteca Pensa MultiMedia
- Ciccani P. (2008), "Pregiudizio e disabilità. Individuazione di strategie educative per l'elaborazione e il superamento del pregiudizio" Armando editore.
- De Anna L. (2005), "Progettare e promuovere Attività Motorie e Sportive Integrate nella formazione di persone con disabilità" *L'integrazione scolastica e sociale*, 4/1, 39-45.
- De Anna L.(2006), "Disabili in movimento" *L'integrazione scolastica e sociale*, 5/3, 215-245.
- Dettori F. (2005), "ICF: una lingua veicolare per l'integrazione dei soggetti diversamente abili?" *L'integrazione scolastica e sociale*, 4/1, 76-86.
- Esposito A. (2000), "Handicap e integrazione. Quale futuro?" Roma, Armando editore.
- Ferrucci F. (2004), "La disabilità come relazione sociale. Gli approcci sociologici tra natura e cultura" Catanzaro, Rubbettino editore.

- Gelati L. (2007), "Pedagogia speciale e integrazione. Dal pregiudizio agli interventi educativi" Roma, Carrocci editore.
- Ghedin E. (2009), "Ben-essere disabili. Un approccio positivo all'inclusione" Napoli, Liguori editore.
- Ghezzi R. (2002), "Diversabilità" *L'integrazione scolastica e sociale*, 1/3, Milano, Erikson.
- Ghirlanda S. (2003), "Sport per tutti..spazio ai disabili" Tirrenia-Pisa, Edizioni Del Cerro.
- Gianfagna, R. (2007), "Lo sport nel processo formativo delle persone disabili" *L'integrazione scolastica e sociale*, 6/4, 296-336.
- Hewstone M.- Stroebe W.- Stephenson G.M. (1998), "Introduzione alla psicologia sociale" Bologna, Il Mulino.
- Huckstadt L.K.- Shutts K. (2014), "How young children evaluate people with and without disabilities" *Journal of Social Issues* 70/1, 99-114.
- Krahé B.- Altwasser C. (2006), "Changing negative attitudes towards person with physical disabilities: an experimental intervention" *Journal of Community and Applied Social Psychology* 16, 59-69.
- Iannes D. e Banal S., Canevaro A. e Malaguti E., Ricci C., Hanau C., Da Anna L. e D'Alessio S., Pavone M. (2002), "L'ICF e la conoscenza del soggetto" *L'integrazione scolastica e sociale*, 1/5, 422-460.
- Lascioli A. (2011), "Handicap e pregiudizio. Le radici culturali" Milano, FrancoAngeli.
- Likert R. (1932), "Technique for the measure of attitudes" *Arch. Psycho.* 22/140.
- Lippman W. (1922), "Public Opinion" New York, Harcourt Brace.
- Magnanini A. (2008), "Educazione e movimento. Corporeità e integrazione dei diversamente abili" Pisa, Edizioni Del Cerro.
- Maheady L., Harper G.F., Mallette B. (2001), "Insegnamento «mediato dai pari»: lo stato dell'arte" *Difficoltà di apprendimento*, 7/1, 83-94.
- Myers D.G. (2009), "Psicologia Sociale" Milano, The McGraw-Hill Companies.
- Moliterni P. (2003), "L'integrazione tra scuola, famiglia e società: una rete senza barriere" *L'integrazione scolastica e sociale*, 2/4, 382-393.
- Mulvey K.L.- Hitti A.- Rutland A.- Abrams D.- Killen M. (2014) "When do children dislike ingroup members? Resource allocation from individual and group perspectives" *Journal of Social Issues* 70/1, 29-46.
- Muzzatti B. (2008), "Gli atteggiamenti verso la disabilità: credenze, reazioni emotive e

comportamenti delle persone non disabili” *Giornale Italiano di Psicologia* 35/2, 313-333.

Organizzazione Mondiale della Sanità (2000), “ICIDH-2 Classificazione Internazionale del Funzionamento e delle Disabilità” Trento, Erickson.

Organizzazione Mondiale della Sanità (2002), “ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” Trento, Erickson.

Ottoboni, Milani, Cecilian, Tessari,” Implicit and explicit negative attitudes towards peers with disabilities: a comparison between sport and scholastic exposure setting” (2016). *Plos*

Paluck E.L.- Green D.P. (2009), “Prejudice reduction: What works? A review and assessment of research and practice” *The annual review of psychology* 60, 339-367.

Pavone M., Faloppa M. (2003), “A che punto siamo con l'integrazione?” *L'integrazione scolastica e sociale*, 2/1: 7-14.

Pavone M. (2010), “Dall'inclusione all'esclusione. Lo sguardo della Pedagogia Speciale” Milano, Mondadori.

Pettigrew T.F.- Tropp L.R. (2008), “How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators” *European Journal of Social Psychology* 38, 992-934.

