



FEDERAZIONE ITALIANA SCHERMA

**LINEE GUIDA PER L'INTEGRAZIONE DI
PERSONE AUTISTICHE E/O CON
DISABILITÀ INTELLETTIVA NELLA
PRATICA DELLA SCHERMA**

INDICE

- 1. Concetti generali e obiettivi delle linee guida**
- 2. Conoscere l'autismo e la Disabilità intellettiva: descrizione clinica e comportamentale**
 - 2.1 Disturbo dello Spettro Autistico**
 - 2.2 Disabilità Intellettiva**
- 3. Disabilità e Sport**
- 4. Principi Guida per l'Inclusione**
- 5. Adattare l'Allenamento: Strategie Pratiche per l'Inclusione**

Tabella 1. Strutturare la lezione di scherma – fasi consigliate

Tabella 2. Esempio di modello visivo per la routine di una lezione di scherma inclusiva

- 6. Inclusione nel Gruppo**
- 7. Coinvolgimento di famiglie e operatori**
- 8. Monitoraggio e Valutazione**
- 9. Collaborazioni e Formazione**

BIBLIOGRAFIA

1. Concetti generali e obiettivi delle linee guida

Il Disturbo dello Spettro Autistico e la Disabilità Intellettiva sono due condizioni del neurosviluppo relativamente frequenti in età evolutiva. Entrambe esordiscono precocemente, compromettendo in misura variabile, ma significativa, il funzionamento adattivo dell'individuo, con ripercussioni in ambito cognitivo, pratico e sociale.

Il contesto sociale – che comprende la scuola, la famiglia e le attività sportive e ricreative – può rappresentare per la persona con autismo e con disabilità intellettiva un fondamentale fattore di supporto e crescita. In tal senso, l'Italia ha compiuto discreti passi avanti verso l'inclusione, ad esempio nel contesto scolastico, sebbene permangano alcune criticità. Al contrario, l'inclusione nei contesti sportivi risulta ancora disomogenea, spesso dipendente dall'iniziativa autonoma delle singole federazioni o associazioni sportive.

Lo sport, in quanto esperienza relazionale, educativa e formativa, rappresenta un'opportunità preziosa per tutti i bambini e ragazzi, e in particolare per coloro con disabilità. Numerosi studi evidenziano come la partecipazione ad attività sportive possa favorire, nelle persone autistiche e con Disabilità Intellettiva, lo sviluppo di competenze motorie, comunicative e relazionali, contribuendo al miglioramento dell'autostima, dell'autonomia e della qualità della vita.

Per essere realmente accessibile, tuttavia, lo sport deve essere ripensato in termini inclusivi, attraverso l'adozione di strategie didattiche flessibili, ambienti accoglienti e una formazione adeguata del personale tecnico. In questo senso, il contesto sportivo non è solo un luogo di attività fisica, ma può trasformarsi in uno spazio di cittadinanza, crescita e riconoscimento reciproco.

Questo approccio è pienamente in linea con quanto sancito dalla *Carta dei Diritti dello Sport per le Persone con Disabilità*, adottata dal CONI nel 2020 (CONI 2020), che afferma il diritto di ogni persona con disabilità a partecipare all'attività sportiva in condizioni di pari opportunità, dignità e sicurezza. Il documento richiama inoltre il dovere delle organizzazioni sportive di garantire l'accessibilità, la formazione degli operatori e l'offerta di proposte realmente inclusive, promuovendo una cultura dello sport aperta alla diversità e orientata all'equità.

In questo scenario, la *Federazione Italiana Scherma*, da tempo attenta ai temi dell'inclusione e dell'equità, ha riconosciuto l'importanza di promuovere linee guida specifiche per favorire la partecipazione attiva di bambini e ragazzi con autismo e disabilità intellettiva alla pratica della scherma, all'interno di contesti sportivi integrati. L'obiettivo è duplice: da un lato, migliorare la qualità dell'esperienza sportiva per questi atleti; dall'altro, promuovere una cultura diffusa di rispetto, accoglienza e pari opportunità all'interno delle società schermistiche.

Le presenti linee guida si rivolgono dunque a tecnici e dirigenti di società sportive, al fine di offrire strumenti operativi e indicazioni concrete per costruire percorsi inclusivi, sostenibili e significativi, nel rispetto della dignità e del potenziale di ogni atleta.

