

Università degli studi C. Bo d'Urbino - Dipartimento di Scienze dell'uomo
 Percorsi di formazione per il conseguimento della specializzazione
 per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità della scuola
 dell'infanzia e primaria

Laboratorio di Metodi e didattiche delle attività motorie
Doc. Marco Paolo Dellabiancia

INTEGRAZIONE SCOLASTICA **NELLE DISABILITÀ NEURO E PSICOMOTORIE**

Indice pag. 1

PARTE PRIMA La Pedagogia speciale

Prima introduzione: Psicomotricità, neuromotricità ed altri concetti	“ 4
Cap. 1 <u>Fondamenti epistemologici dell'APPROCCIO PEDAGOGICO-EDUCATIVO:</u>	pag. 5
1) Educazione, Istruzione, Formazione, Metodologia, Didattica, Pedagogia. Bibliografia	
2) Disciplina scientifica e scolastica. Tipologia delle Scienze. Ricerca e Sperimentazione. Bibliografia	
3) Insegnamento, Apprendimento, Crescita, Accrescimento, Differenziazione morfologica e Costituzione fisica, Sviluppo, Maturazione, Teleonomia e Unità psicofisica. Bibliografia	
4) Epistemologia, Identità, Conoscenze, Abilità, Valori, Scuola, Famiglia, Relazione. Bibliografia	
5) Dalla Relazione alla Comunicazione. Comunicazione Educativa. Bibliografia	
Cap. 2 <u>Aspetti epistemologici dell'APPROCCIO MEDICO-RIABILITATIVO:</u>	pag. 13
1) Sanità, Prevenzione, Diagnosi, Terapia, Riabilitazione (o Rieducazione), Determinismo patogenetico, Disabilità e Handicap. Bibliografia	
2) Differenziazione scolastica sul modello della Terapia/Rieducazione per la Normalizzazione, Apprendimento in coda allo Sviluppo nella Pedagogia speciale. Bibliografia	
3) Linee d'Integrazione scolastica. Individualizzazione con Apprendimento in testa allo Sviluppo. Bibliografia	
4) Modalità e strumenti per la Progettazione personalizzata: Continuità nell'integrazione. Bibliografia	
5) Interpretazione pedagogica dei nuovi strumenti di progettazione interistituzionale (DF e PDF). Bibliografia	

PARTE SECONDA La Psicomotricità

Seconda introduzione: La Psicomotricità secondo una visione pedagogica	pag. 27
Cap. 3 <u>La psicomotricità come Riabilitazione psicomotoria di Vayer</u>	
§ 1) Caratteristiche e domini della psicomotricità come Terapia psicomotoria	
§ 2) Domini della psicomotricità come Rieducazione ed Educazione psicomotoria	
§ 3) La tecnica educativa e rieducativa di Pierre Vayer	
3.a) Il bambino: educazione dello schema corporeo	
3.b) Il bambino di fronte al mondo degli oggetti	
3.c) Il bambino di fronte al mondo degli altri	
3.d) Educazione psicomotoria e ritardo mentale	
3.e) L'intervento psicomotorio nel disagio e nella disabilità	
3.f) Il ritardo mentale	

- 3f1) Il bambino con ritardo mentale e il gioco
- 3.g) Disadattamenti in bambini con intelligenza nella norma.
- 3.h) Indicazioni generali conclusive

Cap. 4 La psicomotricità come Educazione psicomotoria di Le Boulch pag. 42

- § 1) La psicomotricità funzionale (Psicocinetica) di Le Boulch
 - 1.a) Lo sviluppo della Psicocinetica
- § 2) Principi didattico-metodologici
- § 3) La ricerca scientifica e la psicomotricità
 - 3.a) Superare il disagio
- § 4) Lo schema corporeo
 - 4.a) Tre specifiche tappe di sviluppo
 - 4.b) Organizzazione spaziale
 - 4.c) Organizzazione temporale
 - 4.d) I disturbi dello schema corporeo (da <http://www.treccani.it/enciclopedia/schema-corporeo>)
 - 4.e) Turbe della condotta alimentare

Cap. 5 La psicomotricità come Terapia psicomotoria di Aucouturier Pag. 54

- § 1) La Psicomotricità di André Lapierre e Bernard Aucouturier
- § 2) La Pratica Psicomotoria Aucouturier
 - 2.a) Il setting psicomotorio
 - 2.b) Il tempo
 - 2.c) Le regole
 - 2.d) I materiali
 - 2.e) Le relazioni.
 - 2.f) Il dopogioco e l'elaborazione dell'esperienza
 - 2.g) Il disegno
 - 2.h) La narrazione
 - 2.i) La manipolazione
 - 2.l) La costruzione
 - 2.m) La formazione dell'insegnante e la sua funzione di tutoring nel percorso psicomotorio
 - 2.n) La figura dello psicomotricista
 - 2.o) Il pensiero di B. Aucouturier
 - 2.p) Descrizione di una seduta tipo
- Biblio e sitografia

PARTE TERZA La funzione motoria e la sua verifica e valutazione

Terza introduzione: Importanza della dimensione corporea nell'educazione pag. 73

Cap. 6 Interpretazione psico-pedagogica della FUNZIONE MOTORIA pag. 75

- § 1) Modelli logici del movimento. Sensazione e Percezione. Organizzazione gerarchica dell'encefalo
 - 1) Confronto tra differenti modelli esplicativi del movimento
 - 2) La raccolta dell'informazione sensoriale
 - 3) Elaborazione dell'informazione e organizzazione dell'encefalo su tre blocchi funzionali
- § 2) Il linguaggio
 - 1) Organizzazione corticale complessiva del linguaggio
- § 3) Sintesi afferente; Sistema dell'equilibrio e Controllo del Tono
 - 1) Schema, immagine del corpo e sintesi afferente

- 2) Tono muscolare e struttura gerarchica del movimento
- § 4) Movimento volontario e automatico. Controllo centrale e periferico
 - 1) Movimento volontario e automatico
 - 2) Controllo centrale e periferico. Lateralità e dominanza

Bibliografia di riferimento al terzo capitolo

Cap. 7 Valutazione di Sviluppo e Apprendimento Motori per integrazione pag. 87

- § 1) Misurare lo sviluppo con l'esame psicomotorio di Vayer
- § 2) Una scala dello sviluppo psicomotorio
- § 3) La valutazione dell'apprendimento psicomotorio.
- § 4) APPENDICE: Rinvio ai materiali per l'esame psicomotorio del Vayer e scala dello sviluppo psicomotorio di Dellabiancia.

Bibliografia Generale

PARTE QUARTA Disturbi e disordini della funzione motoria e conclusioni

Quarta introduzione: Semeiotica neuro e psicomotoria pag. 98

Cap. 8 Cenni alle origini patologiche delle Disabilità NEURO e PSICOMOTORIE pag. 99

- § 1) Patologie Neurologiche.
 - 1) La Paralisi Cerebrale Infantile.
 - 2) Generalità sulla sindrome di PCI.
 - 3) Classificazione delle PCI.
 - 4) Sintomi associati al disturbo motorio nelle PCI. Interventi terapeutici e riabilitativi.

Biblio ed emerografia

§ 2) Patologie Neuropsicologiche. I Disturbi del sistema Gnoscico-Prassico.

- 1) Le Disprassie dello Sviluppo.
- 2) Interpretazione complessiva delle Disprassie di sviluppo.
- 3) Problemi Specifici dell'Apprendimento.

Biblio ed emerografia

§ 3) Patologie Psicologiche. Le Disabilità Psicomotorie.

- 1) Infantilismo e Ritardo psicomotorio.
- 2) Goffaggine e maldestrezza motoria.
- 3) L'Iperattività e i Disturbi dell'Attenzione.

Biblio ed emerografia

Cap. 9 Progettare l'integrazione scolastica pag. 112

- § 1) Dalla Riabilitazione (funzionale) all'Educazione.
 - 1) La Riabilitazione.
 - 2) L'Apprendimento (mediato) in testa allo Sviluppo (funzionale).
- § 2) Tre tecniche educative per l'integrazione scolastica.
- § 3) Un'Architettura Metodologica Generale per l'Integrazione.
- § 4) Nuove prospettive dalla classificazione internazionale dell'ICF.

Biblio ed emerografia di riferimento

PARTE PRIMA La Pedagogia speciale

Prima introduzione: Psicomotricità, neuromotricità ed altri concetti

Quando oggi si parla di “psicomotricità”, generalmente si intende che, nel trattare della funzione motoria dell’uomo (cioè quella funzione della vita che in biologia e per tutti gli esseri viventi si chiama più propriamente “motilità”), si utilizzano i concetti, le teorie e le interpretazioni della **Psicologia** (della scienza psicologica in generale quale “studio delle condotte”¹, senza cioè voler pregiudizialmente escludere alcuna specifica sua determinazione); mentre quando si parla di “neuromotricità”, si intendono utilizzare in prima battuta concetti, teorie e interpretazioni della **Neurologia**, cioè dello studio anatomico-fisiologico del Sistema nervoso normale e patologico e successivamente gli apporti delle **Neuroscienze** (atteso che ormai di queste ultime fanno parte anche discipline di studio con epistemologia e metodo di ricerca molto diversi da quelli che caratterizzano la Neurologia). È del tutto evidente che, mentre nella prima accezione si comprende un insieme di fenomeni molto ampio, caratterizzato dai rapporti fra questa funzione e tutti i vari processi mentali, sia descritti da un’indagine esterna come dimensioni oggettive della realtà, che inferiti mediante un esame interno sulla base di elementi introspettivi, perciò intesi anche come esperienze interiori o soggettive del vissuto personale, nella seconda si fa riferimento ad un complesso di fenomeni più ristretto e rigorosamente descritto da scienze mediche secondo metodologie e procedimenti d’indagine riferiti prevalentemente al determinismo biologico.

Si tratta, in altre parole, di due livelli diversi d’analisi che, nel tentativo di comprensione più ampio dei fenomeni in causa, precipuo della nostra visione tesa all’integrazione scolastica del diversamente abile per favorirne l’inclusione sociale, non devono risultare in contraddizione e conseguentemente in contrasto nel confronto dell’interpretazione del primo con la descrizione del secondo, pur negli aspetti che possono accentuare tale divaricazione. E non devono porsi in contraddizione per vari motivi, ma prevalentemente non perché ciò, come si crede, può determinare poi la necessità di arrivare all’egemonia di uno sull’altro, considerato che comunque fatalmente anche nella ricerca sussiste un potere e una gestione del medesimo (da parte di chi commissiona la ricerca, ad esempio), quanto, invece, perché di fronte alla sofferenza del diversamente abile ogni preclusione concettuale o di paradigma nell’intervento inclusivo si risolve in definitiva con una caduta certa di settori della prospettiva di benessere personale nella definizione prima e nell’attuazione poi del progetto di vita. In tal senso, per quanto riguarda almeno l’approccio formativo del docente di sostegno e dell’istituzione scolastica, si deve progressivamente prendere le distanze dai residui meccanicistici o vitalistici delle spiegazioni, ed anche da ogni pretesa fisicalista od organicistica, come da ogni esclusivismo idealistico e metafisico negli approcci concettuali delle interpretazioni, per fare, invece, i conti molto più realisticamente con la problematicità e la drammaticità della vita quotidiana.

L’unico approccio valido, infatti, alla nostra visione rimane quello interazionista, pur nel riconoscimento puntuale dei limiti che di volta in volta si incontrano nell’analisi e nella concettualizzazione dei fenomeni secondo entrambe le impostazioni. Per tale motivo partiremo nella prima parte del lavoro con l’analisi delle posizioni secondo la concezione pedagogica e secondo la concezione medica, alla luce di una visione epistemologica capace di discuterle entrambe, per arrivare solo nella seconda parte al tentativo di una descrizione della funzione motoria secondo la prospettiva più integrata possibile tra le diverse scienze interessate (Cognitivismo e Neuroscienze), e concludere nella terza parte con le nostre soluzioni all’integrazione scolastica dell’alunno diversamente abile nel settore motorio.

Capitolo primo: Fondamenti epistemologici DELL’APPROCCIO PEDAGOGICO-EDUCATIVO

¹ Si consulti la voce “Psicologia” in Enciclopedia Garzanti di Filosofia e altre Scienze Umane; inoltre si tenga presente che “condotta” è un termine tipico della psicologia europea, nato in contrapposizione a “comportamento”, perché non esclude la possibilità dell’indagine mediante l’introspezione e dunque considera oggetto di studio anche l’analisi dell’esperienza personale (vissuto), accanto all’esito dell’esperimento (o del test) e dell’indagine sul comportamento.

§ 1) **Educazione, Istruzione e Formazione, Metodologia e Didattica, Pedagogia**

Se con A. Visalberghi (bib. 1) conveniamo che l'**Educazione** sia il processo di trasmissione della cultura da una generazione all'altra (tanto che i Greci dell'età classica usavano la medesima parola "PAIDEIA" per designare sia l'educazione che la cultura), si può considerare che mentre parte di tale processo di trasmissione si svolge in forme non intenzionali e non direttamente progettate dalla società, per il solo fatto che tutti i soggetti (anche quelli particolarmente ricettivi, rispetto alla normale ricettività degli adulti, perché in piena fase di sviluppo) si trovano immersi in una trama di relazioni, di significati e di credenze, di strumenti e di usi culturali (il **curricolo implicito** segnato dalla famiglia ed esaltato nella nostra società postmoderna dalla potenza dei mezzi di comunicazione di massa), parimenti l'altra parte di tale processo si svolge in forme intenzionali e volute dalla società che, a tale scopo, si organizza un proprio apparato, la scuola, dove si persegue la realizzazione del **curricolo scolastico (esplicito)**, come complesso ampiamente descrivibile e controllabile delle Materie di studio e delle esperienze educative poste in essere per quel gruppo di alunni da quella determinata istituzione in un preciso arco di tempo.

In questo senso l'educazione per insegnare alle nuove generazioni la cultura acquisita dalle precedenti è un intervento che ha almeno due facce: da un lato si realizza con percorsi didattici finalizzati a far apprendere conoscenze e tecniche o abilità generali e specifiche (Istruzione), mentre da un altro lato si realizza come integrazione socioculturale e socializzazione nei rapporti educativi finalizzate a far assumere atteggiamenti e regole di condotta, a far interiorizzare orientamenti di valore (Formazione)². Istruzione e formazione sono sempre presenti in ogni atto educativo, tuttavia assumono un significato differenziato fintantoché, per semplicità d'analisi, si fanno risalire al primo ambito prevalentemente gli aspetti cognitivi che guidano l'azione educativa della scuola e al secondo prevalentemente gli aspetti emotivo-affettivi e relazionali che caratterizzano il vivere quotidiano: tale distinzione è ricorrente nella letteratura pedagogica anche secondo un'altra polarizzazione di termini, quella tra Apprendimento e Socializzazione, cfr. C. Pontecorvo in bib. 2. (La Socializzazione, pur non volendo approfondire, è oggetto della ricerca sociologica, sia come Inculturazione che Acculturazione, come del resto tutto ciò che riguarda la Cultura lo è per l'Antropologia culturale e l'Etnologia).

In questo quadro la **Metodologia** è lo studio del metodo d'insegnamento utilizzato nell'educazione, partendo dal presupposto che l'atto educativo possa essere sottoposto ad una sorta di regolarizzazione. Nel concetto di metodo è insito infatti il significato di "rendere regolare" oppure di "ordinare" o quanto meno di "rendere controllabile" la serie degli atti d'insegnamento del docente causativi della serie di atti di apprendimento dello studente. Lo studio del metodo, infatti, può aver un senso soltanto nell'ambito di una atmosfera generale di certezza nella conoscenza dei fatti educativi e dell'azione didattica che da questa conoscenza prende le mosse. La **Didattica**, allora, costituisce la disciplina che si occupa dell'analisi e dell'uso delle tecniche d'insegnamento, cioè la parte pratica della Metodologia.

