

# **Allenare competenze trasversali. Il tennistavolo tra cura pedagogica e sfida al Parkinson**

## **Developing Transversal Competences: Table Tennis as a Pedagogical Tool in the Context of Parkinson's Disease**

**Lara Balleri**

*PhD student, Università Telematica Pegaso, lara.balleri@uniipegaso.it*

**Vannina Viviani**

*Coordinatore del Corso di tennistavolo per persone con Malattia di Parkinson. info@gv-villaguardia.it*

*Membro del Consiglio direttivo del Consiglio Sportivo di Villa Guardia (CO), con delega al safeguarding e alle attività culturali ed educative*

## **Abstract**

Recreational activities serve as a source of motivation for adults and promote the development of transversal skills. This paper analyses the experience of a table tennis project for individuals with Parkinson's disease carried out in Lombardy and its effects on quality of life and psychosocial well-being. Engaging in a stimulating athletic environment appears to have a positive impact on social interaction, self-efficacy, and individual planning, while also benefiting caregivers and their relationship with the person they care for. The experience highlights the role of sports associations and volunteers.

**Keywords:** table tennis; skills; associations; Parkinson's; caregiver.

Le attività ricreative sono fonte di motivazione negli adulti e favoriscono lo sviluppo di competenze trasversali. Si analizza qui l'esperienza di un progetto di tennistavolo per persone con Malattia di Parkinson realizzato in Lombardia e gli effetti su qualità di vita e benessere psicosociale. Vivere da atleti un ambiente stimolante mostra di impattare positivamente su socialità, autoefficacia e progettualità individuale, oltre ad avere ricadute positive sui caregiver e sul loro rapporto con la persona di cui si prendono cura. L'esperienza si sofferma sul ruolo di associazioni sportive e volontari.

**Parole chiave:** tennis tavolo; competenze; associazionismo; parkinson; caregiver.

### **ARTICOLI AD ARGOMENTO LIBERO**

**Citation:** Balleri L., Viviani V. (2025). Allenare competenze trasversali. Il tennistavolo tra cura pedagogica e sfida al Parkinson. *Pampaedia, Bollettino As.Pe.I*, 199(2), 199-213.

**Copyright:** © 2025 Author(s). | **License:** Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

**Conflicts of interest:** The Author(s) declare(s) no conflicts of interest.

**DOI:** <https://doi.org/10.7346/aspei-022025-13>

**Authorship:** Sebbene il contributo Allenare competenze trasversali. Il tennistavolo tra cura pedagogica e sfida al Parkinson sia il risultato di una riflessione e di una ricerca comune delle autrici, i paragrafi 1, 2, 3 e 4 vanno attribuiti a Lara Balleri e i paragrafi 5, 6, 7 e 8 a Vannina Viviani.



## 1. Stile di vita

Lo stile di vita si configura come un modello di comportamento influenzato dall'interazione tra caratteristiche personali, relazioni sociali e condizioni socioeconomiche e ambientali, come definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1998). A livello europeo, uno stile di vita sano è considerato un insieme di scelte e abitudini che rafforzano le capacità dell'organismo e favoriscono il benessere. La definizione di stile di vita, maturata attraverso l'analisi della letteratura scientifica e condivisa tra i partner europei, tiene conto della natura dinamica dello stile di vita, che si costruisce e si modifica costantemente in funzione del contesto e delle esperienze individuali. L'interazione tra dimensione personale e sociale determina il consolidamento di modelli comportamentali che costituiscono lo stile di vita dell'individuo e tutti questi elementi fanno parte del *sistema persona* (Maulini, 2006) e del modo in cui ciascuno organizza la propria vita.

Secondo un approccio biologico è la persona a determinare il proprio stile di vita, sua la volontà; nell'adozione di un determinato stile di vita, una lettura antropologica considera determinante l'approccio culturale; un osservatorio psicoanalitico considera in primo piano la personalità dell'individuo.

Secondo la prospettiva pedagogica, lo stile di vita si configura come sintesi dinamica di pensiero e azione, dal momento che il modo in cui la persona interpreta il proprio rapporto con il mondo trasforma l'intenzionalità in gesto, in scelta quotidiana e in abitudine. Lo stile di vita diventa così il luogo in cui la persona esercita la propria libertà, sperimenta la responsabilità e riconosce i valori che orientano le sue scelte. La cura educativa agisce in questa trama di significati, sostenendo la consapevolezza e favorendo la costruzione di orientamenti vitali e capaci di generare benessere e continuità interiore. Educare a uno stile di vita significa accompagnare la persona nel processo di chiarificazione delle ragioni che guidano l'agire personale e implica un lavoro di discernimento, che tiene insieme corpo, mente e relazioni, e richiede attenzione alle condizioni sociali e culturali che rendono possibile l'educabilità. La pedagogia generale e sociale osserva tali condizioni nella loro concretezza storica e simbolica, ragion per cui povertà, disuguaglianza, salute, malattia e vulnerabilità delineano lo sfondo entro cui si costruiscono o si interrompono le opportunità di formazione.

Si capisce come intervenire in maniera significativa sullo stile di vita richieda un'azione articolata su diversi livelli e come la persona costituisca il centro di queste trasformazioni e, al contempo, ne sia l'agente attivo. L'impatto dei fattori sociali nella costruzione delle abitudini individuali è rilevante e l'accesso a modelli di comportamento sani, l'alfabetizzazione sanitaria e il contesto culturale di riferimento determinano in larga parte le possibilità di adesione a uno stile di vita salutare. Sul piano personale, la capacità di osservare criticamente le proprie routine e di metterle in discussione è altrettanto funzionale.