2. Conoscere l'autismo e la Disabilità intellettiva: descrizione clinica e comportamentale

2.1 Disturbo dello Spettro Autistico

Il Disturbo dello Spettro Autistico è una condizione che tecnicamente viene definita “del neurosviluppo” a esordio precoce, che si manifesta generalmente nella prima infanzia. È caratterizzato dalla persistente difficoltà nella comunicazione e nell'interazione sociale, in associazione a comportamenti e interessi ristretti e ripetitivi (APA, 2013). L'autismo è una condizione che accompagna l'individuo lungo tutto il suo ciclo di vita, influenzando in modo variabile ma significativo il suo funzionamento adattivo in ambito cognitivo, pratico e sociale.

Epidemiologia: La prevalenza del disturbo è in aumento negli ultimi anni. I più recenti dati epidemiologici riportano un tasso di prevalenza di 1 su 36 bambini negli Stati Uniti. In Italia, la stima è di 1 su 77, con una prevalenza di genere che vede il disturbo maggiormente diagnosticato nei maschi, con un rapporto M:F di 4:1. Questo dato evidenzia come l'autismo sia significativamente più comune nei maschi rispetto alle femmine, anche se le ragioni di tale disparità sono ancora oggetto di studio e discussione.

Eziologia e Fattori di Rischio: L'autismo ha un'eziologia complessa e multifattoriale, che coinvolge una combinazione di fattori genetici e ambientali che interagiscono tra loro. Attualmente, solo il 20-25% dei casi di autismo può essere ricondotto a specifiche alterazioni genetiche, mentre per il restante 80% circa, le cause non sono ancora del tutto conosciute. L'eterogeneità dei fenotipi clinici e biologici suggerisce che, negli individui geneticamente predisposti, l'esposizione a fattori ambientali possa svolgere un ruolo significativo nel modificare lo sviluppo neurobiologico, influenzando così la manifestazione della condizione (Buescher et al., 2014; Lai et al., 2014).

Caratteristiche Cliniche e Comportamentali:

Il Disturbo dello Spettro Autistico è caratterizzato da un ampio spettro di difficoltà comportamentali, sociali e comunicative, che possono variare notevolmente da persona a persona, con un impatto che può essere lieve, moderato o grave. Le principali caratteristiche cliniche dell'autismo sono suddivise in due aree fondamentali:

a. *Difficoltà nella Comunicazione e Interazione Sociale:*

- Comunicazione: le persone con disturbo dello spettro autistico possono presentare un ampio spettro di caratteristiche comunicative, che variano da una comunicazione verbale fluente ma atipica fino all'assenza totale del linguaggio parlato in circa il 25-30% (Lord et al., 2000). In molti casi, si osservano difficoltà nell'uso funzionale e sociale del linguaggio, sia esso verbale che non verbale.

A livello verbale, le conversazioni possono risultare limitate, ripetitive o centrate su interessi specifici. Alcuni individui possono avere difficoltà a iniziare, sostenere o concludere un dialogo, oppure a modulare il tono, il ritmo e il volume della voce in base al contesto. Il linguaggio può apparire troppo formale, monotono o poco coerente con la situazione sociale. A livello non verbale, possono esserci ridotte o assenti manifestazioni come il contatto visivo, le espressioni facciali congruenti, i gesti spontanei o il linguaggio del corpo, elementi fondamentali per una comunicazione sociale efficace.

- Interazione sociale: le persone con autismo presentano un profilo eterogeneo per quanto riguarda la motivazione e le capacità di interazione sociale. Alcuni individui possono mostrare un ridotto interesse verso l'interscambio sociale, mentre altri desiderano fortemente relazioni, pur incontrando difficoltà significative nel comprenderne e nel gestirne le dinamiche. Una caratteristica frequente è la presenza di strategie comunicative e relazionali atipiche, che possono rendere gli approcci sociali non convenzionali o non immediatamente comprensibili ai coetanei o agli istruttori. Le aperture sociali — come l'inizio di una conversazione, il mantenimento del contatto visivo o il rispetto delle regole implicite dell'interazione — possono risultare sfidanti o manifestarsi in forme non standardizzate. Inoltre, è spesso presente una compromissione nella comprensione e nella gestione delle emozioni, sia proprie che altrui. Ciò può influire sulla capacità di interpretare correttamente segnali sociali (come il tono di voce, l'espressione del viso o il linguaggio corporeo) e di rispondere in modo adeguato. Questa difficoltà può portare a incomprensioni o a reazioni percepite come inappropriate, ma che sono in realtà l'espressione di un'elaborazione diversa degli stimoli sociali ed emotivi.

b. *Comportamenti Ristretti e Ripetitivi:*

Uno degli aspetti caratteristici del disturbo dello spettro autistico è la presenza di comportamenti ristretti e ripetitivi, che si manifestano in diverse forme e con livelli di intensità variabili da persona a persona. Da considerare che questi comportamenti elencati sotto non necessariamente vanno

considerati come ostacoli, ma sono parte integrante del funzionamento della persona autistica con una funzione sia autoregolatoria che comunicativa.