La Metodologia, dunque, è lo studio teorico e la Didattica è la realizzazione pratica di un medesimo progetto: come insegnare nel modo più proficuo. Si tratta, comunque, di due discipline pedagogiche, intendendo per **Pedagogia** la riflessione sull'educazione con particolare attenzione ai significati che ciascuna società pone nell'atto di educare i propri giovani. Per molta parte del pensiero occidentale è stata la **Filosofia** a determinare l'orizzonte di certezza della Metodologia e della Didattica, con le elaborazioni prevalentemente "metafisiche" dei diversi filosofi (per stare anche soltanto ai moderni Comenio, Locke, Pestalozzi, Frobel, Herbart, Rousseau); dal Seicento in poi si è sviluppata la **Scienza** che, anche per mezzo del principio della verifica sperimentale, sempre più ha preso il sopravvento nella costruzione dei parametri della conoscenza certa in educazione,

² Da tener presente che, accanto al tradizionale significato di integrazione socio-culturale e di socializzazione, il termine Formazione è ormai di uso comune per indicare quella parte di curricolo esplicito addestrativo che è rivolto alla preparazione specifica al lavoro e alla professione. In tal senso la Prima Formazione nel nostro paese designa l'Istruzione Professionale Statale e Regionale e l'Istruzione Universitaria, mentre la Formazione Continua o in servizio designa l'aggiornamento e la "formazione" in situazione lavorativa sia per migliorare la Prima Formazione che per riconvertirla quando cambiano le modalità produttive e i ruoli professionali.

elaborando le teorie che riguardano la crescita fisica e lo sviluppo psicologico del soggetto in fase evolutiva e diffondendosi con il pensiero filosofico del Positivismo nel secolo scorso e con la Filosofia della scienza e il Neopositivismo nel secolo attuale. Un quadro generale delle Scienze dell'Educazione, nell'ambito della revisione dei rapporti tra Filosofia, Pedagogia e Scienza, è presentato ne "l'Enciclopedia pedagogica" di A. Visalberghi (bib. 3, a pag. 21) o nella "Classificazione delle scienze dell'educazione " secondo G. Mialaret (citata in bib. 3 a pag. 26).

Tuttavia sovente queste teorizzazioni sono state mal sopportate dalle altre filosofie dello scorso secolo, quelle filosofie che, da Dewey a Gentile, dalla Fenomenologia all'Esistenzialismo e dallo Spiritualismo all'Ermeneutica, tutte hanno attraversato le vicende storiche del Novecento esprimendo dei dubbi circa la possibilità di una conoscenza davvero certa restando nell'orizzonte scientifico. Questo problema, comunque, tornerà alle nostre cure nel prossimo paragrafo, quando si affronterà l'argomento delle Discipline scientifiche; per ora basti dire che si assume (per convenzione iniziale al discorso metodologico) che l'insegnamento possa provocare l'apprendimento nel quadro dei fini e dei valori individuati dalla riflessione pedagogica (o Filosofia dell'Educazione) e tenendo presenti le caratteristiche dello sviluppo del soggetto descritte dalla scienza (Scienza dell'Educazione).

Bibliografia di riferimento al primo paragrafo

- 1) A. Visalberghi, EDUCAZIONE E ISTRUZIONE, in "Enciclopedia della scuola ISEDI" vol. VI, Mi 1978, pag. 1
- 2) C. Pontecorvo, LA SCUOLA COME AMBIENTE DI APPRENDIMENTO, in "Encicl. della scuola ISEDI" vol. VI, Mi '78 pag. 15
- 3) A. Visalberghi, PEDAGOGIA E SCIENZE DELL'EDUCAZIONE, A. Mondadori Mi '78, pagg. 19, 21 e 26.

§ 2) **Disciplina scientifica e Materia scolastica. Tipologia delle Scienze. Glossario minimo per Ricerca e Sperimentazione**

A scuola si insegnano le Materie (ogni singolo settore di insegnamento), queste possono essere raggruppate in Discipline affini (come Ed. Linguistica che raggruppa Italiano, Lingua Straniera ecc., oppure Ed. Logico-matematica che raggruppa Algebra, Aritmetica, Geometria, Statistica ecc., oppure Studi sociali che raggruppa Storia, Geografia, Religione ecc.). Ciascuna **materia scolastica o disciplina (di studio)**, perciò, costituisce un ambito della cultura appositamente organizzato e predisposto per l'Educazione, in tal senso rappresenta un piccolo sistema con proprie e specifiche caratterizzazioni. Potremmo trovare almeno tre diverse modalità di organizzazione didattica della disciplina, quella logica, quella psicologica e quella strutturale, e almeno due strutture della disciplina, la prima chiamata curricolare perché riferita alla sua progettazione, consiste nella configurazione di finalità, obiettivi, contenuti, metodi di studio, prove di verifica e criteri di valutazione, mentre la seconda chiamata epistemologica, perché connessa alla caratteristica modalità di conoscere la realtà che quella disciplina realizza, si definisce in contenuti, metodi, linguaggi e operazioni mentali. Proprio in questa sua configurazione la materia scolastica continua a mantenere un legame forte con il corrispondente sistema simbolico-culturale che l'ha generata, mentre nella configurazione curricolare la singola materia è stretta e forzata in uno schematismo che, se è essenziale per la programmazione e l'unità dell'insegnamento, tuttavia può risultare opportunistico e, in definitiva, far cadere quelle specificità che invece valorizzano la materia nella cultura di un territorio e di una società.

Un tale **sistema simbolico** è, infatti, quell'area dell'agire sociale che si è sviluppata per soddisfare i bisogni sociali: si tratta in definitiva delle Scienze, delle Arti, delle Tecniche, dei Linguaggi e dei Saperi che una società si è progressivamente data per sopravvivere e per evolvere. Ovvio che, mentre il sistema simbolico è in continua ebollizione e cambiamento, perché chiamato concretamente a rispondere ai bisogni sociali, la materia sia molto più stabile perché legata al processo di mediazione culturale intergenerazionale. Tra questi diversi sistemi, poi, sussistono notevoli diversità: i linguaggi, i saperi e le tecniche sono più facile preda del

processo di obsolescenza, poi vengono le scienze, e per ultime le arti che mantengono indelebili i loro significati anche al cader delle tecniche e al passar delle mode culturali che le avevano generate, anzi acquisiscono col succedersi delle interpretazioni nuovi significati culturali.

Dei vari sistemi simbolico-culturali quello delle scienze, poi, presenta una formalizzazione accentuata e può essere preso in considerazione per derivarne giusti parallelismi con le discipline scolastiche. Le prime scienze che si sono emancipate dalla Filosofia sono quelle logico-matematiche. Si tratta di scienze deduttive, dove lo sviluppo dei contenuti si determina per dipanamento dei primi enunciati, e formali, cioè non traggono le ragioni del loro esistere dalla descrizione della realtà, ma dal rispetto del sistema di regole che presiede alla costruzione degli enunciati, assumendo come criterio di conoscenza il principio di non contraddizione interna.

Poi sono nate nell'atmosfera culturale del Materialismo e del Meccanicismo le Scienze della Natura sulla base di un nuovo metodo di ricerca, quello sperimentale, che ha introdotto il concetto di validazione sperimentale di ipotesi e teorie iniziali, metodo che utilizzato universalmente ha unificato in senso oggettivo tutto il pensiero scientifico assumendo come criterio di verità degli enunciati l'accordo esterno con i fatti.

Per ultime si sono sviluppate le Scienze dell'Uomo, dapprima trattate naturalisticamente come le precedenti, poi, presa coscienza che nella pretesa oggettivistica di fatto si nascondevano forti pregiudizi di valore da un lato, mentre l'esperimento in ambito umano poteva avere l'effetto di modificare sostanzialmente il campo d'osservazione dall'altro, realizzarono delle ampie differenziazioni tra:

a) le Scienze Umane Sperimentali (Psicologia, Sociologia, Antropologia, Linguistica, Economia, Demografia ecc.) che, come le scienze della natura, cercano leggi generali per descrivere i fenomeni rispondendo al medesimo criterio di verità e si realizzano nelle loro indagini senza che subentrino giudizi di valore sui risultati della ricerca (avalutative);

b) le Discipline Storico-sociali o dello Spirito (Storia, Diritto, Politica, Pedagogia, Religione, Filosofia ecc.) che tendono a descrivere, comprendere e interpretare l'evoluzione o lo stato delle manifestazioni della vita socioculturale inerente al proprio campo epistemico e perciò possono anche iniziare con descrizioni avalutative, ma poi, differenziandosi da quelle sperimentali, collegano inevitabilmente gli esiti della ricerca ad elementi valutativi e prospettici di azione sociale vera e propria. Tutte queste discipline utilizzano il metodo interpretativo o ermeneutico e rispondono al criterio di conoscenza della comprensione dei fatti (tutto ciò dovrebbe far rivedere ampiamente l'Enciclopedia delle Scienze Pedagogiche già proposta nel primo paragrafo a favore dell'impianto espresso nella Figura n. 1, dove, seguendo W. Brezinka in bib. n. 1), sono stati precisati i rapporti tra Pedagogia (come Filosofia dell'Educazione), Metodologia e Didattica (come Pedagogia pratica) e Scienze dell'Educazione (come Discipline di ricerca autonome e avalutative).

Ogni scienza gode dei propri specifici metodi di ricerca e consegue tanto meglio i propri obiettivi, quanto più correttamente rispetta i criteri di conoscenza che si è data. Una rigorosa metodologia scientifica unita all'approccio avalutativo delle scienze sperimentali non è però assimilabile alla prassi ordinaria dell'educazione, che rimane prospettica e valoriale, perciò l'impostazione della ricerca nella scuola si è trasformata in Sperimentazione sia ex artt. 2 e 3 del Dpr 419/74, nella scuola prima dell'Autonomia, che ex artt. 6 e 11 del Dpr 275/99, nella scuola dell'Autonomia.

Elementi fondamentali da ricordare sono ancora sia il significato generale della certezza nella conoscenza scientifica, sia il metodo di ricerca sperimentale impiegato. Il primo elemento ha conosciuto un ampio cambiamento se si passa dal Positivismo di fine Ottocento e dal Neopositivismo della prima metà del Novecento, dove si confidava in una scienza "specchio" fedele nel riflettere la realtà così com'è, capace di rilevare gli aspetti "oggettivi" quantitativi mediante un "metodo di osservazione e di sperimentazione" che non modifica il campo d'osservazione, e si reputava che tutta la realtà progressivamente potesse essere sottoposta al disvelamento scientifico, per arrivare, a causa anche delle potenti critiche idealistiche, fenomenologiche ed esistenzialistiche, a nuove impostazioni dell'Epistemologia e della Filosofia della Scienza.

Queste nuove impostazioni del Pensiero scientifico, abbandonate le precedenti certezze, propugnano un'oggettività solo contrattualistica del conoscere scientifico, la possibilità che l'esperimento manipoli le funzioni che vuole descrivere, la necessità di integrare le dimensioni quantitative con dimensioni qualitative, la

sostanziale diversità delle varie scienze ecc.. Ugualmente si è passati dalla concezione di un metodo sperimentale induttivo, utile per verificare i fatti reali alla luce degli enunciati delle teorie, a quella di un metodo sperimentale ipotetico-deduttivo capace di sottoporre a **falsificazione**, come dice K. Popper in bib. n. 2, le teorie alla luce dei fatti reali.

Bibliografia di riferimento al secondo paragrafo

- 1) W. Brezinka, METATEORIA DELL'EDUCAZIONE, Armando Roma 1980
- 2) K. Popper, LOGICA DELLA SCOPERTA SCIENTIFICA, Einaudi Torino 1970

§ 3) **Insegnamento, Apprendimento, Crescita, Accrescimento, Differenziazione morfologica e Costituzione, Sviluppo, Maturazione, Teleonomia e Unità psicofisica**

Per quanto si è già detto, dunque, nel processo dell'Educazione scolastica l'**Insegnamento** è da intendersi come l'insieme delle azioni che il docente pone in essere per causare l'apprendimento dell'allunno nella direzione che ha preventivamente deciso, e, a sua volta, l'**Apprendimento** è da intendersi come l'acquisizione di conoscenze e/o di abilità e/o di atteggiamenti da parte dell'allievo per effetto delle azioni intraprese dall'insegnante. Come si può notare è con enfasi che si sottolinea l'intervento, se non totalmente causativo almeno direzionale, dell'azione didattica del docente sulla condizione iniziale dell'allievo, per fargli conseguire una diversa condizione finale. E lo si fa per far intendere che non è lo sviluppo naturale a far conseguire quella condizione finale, del tutto al contrario di quanto ci ha insegnato J. J. Rousseau quando nell'Emilio propone in pieno Illuminismo un'Educazione negativa (o metodo inattivo), nel senso di impedire ogni intervento didattico esplicito, perché è sicuro che un tale intervento estraneo non può che alterare il ritmo naturale di quel processo di maturazione che è insito nella persona in fase di sviluppo.

Il pensiero di questo Grande rimane ancora esemplare in certe affermazioni come quella per cui il soggetto in età evolutiva non è come un adulto in miniatura, tuttavia una pur opportuna riconsiderazione della sua concezione metodologica ai tempi odierni ci deve solo far riflettere più approfonditamente prima di intraprendere un'azione educativa. Perché è del tutto evidente che nella società postindustriale o tecnologica o postmoderna lo sviluppo "naturale" non assicura più in alcun modo lo sviluppo completo della persona.

Ma è anche certo che il soggetto in età evolutiva è sottoposto ad un dinamismo che lo porta dalla condizione di essere totalmente inerme alla condizione di totale completezza della persona adulta; in tale ambito è necessario distinguere almeno i fenomeni macroscopici ed evidenti più importanti:

- il primo è costituito dalla **Crescita**, cioè il processo biologico teleonomico complessivo di modificazione del corpo dal concepimento alla situazione adulta che risulta di più processi biochimici contemporanei e interconnessi; due di questi poi sono particolarmente evidenti, l'**Accrescimento**, come progressivo aumento della massa fisica e delle dimensioni del corpo e la **Differenziazione morfologica**, come progressivo strutturarsi delle proporzioni tra le varie parti del corpo secondo la costituzione tipica del corpo adulto con dimorfismo sessuale.
- il secondo è costituito dallo **Sviluppo** (è il processo teleonomico³) psicofisico generale che guida al conseguimento delle competenze dell'adulto e risulta dal combinarsi di due macroprocessi psicofisici, quello della **Maturazione**, come evoluzione geneticamente determinata delle strutture e delle funzioni e quello dell'**Apprendimento**, come evoluzione delle funzioni e delle competenze provocata dalle condizioni ambientali sia fisiche che psicologiche). In tal senso possiamo poi distinguere nell'Apprendimento biologico, come

³ Il Finalismo o la Teleologia che la Filosofia nell'antichità poneva come spiegazione causale del determinismo nella natura (la natura o il fine determina lo sviluppo di un processo) uguagliandolo all'agire umano, con lo sviluppo della scienza è stato cancellato dal Meccanicismo. Tuttavia dopo la scoperta della Genetica da un lato e dell'Evoluzione fisica dall'altra, anche la scienza biologica moderna ammette una forma di finalismo materialista: la **Teleonomia**, intendendo che anche i processi biologici (oltretutto quelli umani nell'ambito dell'intenzionalità del soggetto) sono guidati internamente da forze biologiche tese al conseguimento di un'organizzazione tipica della specie (per approfondimenti cfr. J. Ruffié, DALLA BIOLOGIA ALLA CULTURA, Armando Roma 1978 e J. Monod, IL CASO E LA NECESSITÀ, A. Mondadori Milano 1981).

processo di sviluppo generale controllato dalle leggi psicobiologiche generali, un più ristretto fenomeno, quello dell'Apprendimento scolastico, controllato da leggi psicosocioculturali iscritte nelle leggi psicobiologiche di cui sopra, ma ancora, in definitiva, da descrivere compiutamente.