Dal punto di vista educativo vogliamo qui soffermarci sulle abilità e le com-



petenze che consentono di agire una volta identificate le azioni da compiere per contrastare l'immobilità e il ripetersi di stili di vita che la persona ritiene non generino benessere; si comprende facilmente come siano interessate, in modalità tra loro complementare, consapevolezza, motivazione, autoefficacia e capacità decisionali. In questo senso, la pratica sportiva si offre come una palestra educativa, in cui si esercitano sia corpo e mente, sia volontà, responsabilità e capacità di costruire attivamente il proprio stile di vita.

Le persone fanno esperienza della nozione di *cambiamento di stile di vita* in maniera differente a seconda delle esperienze che caratterizzano i loro vissuti. Esso può presentarsi come una scelta e un bisogno propri, oppure come la necessaria risposta ad accadimenti esterni che impattano al punto tale da non poter essere compatibili con lo stile di vita preesistente. In quest'ultimo caso siamo in presenza di un cambiamento dettato dalla non prevedibilità degli eventi e, quindi, dall'impossibilità di controllarne l'incendere; ciò configura una fattispecie nella quale la nozione di cambiamento di stile di vita è appresa con un bagaglio personale e sociale che può condizionarne profondamente la percezione e l'elaborazione. È questo il caso di una diagnosi di malattia, specie nei quadri di malattie degenerative, che mette alla prova anche il senso di autoefficacia della persona malata, dal momento che le sue azioni si possono mostrare non particolarmente efficaci nel fronteggiare una condizione che impatta decisamente sulla sua routine.

## 2. Life skills e malattia

Nei quadri motivazionali in cui la malattia si presenta in maniera anche totalizzante o nei quali l'inserimento di un nuovo farmaco può temporaneamente compromettere i progressi raggiunti, la capacità strategica di progettare le azioni alla base di propri comportamenti deve necessariamente prevedere la generazione di benefici anche sul piano dell'efficacia personale. In altre parole, a fronte di vissuti demotivanti, una nuova motivazione può collocarsi in progetti che sappiano chiamare in causa il senso di autoefficacia della persona in relazione ai propri (nuovi) bisogni e obiettivi: questo iter configura l'autodeterminazione della persona. Ciò significa che deve divenire parte costituente del proprio stile di vita anche effettuare azioni che rafforzino il senso di autoefficacia della persona allenandolo e insistendo su esso come obiettivo di per sé. L'autoefficacia, secondo Bandura, è la credenza nelle proprie capacità di organizzare ed eseguire le azioni necessarie per gestire specifiche situazioni e raggiungere determinati risultati, credenza che riguarda la percezione soggettiva che l'individuo ha delle proprie capacità (Bandura, 2000). Le fonti della convinzione di autoefficacia, dal momento che si tratta di una credenza sviluppata e non innata, sono principalmente *le esperienze precedenti*, quindi il bagaglio di storia dei successi e degli insuccessi personali, *le esperienze vicarianti*, che permettono di apprendere la propria capacità a partire dall'osser-



vazione di quelle altrui in azione, *la persuasione verbale*, che giunge come parere autorevole su di sé, fornito da persone che si reputano competenti, e, infine, *gli stati fisiologici e affettivi*, ovvero la condizione generale in cui la persona si trova nel momento specifico e, quindi, la sua capacità e possibilità di attingere alle proprie risorse.

Affinché il cambiamento generale sia concepito in maniera meglio orientata alla complessità del concetto stesso di «stile di vita» occorre che le scelte quotidiane contribuiscano al consolidamento di abitudini virtuose, determinino una maggiore regolarità dei vissuti e il rafforzamento della propria autodeterminazione. Intervenire sullo stile di vita significa, in altre parole, implementare competenze capaci di conferire maggior valore all'esistenza; in ambito educativo, questa azione si traduce in esperienze coerenti con le proprie scelte personali e riafferma la possibilità di controllo sugli eventi significativi. Ciò attiva e ri-attiva un processo che porta la persona a scegliere, tra le possibilità interne, quelle che è possibile attuare nella realtà esterna (Maulini, 2006); a lei il compito di scegliere e il senso di responsabilità che ne consegue, in una posizione che la vede protagonista della propria vita (Bruscaglioni, 2004).

Anche da questa breve analisi emerge come il legame tra stile di vita e competenze personali risulta particolarmente rilevante quando si affrontano situazioni di malattia nelle quali la possibilità di gestire attivamente alcuni aspetti della propria quotidianità può tradursi in un miglioramento della qualità della vita. Il presente contributo si propone di approfondire questa connessione, con particolare riferimento allo sport e al progetto di tennistavolo, promosso dal Gruppo Sportivo Villa Guardia, che ha coinvolto persone con malattia di Parkinson. In questo senso il termine «sport» pare sintetizzare le tre componenti fondamentali della pratica motoria e sportiva (Piéron, 1989), ovvero corpo, gioco e movimento, nell'idea che lo sport possa costituirsse come catalizzatore per le competenze di carattere personale e sociale e per la capacità di imparare a imparare.