- Comportamenti ripetitivi: tra le forme più comuni si trovano movimenti stereotipati del corpo (come dondolarsi, battere le mani, girare su se stessi), l'ecolalia (ripetizione immediata o differita di parole o frasi udite), e l'insistenza su routine o rituali, anche minimi, che contribuiscono a creare un senso di prevedibilità e sicurezza nell'ambiente. Eventuali cambiamenti imprevisti possono generare ansia, disorientamento o comportamenti di opposizione non sempre immediatamente comprensibili.
- Interessi ristretti: le persone autistiche tendono a sviluppare interessi specifici molto intensi, che possono riguardare argomenti, oggetti o attività altamente focalizzati (es. numeri, orari, attrezzature, regole tecniche). Questi interessi, se valorizzati e integrati nella proposta didattica, possono rappresentare una leva motivazionale significativa. Al contrario, l'imposizione di attività percepite come lontane dai propri interessi può generare disinteresse o frustrazione.
- Sensibilità sensoriale: un'altra area frequentemente associata ai comportamenti ristretti è quella della reattività sensoriale atipica, che può manifestarsi come ipersensibilità (sovraccarico agli stimoli) o iposensibilità (bassa risposta agli stimoli) a suoni, luci, odori, consistenze, contatto fisico o altri elementi ambientali. Tali caratteristiche possono influenzare in modo significativo la partecipazione e il benessere della persona. Nella scherma, elementi come il rumore degli impatti, il contatto dell'equipaggiamento con il corpo, l'uso della maschera o le luci della sala possono rappresentare fonti di disagio o stress. È fondamentale osservare e riconoscere segnali di sovraccarico sensoriale e, se necessario, adattare l'ambiente o le modalità di allenamento (es. tempi più gradualmente di avvicinamento all'attrezzatura, pause frequenti, spazi meno affollati).

E' importante sottolineare che in base a il Disturbo dello Spettro Autistico può essere classificato in tre livelli di supporto, in base alla gravità dei sintomi e alle necessità dell'individuo:

- **Livello 1, Richiesta di supporto (Lieve)**: Le persone con autismo livello 1 sono in grado di comunicare verbalmente, ma possono presentare difficoltà nelle interazioni sociali e nei cambiamenti di routine. Sebbene possano essere in grado di partecipare in modo relativamente indipendente alle attività quotidiane, possono necessitare di un supporto per comprendere e navigare situazioni sociali complesse. I comportamenti ripetitivi possono interferire in modo lieve con la vita quotidiana.

- ***Livello 2, Richiesta di supporto sostanziale (Moderato):*** Le persone con autismo livello 2 hanno difficoltà più marcate nella comunicazione verbale e non verbale e presentano limitazioni significative nelle interazioni sociali, necessitando di un supporto continuo. Anche le difficoltà comportamentali, come i comportamenti ripetitivi e la resistenza ai cambiamenti, sono più evidenti e richiedono interventi strutturati per migliorare il funzionamento in contesti diversi, come la scuola.
- ***Livello 3, Richiesta di supporto molto sostanziale (Grave):*** Le persone con autismo livello 3 presentano gravi difficoltà nella comunicazione verbale e non verbale e nell'interazione sociale, richiedendo un supporto intensivo per tutte le attività quotidiane. I comportamenti ripetitivi e l'insistenza sulla routine sono severi, e possono influire fortemente sul funzionamento globale dell'individuo. La capacità di adattarsi ai cambiamenti è estremamente limitata e può comportare una significativa difficoltà nella gestione delle situazioni sociali e ambientali.

Associazione con altre problematiche mediche e/o psichiatriche: Le persone con autismo presentano un rischio aumentato per un ampio ventaglio di condizioni mediche e psichiatriche. In particolare, le condizioni mediche comuni nelle persone autistiche comprendono: epilessia nel 14-18% dei casi, disturbi gastrointestinali (32-46%), disturbi del movimento (19-64%), problemi del sonno (36-50%) e disabilità intellettiva (26-41%) (Lai et al., 2014).

2.2 Disabilità Intellettiva

Anche la Disabilità Intellettiva rientra tecnicamente tra i “disturbi del neurosviluppo” ed è caratterizzata da limitazioni significative sia nel funzionamento intellettivo sia nel funzionamento adattivo, con esordio durante il periodo dello sviluppo. Queste limitazioni influenzano in modo rilevante la capacità della persona di affrontare le richieste quotidiane, raggiungere l'autonomia personale e partecipare attivamente alla vita sociale.