Della crescita si occupa una scienza chiamata Auxologia (cfr. bib. 1), mentre dello sviluppo si occupano diverse Scienze, quelle appunto dello Sviluppo, e fra esse la principale è senz'altro la Psicologia dell'età evolutiva (cfr. bib. 2). Non si può approfondire, ovviamente per il compito istituzionale a cui attendiamo, un pur così interessante campo d'indagine, tuttavia qualche battuta fondamentale è necessario lanciarla.

Un primo problema da definire è quello dei rapporti tra la dimensione biochimica e quella psicofisica. Può sembrare, infatti, da come abbiamo schematizzato i processi evolutivi, che crescita e sviluppo siano totalmente distinti, ma non è così, perché sono distinti soltanto finché le scienze che li studiano sono distinte; quando nasce una scienza che li unifica, come la Psicobiologia, si possono cogliere delle spiegazioni che sono trasversali ai due campi epistemici. E, infatti, accade proprio così: dopo la "depressione anaclitica" descritta da R. Spitz (bib. 3), veniamo a sapere che esistono fenomeni di "nanismo da privazione affettiva", a ribadire come le condizioni materiali e psicologiche dello sviluppo influiscono, e notevolmente, anche sui parametri costituzionali della crescita corporea.

Un secondo problema da definire è poi relativo ai rapporti all'interno del processo di sviluppo psicofisico tra aspetti psichici e mentali da un lato (la Cultura o la Mente o l'Apprendimento) e aspetti fisici e corporei dall'altro (la Natura o il Corpo o la Maturazione). A questo proposito con M. Merleau-Ponty (bib. 4) possiamo cogliere nel "fenomeno dell'arto fantasma" l'indizio chiaro di come sussista un circuito di causalità diretta tra dimensione della coscienza e dimensione della corporeità unificate nel concetto fenomenologico-esperienziale del vissuto. E la possibilità anche di invertire il senso della causalità diretta per pervenire ad una superiore reciprocità è definita nella teoria dei "tre mondi" da K. R. Popper (bib. 5). Tale circuito, dunque, implica ormai un improrogabile riferimento al soggetto dello sviluppo come Unità psicofisica e definisce come parziali e fuorvianti tutte le teorizzazioni pedagogiche e le descrizioni scientifiche di un tale processo che non si definiscano a partire da tale unità.

Bibliografia di riferimento al terzo paragrafo

1. G. De Toni, L'ACCRESIMENTO UMANO, La Scuola Brescia 1966; R. Zazzo et Alii, LO SVILUPPO BIOLOGICO, in Trattato di Psicologia dell'Infanzia, vol. II, Armando Roma 1971; J. M. Tanner, AUXOLOGIA: DAL FETO ALL'UOMO, UTET Torino 1981; G. Vico, PEDAGOGIA E AUXOLOGIA, La Scuola Brescia 1976.
2. P. H. Mussen et Alii, LO SVILUPPO DEL BAMBINO E LA PERSONALITÀ, Zanichelli Bologna 1976; J. Nash, PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO, Giunti Barbera Firenze 1982; L. Trisciuzzi, PSICOLOGIA EDUCAZIONE APPRENDIMENTO, Giunti Fi 1990.
3. R. A. Spitz, IL PRIMO ANNO DI VITA DEL BAMBINO, Giunti Barbera Firenze 1980.
4. M. Merleau-Ponty, FENOMENOLOGIA DELLA PERCEZIONE, Il Saggiatore Milano 1965
5. K. R. Popper e J. C. Eccles, L'IO E IL SUO CERVELLO, Armando Roma 1981

§ 4) **Epistemologia, Identità, Conoscenze, Abilità, Valori, Scuola, Famiglia, Relazione**

Il riferimento unitario costituito dal concetto di "unità psicofisica" che abbiamo colto con un'analisi epistemologica delle scienze della Crescita e dello Sviluppo (l'Epistemologia, come abbiamo visto, è la disciplina che studia le condizioni di verità e/o validità del sapere scientifico), trova un facile equivalente per l'ambito dell'Educazione nel concetto di Identità come progressiva assunzione di un nucleo abbastanza costante di autorappresentazioni significative di sé che fonda, in modo anche solo parzialmente cosciente, la capacità di orientarsi nella vita e di darle dei significati. Che sia Personificazione, come dice la pedagogia cristiana, o Autoformazione, come dice la pedagogia spiritualistica, o Coscienza sociale collettiva, come dicono la pedagogia marxista e J. Dewey ecc., ovvero che sia Sviluppo del Sé, come dice la Psicologia sociale, o dell'Io

come dice la Psicoanalisi classica ecc., comunque si tratta di un processo di transazione (tra l'individuo e l'altro generalizzato che rappresenta la società complessa e organizzata) relativo a tutta la realtà (materiale e non), alla sua esperienza e percezione personale e alla sua rappresentazione e comunicazione con mediazione simbolica collettiva condivisa, dove assume un peso notevole, se non determinante, la Relazione.

In questa direzione l'identità personale diventa sempre più un filtro connotato socioculturalmente che orienta le energie biogenetiche, nel singolo originariamente equipotenziali, verso esiti differenziati (riattualizzando ai giorni d'oggi la disputa ottocentesca tra Ereditarietà e Ambiente). Nell'arco di questo processo di autoidentificazione la qualità dell'educazione diventa dunque un fattore di grande importanza per lo sviluppo individuale e collettivo: la scuola, pur conscia di non essere né la prima né la principale agenzia formativa, perché in tal senso agiscono molto più profondamente altre agenzie come la Famiglia nei più piccoli, il Gruppo dei pari nei più grandi, il Lavoro per gli adulti e i Mezzi di comunicazione di massa per tutti, ha tuttavia un compito specifico: a) nell'insegnare a cogliere le conoscenze e a trattarle, b) nell'insegnare a sviluppare le abilità e a sottoporle ad un uso competente, e infine c) nel guidare all'assunzione consapevole di valori (in modo adeguato all'età dell'alunno) proprio mentre trasmette conoscenze e abilità.

La Relazione, come si è detto, diviene dunque molto importante nel processo di costruzione dell'Identità personale, di genere, di classe ecc. Della Relazione si interessano differenti scienze e discipline di studio, dalla Linguistica e dalla Sociologia alla Psicologia sociale e alla Psicoanalisi. In particolare due sono gli apporti che qui si intendono tenere presenti: quello psicoanalitico, per cui la R. è uno dei due bisogni fondamentali dell'individuo (l'altro è quello dei bisogni biologici) che si struttura progressivamente a partire dal rapporto primario con la madre e successivamente col padre (gli oggetti principali delle relazioni infantili), ma poi nell'arco della vita continua nelle interazioni secondarie scolastiche e lavorative da un lato e in quelle emozionali e sessuali caratteristiche della nuova famiglia dall'altro, anche se ripetendo le modalità fondamentali già vissute nei rapporti primari. L'importanza della R. per l'Educazione è notevole perché si è osservato il fatto che nel rapporto primario con la madre i bisogni biologici si soddisfano insieme a quelli relazionali (psicologici) e, se questi ultimi non vengono soddisfatti per determinati motivi (come nel bambino istituzionalizzato di Spitz), si produce un arresto di sviluppo (psicofisico, emozionale e cognitivo); da tutto ciò Winnicott inferisce che la R. sostiene lo sviluppo psicologico, producendo l'Apprendimento (quell'apprendimento di tipo psicobiologico di cui abbiamo parlato prima e su cui s'inserisce l'Apprendimento scolastico).

Da questa posizione iniziale, poi, altri Autori psicoterapeuti (Bion, Meltzer ecc.) portano a evoluzione ulteriore le ipotesi psicoanalitiche nella direzione estrema già espressa da M. Klein (cfr. bib. n. 1), determinando un complesso unitario di affermazioni cui riferire la propria azione:

1) il primato del mondo interno (il vissuto fantastico personale) su quello esterno (l'esperienza della realtà) in due dimensioni, e cioè a) sia che il mondo interno (fantasie, affetti, sentimenti, meccanismi di difesa ecc.) si struttura per effetto dei rapporti con gli oggetti interni (cioè come si sono organizzate nella mente le esperienze e i rapporti con gli oggetti reali; ovvero come si sono vissute anche prescindendo da una loro effettiva corrispondenza con la realtà); b) sia che la percezione del mondo esterno dipende dalla struttura di significati determinatasi nel mondo interno.

2) Anche se nel soggetto evoluto esiste una maggiore o minore consapevolezza della distinzione tra ciò che è reale nel mondo esterno (oggetto dell'esperienza) e ciò che è proiettato su di esso dal proprio mondo interno (oggetto della fantasia), nel soggetto in fase di sviluppo o in situazione di fluttuazione di identità ciò può non avvenire (fino al grave malato mentale dove non sussiste consapevolezza della distinzione).

3) Lo sviluppo della mente (della consapevolezza) può avvenire solo all'interno di una relazione affettivamente soddisfacente, perché il funzionamento cognitivo dipende dalle funzioni emotivo-affettivo-sociali (cfr. bib. n. 2).

Il secondo orientamento che ha particolare importanza per l'Educazione è quello espresso, a partire da l'Interazionismo simbolico e dalla Sociologia della conoscenza da un lato e dalla Teoria dell'Informazione dall'altro, dalla individuazione dei due livelli dell'Atto comunicativo, il primo costituito dal contenuto cognitivo (livello di contenuto) codificato nel messaggio linguistico dal parlante e decodificato nella comprensione del

messaggio dall'interlocutore e il secondo dalla punteggiatura sulla relazione (livello di relazione) che lega i due dialoganti nella situazione di interazione, effettuata dalla **Pragmatica della comunicazione umana** (intendendo con tale nome indicare la disciplina che studia la comunicazione come azione sociale). In tale visione il livello di relazione classifica (contestualizza, significa) quello del contenuto, ponendosi così su una dimensione metacomunicativa. Da ricordare che la R. è espressa dalla Comunicazione non verbale, oltretutto da quelle Verbale linguistica e non linguistica.

Due sono, almeno a questo punto di analisi, le implicazioni fondamentali di questa teoria: a) l'apprendimento della lingua, poiché il linguaggio si struttura in base alla funzione svolta nel contesto della comunicazione, può avvenire solo nella situazione di R.; b) la R. struttura il singolo **atto comunicativo** all'interno della sequenza di scambi e delle intenzionalità che connotano l'interazione tra due interlocutori, perciò l'analisi di tale atto non si può più ridurre ad un solo tempo (esecutivo), ma va costruita su tre tempi: 1) il primo consiste nell'elaborazione di un adattamento all'intenzione dell'interlocutore che effettua il parlante prima di parlare come risultato conclusivo di una transazione con le proprie attese; 2) il secondo è l'esecuzione, consequenziale a tale adattamento, dell'intervento comunicativo da parte del parlante; 3) il terzo è la ricerca del riconoscimento nell'espressione dell'interlocutore di esiti circa l'intenzione espressa dal parlante. E così il successivo atto ricomincia con la sequenza speculare da parte dell'interlocutore ora parlante e così via (cfr. bib. n. 3).

In conclusione si tratta di due differenti visioni, la prima evolve nello studio delle dinamiche affettivo-relazionali specificatamente infantili che si riattualizzano mediante i processi di apprendimento sviluppati nel corso della terapia; la seconda più presente alle prospettive di socializzazione culturale dell'educazione; tuttavia entrambe assegnano alla R. un'importanza fondamentale sia nello sviluppo generale della mente che nello sviluppo dell'interazione comunicativa e poi offrono degli utili modelli di riferimento all'intervento educativo, in specie quando dall'intervento sulla situazione dell'alunno il docente passi a considerare l'intervento sulla situazione d'insegnamento.

Bibliografia di riferimento al quarto paragrafo:

- 1) L. Trisciuzzi MANUALE DI PEDAGOGIA SPECIALE, Roma, Bari Laterza '96
- 2) G. Blandino et al., LA DISPONIBILITÀ AD APPRENDERE, Milano Cortina '95
- 3) U. Eco, SEGNO, Milano Isedi 1973

§ 5) Dalla Relazione alla Comunicazione. Comunicazione Educativa

La Relazione, dunque, come abbiamo visto si esprime in diverse forme comunicazionali. Da ciò discende la necessità di fare riferimento a una Concezione generale della Comunicazione che non può non partire dal modello meccanicistico della Teoria dell'Informazione e dai connessi concetti di Emittente, Ricevente, Canale, Segnale, Messaggio, Informazione, Codice, Rumore ecc. (cfr. figure in bib. n. 1, al capitolo IV della terza parte); all'interno di una tale visione generale poi è necessario tener presente sia la distinzione tra Espressione e Comunicazione, che il processo di Referenza nella costruzione di un Segno secondo il Triangolo semiotico, oltretutto cominciare a declinare le diverse caratteristiche dei vari Sistemi di Segni (sensomotorio, iconico, gestuale, sonoro-musicale, verbale orale, verbale scritto, multimediale, multimediale informatico, multimediale informatico interattivo) alla luce di una Teoria del Segno (Semiotica) e del Significato (Semantica).

Ma tutto ciò non basta, infatti è anche necessario ripensare tutto questo primo ampio sistema secondo la lente di un Approccio psicolinguistico alla Comunicazione che delimiti le sfere di Competenza ed Esecuzione (relazionale, comunicazionale, linguistica) definendo i Contesti sociali regolativi e gli usi conseguenti ai ruoli sociali (i Codici Sociolinguistici di Berstein), fino ad aprire l'Analisi della struttura linguistica nelle Funzioni linguistiche e nelle Operazioni mentali implicate ai differenti livelli delle Articolazioni della lingua (fonemica, morfosintattica e testuale); ma questi sono già argomenti che competono ad altri campi disciplinari (cfr. bib. 2,

3, 4 e 5), senza aver neppure toccato il tema della comunicazione non verbale (cfr. bib. n. 6). Un successivo sviluppo, nell'ambito dell'approccio psicosociale, riguarda, infine, la caratterizzazione della comunicazione in senso educativo e didattico.

In questa direzione, infatti, quando si parla della **Comunicazione Educativa** si intende quell'elemento che collega l'Apprendimento dell'alunno all'Insegnamento del docente come Farsi reciproco (l'insegnante apprende mentre insegna e l'alunno insegna mentre apprende). E proprio perché il processo comunicativo abbia successo e gli atti comunicativi possano strutturarsi secondo interazioni transazionali (come si è cercato di esprimere nel precedente paragrafo), la C. E. deve sostenersi su una Relazionalità favorevole sia tra docente e alunno che tra alunno e altri alunni (per non parlare di quella tra i docenti) e infatti la R. crea il sistema di reciprocità che permette il riconoscimento vicendevole e lo sviluppo del senso di appartenenza, contribuendo decisamente alla determinazione di un'atmosfera di Precomprensione e di Comune Interpretazione (Cfr. bib. n.7).