### 3. Salute e malattia

Coerentemente con la prospettiva bio-psico-sociale delineata dall'ICF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la salute e la qualità della vita si possono intendere come il risultato di un equilibrio in continuo divenire tra corpo, mente e relazioni. Il funzionamento umano nasce dall'intreccio tra attività, partecipazione e contesto, in una rete di fattori personali e ambientali che si influenzano reciprocamente. In questa visione, la salute non coincide con l'assenza di malattia configurandosi, piuttosto, come una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2021). Questa prospettiva invita a una riflessione più ampia sul rapporto tra malattia e qualità della vita, poiché se il benessere deriva da uno stato fisiologico ottimale, dipende anche dalla



capacità della persona di partecipare attivamente alla gestione della propria condizione. In questo modo, le abitudini quotidiane si mostrano rilevanti nel costruire una convivenza consapevole e proattiva con la malattia ed è a partire da questa visione integrata della salute che si colloca l'approccio pedagogico, il quale incoraggia il soggetto a concentrarsi sugli aspetti della propria vita su cui può esercitare un'influenza significativa. La pedagogia entra dunque nel discorso sulla salute come pratica orientata alla valorizzazione delle risorse, affinché la persona possa attivarsi e rimanere partecipe del proprio equilibrio bio-psico-sociale.

Tale orientamento, che trova una base teorica nel concetto di «salutogenesi», proposto dal sociologo Aaron Antonovsky, suggerisce che il benessere individuale non dipenda esclusivamente dall'assenza di fattori di rischio, ma dalla capacità di valorizzare le risorse personali per mantenere un equilibrio positivo (2010). Il cambiamento di prospettiva è evidente: la malattia non è concepita come una condizione da subire, ma in quanto contesto all'interno del quale è possibile attivare strategie per migliorare la propria qualità di vita. Questo passaggio è particolarmente rilevante nel caso delle malattie neurodegenerative, in cui la perdita di controllo sulla propria condizione rappresenta una delle sfide più complesse; in questa condizione, diventa un fattore determinante per il benessere della persona percepire di avere margine d'azione, poter prendere decisioni consapevoli e incidere così su alcuni aspetti della propria quotidianità.

La teoria del «senso di coerenza», elaborata da Antonovsky, fornisce una chiave interpretativa efficace delineando come la persona sia in grado di affrontare meglio le difficoltà quando percepisce il proprio mondo come comprensibile, gestibile e significativo. In questa stessa direzione, Cambi (2005) riconosce nella *cura sui* un dispositivo pedagogico di grande valore formativo, capace di sostenere il soggetto nel processo di costruzione di senso e di responsabilità verso sé stesso. La cura di sé si configura come pratica riflessiva e generativa, un esercizio continuo con cui la persona impara a darsi forma e a ritrovare equilibrio, intrecciando consapevolezza e memoria nel proprio progetto di vita. In tal modo la cura di sé diviene la condizione educativa che rende possibile la coerenza esistenziale e l'autonomia del soggetto, in sintonia con la visione salutogenica della salute come capacità di vivere in modo significativo e partecipato.

Questa prospettiva richiama una pedagogia centrata sulla formazione integrale della persona, che considera la volontà di prendersi cura di sé come premessa per lo sviluppo di competenze personali e relazionali. Attraverso la cura di sé si apprendono forme di consapevolezza, di riflessione e di autoregolazione che costituiscono la base di ogni processo di apprendimento, che possa accompagnare la persona lungo le esperienze di un'intera vita. Tra le competenze chiave individuate dall'Unione Europea per l'apprendimento permanente, la competenza personale, sociale e la capacità di imparare a imparare assume un ruolo centrale in questo scenario; si tratta infatti di una competenza trasversale che comprende diversi aspetti fondamentali, tra cui la capacità di riflettere su sé stessi, gestire efficace-



mente il proprio tempo e le informazioni a disposizione, collaborare in modo costruttivo con gli altri e sviluppare strategie di apprendimento autonomo. Questi elementi sono direttamente collegati alla gestione della malattia nel loro influenzare la capacità della persona di affrontare le sfide quotidiane, adattarsi ai cambiamenti e mantenere un atteggiamento attivo e propositivo. Nel quadro del Life Comp del 2020, il framework europeo per lo sviluppo delle competenze personali e sociali, questa competenza viene articolata in tre dimensioni principali. Abbiamo una dimensione personale, che include la capacità di autoregolazione, flessibilità e gestione del proprio benessere; una dimensione sociale, che riguarda l'empatia, la comunicazione e la collaborazione; e una dimensione legata all'apprendimento, che comprende la capacità di crescita personale, il pensiero critico e la gestione autonoma del proprio percorso di apprendimento. Quando si affronta una malattia cronica o degenerativa, la sinergia tra questi elementi può rendere la persona attiva e protagonista. La capacità di autoregolazione aiuta a gestire lo stress e a mantenere un equilibrio emotivo; la flessibilità permette di ridefinire la propria quotidianità adattandosi alle nuove esigenze; la gestione del benessere favorisce un approccio attivo alla cura di sé. Sul piano sociale, l'empatia consente una migliore interazione con *caregiver* e operatori sanitari, facilitando una comunicazione chiara ed efficace, mentre la collaborazione permette di costruire reti di supporto che possono fare la differenza nel percorso di malattia. La dimensione dell'apprendimento, infine, si esprime nella capacità di affrontare le sfide con determinazione, di interpretare criticamente le informazioni in proprio possesso e di aggiornarsi sulle strategie e le risorse disponibili per migliorare la propria qualità di vita. Tali competenze, ben oltre la gestione della malattia, rappresentano obiettivi educativi fondamentali che la pratica sportiva può contribuire ad allenare quotidianamente in contesti realistici e significativi. Come sottolinea Di Bari (2020), la corporeità non rappresenta solo una dimensione biologica, ma costituisce la condizione stessa dell'azione e della conoscenza; è attraverso di essa che la persona si apre al mondo, entra in contatto con l'altro e costruisce la propria identità. In questa direzione, l'esperienza motoria e ludica assume un valore formativo essenziale, poiché consente di intrecciare emozioni, affetti e pensiero, generando processi di consapevolezza e partecipazione.