Secondo i criteri diagnostici attuali la diagnosi di disabilità intellettiva si basa su tre elementi fondamentali:

1. **Deficit delle capacità intellettive:** difficoltà nel ragionamento, nella risoluzione di problemi, nella pianificazione e nell'apprendimento. In genere, si osserva un Quoziente Intellettivo (QI) inferiore a 70, con un margine di errore diagnostico di circa 5 punti.
2. **Deficit nel funzionamento adattivo:** compromissione dell'autonomia in aree come la comunicazione, la socializzazione, la gestione della vita quotidiana e le abilità pratiche. Questi deficit devono essere tali da limitare in modo significativo la partecipazione e l'indipendenza.
3. **Esordio precoce:** la condizione si manifesta durante l'infanzia o l'adolescenza, e comunque prima dei 18 anni.

La gravità della disabilità intellettiva viene classificata in base al livello di compromissione del funzionamento adattivo, piuttosto che al solo punteggio di QI. Il DSM-5 distingue quattro livelli:

- *Lieve:* QI approssimativo tra 50 e 70. Le persone possono acquisire un buon grado di autonomia con supporti minimi e partecipare attivamente alla vita sociale e lavorativa con adeguati adattamenti.
- *Moderata:* QI tra 35 e 50. Sono necessari supporti regolari per la gestione della vita quotidiana e per lo sviluppo di abilità comunicative e sociali.
- *Grave:* QI tra 20 e 35. La persona richiede supporto continuo e supervisionato nelle attività quotidiane di base.
- *Profonda:* QI inferiore a 20. È necessario un supporto completo e permanente in tutte le aree della vita, inclusi i bisogni primari.

Oltre ai limiti cognitivi e adattivi, le persone con disabilità intellettiva presentano spesso condizioni associate di tipo medico e psichiatrico. Tra le più frequenti:

- *Condizioni mediche:* epilessia (10-30%), disturbi gastrointestinali (30-40%), disturbi del sonno (30-50%) e malformazioni congenite (20-40%) (Tsiouris et al., 2012).
- *Comorbidità psichiatriche:* disturbi d'ansia (15-30%), depressione (10-20%) e disturbi del comportamento (20-40%) (Lichter et al., 2015).

La conoscenza approfondita delle caratteristiche della disabilità intellettiva è essenziale per strutturare interventi educativi, sociali e sportivi che siano realmente inclusivi e basati sui bisogni individuali. Riconoscere il livello di funzionamento e le eventuali comorbidità permette di modulare i supporti e creare ambienti abilitanti, promuovendo la partecipazione attiva e il benessere globale della persona.

3. Disabilità e Sport

Numerose evidenze nella popolazione a sviluppo tipico dimostrano che l'attività fisica regolare apporta benefici significativi sul piano fisico, psicologico e cognitivo. In particolare, lo sport è associato a una riduzione dell'ansia e della depressione, al miglioramento dell'autostima e al potenziamento delle funzioni esecutive, ovvero quelle abilità mentali che ci permettono di pianificare, prendere decisioni e regolare il comportamento (Biddle & Asare, 2011).

Lo sport non è una terapia in senso stretto, ma può rappresentare un efficace complemento ai trattamenti clinici ed educativi, specialmente nei disturbi del neurosviluppo, come l'autismo e la disabilità intellettiva. Si tratta infatti di un potente strumento educativo e inclusivo, nonché di un contesto naturale per l'apprendimento sociale.

Negli ultimi anni, l'interesse della comunità scientifica nei confronti del rapporto tra sport e disabilità è cresciuto notevolmente. Studi scientifici recenti (Liang et al., 2022; Zhang et al., 2020) identificano oltre duecento ricerche che documentano l'impatto positivo dell'attività fisica nelle persone autistiche, con o senza disabilità intellettiva.

Tuttavia, le persone autistiche risultano in media meno attive fisicamente rispetto ai coetanei a sviluppo tipico (Mangerud et al., 2014; Hillier et al., 2020). Questa tendenza può dipendere sia da caratteristiche intrinseche della condizione, sia dalla presenza frequente di difficoltà psicomotorie: ritardo nello sviluppo motorio, ipotonia, deficit di coordinazione e di pianificazione del movimento. Per queste ragioni, l'accesso allo sport da parte di persone autistiche, soprattutto se con disabilità intellettiva associata, richiede ambienti preparati, supporti adeguati e operatori specializzati. Non è raro che le famiglie riportino difficoltà nel trovare contesti inclusivi in cui i figli possano partecipare ad attività sportive in modo continuativo e significativo.