Si tratta in altre parole del "clima della classe" (la classe intesa come contesto di relazioni). In questo senso il gruppo classe, infatti, ha una struttura che determina un certo tipo di interazione per il conseguimento di comuni obiettivi. La struttura è determinata dalle posizioni (caratteristiche personali come età, sesso, amicizie, capacità, interessi ecc.) e dai ruoli (comportamenti connessi alle singole posizioni, attesi dagli altri) dei singoli componenti ed è facilmente riconoscibile da come questi si trattano e si considerano vicendevolmente. La presenza di una forte asimmetria strutturale dovuta al docente, se può accentuare funzioni gerarchiche che organizzano l'azione del gruppo nel perseguimento più efficiente degli obiettivi, tuttavia può rendere la vivibilità interna abbastanza difficile contrastando eccessivamente la soddisfazione dei bisogni dei componenti, e ciò non è più compatibile con la finalità educativa stessa. Per tal motivo la ricerca sul clima della classe, dopo la Pragmatica della comunicazione umana e lo sviluppo della **strategia del Rispecchiamento** sviluppata da C. Rogers all'interno di quella più ampia impostazione chiamata "Terapia centrata sul cliente" (cfr. in bib. n. 8 le schede 1,2,3,4,5 da pag. 46 a pag. 50), si è venuta configurando come indagine sulle forme (regole) più efficaci di comunicazione educativa (azione sociale) nel realizzare un'atmosfera relazionale favorevole all'acquisizione e alla rielaborazione delle nozioni da un lato, ma anche alla maturazione personale e sociale dall'altro, partendo dalla classica ricerca sulle interazioni in classe di Flanders (in bib. 9, tabella a pag. 179).

Attualmente la ricerca sul clima della classe (cfr. bib. n. 10) ha raggiunto un'articolazione profonda: da un lato si individuano condizioni personali del docente che influiscono sulla qualità del rapporto (fattori personali come motivazione, atteggiamenti di fondo, funzionalità psichica e capacità di controllo; fattori situazionali come quelli organizzativo-gestionali e, da ultima, la capacità di accurata lettura della situazione sociale degli allievi), poi sono definiti i principi che orientano il docente in una direzione proattiva (attivare, comprendere, sottolineare il positivo, ridimensionare e responsabilizzare) ed infine sono descritte le competenze interattive (qualità processuali di contatto, competenze di base e competenze complesse) di cui la professionalità docente deve venire sicuramente in possesso per dare sufficienti garanzie circa una "conduzione della classe" secondo un clima di promozione della persona.

Tra le nominate competenze di base si annoverano: 1) la capacità di Ascolto attivo (nel relazionarsi i soggetti sono sostenuti da bisogni e interessi che si esprimono nei vissuti personali. Per il buon esito delle relazioni è necessario prenderne coscienza e rendersene responsabili) che si esprime nelle tre fasi della Ricezione dei messaggi verbali e non verbali, Decodifica dei messaggi nella loro doppia dimensione di relazione e di contenuto, Attivazione del comportamento di supporto (sostegno e incremento della comunicazione dell'allievo senza forme direttive, ma con modalità di riformulazione verbale delle comunicazioni per facilitarne la comprensione anche allo stesso allievo). 2) La capacità di Comunicazione descrittiva (poiché se giudica o valuta i comportamenti dell'alunno, la comunicazione del docente determina reazioni o blocchi, deve realizzarsi soltanto come descrizione o constatazione dell'aspetto fenomenologico della situazione o del contenuto relazionale). 3) La capacità di Comunicazione rappresentativa (l'interazione si sviluppa meglio se i partecipanti sono consapevoli degli avvenimenti relazionali): in tal senso si possono introdurre gli atti comunicativi con

un'interpunzione referenziale (messaggi di riflessione personale come enunciati Prospettivo-ipotetici, espressivi e appellativi).

La fondamentale competenza complessa è, infine, la capacità di promozione e mantenimento della disciplina scolastica mediante la **Comunicazione regolativa**. Questa capacità è costituita da due versanti: quello preventivo (rendere esplicite le regole, formulare norme informali significative, promuovere l'autodisciplina ecc.) e quello correttivo (interventi semidirettivi, ristrutturazioni delle situazioni didattiche, tecniche di rispecchiamento e correzione).

Bibliografia di riferimento al paragrafo 5 del primo capitolo

1. M. L. Altieri Biagi, LINGUISTICA ESSENZIALE, Milano Garzanti 1985, terza parte
2. D. I. Slobin, PSICOLINGUISTICA, Firenze La Nuova Italia 1975
3. P. Watzlawick et alii, PRAGMATICA DELLA COMUNICAZIONE UMANA, Astrolabio RM '71
4. P. P. Giglioli, a cura di, LINGUAGGIO E SOCIETÀ, Bologna Il Mulino 1975
5. M. L. Altieri Biagi, Op. Cit., parte seconda
6. F. Nanetti et Alii, PSICOPEDAGOGIA DEL MOVIMENTO UMANO, Armando Roma 1993
7. P. Peticari, ATTESI IMPREVISTI, Torino Bollati Boringhieri 1996
8. C. Scurati, NON DIRETTIVITÀ, Brescia La Scuola 1976 e Snyders G., LE PEDAGOGIE NON DIRETTIVE, Roma Editori Riuniti 1975
9. L. Stenhouse, DALLA SCUOLA DEL PROGRAMMA ALLA SCUOLA DEL CURRICOLO, Armando Roma 1977
10. A. R. Colasanti e H. Franta, LE RELAZIONI SOCIALI IN CLASSE, in "Nuova Paideia" n. 5, 1995

Capitolo secondo: **Aspetti epistemologici dell'APPROCCIO MEDICO-RIABILITATIVO e linee d'integrazione**

§ 1) **Sanità, Prevenzione, Diagnosi, Terapia e Riabilitazione (o Rieducazione), Determinismo patogenetico, Disabilità e Handicap**

Quanto detto fin qui vale per l'educazione di tutti gli alunni, ma per quelli diversamente abili, poi, si devono fare i conti anche con un'altra agenzia formativa che ha tuttora (e ha sempre tenuto a suo tempo) un rilievo notevole nel processo di personificazione del disabile, anche per il ruolo storico giocato nei confronti della scuola nei primi anni dell'inserimento: la **Sanità**. L'educazione degli alunni portatori di handicap, infatti, si è realizzata da principio solo grazie alla guida scientifico-culturale e alla conseguente concezione di trattamento (riabilitativo) della Medicina. E per taluni versi questa si presta particolarmente a tale compito, giacché bisogna considerare come la pratica medica si adempia in quattro diversi settori operativi, quello della prevenzione, quello della diagnosi, quello della terapia e quello della riabilitazione. Tutti e quattro possono venir espressi in termini di prevenzione:

- primaria, o semplicemente **prevenzione** soltanto, è quell'intervento che tende ad eliminare i fattori di rischio che contribuiscono a determinare l'insorgere di una malattia;
- secondaria, è la **diagnosi precoce** della malattia e la sua **cura efficace** fino alla guarigione completa;
- terziaria, è l'intervento su chi è bensì guarito dalla malattia, ma ne continua a portare le conseguenze che gli impediscono di vivere come prima della medesima.

La **riabilitazione** o prevenzione terziaria ha, dunque, la finalità di risolvere le conseguenze della malattia e reinserire il soggetto nella società al pari di tutti gli altri, pertanto solo parzialmente si realizza in ambiente sanitario, per quanto ancora rimane legato alla terapia, prevedendo tutto un settore sociale d'iniziativa che si realizza anche all'interno di altre istituzioni, in particolare quelle educative e lavorative. Anche se in un campo come quello dell'handicap (e poi in particolare in quello relativo all'handicap psichico), dove l'aspetto sociale e culturale ha un influsso determinante sulle condizioni di vita e finanche sull'identità dei soggetti (con l'handicap dell'handicap), più che non quello della minorazione funzionale o della disabilità vera e propria, una netta distinzione tra terapia e riabilitazione sanitaria da un lato e terapia e riabilitazione sociale dall'altro può anche non sussistere invadendo direttamente l'ambito della vita quotidiana e della cultura sociale sottesa (si considerino i materiali sulle terapie desumibili da www.club.it/letizia/documenti; www.asphi.it/HomePage.htm e www.artiterapie.it).

Tenendo sempre presente quanto già detto (ma anche in prospettiva di ciò che diremo più avanti) circa la differenza tra disabilità e handicap, si può affermare che generalmente le tecniche di riabilitazione sono destinate a ridurre l'entità delle disabilità o ad aumentare le capacità residue, e per far ciò impostano l'intervento sulla "normalizzazione degli atti", o ripetendo il percorso dello sviluppo delle funzioni, o vicariando le capacità funzionali impedito, o cancellando comportamenti per imporne altri.

In tale ottica assumono un significato particolare i riferimenti medico-scientifici (si vedano i materiali relativi alle malattie neuromuscolari in www.uildm.org) sul problema delle cause della malattia mentale che hanno visto svilupparsi dalla Psicoanalisi freudiana e affiancarsi al tradizionale orientamento organicistico, (quello che aveva coniato il termine di Neuropsichiatria per significare come l'alterazione mentale fosse causata dalla malattia del sistema nervoso), un nuovo orientamento psicodinamico. E con questo si propone una visione per la quale l'alterazione mentale è causata da un conflitto psicosessuale. Successivamente, dagli studi delle scienze psicosociali e antropologico-culturali nasce un terzo orientamento, chiamato appunto psicosociale, perché rinviene la causa della malattia mentale nei fattori d'integrazione sociale che agiscono sull'individuo imponendogli un ruolo nella famiglia, nella scuola e nella comunità più ampia cui il soggetto risponde con il sintomo patologico. In quest'ultima prospettiva appare complesso (come dice G. Fava Vizziello, cfr. bib. n. 1) stabilire un confine tra "normalità e psicopatologia soprattutto in età evolutiva: diverso è il valore del segno, che la famiglia o la scuola colgono e trasformano in segnale attribuendogli un significato di indicatore di un disagio (forse non tanto per il bambino, quanto per chi l'ha identificato), segno/segnale che noi, professionisti della psiche, trasformiamo in sintomo, dandogli un senso di coadiutore con altri sintomi alla formazione di un quadro psicopatologico, presente nel nostro modello di riferimento".

Mentre al primo orientamento corrisponde, dunque, un'eziologia organogenetica, gli altri due fanno riferimento ad eziologie psicogenetiche, e precisamente a fattori prevalentemente interni l'uno, a fattori prevalentemente esterni l'altro. La medesima distinzione di solito viene richiamata anche con la contrapposizione tra i termini "organico", riferito al primo in quanto situazione dipendente da un deficit nella struttura anatomo-fisiologica del corpo e "funzionale", per gli altri due che presentano delle alterazioni nel funzionamento in presenza di un substrato organico normale o almeno indenne da patologie (per capire come si diagnostica secondo le due dimensioni summenzionate, si vedano le tabelle sull'anamnesi, sull'esame psichiatrico infantile, sui test e sull'analisi scolastica in bib. n. 2).

È da queste basi che si sviluppa la concezione di un processo di formazione dell'handicap proposta per le diverse ottiche eziologiche nelle schede che, rielaborando le prime indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, identificano due differenti livelli della catena causale: quello della disabilità e l'altro, dell'handicap. La formazione dell'handicap è segno di un processo sociale di riconoscimento della disabilità e non è sempre ad esso conseguente ed anzi conosce forti differenziazioni a seconda delle culture e dei tempi.

Scheda su: DETERMINAZIONE DELL'HANDICAP IN PROSPETTIVA ORGANOGENETICA
SECONDO L'O. M. S. (MODIFICATO)

Qualcosa di anomalo si verifica nell'individuo:

- 1) EVENTO MORBOSO (es. encefalite)

dal livello organico una catena di situazioni causali dà origine ad una modificazione nella struttura del corpo; e da questa si origina una carenza nella dotazione dell'individuo:

- 2) MENOMAZIONE (es. atrofia cerebrale)

che si realizza anche a livello psicofisico, giacché la modificazione o il mancato sviluppo strutturale determina a sua volta una limitazione o perdita di capacità:

- 3) MANCANZA DI ABILITA' (es. dislessia)

a questo punto si è giunti a livello psicosociale Questa disabilità può ostacolare le richieste sociali o della realtà culturale in cui si trova a vivere dando così luogo a:

- 4) HANDICAP (es. perdere il treno perché non si sa leggere l'orario)
livello sociale

Se poi l'individuo si rende conto della propria diversità, facilmente adatta il proprio ruolo e la propria posizione a quanto gli altri (famiglia, scuola, circondario, sanità) intendono a lui adeguato:

- 5) HANDICAP DELL'HANDICAP (es. rinunciare per sempre a prendere un treno)
livello psichico

a tutto ciò si può premettere che

- 1/2/3) QUALSIVOGLIA MANCANZA DI ABILITA' (es. codice linguistico ristretto)
livello psicosociale

cioè qualsiasi limitazione, anche da carenza esperienziale (svantaggio) della dotazione normale, può attivare la catena causale di cui sopra.

Scheda su: DETERMINAZIONE DELL'HANDICAP NELLA PROSPETTIVA PSICOGENETICA

Lo sviluppo emotivo-affettivo non si realizza in modo facile, perché si determina nell'inconscio un

- 1) CONFLITTO PSICHICO (es. disturbato rapporto con la madre)

a livello psichico così una catena di situazioni causali dà origine ad una modificazione nell'organizzazione psichica da cui si origina un comportamento inadeguato:

- 2) DISTURBO PSICOSOMATICO (es. emicrania) livello psicofisico

il disturbo crea delle condizioni di limitatezza e perdita di capacità nel comportamento atteso

- 3) MANCANZA DI ABILITA' (es. rendimento scolastico inadeguato)

a livello psicosociale questa disabilità può ostacolare le richieste sociali o della realtà culturale in cui si trova a vivere dando così luogo a:

- 4) HANDICAP (es. ripetenza scolastica)
livello sociale

Se poi il ragazzo si rende conto della propria diversità, facilmente adatta il proprio ruolo e la propria posizione a quanto gli altri (famiglia, scuola, circondario, sanità) intendono a lui adeguato, determinando:

- 5) HANDICAP DELL'HANDICAP (es. rinunciare a continuare a studiare)
livello psichico

Per un approfondimento delle tematiche scientifiche sulla spiegazione della malattia si consulti il testo n. 3 in bibliografia, per un approfondimento epistemologico-filosofico il testo n. 4.

Bibliografia di riferimento al primo paragrafo:

- 1) G. Fava Vizziello, PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO, Il Mulino Bologna 2003. Tutta l'opera è fondamentale per chi vuole impadronirsi di un quadro di riferimento psicopatologico generale nelle nuove dimensioni psicosociali, ma talune parti di questo testo si prestano particolarmente per approfondire temi che qui vengono necessariamente solo accennati: in particolare la prima parte nel percorso "segno, segnale e sintomo" attraverso i vari contesti; la seconda parte con la descrizione delle classificazioni diagnostiche (ICD-10 e DSM IV) e la terza parte con lo sviluppo psicopatologico del disturbo per funzioni del bambino, del genitore e dell'ambiente. Utilissimo il glossario, per una sintesi, che è possibile scaricare dal sito "www.mulino.it/aulaweb" dopo essersi iscritti all'aula (prevista appositamente per studenti e docenti universitari).
- 2) G. Benincasa e L. Benedetti, PROGRAMMAZIONE E INTEGRAZIONE SCOLASTICA DEGLI HANDICAPPATI, La Scuola Brescia 1981, da pag. 35 a pag. 47.
- 3) P. Thagard, LA SPIEGAZIONE SCIENTIFICA DELLA MALATTIA, Dynamie Milano 2001.
- 4) I. Cavicchi, FILOSOFIA DELLA PRATICA MEDICA, Bollati Boringhieri 2002.