#### 4. Caregiving e competenze trasversali

Abbiamo visto come la sollecitazione costante di determinate competenze nella persona malata possa alimentare un esercizio di adattamento che le permette di diventare sempre più capace di gestire la propria condizione. Più si applicano strategie di autoregolazione, più diventa naturale affrontare lo stress; più si coltivano la comunicazione e l'empatia, più si rafforzano le relazioni di supporto; più si sviluppa la capacità di apprendere, più aumenta l'autonomia nella gestione della ma-



lattia. Questo processo genera una dinamica nella quale la persona, oltre a migliorare la propria condizione, porta valore attraverso le interazioni che ha con il proprio contesto di riferimento. Si tratta di una serie di azioni compiute dalla persona malata che inevitabilmente coinvolgono anche il caregiver, la cui presenza si rivela insostituibile nel sostegno e nell'accompagnamento quotidiano. Si vuole qui fare deciso riferimento al «caregiver di tipo informale», quindi non l'operatore dei servizi di cura che opera in strutture formalizzate, ma il familiare, l'amico, la persona cara che aiuta il malato nella vita quotidiana in funzione di legami affettivi, a titolo gratuito e al di fuori di un quadro occupazionale (Fondazione Turati, 2018); sappiamo anche che si tratta di un ruolo ricoperto da donne, nella maggioranza dei casi.

La figura del caregiver si trova ad affrontare numerose sfide affinché l'attività quotidiana non comprometta il suo benessere psicofisico. Sul piano sociale, per esempio, è alto il rischio di isolamento dal momento che le funzioni di cura assorbono così tanto il caregiver da impattare sul tempo delle relazioni sociali e anche perché la sua indispensabilità rischia di caricare di sensi di colpa i momenti che egli vive lontano dall'assistito. La condizione di interdipendenza è particolarmente intensa e la necessità di far fronte ai molti bisogni della persona malata, unita al coinvolgimento emotivo che egli vive nei suoi confronti, possono rendere difficile il dialogo e generare forme di emotività espressa o inespressa, che non di rado sfociano in burnout ed esaurimento (Fondazione Turati, 2018). Si capisce come il bisogno di cura pedagogica del caregiver sia da considerare centrale nello stile di vita del malato stesso. La cura, nella prospettiva pedagogica, non è solo aiuto o assistenza; è un atto intenzionale di relazione e formazione, un modo di essere in presenza dell'altro che implica responsabilità, ascolto e reciprocità. Come ricorda Cambi (2009), essa rappresenta una delle categorie fondative del pensiero pedagogico, articolandosi nei gesti del prendersi cura, dell'avercura e della cura di sé. La cura pedagogica, dunque, si pone come processo circolare che trova senso nella continuità della relazione. In questa cornice, il caregiver è colui che sostiene e anche colui che apprende; la sua esperienza diventa luogo educativo, spazio di consapevolezza e di rielaborazione, coerente con la visione ecologica della cura come equilibrio tra sé, l'altro e l'ambiente. L'impegno attivo e consapevole del malato, allo stesso modo, contribuisce ad alleggerire il carico percepito dal caregiver, generando un clima di reciproca fiducia e maggiore coinvolgimento, con positive ricadute così anche sulla persona malata che fa esperienza del prendersi cura dell'altro, anziché vivere la frustrazione di non riuscire a farlo.

Affinché le intenzioni si trasformino in pratiche concrete, quindi costituiscano i tasselli di uno stile di cura reciproco, diviene utile attivare le reti di conoscenze famigliari, amicali, territoriali e sociali necessarie a rispondere ai nuovi bisogni di cui si è preso consapevolezza. La letteratura accademica sottolinea l'importanza delle attività ricreative nel supportare le persone sole, anziane o malate, offrendo



loro opportunità di socializzazione, stimolazione cognitiva e miglioramento del benessere complessivo.

Spesso la malattia e il caregiving sono vissuti in una dimensione di costante serietà, dimenticando che il gioco e il divertimento non sono prerogativa dell'infanzia. Attività ludiche come il gioco di carte, giochi da tavolo o laboratori di teatro, piuttosto, possono offrire momenti di leggerezza e connessione umana che contrastano ansia e fatica emotiva e offrono momenti di svago che contribuiscono al benessere psicofisico e alla coesione sociale. Uscire dalla routine domestica, condividere attività piacevoli e incontrare altre persone con esperienze simili permette anche ai caregiver di confrontarsi, acquisire nuove informazioni e trovare supporto emotivo. Per i caregiver è importante saper gestire le emozioni e cercare il sostegno di altri caregiver per riconoscere e condividere opinioni e preoccupazioni con persone che sono in grado di comprendere e di non giudicare (De La Serna, Moreno Toledo, 2021). Il confronto tra pari, se da una parte sollecita lo sviluppo di competenze sociali fondamentali, dall'altra favorisce un apprendimento di nuove strategie pratiche che passa dalla condivisione delle esperienze; la possibilità di sentirsi compresi senza dover continuamente spiegare la propria situazione aggiunge valore al dialogo e dà vita a comunità di sostegno e reti sociali che possono sostenere un cambiamento costante, dando vita a nuovi e duraturi stili di vita.

