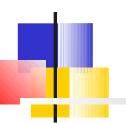


UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE Corso di Laurea in SCIENZE MOTORIE E SPORTIVE (L22)



Insegnamento di

Metodi e Didattica degli SPORT DI SQUADRA

MeD della PALLAVOLO

Prof. Luigi Bertini

E-mail: l.bertini@federvolley.it





PARAVOLLEYE ORGA INTERNAZIONALI



SITTING VOLLEY Cenni storici



- NASCE IN OLANDA NEL 1956, AD OPERA DI TAMMO VAN DER SCHEER E ANTON ALBERS
- CONSISTE IN UNA PALLAVOLO GIOCATA STANDO SEDUTI SUL PAVIMENTO, CON IL CAMPO PIU' PICCOLO E LA RETE PIU' BASSA
- DERIVA DA UNA COMBINAZIONE DI PALLAVOLO E "SITZBALL", UN GIOCO DI ORIGINE TEDESCA





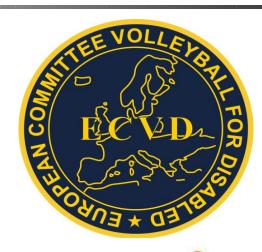




















- Il termine "Paravolley" è stato coniato recentemente dalla W.O.V.D. (World Organization Volleyball for Disabled), come contenitore delle quattro discipline pallavolistiche per disabili e per dare loro un'identificazione più diretta:
- Sitting Volley
- Standing Volley
- Beach Sitting Volley
- Beach Standing Volley



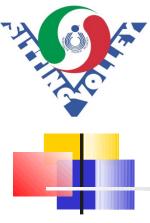




STANDING VOLLEY



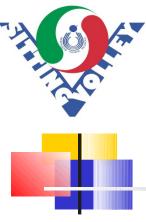






BEACH SITTING VOLLEY







BEACH STANDING VOLLEY





PARALIMPIADI E PARAVOLLEY



1976 Toronto	Sitting maschile	Standing maschile
	1. Olanda	1. Israele
	2. Rep. Fed. Germania	2. Gran Bretagna
TORONTOLYMPIAD	3. Finlandia	3. Finlandia

1980 Arnhem (Olanda)	Sitting maschile	Standing maschile
	1. Olanda	1. Israele
8)	2. Svezia	2. Polonia
QLYMPICS FOR THE DISABLED HOLLAND 1980	3. Jugoslavia	3. Rep. Fed. Germania

1984 New York	Sitting maschile	Standing maschile
STATUL GAMES FOR THE 2	1. Olanda	1. Israele
ASU COLOR	2. Rep. Fed. Germania	2. Rep. Fed. Germania
19 84	3. Svezia	3. Francia

1988 Seoul	Sitting maschile	Standing maschile
	1. Iran	1. Rep. Fed. Germania
	2. Olanda	2. Israele
'88 SEOUL PARALYMPICS	3. Ner ye giavou sy - Luigi	BEAT Polonia



PARALIMPIADI E PARAVOLLEY



1992 Barcellona	Sitting maschile	Standing maschile
<u> </u>	1. Iran	1. Germania
	2. Olanda	2. Polonia
	3. Germania	3. Cecoslovacchia

1996 Atlanta	Sitting maschile	Standing maschile
ATAMANC CANAL	1. Iran	1. Germania
	2. Norvegia	2. Slovacchia
	3. Finlandia	3. Polonia

2000 Sydney	Sitting maschile	Standing maschile
	1. Iran	1. Germania
	2. Bosnia-Herzegovina	2. Canada
PARALYMPIC GAMES & SYDNEY 2000	3. Finlandia	3. Slovacchia



PARALIMPIADI E PARAVOLLEY



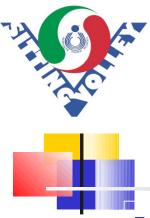
2004 Atene	Sitting maschile	Sitting femminile
	1. Bosnia-Herzegovina	1. Cina
ATHENS TOO	2. Iran	2. Olanda
PARALYMPIC GAMES	3. Egitto	3. USA