§ 2) **Differenziazione scolastica sul modello della Terapia/Rieducazione per la Normalizzazione e Apprendimento in coda allo Sviluppo nella Pedagogia speciale**

Nel secolo scorso in Italia l'assistenza ai giovani minorati appartenenti alle classi sociali non privilegiate (per gli altri, se non sono abbandonati, si realizza nella famiglia d'origine dove restano confinati per tutta la vita) ancora si attua prevalentemente negli asili predisposti dagli Ordini Religiosi per curare gli infermi e soccorrere i bisognosi. L'educazione consiste generalmente nell'insegnamento delle regole della vita quotidiana e nell'avvio ad un lavoro adeguato alle capacità dei singoli soggetti. In questo senso la società largamente agricola dell'epoca assorbe facilmente questa mano d'opera del tutto priva di qualificazione nelle campagne, dove le forme consociate di lavoro rurale favoriscono l'inserimento in un circuito sociale più ampio, mentre più difficili sono gli esiti nella città industriale nascente, dove si assiste ad una concentrazione dei minorati presso i ricoveri religiosi.

Al passar del secolo, però, con Maria Montessori ed altri medici di valore, le convinzioni pedagogiche del Positivismo avviano un nuovo impegno nella rieducazione e nell'educazione dei giovani disabili, fondato sulla prospettiva aperta da nuove scienze medico-psico-pedagogiche e sostenuto dalle prime norme che fanno

carico alle municipalità d'intervenire sull'assistenza, accanto alle altre istituzioni sorte nelle città maggiori per volontà di privati benefattori. Si tratta di una prospettiva che tende a inquadrare il caso su di un piano medico e ad approntare un intervento differenziato e specializzato di insegnamento-trattamento per colmare le carenze nella dotazione dei soggetti a seconda delle categorie di handicap (non o ipovedenti; non o ipoacusici; minorati dell'intelligenza).

Questa prospettiva che, da un punto di vista scolastico, produce scuole speciali o istituti medicopedagogici (a seconda se senza o con internato) completamente separati dalla scuola normale per anormali veri, cioè soggetti "educabili che non possono essere del tutto recuperati scolasticamente e socialmente, né parzialmente recuperati secondo l'ordinamento degli studi e la normale pratica educativa nelle scuole comuni" e classi differenziali nella scuola normale per falsi anormali e cioè per "soggetti ... che presentano incapacità o difficoltà di profitto e di adattamento nelle classi comuni, ma che possono - con particolari cure, assistenza e metodi - essere totalmente recuperabili alla scuola comune" (cfr. bib. 1) permane come strategia d'intervento fin dopo dell'istituzione della scuola media unica nell'anno 1962.

Se si osserva bene, comunque, dalla classificazione di A. Benfenati manca una categoria di minorati tra quelle presentate e precisamente quella che attualmente chiameremmo dei portatori di handicap plurimi o gravissimi, mentre nella categoria dei falsi anormali possono venir compresi in definitiva tutti gli alunni che presentano una qualche difficoltà di apprendimento o di adattamento. Per i primi l'assistenza è avvenuta negli Ospedali psichiatrici fino all'entrata in vigore della legge 180/71.

Il metodo di insegnamento-trattamento (uso questo termine per mettere in rilievo l'ottica medicalizzante, anche se si tratta propriamente di didattica di tipo scolastico) che M. Montessori ha impostato tenendo presente l'opera di E. Séguin, e che poi è stata limata e perfezionata da educatori di valore come G. Mangili, M. T. Rovigatti, J. Cervellati, A. Spinelli e da ultimi A. Benfenati e G. Calò, è costituito da un'analitica frammentazione del procedimento didattico utilizzato nell'insegnamento normale, perché "mentre nel fanciullo normale esiste già una disposizione a compiere spontaneamente ... certi atti ... in virtù della sua propria costituzione anatomica, nel minorato, per causa delle sue condizioni ... deficitarie, tale spinta manca". E dalla "constatazione dell'esistenza di un ordinato concatenamento degli atti" per cui "il soggetto minorato, infatti, non può compiere un certo atto, se prima non ha compiuto certi altri atti", nasce un metodo "sicché dal movimento più semplice di partenza si passi a quello via via più complesso, dall'idea elementare si giunga all'associazione con altre idee, dai vari legami parziali si arrivi alla coordinazione nell'ambito di un'associazione generale". Così "la finalità del recupero" è di "giungere alla normalizzazione degli atti" (cfr. bib. 2).

La normalizzazione degli atti, dunque, è la condizione per gli apprendimenti scolastici, come dice chiaramente J. Cervellati quando afferma "l'insegnamento delle discipline scolastiche, compreso l'avviamento alla lettura e alla scrittura, sono la conseguenza della nostra opera educativa, non la premessa" (cfr. bib. 3). In questo senso l'apprendimento è conseguenza di una correzione dello sviluppo inadeguato delle funzioni, correzione che viene indotta completamente dall'insegnamento speciale o differenziale solo nel caso di anormali falsi, perché nel caso di anormali veri lo sviluppo alterato non può venir modificato, giacché in definitiva l'apprendimento è sempre in coda allo sviluppo.

Con la nuova scuola media, come già per la scuola elementare le scuole speciali (scuole all'aperto, scuole per minorati psicofisici, scuole per ciechi e per sordomuti, scuole per alunni affetti da malattie infettive, scuole per minorati psichici, scuole per corrigendi), si ribadisce l'istituzione, accanto alle classi normali, di classi differenziali per "soggetti le cui deficienze di rendimento o irregolarità di comportamento si possono ricondurre ad infermità e disturbi fisici o psichici di entità tale da non precludere in futuro la possibilità di un eventuale reinserimento in classi a ordinamento normale" (dalla C. M. 377 del 28/9/65) e di classi di aggiornamento destinate a soggetti che "per cause non ascrivibili a carenze mentali o a turbe caratteriali, ma a fattori ambientali comunque estranei alla loro personalità, appaiono bisognevoli di particolari cure" (dalla C. M. 373 del 25/9/65).

Poiché però le classi differenziali nel corso degli anni '60 proliferano, mentre quelle di aggiornamento non hanno fortuna, con l'effetto di far dichiarare anormali anche quelli, e sono la gran parte, solo svantaggiati

socioculturali, il Ministero apre la sperimentazione della scuola integrata a tempo pieno, bloccando l'istituzione di nuove classi differenziali. La commissione Falcucci infine elabora un documento in cui si mette in luce il senso dell'integrazione degli handicappati nelle classi normali e, due anni dopo, la legge 517/77 sancisce tale diritto.

Bibliografia di riferimento al secondo paragrafo

- 1) A. Benfenati, DIDATTICA DIFFERENZIALE, Editrice Montefeltro, Urbino 1964, pag. 36 e seg.
- 2) A. Benfenati, Op. Cit. pagg. 57 e 58.
- 3) J. Cervellati, DIDATTICA DIFFERENZIALE, Giunti Barbera, Firenze 1968, pagg. 59 e 60.

§ 3) **Linee d'Integrazione scolastica mediante l'Individualizzazione per un Apprendimento in testa allo Sviluppo**

Da tutte queste considerazioni, dunque, nasce l'idea, nei primi anni '70, che la miglior prevenzione terziaria, cioè la prevenzione a quello che nelle schede abbiamo chiamato **handicap dell'handicap**, consista nell'integrazione dei disabili nella comunità e particolarmente in quelle scolastica e del lavoro, senza segni distintivi attorno a cui possa crearsi il processo di emarginazione. Infatti, tenendo sempre presente quanto già detto circa la differenza tra disabilità e handicap, si può affermare che generalmente le tecniche di riabilitazione sono destinate a ridurre l'entità delle disabilità o ad aumentare le capacità residue impostando l'intervento sulla "normalizzazione degli atti", o ripetendo il percorso dello sviluppo delle funzioni, o vicariando le capacità funzionali impedito, o cancellando comportamenti per imporne altri (si vedano i tre trattamenti proposti nella scheda seguente e un quadro generale della Psicoterapia nella scheda successiva).

Scheda sulle CONCEZIONI SOTTESE A DIVERSI TRATTAMENTI PSICOMOTORI PER IL RECUPERO DEGLI HANDICAPPATI

1) L'intervento è finalizzato alla restaurazione di una FUNZIONE CEREBRALE DISORGANIZZATA per la sua RIPRESA FUNZIONALE o per la sua VICARIAZIONE tramite altri settori o funzioni: RIADATTAMENTO o RIEDUCAZIONE da un lato e COMPENSAZIONE o SOSTITUZIONE dall'altro. Ad ogni tipo di disturbo o insufficienza (di origine organogenetica) adeguatamente descritto dal punto di vista NEUROLOGICO, si affianca un complesso di interventi organizzati all'interno di una tecnica specifica. Le diverse tecniche sono poi sistematizzate in programmi parcellari e codificati di rieducazione. Es. Trattamento Doman per spastici (cfr. bib. 1) Implica generalmente un modello normativo dello sviluppo della funzione in causa.

2) L'intervento è finalizzato alla FACILITAZIONE della RELAZIONALITÀ prima e della COMUNICAZIONE poi del SOGGETTO IN DIFFICOLTÀ col suo mondo familiare, col suo mondo scolastico e col suo mondo SANITARIO-PSICHIATRICO; mondi cui appartengono gli oggetti importanti per lo Sviluppo EMOTIVO-AFFETTIVO. Più che allo specifico disturbo (di tipo psicogenetico), considerato come un semplice sintomo di una difficoltà di ordine superiore, ci si rivolge alla RELAZIONALITÀ come modalità esistenziale fondamentale della condizione umana, sulla base degli apporti della teoria psicoanalitica kleiniana. Es. Terapia familiare di Lapierre per autistici; Pratica psicomotoria Aucouturier per psicotici (cfr. bib. 2 e 3). Tende alla espressione del materiale inconscio radice dinamico-genetica del sintomo e al suo trattamento.

3) L'intervento è finalizzato alla MODIFICAZIONE del COMPORTAMENTO, con FISSAZIONE dei comportamenti adeguati e CANCELLAZIONE di quelli non adeguati secondo una scala di OBIETTIVI

PRATICI della vita quotidiana, personalizzati sui bisogni del singolo soggetto. Più che al sintomo o alla relazionalità, considerati pur sempre aspetti parziali dell'essere umano, l'intervento è rivolto analiticamente al comportamento del soggetto nell'ambito di una concezione realistica e pragmatica che aderisce ad alcune tecniche di condizionamento tipiche del Neocomportamentismo (Skinneriano). Es. Trattamento Kozloff per cerebrolesi gravi (cfr. bib. 4). Implica tra l'altro l'uso di premi e punizioni, perciò non è facilmente applicabile in ambito scolastico se non nella versione della "Token economy".

Scheda su: PSICOTERAPIA DI SOSTEGNO E DEL PROFONDO

PSICOTERAPIA: Si basa sul rapporto tra giovane paziente, terapeuta e adulti di riferimento o gruppo dei pari. Quando il rapporto verbale è limitato o impedito si usano altri mezzi espressivi gioco, disegno e pittura ...)

DI SOSTEGNO: Si realizza quando il terapeuta, pur favorendo il bisogno del paziente di comunicare la sua sofferenza a qualcuno che la comprenda, non entra nell'analisi dei meccanismi profondi dell'inconscio, mantenendo il suo intervento a livello del conscio e facilitando il contatto tra il modo personale del paziente e la realtà rappresentata dal suo corpo malato, dalla conflittualità con la famiglia, dal ruolo sociale ... (Psicodramma di Moreno, Psicoterapia della famiglia, Analisi istituzionale, Psicoterapia non direttiva o centrata sul cliente di Rogers, Terapia occupazionale, Gruppo di analisi al I livello ...)

DEL PROFONDO: Si basa sul rapporto emotivo tra paziente e terapeuta per permettere che i desideri inconsci si attualizzino ripetendo prototipi infantili vissuti con forte senso di attualità e su questi si possa esplicitare la "spiegazione" del terapeuta. (Psicoanalisi freudiana, Analisi esistenziale, Psicoterapia di gruppo, Tecniche di gioco)

Ma in questo senso l'apprendimento è conseguenza di una correzione dello sviluppo inadeguato delle funzioni, correzione che viene indotta completamente dall'insegnamento speciale o differenziale solo nel caso di anormali falsi, perché nel caso di anormali veri lo sviluppo alterato può venir modificato solo parzialmente, giacché in definitiva l'apprendimento è sempre in coda allo sviluppo. Ed è proprio questo il tipo d'intervento che si deve realizzare nella scuola? Lo sviluppo dei Programmi dei Corsi di Specializzazione, tuttavia, testimonia che l'applicazione di un trattamento riabilitativo (o anche rieducativo che può voler significare la medesima cosa) nell'istituzione scolastica possa avvenire solo a carico del personale sanitario che, nel rispetto della normativa vigente, è tenuto a rispondere a proprie formule deontologiche ed a perseguire propri obiettivi (alcune nuove interpretazioni sottilmente pedagogiche della normalizzazione non convincono: cfr. bib. 5), mentre il personale scolastico deve realizzare un'iniziativa educativa all'interno di quelle regole pedagogiche che presiedono a qualunque atto educativo. Non va sottaciuta la grande differenza che può sussistere tra questi due tipi di intervento, anche se per altri versi possono sussistere ampi scambi nella elaborazione teorica e nelle formulazione della strumentazione tecnica che tuttavia devono, poi, essere piegate a diverse logiche quando vengano utilizzate rispettivamente nell'altro campo.

La scuola è esperienza di vita e nel corso di questa esperienza quotidiana le funzioni cognitive (della percezione, della motricità, della comprensione, della conoscenza, della comunicazione, della memoria, dell'intuizione, della creatività ecc.) si sviluppano nella produzione scolastica in connessione con quelle non cognitive (emotivo-affettive, espressivo-relazionali e sociali) nel vivo del rapporto interattivo tra le persone, solo che si lasci che questa interrelazione avvenga e che abbiano luogo le motivazioni all'agire comunicativo e interattivo.

In questo senso si può aprire, con l'adeguato comportamento insegnante, una spirale di relazione e produzione che diventano di volta in volta causa e obiettivo dell'agire e con ciò stesso dell'apprendimento e dello sviluppo. Non sussiste alcuna necessità di una normalizzazione preventiva degli atti prima del loro utilizzo nell'apprendimento, ma gli atti si possono normalizzare solo esplicandosi in un apprendimento già integrato ed anche complesso, il che non vuol dire difficoltoso, ma globale, anche nel compito più facile da affrontare. Ciò costituisce proprio tutto l'opposto dell'apprendimento elementarizzato tipico della Pedagogia speciale o della Riabilitazione. E quando l'individuo non ce la fa, subentra l'apprendimento mediato dal gruppo che sostiene e porta avanti quello individuale fino ad entrare in quella che è stata chiamata l'area potenziale dello sviluppo dell'individuo. E ciò accade non solo per l'alunno portatore di handicap, ma per tutti.

Anche questo è dunque un concetto della Pedagogia dell'integrazione totalmente diverso da quelli espressi dalla Pedagogia speciale, nel senso che mentre quest'ultima pone l'apprendimento in coda allo sviluppo, e per di più considera lo sviluppo come maturazione delle strutture organiche ponendo l'individuo in posizione del tutto succube da un lato all'ereditarietà biologica, e dall'altro all'influsso dell'ambiente; la prima pone l'apprendimento in testa allo sviluppo e concepisce questo come il risultato, tra le tante forze che intervengono, anche dell'iniziativa del soggetto per partecipare alla vita sociale della sua comunità, sia sul piano della relazione con gli altri che su di quello della produzione in collaborazione con gli altri. L'apprendimento diventa così lo strumento principale per una partecipazione sempre ad un livello qualitativamente più alto (cfr. bib. 6).