## 5. Il progetto “I benefici del tennistavolo per il Parkinson”

L'educazione del corpo non può essere disgiunta da quella della persona nella sua interezza e lo sport diventa così un laboratorio pedagogico di valori, esperienze e relazioni, un ambito educativo intriso di significati anche sociali e morali (Isidori, 2017). È proprio da questa prospettiva che nasce il progetto “I benefici del tennistavolo per il Parkinson”, con l'intento, cioè, di coniugare pratica sportiva, relazione educativa e benessere integrale per persone con malattia di Parkinson e i loro caregiver. Nell'autunno 2023 il Gruppo Sportivo Villa Guardia ha raccolto la proposta di una cittadina, moglie di un uomo affetto da malattia di Parkinson, di avviare un corso ispirato ad un'iniziativa attiva da molto tempo in Germania, dedicato a questa utenza. Il contesto dell'Associazione sportiva non si proponeva come già strutturato ed organizzato per avviare percorsi sportivi dedicati ad atleti con specifiche patologie, ma ha ritenuto di potersi adoperare al proposito grazie al sostegno di realtà specializzate, come l'Associazione Parkinson Sezione di Como, e di altri specialisti competenti. In fase di start up il progetto ha dimostrato di sollecitare un grande entusiasmo collettivo e un'ampia partecipazione di volontari, elementi imprescindibili per rispondere ad un'esigenza sociale specifica, per la quale è stato previsto un servizio *ad hoc* che fosse in grado di coprire adeguatamente un vuoto di servizio nel territorio. Tutto il gruppo coinvolto ha incontrato in un momento formativo frontale un neurologo e una psicologa



specializzati in malattie neurodegenerative, al fine di ottenere le conoscenze necessarie, utili sia alla relazione che all'accompagnamento fisico degli atleti con malattia di Parkinson nello specifico contesto. Si è così affrontata una panoramica generale dedicata alla conoscenza della patologia: diagnosi, sintomi, cause, fattori ambientali, cure riabilitative e farmacologiche. In particolare, si è sottolineato quanto, anche a fronte di una volontà specifica di movimento, la persona con Parkinson non sempre riesca a generare il gesto richiesto e desiderato e, quindi, come l'allenatore possa prevenire la frustrazione nell'atleta pur stimolandone l'azione.

Il progetto si è configurato nella pratica come un corso di tennistavolo rivolto a persone con malattia di Parkinson, amboessi, con cadenza settimanale, che ha avuto avvio nel mese di novembre 2023 e al momento in cui se ne scrive risulta ancora in piena attività. Lo spazio all'interno del quale hanno luogo gli allenamenti è una palestra attrezzata adeguatamente con dodici tavoli da tennistavolo di tipo agonistico, per poter ospitare un numero previsto inizialmente di massimo dieci persone. La durata del tempo di allenamento è stata immaginata in funzione della sicurezza degli stessi atleti, che deve essere assicurata dalla presenza di un'adeguata assistenza sul campo. Ad affiancare gli atleti e ad allenarli sono un gruppo di pongisti agonisti, istruttori in pensione e, in generale, volontari di campo, tutte persone che prestano il proprio tempo per insegnare all'utenza a giocare a tennistavolo e che sono disponibili ad assistervi nelle necessità sul campo. Queste ultime consistono nell'accompagnamento al tavolo o alle postazioni dedicate alla pausa, nella raccolta delle palline e nella predisposizione di quanto necessario (rachette, reti, divisorì); in considerazione della variabilità dei sintomi tra le diverse persone, e anche nello stesso atleta ma in periodi differenti, in maniera altamente flessibile, si è prevista la disponibilità di circa 20 persone che potessero rafforzare l'assistenza sul campo al bisogno. Si è compreso che sono necessari uno o due volontari per ciascun atleta, anche in considerazione degli allenamenti che, in maniera progressiva, coinvolgono gli atleti e devono poterli stimolare senza badare, per esempio, al numero di palline che sarà necessario lasciar cadere per concretizzare ogni nuovo apprendimento (raccolte appunto dai volontari di campo).

La presenza di professionisti competenti a disposizione di coloro che si relazionano con gli atleti coinvolti è stata fondamentale sia per rendere il servizio affidabile sia per consentire ai volontari di crescere in quanto ad autonomia e padronanza del ruolo; nell'arco dei mesi, le stesse figure professionali hanno fatto visita all'Associazione più volte proprio in occasione degli allenamenti per riprendere le nozioni condivise e dare suggerimenti a partire dai nuovi bisogni emersi direttamente dal campo da gioco. La formazione ha potuto mettere a sistema l'entusiasmo e la buona volontà dei volontari con la competenza necessaria a interagire con questi atleti; allo stesso modo, ha inciso fortemente sull'approccio educativo che gli stessi istruttori hanno con gli atleti, dal momento che ha permesso loro di comprendere come e fino a quale punto poter stimolare un atleta portatore di



una patologia, che si caratterizza per essere portatrice di sintomi estremamente invasivi sulla rigidità corporea e la limitata reattività.

Durante l’allenamento, i caregiver accompagnatori hanno uno spazio dedicato dove poter assistere gli atleti che necessitano di un supporto in caso di vestizione e che permette loro sia di seguire visivamente i loro cari durante l’allenamento sia di ritagliarsi un momento nel quale non è richiesta la loro disponibilità.