Eppure, i benefici sono ampi e ben documentati. Le ricerche mostrano miglioramenti importanti nelle abilità motorie grossolane e fini, nella forza, resistenza e flessibilità, oltre alla riduzione del rischio cardiovascolare e al miglioramento dell'indice di massa corporea (Zhang et al., 2020). A livello comportamentale, è stata osservata una diminuzione dei comportamenti ripetitivi e stereotipati, nonché una riduzione dell'intensità di comportamenti disfunzionali, inclusa l'auto-aggressività (Petrus et al., 2008; Bremer et al., 2016; Lang et al., 2010).

Un aspetto centrale, anche in ottica educativa, è l'effetto positivo dello sport sulle funzioni esecutive, come la pianificazione, la flessibilità cognitiva e il controllo inibitorio (Liang et al., 2022). Nel contesto dell'offerta dei numerosi sport a disposizione è importante sottolineare perché la scherma può essere un'importante attività sportiva per una persona autistica o con disabilità intellettiva.

Per prima cosa si tratta di uno sport che stimola simultaneamente la coordinazione motoria, la concentrazione, la regolazione emotiva e la lettura delle intenzioni altrui, potenziando in modo trasversale competenze cognitive, comportamentali e sociali.

Nel dettaglio, la pratica della scherma può sostenere:

- la programmazione e pianificazione dell'azione (strategie, anticipazione, problem solving);
- l'autocontrollo e la gestione dell'impulsività (frustrazione, accettazione della sconfitta, tolleranza all'imprevisto);
- lo sviluppo di abilità di percezione sociale (comprensione delle emozioni altrui e del contesto sociale);
- la coordinazione motoria e la consapevolezza del corpo nello spazio.

Queste evidenze sottolineano l'importanza strategica di promuovere percorsi schermistici accessibili e strutturati per bambini, adolescenti e adulti con autismo e disabilità intellettiva, non solo per i benefici fisici e psicologici, ma anche per il loro valore educativo, inclusivo e trasformativo.

4. Principi Guida per l'Inclusione

Negli ultimi anni, anche in Italia, si sono diffuse con maggiore frequenza esperienze e modelli inclusivi come lo sport-terapia, lo sport integrato e lo sport unificato.

- *Sport-terapia*: si riferisce al valore riabilitativo che la pratica sportiva può assumere in diverse condizioni cliniche, come malattie organiche croniche (es. metaboliche come il diabete). In questo contesto, l'attività fisica è utilizzata come strumento di supporto al benessere e alla qualità della vita.
- *Sport integrato*: è un modello che prevede l'adattamento intenzionale delle regole, degli spazi, dei materiali e delle modalità di gioco in base alle competenze dei partecipanti, e dove si promuove la partecipazione attiva e significativa di tutti, indipendentemente dal livello di abilità.
- *Sport unificato*: promuove la formazione di squadre miste composte da atleti con e senza disabilità. L'obiettivo è favorire l'inclusione sociale attraverso la collaborazione, il rispetto reciproco e l'apprendimento condiviso.

All'interno di qualsiasi disciplina sportiva, inclusa la scherma, l'inclusione delle persone autistiche o con disabilità intellettiva si basa sull'adozione di alcuni principi fondamentali, che guidano l'azione degli operatori, degli istruttori e dell'intera comunità sportiva, in particolare:

- Accoglienza e rispetto: Promuovere un ambiente positivo, in cui ogni atleta si senta accolto e supportato.
- Comunicazione chiara e accessibile: Utilizzare un linguaggio semplice e diretto, accompagnato da gesti, immagini, supporti visivi o segnali, per facilitare la comprensione e ridurre l'ambiguità.
- Struttura e prevedibilità: Organizzare le attività secondo una routine coerente e riconoscibile, con indicazioni chiare e tempi stabili, per aumentare il senso di sicurezza e controllo.
- Personalizzazione degli interventi: Adattare gli esercizi, le richieste e i ruoli in funzione delle abilità, degli interessi e delle esigenze specifiche di ciascun atleta, offrendo livelli di supporto modulati.
- Valorizzazione delle competenze: Focalizzarsi su ciò che ogni persona può fare, riconoscendo e rinforzando i punti di forza, le risorse e i progressi individuali, anche se piccoli.
- Partecipazione: Offrire opportunità reali di partecipazione attiva, scelta, espressione e crescita personale all'interno del gruppo e del contesto sportivo.

L'applicazione concreta di questi principi favorisce un ambiente in cui lo sport diventa uno strumento educativo e inclusivo, capace di rispondere ai bisogni di ciascuno e di promuovere la cittadinanza attiva, la salute e il benessere psicofisico per tutti.