Un altro elemento di notevole stacco con la concezione di una Pedagogia speciale sta nella tendenza a far scomparire la diversità dell'handicappato, o quanto meno a non evidenziarla. Ciò paradossalmente può accadere solo quando si sia capaci di considerare ciascuno normale, e non per negare la differente dotazione personale, ma perché deve diventare normale che ciascuno possa partecipare all'esperienza scolastica (nella scuola di base) al proprio livello di capacità senza essere discriminato ed emarginato. La scuola deve offrire gli strumenti per realizzare lo sviluppo massimo possibile di ciascuno e lo sviluppo non può realizzarsi senza questa partecipazione individuale all'esperienza di vita che si realizza nell'apprendimento. Ma questo apprendimento non deve divenire l'occasione perché uno possa venir separato dagli altri che hanno differenti capacità. In tal senso il docente e la sua professionalità diventano i mezzi principali per realizzare la partecipazione di ciascun alunno e pertanto anche di quello portatore di handicap.

L'insegnante, quindi, deve essere in grado di servirsi di un metodo di insegnamento individualizzato e di materiali che possano permettere la partecipazione a diversi livelli operativi; deve, per stimolare la partecipazione, poter utilizzare delle strategie didattiche basate sulla ludificazione e animazione della lezione. Deve, infine, dopo aver programmato e strutturato la materia, essere in grado, nel contempo, di seguire il programma suggerito dall'agire degli alunni riportandolo senza forzature a quello prefissato dalla sua programmazione (cfr. bib. 7).

Bibliografia di riferimento al terzo paragrafo

- 1) G. Doman, CHE FARE PER IL VOSTRO BAMBINO CEREBROLESO, Armando Roma 1975
- 2) A. Lapierre et alii, BRUNO, PSICOMOTRICITÀ E TERAPIA, Ed. Piccin Padova 1982
- 3) B. Aucouturier et alii, LA PRATICA PSICOMOTORIA, Armando Roma 1986
- 4) M. A. Kozloff, IL BAMBINO HANDICAPPATO, Giunti e Barbera Firenze 1981
- 5) R. Zavalloni, PER UNA "PEDAGOGIA DELLA NORMALIZZAZIONE", in Handicap Progetto Educazione, Giunti e Lisciani, Teramo 1987, da pag. 67 a pag. 84.
- 6) L. S. Vygotskij, LO SVILUPPO PSICHICO DEL BAMBINO, Editori Riuniti, Roma 1973, da pag. 144 a pag. 164.
- 7) Idem, da pag. 126 a pag. 143.

§ 4) Modalità e strumenti per la Progettazione personalizzata: Continuità nell'integrazione

Per preparare una concettualizzazione adeguata della Progettazione per l'integrazione, bisogna ora introdurre due argomenti trasversali relativi alla Continuità e alla Progettazione interistituzionale. Alla fine degli anni '80, infatti, nuove norme hanno accentuato talune dimensioni pedagogiche della formazione nella scuola di base. Tra esse la definizione della **continuità educativa** che ha dato la maggior prova di sé negli ordinamenti della scuola primaria ex artt. 1 e 2 della legge 148/90 dove si affermava: "La scuola elementare, anche mediante forme di raccordo pedagogico, curricolare ed organizzativo con la scuola materna e con la scuola media, contribuisce a realizzare la continuità del processo educativo".

La medesima norma proseguiva, poi, elencando le modalità di realizzazione di questa strategia educativa, in particolare in ordine a:

- a) la comunicazione di dati sull'alunno;
- b) la comunicazione di informazioni sull'alunno in collaborazione con la famiglia o con chiunque esercita la potestà parentale;
- c) il coordinamento dei curricoli degli anni iniziali e terminali;
- d) la formazione delle classi iniziali;
- e) il sistema di valutazione degli alunni (unificato sul modello primario dalle nuove schede istituite nel corso dell'anno 1996);
- f) l'utilizzo dei servizi di competenza degli enti territoriali.

Questa normativa era, dunque, rivolta a tutti gli alunni della scuola dell'obbligo, ma già prima si erano dettate, su questa linea pedagogica, norme specifiche per i portatori di handicap. La Cm 1/88, ad esempio, imponeva tutta una procedura per realizzare il raccordo nel passaggio di scuola tra i tre livelli del sistema formativo di base in 5 tempi:

1^a Tempo: subito dopo le preiscrizioni. I Incontro tra a) Capi d'Istituto, b) insegnanti di classe o sezione che sta frequentando, c) doc. di sostegno di entrambe le scuole, d) operatori dell'Ulss, e) genitori per un primo esame della situazione ambientale e una prima valutazione di obiettivi difficoltà dell'integrazione.

2^a Tempo: al termine del vecchio anno scolastico invio documentazione a) su interventi realizzati per l'integrazione e le attività specifiche didattiche, b) integrale documentazione di DF e PEI con attuazione, e relazione dei docenti di sostegno e curricolari più la scheda di valutazione.

3^a Tempo: all'inizio del nuovo anno scolastico II Incontro tra a), b) e c) del I, con d) a seconda delle intese e senza genitori per comunicazione di informazioni analitiche sulla personalità con riferimento a: a) difficoltà d'apprendimento; b) condizioni emotivo-affettive; c) comportamenti; per formulazione nuovo PEI e per raccordare gli Obiettivi Educativi e Didattici al livello di maturazione e al grado di conoscenze raggiunti.

4^a Tempo: eventuale partecipazione consultiva del docente di sostegno della vecchia scuola all'elaborazione del nuovo PEI (secondo intese e modalità del CD).

5^a Tempo: qualora il passaggio dovesse comportare una compromissione dei risultati raggiunti, si possono sperimentare per i primi 2 o 3 mesi interventi diretti del vecchio docente di sostegno (previe intese, delibere CD e autorizzazione del Provveditore).

Infine la Cm 262 del medesimo anno della precedente, recependo la sentenza con cui la Corte Costituzionale aveva dichiarato non costituzionale la legge 118/71 là dove dice che "sarà facilitata" la frequenza della scuola secondaria di II grado da parte dei soggetti portatori di handicap, anziché affermare che sarà assicurata, rivede tutta la complessa materia dell'integrazione nella scuola media superiore (Cfr. bib. n. 1) e, riaffermando l'applicabilità anche a questo grado dell'ordine scolastico delle circolari fin qui analizzate, e quindi anche della Cm 1/88 sulla continuità, ricapitola il complesso procedimento (a cura dei Capi d'Istituto della scuola media e della secondaria superiore, ma anche con l'intervento degli OO. CC.) di definizione delle forme di sostegno, successivamente articolate nelle 4 aree (umanistica, scientifica, tecnologica e psicomotoria), facendone un supporto fondamentale di continuità anche amministrativa.

Recentemente, poi, alla luce dei nuovi orientamenti della Riforma scolastica (Legge 53/03) sono state avviate nuove regole generali per organizzare più puntualmente le forme e le occasioni di continuità educativa e didattica tra tutti i livelli e gradi della scuola e per tutti gli alunni. In tale prospettiva le condizioni sono favorevoli per diversi motivi; il primo è che nel ciclo primario del sistema nazionale d'educazione ci si trova di fronte a "Indicazioni nazionali" dettate di recente e che, per effetto di tale recente dettatura, sono abbastanza omogenee, almeno per ciò che riguarda la cultura psicopedagogica che le informa e la struttura organizzativa a cui fanno riferimento.

Dunque da questi testi emergono due necessità evidenti per assicurare la continuità di un processo di sviluppo così difficile come quello di un alunno in difficoltà per la presenza di un handicap: sono la **continuità verticale** che si realizza tra le scuole che successivamente nel tempo si prendono cura dell'alunno e la **continuità orizzontale** tra le diverse agenzie di educazione, terapia e rieducazione che intervengono nella vita dell'alunno handicappato.

Ma la Continuità era stata già definita all'indomani dell'istituzione della scuola media (Legge 1859/62), come la necessità "che ogni scuola che segue deve iniziare la sua opera dallo scolaro effettivo e dal programma terminale della scuola precedente, con lo spirito e con le metodologie della scuola precedente, procedendo solo gradualmente ai programmi, ai metodi ed allo spirito che le sono più propri" (Cfr. bib. n. 3). Ma da questo concetto, squisitamente pedagogico, su cui tutti erano ugualmente d'accordo, si è passati, in occasione della stesura dei nuovi programmi della scuola primaria, ad una concezione fondata sulle istanze della nuova Scienza dell'educazione, cioè sulla teorizzazione di un modello psicologico dello sviluppo (Cfr. bib. n. 4), sul quale modello, peraltro, pochi sono d'accordo (Cfr. bib. n. 5).

In realtà mentre la Continuità verticale ha caratterizzato la nascita della scuola media e quella orizzontale ha accompagnato da molto tempo la scuola elementare come scuola popolare del fare (che, proprio per ciò, dall'ambiente culturale circostante coglie gli spunti del proprio lavoro), un'altra Continuità, anch'essa nata a suo tempo con la scuola media, è giunta al punto di costituire un vero e proprio obiettivo della programmazione dell'azione educativa anche nella scuola elementare riformata.

Si tratta, infatti, dell'unità d'insegnamento, o **Continuità trasversale alle materie e alle discipline** (intese come aree disciplinari e cioè come i primi raggruppamenti di singole materie affini). Questa terza forma di continuità educativa e didattica era stata già individuata, come risorsa assicurabile dalle scuole, mediante un'azione collegiale su:

- a) la conoscenza della classe e degli alunni,
- b) l'interpretazione dei piani di studio, dei programmi e degli interessi degli alunni,
- c) il coordinamento delle mete degli insegnamenti e dei piani personali degli insegnanti,
- d) il controllo e l'aggiornamento della comune attività didattica (Cfr. bib. n. 6).

Se, poi, la scuola media può a giusto titolo insegnare qualcosa su questa terza dimensione della Continuità, si può ricordare che da una prima fase storica, caratterizzata dall'accostamento dei contenuti (spesso surrettizio) richiesto dalla Cm 266/63 e allineato ad una omologia di tipo materiale non più facilmente ricostituibile dopo la frammentazione disciplinare della didattica induttiva e globale della scuola primaria, se si vuole rispettare il piano contenutistico della scuola secondaria (ed anche una delle sue principali finalità), si è nel tempo passati ad una fase di studio e applicazione dell'omologia di tipo metodologico, avviata dai Programmi d'insegnamento del '79, rimanendo ancora in attesa di quella omologia di tipo formale desunta dal discorso dello Strutturalismo (cfr. bib. n. 7), ma che solo con i nuovi strumenti di valutazione aveva incominciato ad esprimersi con una certa cognizione di causa (Dm 5/5/93 e Cm 167/93), e ancor'oggi potrebbe costituire una buona premessa alle istanze di rinnovamento proposte nella scuola della riforma con il principio dell'ologramma a cui più volte faceva riferimento il testo delle "Indicazioni nazionali" del 2004 e poi ripreso, ma diversamente espresso per ambiti, dalle nuove versioni delle indicazioni (2007 e 2012).

Ed ora, dunque, arriviamo al punto centrale di ogni analisi che voglia soffermarsi sulla continuità, o meglio su qualunque delle tre forme della continuità educativa definita dai regolamenti ministeriali: la necessità

di un impianto continuo nella scuola dell'obbligo è ormai l'unica difesa, per una personalità in costruzione, da una **discontinuità psicologica** assoluta indotta:

a) sia dai campi culturali riferiti alle dimensioni della **ricerca tecnico-scientifica** (che si ripercuote direttamente nella pratica scolastica per effetto dell'industria culturale generata dal mercato anche sul "bene" dell'educazione);

b) sia dall'esperienza della vita quotidiana frammentata nelle diverse **agenzie formative** (che rispondono spesso a scopi differenti), sia dalla pervasività dei **mezzi di comunicazione di massa** (tendenti a frammentare la stessa percezione del reale e ad alienare la percezione del sé in un vissuto certamente fittizio, ma non casuale, perché intenzionato dai controllori, cfr. bib. n. 8).

Paradossalmente era molto più continua una scuola che aveva alla sua base un'omogeneità culturale e sociale evidente, come la scuola canalizzata e di classe gentiliana (cfr. bib. n. 9), nonostante la presenza di continui sbarramenti e forme di selezione dirette e palesi, rispetto alla scuola (falsamente) unica e integrata di oggi che ha realizzato nuove forme, spesso non palesi, di insuccesso, dispersione e persino selezione (cfr. bib. n. 10). Ma se tutto ciò ha un notevole valore nell'educazione dell'alunno "normale", ancor più ne assume per l'alunno disabile portatore di handicap. Per tal motivo R. Zavalloni, nel suo libro sull'Introduzione alla Pedagogia speciale, infatti, dedica il paragrafo iniziale del capitolo sulla Metodologia (didattica, educativa, rieducativa, terapeutica) alle "esigenze di una progressione metodologica" che rispetti la continuità del processo educativo in tutto l'arco della scuola dell'obbligo (cfr. bib. n. 11), a voler significare, al di là delle semplici parole di un libro, ma concretamente coi fatti, come la Continuità nell'integrazione assuma una valenza prioritaria nei confronti di ogni altra strategia educativa, e tutto ciò **in tempi molto anteriori** ai regolamenti sulla Continuità educativa cui si è accennato sopra.

Parimenti G. Vico, che a suo tempo aveva preso le distanze dalla concezione della "normalizzazione" proposta da R. Zavalloni nell'integrazione dei portatori di handicap, aveva già messo in luce, in un intervento effettuato al seminario "Per l'educazione dei portatori di handicap" di Siena nel 1983, come per lo sviluppo dell'intenzionalità nella persona handicappata, sia fondamentale un percorso continuo dall'infanzia all'adolescenza e, proprio alla luce di questa strategia, si debba realizzare una radicale revisione di tutte le modalità di accostamento al problema dell'integrazione scolastica di quel tempo (cfr. bib. n. 12).

Bibliografia di riferimento al quarto paragrafo:

- 1) E. Garbizza, LEGISLAZIONE E HANDICAP A SCUOLA, Pacinotti Mestre 1992.
- 2) G. Michielotti, CONTINUITÀ E CONTIGUITÀ, in "Scuola viva", n. 8 sett. '90.
- 3) A. Agazzi, IL RAPPORTO CON LA SCUOLA CHE PRECEDE E CON QUELLA CHE SEGUE, in "La nuova scuola media", Movimento Circoli della Didattica, Roma 1964.
- 4) C. Pontecorvo, LA CONTINUITÀ EDUCATIVA NELLA SCUOLA DI BASE, in "Il nuovo ordinamento della scuola elementare", Studi e documenti della P. I., Le monnier, Firenze 1990.
- 5) Articoli di Melino M., Calidoni M. e P., Corda Costa M., Izzo D. e Martini A. su "Scuola e città" annate 1992 e 1993; articoli di Bocca G., Vico G., Bertagna G. su "Scuola e didattica" annate 1992 e 1993
- 6) C. Tamborlini, PRESENTAZIONE E INTERPRETAZIONE DELLA LEGGE (n. 1859/62), in "La nuova scuola media", Movimento Circoli della Didattica, Roma 1964.
- 7) C. Scurati, L'IMPOSTAZIONE DEL PROBLEMA DIDATTICO DELL'INTERDISCIPLINARITÀ, in "L'interdisciplinarietà nella scuola secondaria", Movimento Circoli della Didattica, Roma 1975.
- 8) Opere di Morin E.; Turaine A. e MacLuhan M. H.
- 9) Opere di Barbagli M.; Natale G. et alii; Canestri G. e Ricuperati G.; Cesareo V.; Ambrosoli L.; Santoni Rugiu A. ecc..
- 10) AA. VV. XXV RAPPORTO CENSIS (1991) e ATTI DELLA CONFERENZA NAZIONALE DELLA SCUOLA (1990).
- 11) R. Zavalloni, INTRODUZIONE ALLA PEDAGOGIA SPECIALE, La Scuola Editrice Brescia 1969, da pag. 189 a pag. 197.