Nel corso del progetto è stata condotta una rilevazione secondo un approccio qualitativo di tipo descrittivo-interpretativo, con l’obiettivo di restituire la dimensione educativa e relazionale dei processi attivati nel contesto sportivo. Sono state raccolte interviste semi-strutturate ai caregiver, volte a esplorare percezioni, aspettative e cambiamenti osservati nel tempo; parallelamente sono stati annotati i feedback spontanei degli atleti e dei familiari, emersi sia durante gli incontri sia nei momenti informali di scambio. Le osservazioni non partecipate, integrate ai registri delle presenze, hanno consentito di cogliere comportamenti spontanei, dinamiche relazionali e modalità di partecipazione dei singoli.

Sebbene inizialmente fosse previsto l’utilizzo di un diario di bordo individuale, questo strumento non è stato adottato dagli atleti; alcuni, in particolare quelli più autonomi e attivi nella gestione della propria condizione, hanno monitorato i progressi a modo loro. Tuttavia, tale pratica non è risultata omogenea all’interno del gruppo e non rappresenta un elemento condiviso da tutti, motivo per cui non può essere descritta come parte strutturale del percorso. Ai materiali qualitativi si sono affiancati i dati emersi dai questionari somministrati nel corso del progetto.

## 6. Obiettivi del Progetto

Il progetto descritto è nato con l’ambizione di andare oltre l’attività ricreativa, proponendo lo sport come ambiente educativo in cui ogni soggetto – volontari, atleti, caregiver – possa esprimere sé e sviluppare il proprio potenziale. La formazione, unitamente alla pratica in campo e a tutta la rete relazionale coinvolta, ha consentito di sollecitare miglioramenti negli atleti sia dal punto di vista fisico che di benessere generale. In fase progettuale si è partiti da alcune considerazioni, legate al fatto che l’azione ripetuta e rapida del tennistavolo potesse certamente portare a un miglioramento della coordinazione motoria (coordinazione occhio-mano, reattività negli spostamenti, maggior equilibrio e flessibilità) o dell’aumento stesso della mobilità a livello generale, anche se dati evidenti sarebbe stato possibile ricavarli solo con numero più alto di allenamenti settimanali. In considerazione di questo dato, fortemente dettato dalla specificità degli atleti che si voleva coinvolgere, si è deciso di concentrare le risorse e i successivi passi progettuali verso ciò che poteva generare un concreto e immediato beneficio a livello psicofisico. Ciò ha significato porsi come obiettivo di sollecitare miglioramenti per ciò che concerne il livello di stress e la condizione dell’umore, la socialità degli



atleti e anche sul piano cognitivo. A questo proposito, è necessario focalizzare che, per la durata dell'allenamento, l'individuo affetto da Malattia di Parkinson sveste i panni del paziente per indossare quelli dell'atleta; questo porta benessere psicologico generale, un aumento dell'interazione sociale e dell'autonomia, fattori di protezione rispetto ad ansia e depressione. Inoltre, in merito alla dimensione cognitiva, interessata sia dalla malattia di Parkinson sia dall'attività sportiva condotta, è degno di nota che il tennistavolo obbliga l'atleta a prevedere la traiettoria della pallina e a rispondere rapidamente, ma non solo; attuare una strategia di risposta tipica dell'attività competitiva, fa sì che l'atleta individui gli accorgimenti che lo mettono in sicurezza rispetto ai personali sintomi (per esempio, per alcuni, appoggiarsi con una mano al tavolo per mantenere uno stato di equilibrio). Questa ampia attivazione e le strategie di autoaiuto messe in atto sono un esempio dell'ampio coinvolgimento generato nell'atleta con Malattia di Parkinson dall'attività di tennistavolo.

Degna di nota è la partecipazione regolare di tutti gli iscritti, fatta eccezione per i momenti nei quali gli atleti effettuano i ricoveri periodici dedicati alla riabilitazione in clinica o in momenti di cambio della terapia farmacologica.

Inoltre, in diverse occasioni di interazione (anche in chat informali), si è potuto notare come il giocatore riesca a spaziare oltre il solo argomento della malattia, affrontando tematiche varie, anche inerenti lo sport, e manifestando così un sé non interamente concentrato sul tema della malattia. I caregiver hanno fatto presente anche una cresciuta proattività da parte degli atleti, che li hanno portato ad uscire di casa per partecipare all'allenamento, a partire invece da routine vissute in quasi completa inattività. In taluni casi si è registrato che anche quando l'atleta non si sente sufficientemente bene per sostenere il proprio allenamento si reca in ogni caso in palestra per stare con i compagni di corso.