2008 Pechino	Sitting maschile	Sitting femminile
1	<i>1.</i> Iran	1. Cina
Beijing 2008	2. Bosnia-Herzegovina	2. USA
Paralympic Games	3. Russia	3. Olanda

2012 Londra	Sitting maschile	Sitting femminile
	1. Bosnia-Herzegovina	1. Cina
london	2. Iran	2. USA
7	3. Germania	3. Ucraina

2016 Rio	Sitting maschile	Sitting femminile
	1.	1.
Rio2016.	2.	2.
PARALYMPIC GAMES	3. SITTING VOLLEY - LUIGI	RERTINI







DISABILITA' FISICHE

- IL SITTING VOLLEY PUO' ESSERE PRATICATO SENZA DISTINZIONE DA SOGGETTI CON DIVERSA ABILITA':
 - AMPUTATI
 - PARAPLEGICI
 con lesione molto bassa
 POLIOMIELITICI
 - LESIONI MIDOLLARI
 - CEREBROLESI →
 - **→ LESIONI ENCEFALICHE**
 - LES AUTRES (Dismelie, Paresi, Sclerosi, Dismetria, Anchilosi, Spondiliti, Scoliosi gravi, ecc.)
- E, COME SPORT INTEGRATO, ANCHE DA SOGGETTI NORMODOTATI, NON RICHIEDENDO L'UTILIZZO DI AUSILI SPECIFICI COME LE CARROZZINE



AMPUTAZIONI EPIDEMIOLOGIA (USA, CANADA)



- 70% MALATTIE VASCOLARI ED INFETTIVE (61-70 anni)
- **22% TRAUMI** (21-30 anni)
- **5% TUMORI** (11-20 anni)
- 3% DEFORMAZIONI CONGENITE

RAPPORTO MASCHI / FEMMINE

MALATTIA	2,1 / 1
TRAUMA	7,2 / 1
• TUMORE	1,3 / 1
 DEFORMAZIONI CONGEN 	IITF 1.5 / 1

RAPPORTO AMPUTAZIONI ARTO INFERIORE / SUPERIORE 11 / 1



AMPUTAZIONI TRANSFEMORALI







Martine Wright SITTING VOLLEY - LUIGI BERTINI



AMPUTAZIONI TRANSTIBIALI







Charlie Walker SITTING VOLLEY - LUIGI BERTINI



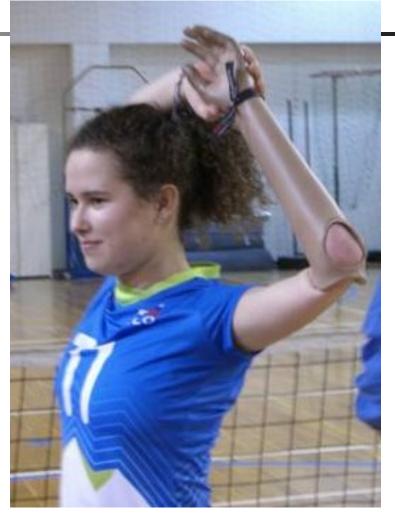
AMPUTAZIONI



TRANSOMERALE E TRANSRADIALE







Karin Van Der Haaftting volley - Luigi Bertin Lena Gabršček





DISMELIE

- Sono anomalie congenite degli arti, assimilabili sul piano funzionale alle amputazioni
 - Possono derivare da una causa genetica, provocata da cause esterne, sia da problemi isolati durante lo sviluppo fetale
 - •La dismelia è una condizione ben riconosciuta, ma molto rara, che coinvolge diversi gradi e tipi di riduzione congenita degli arti
 - Non sono disponibili dati definitivi sul numero di persone interessate da questa condizione nel mondo