12) G. Vico, DALL'INFANZIA ALLA PUBERTÀ: PER UNO SVILUPPO DELLA INTENZIONALITÀ NEI PORTATORI DI HANDICAPS, in HANDICAP PROGETTO EDUCAZIONE, a cura di M. Mencarelli, Giunti e Lisciani Teramo 1987

§ 5) Interpretazione pedagogica dei nuovi strumenti di progettazione interistituzionale (DF e PDF)

Il secondo ordito che dovrà confluire trasversalmente nella programmazione per l'integrazione è costituito dall'uso adeguato e dalla conoscenza approfondita di alcuni strumenti di lavoro comuni tra operatori appartenenti a istituzioni e realtà diverse, la Sanità, la Scuola, l'Ente Locale, le Associazioni e gli Enti Culturali e la Famiglia. Nei primi anni '80, infatti, alcune norme molto importanti hanno definito i primi strumenti per l'integrazione scolastica. Tra queste si devono ricordare le Ccmm 258/83 e 250/85 che fondano i veri capisaldi concettuali del Piano Educativo Individualizzato e della Diagnosi Funzionale (Cfr. bib n. 1). Si dà, ora, una sintesi della Cm 258 da cui si può evidenziare come la stesura del Piano sia un atto collegiale:

----- Sintesi Cm 258/83 -----

Consiglio Scol. Distrettuale pianifica: a) la distribuzione dei portatori di H., b) il contributo del Comune per l'assistenza (trasporto e mensa), dell'Ulss con l'assistente polifunzionale e l'intervento di riabilitazione, della scuola per il carico di sostegno e la sperimentazione per i più gravi.

Ulss fornisce un Profilo-Diagnosi da aggiornare.

Scuola - Ulss - Genitori definiscono un programma coordinato degli interventi didattici, terapeutici e riabilitativi da attuare e verificare regolarmente.

Piano Educ. Individualizzato collegato alla programmazione del CD e CI esprime: a) Identificazione della situazione d'ingresso (stesura del Profilo da parte del Gruppo di lavoro di scuola); b) Osservazione nel primo periodo di frequenza; c) Progettazione e realizzazione dell'intervento; d) Verifica a scadenze prestabilite e Orientamento progressivo (specie se non si avrà ammissione all'esame di licenza).

Ancora si dà una sintesi della Cm 250 che specifica ulteriormente il senso della Diagnosi Funzionale ai fini del Piano Educativo Personalizzato:

----- Sintesi della Cm 250/85 -----

La Diagnosi è funzionale (segue la segnalazione di h. e la trasmissione della documentazione dopo attenta osservazione del caso) ad un intervento educativo e didattico, perché evidenzia (accanto ai dati anagrafici, familiari e delle certificazioni) un Profilo fisico, psichico, sociale e affettivo mettendo in rilievo difficoltà di apprendimento, possibilità di recupero e capacità ed abilità possedute.

Il Piano è un programma personalizzato finalizzato ad obiettivi di Autonomia; di acquisizione di competenze e abilità; di conquista di strumenti operativi basilari (linguistici e matematici). In presenza di h gravi si necessita delle integrazioni terapeutico-riabilitative che possono avvenire in scuole particolarmente attrezzate.

Il docente di Sostegno condivide con i docenti curricolari la responsabilità dell'integrazione il cui primo principio è di far agire il più possibile il soggetto insieme ai suoi compagni di classe, di sezione e di gruppo.

Queste disposizioni regolamentari hanno poi goduto di una giusta promozione a testo di legge ordinaria con la legge quadro 104/92, dove si definisce compiutamente dall'articolo 12 a quello n. 16 tutto il senso e le modalità del processo d'integrazione. A completamento è poi giunto l'atto d'indirizzo della Sanità col Dpr 24/2/94 che riscrive totalmente Diagnosi, Profilo e Piano, pur nel solco già segnato dai regolamenti succitati. Da

ciò risulta che, dopo la **Certificazione di Handicap**, premessa necessaria per godere dei benefici dell'integrazione, si devono realizzare:

a) la **Diagnosi Funzionale**, descrizione della compromissione che va definita dalla Sanità al momento dell'accesso a detta istituzione.

b) Il **Profilo Dinamico Funzionale** è descrizione delle funzioni in atto e in sviluppo nell'arco di tempo dai sei mesi ai due anni e va definito, dopo una fase di osservazione scolastica, da Sanità e Scuola con la collaborazione della Famiglia.

La descrizione delle funzioni offre così alla programmazione scolastica (ma anche a quella riabilitativa sanitaria e a quella culturale extrascolastica) i necessari riferimenti sullo sviluppo fortemente caratterizzato (per la presenza di disabilità e handicap dell'handicap che influiscono sulle funzioni della persona in modo del tutto diverso anche all'interno della medesima tipologia patologica) dell'alunno in condizione di handicap al fine di pervenire ad un adeguato progetto di attività che confluirà, con quelli delle altre istituzioni e delle eventuali Associazioni, nel Piano Educativo Individualizzato.

Ciò che non si deve perdere, insomma, delle vecchie normative è il senso di funzionalità che deve rivestire concettualmente e funzionalmente sia Diagnosi che Profilo nei confronti del Piano: in tal senso è necessario che il docente organizzi la sua osservazione in ambito scolastico, per una prima prospettiva, su tutti gli assi, in modo da essere in grado di contrattare con gli altri estensori gli elementi di descrizione, poi, in una seconda ma non minore prospettiva, deve definire un quadro unitario di significati in cui calare i dati di osservazione, perché abbiamo già accennato in precedenza discutendo della Continuità educativa, come proprio la ricerca e la tecnica siano produttive di caduta di senso e di valore nel non disporsi alla dimensione del sistema. In altre parole ciò che l'insegnante non può accettare è la concezione del "bambino fatto a fette" per descriverlo più compiutamente, quando proprio nel farlo a fette cadono gli elementi di significazione.

La preoccupazione di un'inopinata affettatura non è soltanto una falsa paura (se il problema se lo pone persino la sanità, cfr. bib. n. 2), perché bisogna ricordare che il Profilo, da farsi insieme tra Sanità e Scuola, ha le sue origini nella Diagnosi, a cura della sola Sanità; che tra Diagnosi e Profilo esistono solo due assi di differenza (compaiono "ex novo" in quest'ultimo, infatti, l'asse comunicazionale e l'asse dell'apprendimento); che per la definizione di Diagnosi e Profilo, da parte del versante sanitario, si deve esprimere un'intera Unità Multidisciplinare (Socio-Sanitaria con le necessarie differenti competenze previste dalla norma), mentre spesso, almeno per il passato, sul versante scolastico si delegava al solo docente di sostegno sia l'osservazione che la produttività del lavoro interistituzionale.

Ma in realtà non dovrebbe sussistere una grande difficoltà a costruire un disegno d'insieme, dove, come dice D. Ianes, il Profilo divenga un "organizzatore dei dati di conoscenza in elementi di progettazione di attività e linee educative e gestionali" (cfr. bib. n. 3); penso a tutte le Cartelle pedagogiche cartacee o elettroniche utilizzate fino ad ora nella scuola; penso ai lavori di Autori molto famosi come A. Canevaro, R. Vianello, R. Zavalloni e F. Montuschi o poco famosi ma buoni divulgatori (cfr. bib. n. 4); penso, infine, ad un modello sistemico delle funzioni prese in esame da Diagnosi e Profilo, dove ci si riferisce al soggetto vivo e reale, cioè intenzionale, e non a quello fittizio, "medio", descritto dalle scienze.

In tale modello, per usare un modello metaforico, l'asse **affettivorelazionale**, in quanto sede dei dinamismi profondi, sarà la benzina che fa andare la macchina; gli assi **sensoperceptivo e motorioprassico**, vero circuito operativo di base, saranno il motore che trasforma la benzina in velocità del mezzo⁴; l'asse

⁴ I due assi SENSO-PERCETTIVO e MOTORIO-PRASSICO vanno trattati insieme perché individuano elementi funzionali che nella vita naturale di tutti gli esseri viventi costituiscono il **sistema operativo di base** unitario e compatto su cui si realizzano funzionalità teleonomicamente più complesse (azione, comunicazione, linguaggio, conoscenza, apprendimento, autonomia). Pur partendo da soli motivi di studio e ricerca, alcune impostazioni scientifiche li hanno progressivamente distinti, provocando poi uno sviluppo conseguente di concezioni, teorie e modelli separati. Ma un'impostazione adeguata all'educazione non può che richiedere che tali aspetti siano resi congruenti sia tra loro, sia con un sistema generale di raffigurazione dell'essere umano, che con la fenomenologia della vita reale.

Questo sistema operativo di base è a sua volta "controllato" dalle dimensioni emotivo-affettivo-relazionali che costituiscono il **sistema motivazionale** e può realizzare le proprie potenzialità in ordine alle funzioni superiori soltanto quando e in quanto

neuropsicologico, coinvolgendo disposizioni essenziali per attingere a funzionalità superiori, sarà il cambio che permette di far giungere l'energia del motore alle ruote ma secondo rapporti diversi di potenza; l'asse **cognitivo**, in quanto sede delle strategie di pensiero, sia il volante che dirige la macchina. Ora rimangono da esaminare le strade percorribili da un mezzo così dotato, e queste sono due: la prima è costituita dall'asse **comunicazionale**, all'interno del quale sussistono altre due strade, l'asse **linguistico** e l'asse dell'**apprendimento**; la seconda, poi, è definita dall'asse dell'**autonomia**. (L'immagine dell'automobile intende favorire la riorganizzazione delle varie dimensioni in prospettiva pedagogica per salvaguardare l'unità della persona).

La scuola deve far percorrere al mezzo, per continuare la metafora, più strada possibile in entrambe le vie, però talvolta è necessario che ne scelga una sola, per essere certa di fare quel minimo percorso che si ritiene più importante per la vita; inoltre deve partire dall'accettazione che la macchina sia quello che è, rudere o fuoriserie che dir si voglia, senza alimentare miracolistiche prospettive di cambiamento, ma neppure tralasciando interventi che possano farla migliorare. La scuola, insomma, è continuamente sottoposta al problema di prendere decisioni sul diritto allo studio dell'alunno in situazione di handicap, molte delle quali in situazioni di estrema incertezza, ma quali riferimenti ha per cercare di sbagliare meno possibile? Quali criteri deve seguire per programmare efficacemente l'integrazione?

E poi oggi, nell'acceso dibattito pedagogico tra Bertagna e Bertacci che ha fatto seguito alle prime indicazioni (2002 e 2004), si va verso un ulteriore passaggio educativo: partendo dall'individualizzazione, si vuole raggiungere la personalizzazione (che è stata nominata come prospettiva di diritto soggettivo nella legge 53/2003 per gli studenti in difficoltà, poi è stata introdotta nel PEP dalla legge 170/2010 per i DSA ed infine è stata richiamata nella normativa per i BES).

Bibliografia di riferimento al quinto paragrafo

- 1) P. Rollero, M. Faloppa, a cura di, **HANDICAP GRAVE E SCUOLA**, Rosenberg Sellier Torino '88
- 2) L. M. Lorenzetti, **IL CORPO-GIOCO. PRAGMATICA DEL RAPPORTO EDUCAZIONE-RIABILITAZIONE**, Angeli Milano 1984, da pag. 37 a pag. 45.
- 3) D. Ianes e F. Celi, **COME SI COSTRUISCE IL PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**, Erickson Trento 1994, a pagg. 30 e 31.
- 4) G. Benincasa e L. Benedetti, **PROGRAMMAZIONE E INTEGRAZIONE SCOLASTICA DEGLI HANDICAPPATI**, La Scuola Brescia 1987; C. Terenzi, **SCHEDE PER L'ANALISI DELLA SITUAZIONE**, in "Scuola e Didattica" n. 4 del 15/10/92; G. Randazzo e G. M. Chiti, **GUIDA OPERATIVA DELL'INSEGNANTE DI SOSTEGNO**, Spaggiari Parma 1995 e **EDUCARE ASCOLTANDO**, Sei Torino 1995; P. Rollero e R. Tortello con la rubrica **DISABILITÀ E SCUOLA** e in particolare con **DALLA OSSERVAZIONE AL PROFILO DINAMICO FUNZIONALE**, su "Scuola e Didattica" n. 4 del 15/10/95; P. Di Giovine e P. A. Mastromatteo, **IL PROFILO DINAMICO FUNZIONALE**, in "Scuola e Didattica" n. 2 del 15/9/96.

PARTE SECONDA La Psicomotricità

Seconda introduzione. **La Psicomotricità secondo una visione pedagogica**

"supportato" dalle dimensioni mnestiche, attentive, percettive ecc. (asse **neuropsicologico**). In tal senso la combinata tra l'asse sensoriale e quello motorio-prassico diviene il motore di tutto il profilo dinamico, e ciononostante non raccoglie ancora un'attenzione selettiva e non gode ancora di adeguati strumenti di verifica e di controllo, almeno a livello scolastico.

La **Psicomotricità** nasce nel pensiero psicologico come ipotesi e concetto da verificare nella soluzione del rapporto mente - corpo, in opposizione al "Parallelismo psicofisico" che aveva costituito il fondamento antropologico nel lavoro sperimentale realizzato dai primi psicofisiologi nella seconda metà dell'Ottocento. Mentre quest'ultimo concetto vuol significare che gli eventi psichici e quelli fisici costituiscono due serie parallele di eventi che non agiscono gli uni sugli altri, con "Psicomotricità" si intende esattamente il contrario, cioè il loro interagire. In altre parole, mentre col primo termine non si ammette una "causalità" tra mente e corpo (mente o anima o pensiero o spirito o coscienza o cultura o sovrastruttura o sistema probabilistico e corpo come carne o estensione o materia o organismo o natura o struttura o sistema deterministico), con la seconda la si vuole proprio ammettere, o meglio, affermare tale interazione di causalità. Anche se rimane poi da definire la direzione di questa causalità, ed è anzi proprio questa indeterminatezza a provocare oggi forme diverse di intenderla e praticarla (3 sono le soluzioni: o dal corpo alla mente come nel Materialismo, o dalla mente al corpo come nell'Idealismo, o reciprocamente come nell'Interazionismo popperiano).

Alla fine del secolo scorso e all'inizio del presente le scuole di Psicologia (Psicofisica; Psicologia della forma; Primo Comportamentismo e Riflessologia russa) anche se con grandi diversità epistemologiche operano tutte nell'ambito del "Parallelismo", giacché solo in questa direzione possono salvaguardare la propria ricerca scientifica dalle interpretazioni ideologizzanti del pensiero religioso e di certo pensiero filosofico che pervadono la cultura con la loro visione finalistica del reale. Solo la Riflessologia russa ovviamente, ne va indenne, dal momento che si riferisce esplicitamente al modello materialista (la causalità va dal corpo alla mente, anzi la mente è un nome all'organizzazione del corpo). Parimenti anche le scienze mediche più pertinenti (Neurologia e Psichiatria) sulla spinta positivista ammettono solo l'origine organica della malattia mentale, per effetto dell'orientamento Organicista già esaminato in precedenza.