Lo sport si è mostrato, in questo caso, attività ludica prima di tutto i cui benefici sportivi, nel lungo termine, non vengono più considerati un fine, ma un plus. In questo spazio condiviso, la persona con malattia di Parkinson sperimenta una nuova continuità tra gesto, pensiero e relazione, ritrovando nel movimento una forma di espressione personale e di contatto con gli altri. L'esperienza corporea diventa linguaggio, luogo di riconoscimento e di costruzione di significato. L'autoefficacia si inscrive così in un percorso educativo che accompagna la persona a riorientare la propria identità e a vivere in modo più pieno la partecipazione alla vita quotidiana. In questa prospettiva, l'approccio per competenze acquista spesso pedagogico quando si intreccia con la prospettiva del funzionamento umano delineata dall'ICF. Le competenze emergono come possibilità di agire in modo significativo all'interno delle relazioni e dei contesti di vita; si manifestano nel modo in cui la persona partecipa, collabora, assume ruoli e costruisce fiducia nella propria efficacia. Nel progetto di tennistavolo, tale integrazione è diventata evidente e la pratica sportiva ha favorito l'incontro tra capacità individuali e condizioni ambientali a vantaggio di un più ampio apprendimento.\_



## 7. Risultati

L'integrazione delle testimonianze, delle osservazioni e dei dati raccolti ha consentito di monitorare l'andamento del progetto, mettendo in evidenza sia gli esiti visibili della pratica sportiva, sia i processi educativi, motivazionali e relazionali che ne hanno sostenuto lo sviluppo. È stato rilevato che il 100% dei partecipanti desidera proseguire l'attività, segnando un cambiamento significativo rispetto a una condizione precedente caratterizzata, per molti, da totale inattività fisica, intesa in senso sportivo. L'analisi dei dati suggerisce inoltre che coloro che praticano da più tempo riportano benefici maggiori.

Numerosi atleti hanno espresso il desiderio di aumentare la frequenza degli allenamenti e richiesto la possibilità di un doppio appuntamento settimanale.

Si vuole riportare il dato dell'incremento progressivo delle richieste di partecipazione, in parte dovuto a una condivisione dell'esperienza da parte degli atleti stessi soprattutto in contesti sanitari (spesso gli atleti hanno raccontato di essere venuti a conoscenza dell'iniziativa in occasione di brevi chiacchierate avvenute nelle sale d'attesa delle strutture specializzate). Nelle prime settimane il percorso ha visto protagonisti circa 6-7 atleti con Malattia di Parkinson, coinvolti tra i tesserati dell'Associazione Parkinson di Como; a seguito anche di alcuni articoli comparsi sulla stampa locale, il corso si è velocemente trasformato da test ad un percorso consolidato che conta, ad aprile 2025: circa 25 atleti con malattia di Parkinson, 6 istruttori agonisti, 1 coordinatore generale ed oltre 20 volontari di campo (accompagnatori, assistenti di campo, raccattapalle, ecc.).

A fronte degli obiettivi prefissati in fase progettuale, già dopo pochi mesi di attività si sono potuti apprezzare importanti risultati, ai quali se ne sono affiancati altri non specificatamente prefissati, specie in relazione a una ritrovata amicalità e ad un'attivazione in termini di mutuo aiuto tra gli atleti partecipanti, agiti oltre gli spazi della palestra stessa. La condivisione e la relazione che sono nate spontaneamente nel gruppo di atleti hanno portato all'aumento dell'attività ludico-sportiva di quasi tutti gli atleti, che hanno così inserito all'interno della propria routine corsi di tango terapia, di camminata metabolica, personal training e *nordic walking*. Alcuni di essi, ad ulteriore evidenza del cambiamento, sono passati dal possedere una certificazione del medico di base utile allo svolgimento delle attività (anche ai fini assicurativi) al dover richiedere un certificato medico agonistico per poter partecipare ad occasioni di competizione regionale, provinciale e nazionale. A tal proposito, all'interno dell'ordinaria attività di allenamento, sono stati inseriti brevi tornei interni, su partecipazione spontanea che hanno visto l'attivazione circa del 90% degli atleti; in queste occasioni, in particolare, si è potuto osservare come atleti che risultavano molto *rituali* in occasione della normale attività, mostrassero un'inattesa tenacia e un inedito spirito competitivo in presenza di un tabellone da punteggio competitivo. In alcuni casi è stato anche possibile organizzare tornei in "doppio", alimentando spirito di squadra e *fair play*. Il per-



corso ha visto inoltre la partecipazione di tre atleti e due istruttori al *PingPongParkinson World ChampionShip 2024* che si è tenuto a Lasko, in Slovenia. Nell'ultimo anno si è inoltre registrato un leggero aumento del numero di atleti che hanno preso parte ai mondiali, ulteriore segnale dell'evoluzione del gruppo e dell'interesse crescente verso la pratica sportiva come esperienza significativa e motivante.

Da osservazioni recenti emerge anche un cambiamento nel profilo dei nuovi partecipanti, mediamente più giovani rispetto ai primi iscritti. Questo dato appare coerente con la crescente percezione del corso come un vero e proprio allenamento, strutturato e orientato al miglioramento funzionale, piuttosto che come un'attività esclusivamente ludica o di natura volontaristica.

A questa restituzione, si aggiunga il coinvolgimento che alcuni atleti hanno espresso anche in termini sociali, incontrando per un allenamento condiviso una classe della scuola secondaria di secondo grado di un istituto ad indirizzo sportivo di Como; in quell'occasione hanno anche avuto modo di confrontarsi verbalmente sulle esigenze degli individui con Malattia di Parkinson e condividere in prima persona entusiasmi e benefici dello sport per questa categoria di atleti.

L'incremento negli atleti dell'autonomia e di una visione più ottimistica delle giornate hanno di riflesso portato benefici anche ai caregiver, che hanno trovato nell'accompagnamento al corso un momento di condivisione con i propri pari e nuovi spazi di respiro, passando da una presenza fisica a bordo campo di carattere quasi assistenziale ad una *assenza* per l'intera ora di allenamento. La positiva ricaduta sui caregiver rafforza ancora di più i risultati dell'iniziativa che, letti in chiave pedagogica, confermano l'efficacia dello sport come dispositivo educativo capace di generare cambiamenti significativi nella percezione di sé, nella capacità di costruire il proprio progetto personale e nella qualità delle relazioni.