5. Adattare l'Allenamento: Strategie Pratiche per l'Inclusione

Per favorire la partecipazione attiva, il benessere e l'apprendimento degli atleti con autismo o disabilità intellettiva, è fondamentale strutturare l'allenamento schermistico in modo accessibile, prevedibile e centrato sulle risorse individuali. Le strategie qui proposte sono organizzate per ambiti d'intervento, così da guidare tecnici e istruttori nell'organizzazione pratica della lezione.

a. Preparazione dell'ambiente

- *Ridurre stimoli sensoriali eccessivi*: limitare rumori forti, luci intense e stimoli visivi caotici per prevenire sovraccarichi.
- *Creare spazi ordinati e leggibili*: usare pavimentazioni visive (nastri colorati, cartelli) per delimitare le aree di lavoro e orientare l'atleta nello spazio.
- *Prevedere uno spazio pausa*: allestire un'area tranquilla dove l'atleta possa ritirarsi temporaneamente in caso di sovraccarico.

b. Strutturare la sessione

- *Organizzare la lezione in fasi prevedibili*: suddividere il tempo in momenti chiari (accoglienza, riscaldamento, tecnica, gioco, chiusura).
- *Usare modelli visivi*: supportare la comprensione della sequenza con icone, immagini o tabelle (es. routine illustrata – v. Tabella 2).
- *Favorire la prevedibilità*: iniziare e concludere ogni lezione con rituali costanti, comunicare sempre “cosa facciamo” e “cosa succede dopo”.

c. Strategie comunicative

- *Parlare con chiarezza e lentezza*: usare un linguaggio semplice, frasi brevi e tono calmo.
- *Fornire istruzioni una alla volta*: per evitare sovraccarico informativo, ogni indicazione va data singolarmente, eventualmente ripetuta.
- *Integrare comunicazione aumentativa*: utilizzare gesti, immagini, pittogrammi secondo i bisogni dell'atleta.
- *Mantenere il contatto visivo in modo rispettoso*: attenzione a favorire lo sguardo ma senza imporlo.

d. Adattamenti tecnici e didattici

- *Insegnare lentamente con supporti visivi*: introdurre i gesti schermistici (saluto, guardia, affondo, parate) con dimostrazioni visive, video o schede illustrate.
- *Inizialmente privilegiare sempre esercizi individuali*: rinforzano la sicurezza prima del confronto con il gruppo.
- *Suddividere i gesti complessi in micro-passaggi*: aiuta nella memorizzazione e nella coordinazione.

e. Supporti comportamentali

- *Creare routine stabili*: prevedere una sequenza fissa di attività per ogni lezione.
- *Utilizzare rinforzi positivi*: elogi, simboli visivi o piccoli premi per valorizzare impegno e partecipazione.
- *Prevedere pause regolabili e consensuali*: alternate a momenti di attività, permettono di evitare stress o crisi comportamentali.

f. Adattamenti nella dinamica di gioco

- *Semplificare gli arbitraggi:* durante l'arbitraggio con i fioretti o spade di plastica usare segnali visivi (per esempio palette colorate), suoni chiari e gesti ampi per scandire il gioco.
- *Preferire giochi cooperativi all'inizio:* attività come “colpisci il bersaglio” o “difendi l'obiettivo” riducono la pressione competitiva.
- *Favorire turni strutturati:* turnazioni visibili o scandite da timer per evitare attese indefinite e frustrazione.

Le Tabelle 1 e 2 forniscono modelli operativi per strutturare una lezione di scherma inclusiva in chiave visiva e temporale.

Tabella 1. Strutturare la lezione di scherma – fasi consigliate

Fase	Durata indicativa	Obiettivo e strategie
Accoglienza	5-10 min	Routine visiva o verbale per dare sicurezza; saluto e presentazione attività
Riscaldamento	10-15 min	Attività motorie semplici e ripetitive, magari con musica ritmica e bassa
Tecnica base	15-20 min	Dividere i gesti in micro-passaggi, usare dimostrazioni visive, far ripetere con tempi propri
Assalti guidati	15-20 min	Regole semplificate, ruoli ben definiti (attaccante/difensore), arbitraggi facilitati da palette colorate
Chiusura	5-10 min	Rituale di fine lezione (saluto, piccolo feedback positivo, previsione per la prossima lezione)

Tabella 2. Esempio di **modello visivo per la routine di una lezione di scherma inclusiva.**

Questo modello usa icone, colori e sequenze prevedibili per ridurre l'ansia e aumentare la comprensione.