Rademacher J.A., Callahan K., Pederson-Seelye V.A. (2000), “Insegnare il rispetto delle regole in classe” *Difficoltà di apprendimento*, 6/2, 221-231.

Rosa A.R. e Colella D.(2004), “L'attività fisica adattata nella scuola e nel tempo libero” *Difficoltà di apprendimento*, 10/1, 107-121.

Scarpa S. (2011), “Il corpo nella mente. Adolescenza, disabilità, sport” Perugia, Editori Calzetti Mariucci.

Schianchi M. (2009), “La terza nazione del mondo. I disabili tra pregiudizio e realtà.” Milano, Feltrinelli.

Selis A. (2002), “L'attività motoria nel processo d'integrazione dell'alunno con handicap. Strade maestre. Un laboratorio dello sport condiviso” Piacenza, Mondadori.

Selis A. e Stochino G. (2006), “Quali prospettive per l'inclusione dei bambini con disabilità nella pratica sportiva di base?” *L'integrazione scolastica e sociale*, 5/2, 193-197.

Stochino G. e Selis A. (2004), “Solidarsport” *L'integrazione scolastica e sociale*, 351-354.

Tessati P. (2005), “Disabili e abili. Manuale per educatori professionali” Padova.

Vezzali, D Giovannini (2012) - *Come Ridurre il Pregiudizio: Il Punto di Vista della Psicologia Sociale*-Mind Italia

Wilson M.C.- Scior K. (2014), “Attitudes towards individuals with disabilities as measured

by the Implicit Association Test: a literature review” *Research in Developmental Disabilities* 35, 294-321.

## Capitolo 5

### Conseguenze dei risultati ottenuti nel dottorato per il proseguo della ricerca

#### 5.1 Premessa

L’elaborazione dei dati delle ricerche presentate nei capitoli precedenti ha evidenziato bisogni e criticità nel processo di inclusione dei giovani disabili sia in ambito scolastico che sportivo, da queste ricerche ha avuto origine il progetto regionale “ Corpo, mente e salute attraverso lo sport” che vuole essere la risposta a quanto evidenziato nel capitolo 2<sup>45</sup> e nel capitolo 4<sup>46</sup> di questo elaborato.

Il progetto approvato e finanziato al 40% dalla Regione Emilia Romagna prevede:

- uno sportello informativo presso gli ambulatori di neuropsichiatria

I centri di neuropsichiatria infantile sono un cardine essenziale per l’informazione alle famiglie. Si intende quindi collocare uno sportello informativo all’interno dei centri di neuropsichiatria infantile affinché, dopo gli appuntamenti programmati con i medici che curano la presa in carico di ogni bambino, sia possibile informare i genitori rispetto alla presenza di associazioni sportive accoglienti sul territorio.

Attraverso le collaborazioni con i differenti centri provinciali di neuropsichiatria si procede secondo le seguenti azioni di processo:

- *Neuropsichiatra/psicologo*: durante i controlli e le rivalutazioni si impegna a sottolineare alle famiglie l’importanza dell’attività motoria e dell’esercizio fisico in termini di salute e benessere e come strumento di inclusione sociale, indirizza quindi verso il consulente sport paralimpico predisposto in area attigua alla neuropsichiatria.

---

<sup>45</sup> Stakeholder dell’inclusione in ambito scolastico

<sup>46</sup> Preconcetto ed inclusione

- *Sportello informativo* (consulente paralimpico): compito del consulente paralimpico sarà quello di fornire un'immediata consulenza alle famiglie individuando le associazioni sportive accoglienti sul territorio. Nell'individuazione dei percorsi sportivi si tiene conto delle peculiarità di ogni singolo bambino e delle inclinazioni personali, oltre che delle reali potenzialità dell'associazionismo sportivo. Il personale qualificato addetto allo sportello è dotato di un collegamento telefonico in modo da essere raggiungibile e consultabile anche in momenti diversi da quelli di sportello frontale. Tale numero permetterà di fornire consulenza anche al mondo scuola, infatti sarà comunicato agli uffici scolastici provinciali e, per tramite dell'ufficio scolastico regionale, anche alle scuole (insegnanti di sostegno e di educazione fisica). Questa azione permetterà di creare un filo diretto con il mondo scuola, spesso interessato ai percorsi sportivi, ma privo di un immediato collegamento con le realtà territoriali.
- *Paralympic wellness card*: alle famiglie sarà consegnata una card per l'avviamento sportivo, sulla card si registreranno gli indirizzi delle possibili società accoglienti, si riserverà uno spazio per la registrazione dell'avvenuto avviamento sportivo. L'utilizzo della card permette all'associazione sportiva di ricevere un contributo spendibile per l'efficacia del percorso inclusivo.