DISMELIE

- 🖢 Amelia: mancanza completa di uno o più arti
- Apodia: mancanza completa di mano o piede
- Peromelia: mancanza dei segmenti distali a vari livelli
- Focomelia: assenza dei segmenti intermedi degli arti
- Polidattitilia: aumento numerico dei raggi digitali
- Oligodattilia: diminuzione numerica dei raggi digitali
- Sindattilia: fusione ம் ம் முழ்ப் dita







L'atleta paraplegico con lesione a livello dorsale

Livello midollare	Muscoli funzionanti	Muscoli deficitari
D1-D7	Arti superiori	Addominali Intercostali Arti inferiori
	Equilibrio da seduto assente; se appoggia il tronco alle cosce è impossibilitato a ritornare nella posizione seduta senza aiutarsi con le braccia	
D8-D12	Addominali Intercostali	Arti inferiori
	Equilibrio da seduto molto scarso, se appoggia il tronco alle cosce e tenta di ritornare nella posizione seduta senza l'uso delle braccia può riuscirci solo nelle lesioni più basse	







L'atleta paraplegico con lesione a livello lombare

Livello midollare	Muscoli funzionanti	Muscoli deficitari
L3	Arti superiori, Tronco, Flessori e Adduttori dell'anca; Estensori del ginocchio	Abduttori ed estensori dell'anca; Flessori del ginocchio; Flessori dorsali e plantari della caviglia; Estensori e flessori delle dita
	Arti inferiori prevalentemente paralizzati con presenza di flessori e adduttori dell'anca; debole estensione del ginocchio	
L4	Arti superiori, Tronco, Flessori e adduttori dell'anca; Estensori del ginocchio; Parte dei flessori dorsali della caviglia	Abduttori ed Estensori dell'anca; Flessori del ginocchio; Flessori plantari della caviglia; Estensori e Flessori delle dita
	Arti inferiori parzialmente paralizzati con presenza di Flessori e Adduttori dell'anca; estensione del ginocchio; contrae il tibiale anteriore	

Michelini L., Handicap e Sport, Roma, S.E.U., 2012 (modificata)

TNG VOLLEY - LLIGT BERTINI



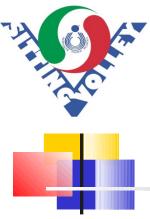


PARAPLEGIA

L'atleta paraplegico con lesione a livello lombo-sacrale

Livello midollare	Muscoli funzionanti	Muscoli deficitari
L5	Arti superiori, Tronco, Flessori, Adduttori e parte di Abduttori ed Estensori dell'anca; Estensori e parte dei Flessori del ginocchio; Flessori dorsali della caviglia	Parte degli Abduttori ed Estensori dell'anca; Flessori plantari della caviglia; Estensori e Flessori delle dita
	solo debolmente compensati da Abdutto	n presenza di Flessori e Adduttori dell'anca, ori ed Estensori; buona estensione del arzialmente funzionale; presenti flessione
	Rotuleo, Achilleo	Estensori e flessori delle dita del piede
S1	Arti inferiori parzialmente paralizzati con presenza di buone funzioni dell'anca e flesso-estensione del ginocchio funzionale; la flessione plantare della caviglia è parziale, quella dorsale è buona; muscoli del piede deficitari; possibile tendenza al piede ad artiglio SITTING VOLLEY - LUIGI BERTINI	

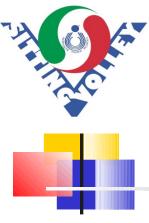






OBIETTIVI

- L'attività in palestra si prefigge di:
 - Rimotivare la persona aiutandola sotto il profilo psicologico per permettergli un adeguato reinserimento sociale
 - Potenziare il fisico
 - per prevenire eventuali incidenti
 - Per ottimizzare le abilità tecniche di gioco







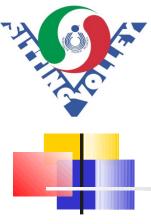
- Miglioramento dell' equilibrio nella postura seduta e nelle traslocazioni
- Coscienza del proprio corpo in azione
- Miglioramento della coordinazione globale e segmentaria
- Miglioramento della capacità respiratoria
- Incremento della forza muscolare
- Incremento della resistenza alla fatica