	Fase	Icona/immagine suggerita	Descrizione semplificata	Colore
1	Accoglienza e saluto	 Maestra/o che saluta	"Ci salutiamo e diciamo cosa facciamo oggi"	 Blu
2	Riscaldamento	 Corpo che si muove	"Facciamo movimento per prepararci"	 Verde
3	Tecnica individuale	 Sagoma che fa affondo/parata	"Impariamo un gesto di scherma"	 Giallo
4	Esercizi con compagno	 Due figure schermistiche	"Facciamo un gioco o esercizio insieme"	 Arancione
5	Mini assalto (facoltativo)	 Due schermidori con maschera	"Facciamo un piccolo incontro"	 Rosso
6	Chiusura e saluto finale	 Maestra/o e atleta che battono il cinque	"Ci salutiamo e diciamo com'è andata"	 Viola

Come usare il modello

- **All'inizio della lezione**, mostra tutta la sequenza e spiega in modo semplice cosa succederà.
- **Durante la lezione**, puoi segnare ogni fase completata (es. con una molletta, velcro o una spunta).
- **Alla fine**, rivedi la sequenza per favorire la memoria e creare continuità.

6. Inclusione nel Gruppo

Favorire un clima di collaborazione e rispetto all'interno del gruppo sportivo è fondamentale per l'inclusione reale degli atleti con disabilità intellettiva o autismo.

- Promuovere la collaborazione tra pari.
- Educare tutto il gruppo sportivo al rispetto della diversità, evitando atteggiamenti *paternalistici o esclusivi*.
- Organizzare attività con ruoli definiti per valorizzare la partecipazione di tutti, creando opportunità di successo anche con compiti differenti.

Esempi pratici:

- Introdurre la figura del “**compagno tutor**”, ovvero un atleta esperto che supporta i nuovi arrivati o chi ha bisogno di aiuto.
- Proporre giochi e esercizi a coppie o in squadra con ruoli chiari e condivisi.
- Valorizzare attività cooperative che permettano il successo collettivo e personale.

7. Coinvolgimento di famiglie e operatori

La collaborazione con famiglie, terapisti ed educatori è una risorsa preziosa per un intervento sportivo efficace e personalizzato.

- Richiedere ai familiari strategie già adottate a scuola o in terapia per supportare l’atleta.
- Fornire schede informative per raccogliere dati specifici sulle preferenze, modalità comunicative e segnali di stress.
- Collaborare attivamente con terapisti e operatori presenti, creando una rete di supporto condivisa.

Allegato 1. Esempio scheda informativa.

8. Monitoraggio e Valutazione

Per garantire il miglioramento continuo e l’efficacia dell’intervento integrativo in ambiente sportivo inclusivo è essenziale pianificare momenti di monitoraggio strutturato.

- Valutare il benessere complessivo e i progressi dell’atleta, non limitandosi ai risultati tecnici o sportivi.
- Coinvolgere regolarmente famiglie e caregiver per raccogliere feedback e osservazioni.
- Documentare buone prassi e criticità, aggiornando il programma in base ai riscontri.

Allegato 2. Schede di valutazione atleta con Disabilità

9. Collaborazioni e Formazione

Un intervento di qualità richiede un approccio multidisciplinare e formazione costante degli operatori sportivi al fine di:

- Favorire collaborazioni con neuropsichiatri infantili, psicologi e terapisti occupazionali;
- Promuovere percorsi formativi specifici per allenatori e tecnici di scherma;
- Sviluppare e consolidare reti inclusive tra società sportive per condividere esperienze e risorse.

BIBLIOGRAFIA:

- CONI (2020). *Carta dei diritti delle persone con disabilità nello sport*. Comitato Olimpico Nazionale Italiano. <https://www.coni.it/it/carta-diritti-persone-disabilita.html>;
- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (2000). "Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of the Autism Diagnostic Interview." *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(5), 225-233. <https://doi.org/10.1023/A:1005465314733>;
- Fombonne, E. (2009). The epidemiology of autism: A review. *Pediatric Research*, 65(1), 91-98. <https://doi.org/10.1203/PDR.0b013e31818e720f>;
- Tsiouris, J. A., & Tenenbaum, S. (2012). Medical and psychiatric comorbidities in individuals with intellectual disability: Implications for clinical practice. *Current Psychiatry Reports*, 14(1), 31-37. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0263-1>;
- Lichter, M. I., & Williams, C. A. (2015). Psychiatric comorbidities in individuals with intellectual disability: A review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(9), 813-825. <https://doi.org/10.1111/jir.12190>.
- Biddle SJH, Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J Sports Med* 2011; 45(11): 886-95.
- Liang X, Li R, Wong SHS, et al. The effects of exercise interventions on executive functions in children and adolescents with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med* 2022; 52(1): 75-88.
- Zhang M, Liu Z, Ma H, Smith DM. Chronic physical activity for attention deficit hyperactivity disorder and/or autism spectrum disorder in children: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Behav Neurosci* 2020; 14: 564886.
- Mangerud WL, Bjerkeset O, Lydersen S, Indredavik MS. Physical activity in adolescents with psychiatric disorders and in the general population. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2014; 22; 8(1): 2.
- Hillier A, Buckingham A, Schena D. Physical activity among adults with autism: participation, attitudes, and barriers. *Percept Mot Skills* 2020; 127(5): 874-90.
- Zhang M, Liu Z, Ma H, Smith DM. Chronic physical activity for attention deficit hyperactivity disorder and/or autism spectrum disorder in children: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Behav Neurosci* 2020; 14: 564886.
- Petrus C, Adamson SR, Block L, et al. Effects of exercise interventions on stereotypic behaviors in children with autism spectrum disorder. *Physiother Can* 2008; 60(2): 134-45.
- Bremer E, Crozier M, Lloyd M. A systematic review of the behavioural outcomes following exercise interventions for children and youth with autism spectrum disorder. *Autism* 2016; 20(8):899-915.
- Lang R, Koegel LK, Ashbaugh K, Regester A, Ence W, Smith W. Physical exercise and individuals with autism spectrum disorders: a systematic review. *Res Autism Spect Dis* 2010; 4(4): 565-76.
- Liang X, Li R, Wong SHS, et al. The effects of exercise interventions on executive functions in children and adolescents with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med* 2022; 52(1): 75-88.



Federazione Italiana Scherma

Viale Tiziano,74
00196 Roma
www.federscherma.it

Scheda Atleta con Bisogni Specifici

1. Dati Personali

- Nome e cognome: _____
- Data di nascita: _____
- Contatto genitore/tutore: _____
- Contatto emergenza: _____
- Allergie / condizioni mediche importanti: _____

2. Profilo Funzionale

- Diagnosi (se nota e condivisibile): _____
- Livello di autonomia: Totale Parziale Necessita di supervisione costante
- Comunicazione preferita: Verbale Gestì CAA Comunicatore digitale Altro: _____

- Punti di forza: _____
- Aree di maggiore difficoltà: _____

3. Strategie Educative e Comportamentali

- Cosa lo/la aiuta a concentrarsi: _____
- Cosa può causare disagio/stress: _____
- Comportamenti da monitorare e risposte suggerite: _____
- Segnali di sovraccarico o affaticamento: _____



4. Strumenti di Supporto

- Visual schedule
- Timer visivo
- Pittogrammi
- Comunicazione alternativa
- Tutor/compagno assegnato
- Pausa concordata
- Altro: _____
-

5. Collaborazione con la Famiglia

- Note utili dalla famiglia o dagli educatori: _____



Federazione Italiana Scherma

Viale Tiziano,74
00196 Roma
www.federscherma.it

Scheda di Valutazione Atleta con Disabilità

Informazioni Generali

Nome atleta:	
Data di nascita:	
Operatori/terapisti coinvolti:	

1. Informazioni sulla partecipazione sportiva

Data valutazione	Specialità praticata	Frequenza allenamenti	Presenza a gare/attività extra

2. Valutazione delle abilità motorie e tecniche

Area	Descrizione	Note / Osservazioni
Coordinazione motoria		
Forza		
Equilibrio		
Apprendimento tecnico		
Resistenza fisica		

3. Valutazione delle abilità comunicative

Area	Descrizione	Note / Osservazioni
Comprensione delle istruzioni		
Espressione verbale		
Uso di supporti visivi / CAA		
Interazione con allenatore e compagni		

4. Valutazione delle competenze sociali e comportamentali

Area	Descrizione	Note / Osservazioni
Collaborazione		
Rispetto delle regole		
Gestione delle emozioni		
Comportamenti problematici		

5. Adattamenti e supporti utilizzati

Tipo di adattamento / supporto	Efficacia osservata	Suggerimenti / Necessità
Ambientali (es. spazi, luci)		
Comunicativi (es. istruzioni, CAA)		
Tecnici (es. attrezzature adattate)		
Comportamentali (es. pause, rinforzi)		



6. Benessere generale e motivazione

Aspetto	Valutazione	Note / Osservazioni
Interesse verso l'attività		
Motivazione		
Livello di stress / ansia		
Energia / affaticamento		

7. Feedback famiglia e operatori

Feedback ricevuto: _____

8. Obiettivi per il prossimo periodo

Obiettivo	Strategie proposte	Tempo previsto

9. Note generali e raccomandazioni

Data: _____