## **5.2 Avviamento sportivo presso le associazioni del territorio**

Le ricerche sviluppate hanno evidenziato l'esigenza di creare un tessuto sociale accogliente in cui i giovani disabili possano fare attività sportiva nel gruppo dei pari senza preconcetti. Si è registrato uno scollamento del territorio rispetto alle esigenze delle famiglie, delle scuole e dei giovani disabili, rispetto alle associazioni sportive che spesso si sentono impreparate all'accoglienza, contemporaneamente i percorsi di laurea magistrale permettono una maggior qualificazione degli operatori delle società sportive che potrebbero creare un ponte di raccordo fra le due differenti esigenze.

## **5.3 Associazioni sportive accoglienti**

Le famiglie potranno individuare con l'aiuto del consulente paralimpico, le associazioni sportive accoglienti e con la Paralympic wellness card usufruire gratuitamente di un servizio

professionale e inclusivo. La card diventerà oltre che pass gratuito anche strumento di controllo del processo inclusivo. L'associazione sportiva da questo momento diventerà soggetto attivo nel processo d'inclusione sportiva. Per uniformare le competenze tecniche sportive e pedagogiche del territorio regionale il CIP-CRER<sup>47</sup> in collaborazione con IERFOP: organizza moduli in-formativi per caregiver in generale; insegnanti; allenatori tecnici sportivi; operatori dei servizi sociosanitari; studenti universitari interessati, con l'intento di incrementare il numero delle società sportive accoglienti ed inclusive, e le competenze di laureati e laureandi di scienze motorie per quanto riguarda le strategie inclusive. Per meglio promuovere la cultura inclusiva dello sport sono state sottoscritte convenzioni tra CIP-CRER e gli uffici tirocini di tutti i corsi di laurea in scienze motorie della Regione Emilia Romagna ritenendo fondamentale il percorso formativo in situazione per un miglior approccio con la persona disabile. In tutte le azioni del progetto sono previsti questionari di gradimento e sulla qualità della vita relazionale.

#### **5.4 Piano Regionale Prevenzione Emilia Romagna**

E' il Piano regionale che contiene obiettivi, programmi, progetti per i prossimi anni in Emilia-Romagna sui temi della prevenzione e della promozione della salute. Sulla base dell'esperienza acquisita in passato e per garantire l'integrazione tra diversi settori, si è individuato un percorso di programmazione per la costruzione del Piano regionale della prevenzione 2015-2018 organizzato per setting (ambiti di intervento): il Piano prevede la promozione e prescrizione sanitaria dell'esercizio fisico e dell'attività sportiva nella popolazione in situazione di disabilità fisica, psichica, sensoriale e/o mista.

*Trasversalità per il progetto:* La realizzazione di questi interventi richiede la collaborazione del sistema socio-sanitario con il mondo della scuola, il mondo dello sport, l'associazionismo, rete palestre etiche e sicure, CIP, Enti Locali, INAIL.

*Attività principali:* Sensibilizzazione al tema quantità e qualità giusta di esercizio fisico e sport (quando possibile) in soggetti portatori di una qualche disabilità.

---

<sup>47</sup> Comitato Italiano Paralimpico Emilia Romagna



*Verifica:* quantità e qualità dell'Attività fisica nei disabili e Invalidi *Orientamento/riorientamento* dei servizi di Medicina dello Sport sul tema della programmazione di percorsi consigliabili e praticabili alla popolazione disabile per svolgere quantità sufficiente di attività fisica imperniati sulle MdS (ruolo di regia ed hub) in collaborazione con Riabilitazione, DCP; DSM e NPIA, e altri già citati.

*Coinvolgimento* Corsi di Laurea in Scienze Motorie e Facoltà mediche per l' inserimento del tema nella formazione degli studenti. Realizzazione di interventi mirati anche alla promozione stili di vita sani nella popolazione disabile.

*Formazione:* MMG,PLS, insegnanti (anche sostegno), caregiver in genere, personale palestre/società sportive Prescrizione sanitaria dell'esercizio fisico nei casi in cui risulti necessario un intervento Costruzione della mappa delle opportunità specifica esistente sul territorio

*Valutazione e monitoraggio Rischi e management:* Necessità di costruire maggiori competenze tra gli operatori in tema di attività fisica e disabilità. Puntuale verifica a cadenza trimestrale dell'esistenza ed applicazione dei percorsi

*Sostenibilità:* Messa in rete efficace dell'esistente al fine di ottimizzare l'utilizzo dei mezzi e la condivisione del personale competente. Implementazione compiti, funzioni e competenze dei Servizi MdS con ruolo di regia ed innesco dei processi.

Entrambi i progetti messi in rete permetteranno, ognuno per le proprie competenze e finalità, di offrire al territorio regionale un servizio alla popolazione disabile che riduca le disomogeneità e incrementi l'offerta inclusiva in ambito sportivo.