Il valore del progetto, tuttavia, si è esteso anche oltre il gruppo direttamente coinvolto e l'esperienza condotta ha suscitato l'interesse di ulteriori stakeholder del territorio; tra questi, l'Assessorato ai Servizi Sociali del Comune, che ha avviato un dialogo per valutare possibili forme e sviluppi. Parallelamente, il progetto ha iniziato a estendersi anche nei paesi limitrofi, un segnale significativo della credibilità raggiunta dall'iniziativa, oggi percepita come un'attività strutturata e orientata al benessere dell'atleta con malattia di Parkinson.

L'insieme delle osservazioni raccolte nel corso del progetto – dai questionari, dai feedback informali, dalle testimonianze degli atleti e delle loro famiglie – ha evidenziato l'importanza di documentare quanto osservato allo scopo di rendere accessibile in maniera più ampia e condivisa un'esperienza che è auspicabile non resti confinata in un solo territorio, così come non lo sono le esigenze a cui risponde.



## 8. Conclusioni

Il progetto “I benefici del tennistavolo per il Parkinson” ha comportato un’assunzione di rischi, come sempre accade quando si va a creare qualcosa che prima non c’era e si deve interagire con un’utenza che non è quella già fidelizzata. Ciononostante, è stato molto forte lo spirito che l’ha sostenuta e intenso il dialogo con l’Associazione Parkinson di Como che ha potuto dar voce al servizio e al suo essere dedicato alle persone con malattia di Parkinson. Dal momento del suo avvio, il progetto ha visto un crescendo di notorietà e, al tempo stesso, un calo della difidenza nei confronti di un’iniziativa del tutto inedita nel territorio.

L’esperienza dimostra come lo sport, quando agito in contesti informali, consapevolmente orientati alla cura della persona, possa diventare uno spazio educativo concreto. In questo progetto, il tennistavolo è diventato molto più di un’attività sportiva: uno strumento per riscoprire sé stessi, per allenarsi alla vita e per costruire significati condivisi. In linea con la visione olistica e inclusiva della pratica sportiva promossa oggi a livello pedagogico, questa esperienza mostra come il benessere possa essere coltivato anche – e soprattutto – dove si sceglie di prendersi cura delle relazioni e delle possibilità dell’essere umano, in ogni condizione. Il progetto presentato, sebbene nato da un bisogno locale, si inserisce in una più ampia visione che riconosce nella pratica sportiva un mezzo educativo potente per promuovere benessere, inclusione e cittadinanza attiva, soprattutto in presenza di condizioni di fragilità. È in questa prospettiva che l’universalizzazione dello sport si configura non solo come tendenza culturale, ma come esigenza pedagogica del nostro tempo.

## Bibliografia

- Bandura A. (2000). *Autoefficacia: teoria e applicazioni*. Trento: Erickson.
- Bruscaglioni M. (2004). La formazione dei formatori per l’acquisizione di metacompetenze. In ISFOL (ed.), *Apprendimento di competenze strategiche* (pp. 279-335). Milano: FrancoAngeli.
- Cambi F. (2005). *Le pedagogie del Novecento*. Roma-Bari: Laterza.
- Cambi F. (2009). *La cura in pedagogia: note critiche*. Corso di perfezionamento “Curricolo verticale e nuova professionalità docente nella scuola primaria e secondaria”, Università di Firenze, Facoltà di Scienze della Formazione.
- Causarano P. (2009). La storia dell’educazione. In C. Betti et al. (a cura di), *Percorsi storici della formazione* (pp. 29–46). Milano: Apogeo.
- Di Bari C. (2020). Pedagogia del corpo e dello sport. In A. Mariani, F. Cambi, M. Giosi, & D. Sarsini (a cura di), *Pedagogia generale. Identità, percorsi, funzione*. Roma: Carocci.
- Fondazione Turati (2018). *La solitudine del Caregiver. Politiche e strumenti innovativi per prendersi cura di chi cura*. Firenze: Lucia Pugliese Editore – Il Pozzo di Micene.



- Isidori E. (2017). *Pedagogia e sport: La dimensione epistemologica ed etico-sociale*. Milano: FrancoAngeli.
- Moisés De La Serna J., Moreno Toledo Á. (2021). *Il Morbo Di Parkinson: Le Fasi Finali*. Tekttime.
- Maulini C. (2006). *Pedagogia, benessere e sport*. Roma: Aracne.
- Piéron M. (1989). *Metodologia dell'insegnamento dell'educazione fisica e dell'attività sportiva*. Roma: Società Stampa Sportiva.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (1998). *Glossario della Promozione della Salute*. Trad. it. a cura del Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute – DoRS. [https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS\\_Glossario%201998\\_Italiano.pdf](https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf)
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2021). *Glossario della Promozione della Salute – Edizione aggiornata*. Trad. it. a cura del Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute – DoRS. [https://www.dors.it/wp-content/uploads/-2024/01/2021\\_Glossario-OMS-HP\\_volume-240807.pdf](https://www.dors.it/wp-content/uploads/-2024/01/2021_Glossario-OMS-HP_volume-240807.pdf)
- Sala A., Punie, Garkov V., Cabrera Giraldez M. (2020). *LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC120911>
- Simonelli I., Simonelli F. (2010). *Atlante concettuale della salutogenesi*. Milano: FrancoAngeli.