- La prima regola è prima di tutto di non nuocere: il raggiungimento dei risultati è subordinato a questo
- Sarà indispensabile una stretta collaborazione tra l'allenatore ed il medico curante





PRECAUZIONI

- Lo sport per le persone disabili fa sì che il praticante oltrepassi il livello di riabilitazione e raggiunga il livello della competitività
- La valutazione di una prestazione sportiva considera le capacità e non le disabilità
- Sia gli individui disabili che i normodotati si possono definire nello stesso modo: atleti



INDICAZIONI METODOLOGICHE



Disabilita' CONGENITE

Disabilita' ACQUISITE





DISABILITA' CONGENITA

Le limitazioni degli allievi si riscontrano nelle situazioni coordinative e nei livelli di destrezza, soprattutto se i soggetti hanno avuto *poche opportunità di* praticare un'attività motoria da piccoli, o se sono stati privati dell'integrità fisica da molto tempo o addirittura dalla nascita (es. Spina bifida)





DISABILITA' CONGENITA

- La Spina Bifida consiste in una mancata chiusura del canale ependimale, in seguito alla quale il tessuto midollare rimane diviso in due parti (bifidus)
- A livello e a valle della biforcazione avviene il danno neurologico che colpisce un bambino su 1000; le cause sono ignote: si ipotizza un concorso di fattori genetici ed ambientali





DISABILITA' ACQUISITA

- Situazione diversa, invece, per coloro che hanno avuto una lesione invalidante da adulti, e che dovranno elaborare il "lutto" provocato dalla nuova e inaspettata condizione, attraverso un lungo percorso riabilitativo
- Dalla riabilitazione allo svago... fino allo sport!



INDICAZIONI METODOLOGICHE



- Bisogna conoscere le caratteristiche delle lesioni dei propri allievi
- Sapere come influiscono sull'apprendimento
- Individuare e far accrescere le loro potenzialità sommerse per la lunga inattività
- Dotarsi di strategie alternative nel caso in cui i metodi convenzionali dovessero fallire





- Semplificare la modalità di apprendimento della struttura del movimento
- Creare i presupposti perché l'allievo percepisca sensazioni uguali a quelle della corretta esecuzione del gesto tecnico
- Approccio metodologico iniziale di tipo globale, (gesto percepito e vissuto in modo completo, anche se ancora grossolano)





- Far eseguire i movimenti con continuità e ripetitività, anche se con esecuzione poco precisa ed approssimativa
- Il movimento globale semplificato, assieme al ritmo esecutivo, costituiscono le fondamenta su cui inserire i presupposti dei successivi apprendimenti





Si possono riscontrare influssi di disturbo (fatica, emozione, caduta dell'attenzione e della concentrazione), dovuti a problemi emozionali e relazionali dell'individuo, piuttosto che alla difficoltà di prestazione vera e propria





- Proponendo gesti possibili, che diano piacere nella riuscita dell'esecuzione, si rinforza l'autostima e la motivazione a partecipare
- Occorre eliminare l'ipotesi di possibili fallimenti e quindi di frustrazioni, soprattutto in un approccio iniziale



CONSIGLI PER L'INSEGNAMENTO E L'APPRENDIMENTO

- Essere convinti che gli atleti disabili sono principalmente persone e poi disabili
- Aiutare gli atleti a raggiungere mete realistiche e obiettivi basati sulla loro conoscenza come individui



CONSIGLI PER L'INSEGNAMENTO E L'APPRENDIMENTO

- Far sì che i disabili siano impegnati in attività dove le loro parti sane siano valorizzate al massimo
- Utilizzare il metodo individualizzato, adattando la tecnica per ogni atleta
- L'enfasi è sull'abilità, non sulla disabilità