Ma ben presto anche in Filosofia e Pedagogia si vanno affermando nuovi modelli interpretativi che collegano mente e corpo: inizia J. Dewey, al passaggio del secolo, con la sua critica dell'arco riflesso come modello totalizzante del comportamento e, avviando il Funzionalismo, a sviluppare il concetto di "transazione" tra i due piani del comportamento unificati sotto il processo dell'esperienza. Poi viene S. Freud a svelare il determinismo dell'inconscio nella vita dell'uomo e intanto si va realizzando un complesso di studi e ricerche, poi unificato sotto il nome di "Psicologia cognitiva", che vede Autori di differente impostazione, metodologia e campo d'indagine affrontare, pur secondo una dimensione strettamente scientifica dell'indagine e dell'esperimento, il problema della conoscenza e dei rapporti tra le varie funzioni (percezione, motricità, intelligenza, linguaggio, emozione ed affettività). Del resto le stesse Filosofie del Novecento con nuove categorie hanno impostato il problema mente/corpo in senso interazionistico, giungendo ad orientare in tal senso anche la Pedagogia e l'educazione.

Facili riferimenti per questa nuova visione pedagogica sono: per il piano ontologico la Fenomenologia di Merleau-Ponty (giacché il suo concetto fenomenologico di corpo può conciliare ed unificare il "Corpo per sé" e il "Corpo in sé" che per molti versi erano stati in precedenza distinti ancora una volta dall'Esistenzialismo sartriano e dalla Fenomenologia husserliana al fine di svalutare il concetto di corpo delle scienze a favore del corpo percepito e vissuto, cfr. bib. 1, 2 e 3) per il piano logico lo Strumentalismo deweyano (l'intelligenza nasce nel corso della concreta esperienza come strumento operativo, cfr. bib. 4, 5 e 6); per il piano epistemologico l'Epistemologia genetica piagetiana (che dimostra la filiazione dell'intelligenza formale interproposizionale da quella sensomotoria, cfr. bib. 7, 8, 9 e 10); la Psicobiologia walloniana (ha messo definitivamente in luce l'apporto delle funzioni organiche allo sviluppo delle funzioni psichiche, cfr. bib. 11, 12, 13 e 14); la Psicologia pedagogica di Vygotskij (mostra come lo sviluppo intellettuale in generale e del linguaggio in particolare sia il risultato di un processo interattivo di natura sociale, cfr. bib. 15 e 16); e per finire il Cognitivismo strutturalista di Bruner (ha indagato il ruolo della motricità nello sviluppo della rappresentazione, cfr. bib. 17, 18 e 19). Più o meno, a seconda delle personali propensioni dei vari Autori, da queste fonti e dagli sviluppi terapeutici della Psicoanalisi la psicomotricità francese degli anni '60 ha ricevuto un forte impulso che ne ha fatto proliferare le varie tecniche. Sia nel settore della terapia che in quello dell'educazione, cfr. per il primo ambito bib. 20, 21, 22 e 23, per il secondo bib. 24, 25, 26 e 27.

Biblio ed emerografia della seconda introduzione

- 1) M. Merleau-Ponty, LA STRUTTURA DEL COMPORTAMENTO, Bompiani, Milano, 1963
- 2) M. Merleau-Ponty, FENOMENOLOGIA DELLA PERCEZIONE, Il Saggiatore Milano 1965
- 3) M. Merleau-Ponty, IL CORPO VISSUTO, Il Saggiatore, Milano, 1979.
- 4) J. Dewey, NATURA E CONDOTTA DELL'UOMO, La Nuova Italia, Firenze, 1968.
- 5) J. Dewey, ESPERIENZA ED EDUCAZIONE, La Nuova Italia, Firenze, 1966.
- 6) R. Mazzetti, DEWEY E BRUNER, Armando, Roma, 1973.
- 7) J. Piaget, LA NASCITA DELL'INTELLIGENZA NEL FANCIULLO, Giunti, Firenze, 1968.
- 8) J. Piaget, LA COSTRUZIONE DEL REALE NEL BAMBINO, La Nuova Italia, Firenze, 1973.
- 9) J. Piaget, LA FORMAZIONE DEL SIMBOLO NEL BAMBINO, La Nuova Italia, Firenze, 1974.
- 10) G. Petter, LO SVILUPPO MENTALE NELLE RICERCHE DI J. PIAGET, Giunti, Firenze, 1982.
- 11) H. Wallon, L'ORIGINE DEL CARATTERE NEL BAMBINO, Ed. Riuniti, Roma, 1974.
- 12) H. Wallon, PSICOLOGIA ED EDUCAZIONE DEL BAMBINO, La Nuova Italia, Firenze, 1982.
- 13) H. Wallon, L'EVOLUZIONE PSICOLOGICA DEL BAMBINO, Boringhieri, Torino, 1974.
- 14) R. Zazzo, PSICOLOGIA DEL BAMBINO E METODO GENETICO, Ed. Riuniti, Roma, 1973.
- 15) L.S. Vygotskij, LO SVILUPPO PSICHICO DEL BAMBINO, Ed. Riuniti, Roma, 1975.
- 16) L.S. Vygotskij, IMMAGINAZIONE E CREATIVITÀ NELL'ETÀ INFANTILE, Ed. Riuniti RM 77
- 17) J.S. Bruner, LE PRIME FASI DELLO SVILUPPO COGNITIVO, Armando, Roma, 1971
- 18) J.S. Bruner, PSICOLOGIA DELLA CONOSCENZA, Armando, Roma, 1976.
- 19) J.S. Bruner, e A. Carton, CRESCITA UMANA, Boringhieri, Torino, 198 I.
- 20) L. Picq e P. Vayer, EDUCAZIONE MOTORIA E RITARDO MENTALE, Armando, Roma, 1988
- 21) H. Bucher, TURBE PSICOMOTORIE NEL BAMBINO. METODO PER LA RIEDUCAZIONE PSICOMOTORIA, Armando Roma, '86
- 22) A. Lapierre e B. Aucouturier, IL CORPO E L'INCONSCIO IN EDUCAZIONE E TERAPIA, Armando Roma '87
- 23) B. Aucouturier et Alii, LA PRATICA PSICOMOTORIA. RIEDUCAZIONE E TERAPIA, Armando, Roma, 1989.
- 24) J. Le Boulch, EDUCARE CON IL MOVIMENTO. ESERCIZI DI PSICOCINETICA PER RAGAZZI DA 5 A 12 ANNI. Armando, Roma, 1986 e L'EDUCAZIONE PSICOMOTORIA NELLA SCUOLA ELEMENTARE, Unicopli Milano, 1989
- 25) A. Lapierre, EDUCAZIONE PSICOMOTORIA NELLA SCUOLA PRIMARIA, La Scuola BS '78
- 26) A. Lapierre e B. Aucouturier, I CONTRASTI E LA SCOPERTA DELLE NOZIONI FONDAMENTALI. ASSOCIAZIONE DI CONTRASTI E LE SFUMATURE, Sperling e Kupfer, Milano, 1976/78.
- 27) P. Vayer, EDUCAZIONE PSICOMOTORIA NELL'ETÀ PRESCOLASTICA e EDUCAZIONE PSICOMOTORIA NELL'ETÀ SCOLASTICA, Armando, Roma, rispettivamente 1973 e 1974.

Capitolo terzo: **La psicomotricità come Riabilitazione psicomotoria di Vayer**

§1) Caratteristiche e domini della psicomotricità come Terapia psicomotoria

Un punto critico, che investe il significato e l'identità stessa della Psicomotricità, come abbiamo detto, riguarda la molteplicità delle accezioni secondo le quali essa viene intesa. Se l'origine della dottrina ha contribuito a sostenere tale ambiguità, la sua evoluzione storica ha seguito essenzialmente due strade parallele: quella educativa, passante per l'ambito scolastico, e quella terapeutica, applicata prevalentemente in ambito neuropsichiatrico. Questi due filoni, costituiti da obiettivi, strumenti e figure professionali differenti, si sono mantenuti su posizioni antitetiche, aumentando così la confusione sull'oggetto dell'azione psicomotoria. Nonostante, quindi, i diversi apporti teorici e metodologici, nonché le differenti pratiche psicomotorie, il merito

della Psicomotricità è stato proprio quello di unificare alcune pratiche, diverse tra loro, che hanno riconosciuto nel corpo il mezzo privilegiato per il trattamento di determinati disturbi della personalità.

Storicamente questa disciplina nasce in Francia: *“alla fine dell'Ottocento il medico francese Philippe Tissié tratta un caso di inabilità mentale attraverso una nuova disciplina chiamata ginnastica medica. Il malato è un giovane con idee ossessive, collerico e rifiutante la compagnia, che però cammina molto. Il medico lo sottopone all'esecuzione di esercizi elementari di coordinazione, flessione, equilibrio; ad intervalli regolari lo costringe a docce fredde. I progressi sono rapidi: non ha più paura e la possessione deambulatoria è rara. Tissié elaborò questa terapia partendo dalla visione dell'uomo come riserva di forza e di energia. Nello stato normale la forza è distribuita in modo equo, mentre sotto impulso interiore l'energia si utilizza in una sola direzione. La volontà ricostituita con la ginnastica medica è per Tissié l'agente curativo perché mette ordine nell'orientamento dell'energia.*

Nei primi decenni del 1900 l'ospizio parigino della Salpêtrière era diretto da Jean – Martin Charcot, uno dei padri della moderna psichiatria. Egli usava l'ipnosi per studiare i sintomi e teorizzò la complicità tra il movimento e la sua rappresentazione (faceva percepire al malato un movimento tramite tutti i sensi e ad occhi chiusi per poi chiedere di riprodurre il gesto con l'arto simmetrico sano. L'intenzione era quella di ottenere dei miglioramenti con la ripetizione). Così nel 1961 la psicomotricità viene riconosciuta, in Francia, con un diploma e viene inserita nelle 'scuole speciali'. Tra gli anni 60 e gli 80 la psicomotricità mette in discussione la convinzione di poter modificare la psiche attraverso dei semplici esercizi per privilegiare ciò che si gioca tra il bambino e l'adulto. Dall'esercizio l'attenzione si sposta al processo e il concetto di anormalità sfuma per lasciare il posto a quello di bambino che soffre” (tratto da Pedagogia del corpo (riassunto) di Adriana Morganti con adattamenti dello scrivente).

Viene così coniato il termine psicomotorio, inteso come associazione tra disturbi motori e disturbi mentali (Dupré). Tale associazione diverrà ancora più stretta grazie all'apporto delle teorie piagetiane che influenzeranno il successivo sviluppo della tematica della Psicomotricità, sia in campo clinico che pedagogico. In particolare, la relazione tra condotta motoria (azione) e strutturazione dei processi cognitivi (pensiero) diventerà uno dei principi fondanti della disciplina come il concetto di “prassia”. Ad ogni modo, ai suoi esordi l'oggetto specifico della Psicomotricità riguardava i cosiddetti “disturbi psicomotori” (Wallon e de Ajuriaguerra), intesi come difficoltà nella realizzazione di un atto, a livello motorio, cognitivo ed emozionale, nel momento della relazione con l'altro. Il disturbo psicomotorio non era inteso necessariamente come un deficit organico, ma piuttosto come un disordine dell'espressività motoria a livello di previsione e progettualità dell'atto, in una situazione di relazione con l'altro, cioè in una situazione di intenzionalità comunicativa.

In questo senso, ritornando all'introduzione per una definizione terminologica, in origine la pratica psicomotoria trovava la sua collocazione in ambito clinico, nei termini di Terapia Psicomotoria. La specificità di questa pratica risiedeva nell'approccio corporeo alla persona, approccio che si realizzava attraverso la mediazione corporea. Esso poneva, dunque, al centro del suo intervento il corpo nella sua globalità, in quanto sintesi sia delle strutture anatomiche che delle funzioni logico-cognitive e delle espressioni affettive nella relazione con l'altro. L'obiettivo della terapia psicomotoria era dunque quello di superare il disagio, inteso come perturbazione dello sviluppo psicomotorio, aiutando il soggetto ad organizzare la vita di relazione e la propria identità. Ovviamente, il mezzo principale con cui realizzare la pratica terapeutica era costituito dal corpo e, quindi, dalla postura, dal movimento e dal rilassamento.

Con il tempo, quindi, la terapia psicomotoria è venuta a definirsi come terapia relazionale a mediazione corporea. Le sindromi per le quali è indicato il trattamento psicomotorio, seguendo de Ajuriaguerra si possono attualmente raggruppare in tre categorie:

- 1) turbe dello sviluppo psicomotorio e disordini psicomotori (disturbi tonico-emozionali; inibizione e instabilità psicomotoria; ritardo dello sviluppo psicomotorio; turbe dello schema corporeo, della lateralizzazione, dell'organizzazione spaziotemporale);
- 2) disordini della programmazione e della realizzazione motoria (disprassie, incoordinazione motoria e gestuale);

3) disturbi dello sviluppo psichico (turbe dell'adattamento emozionale e relazionale, e della rappresentazione corporea; disordini di personalità e di identità; ritardo mentale). Per questi disturbi l'intervento psicomotorio si affianca ovviamente a trattamenti farmacologici o di altro tipo (modifica del comportamento, psicoterapia ecc.).

La base su cui lo psicomotricista lavora è costituita dalle categorie psicomotorie, ed in particolare l'assetto tonico-posturale, mentre lo strumento d'intervento è l'azione. L'azione può anche assumere il ruolo di intermediazione tra la vita immaginaria del soggetto e la realtà condivisa. Il lavoro terapeutico tramite l'azione non è impostato sul sintomo, né sul disvelamento delle sue cause nascoste, ma si mantiene sul terreno del rimodellamento e della plasmabilità tonico-gestuale dell'espressività del corpo. Secondo questa prospettiva è possibile comprendere meglio le diverse attribuzioni della terapia psicomotoria:

- Terapia a mediazione corporea

Questa accezione si riferisce al fatto che la terapia utilizza tecniche che fanno intervenire il corpo in azione. Il corpo è inteso nella sua interezza, cioè nei suoi aspetti fisiologici, biologici e psicologici. Esso è simbolo ed essere della persona, cioè manifestazione dell'armonia dello sviluppo psicomotorio, e, in quanto tale, è anche la sede in cui si esprimono eventuali perturbazioni. L'intervento terapeutico si esercita attraverso il corpo ed ha come obiettivo non solo lo specifico deficit funzionale, ma il più ampio orizzonte psicomotorio in cui tale deficit è inserito, vale a dire la generale difficoltà di adattarsi al mondo. Quindi, agendo sul corpo, che è lo strumento privilegiato per realizzare l'esperienza dell'essere umano con il mondo, si fa in modo di ripristinare i legami tra soggetto e ambiente naturale e sociale. Attraverso il corpo, infatti, il soggetto comunica le proprie intenzioni agli altri, provocando, di conseguenza, le loro reazioni.

L'attributo di mediazione corporea, inoltre, come già visto, fa riferimento al fatto che il riadattamento al mondo, a cui l'intervento psicomotorio si riferisce, ha sempre come intermediario la relazione con l'altro, relazione che si concretizza attraverso l'incontro con il corpo dell'altro. L'incontro corporeo assicura una comunicazione immediata delle intenzioni relazionali reciproche, poiché coinvolge una molteplicità di aspetti (affettivi, motori, sensoriali, inconsci ...) e dunque permette di esprimere i rispettivi modi di essere.

- Terapia del movimento

Il movimento è l'oggetto privilegiato della terapia psicomotoria, ed assume, in essa, un significato peculiare, poiché costituisce la chiave di accesso alla complessità della vita psichica: attraverso il movimento è infatti possibile risalire alle perturbazioni affettivo-emozionali e cognitive, le quali si manifestano, per l'appunto, spesso all'origine dei disturbi motori. Secondo questa accezione, dunque, il movimento è inteso non tanto come il risultato di un'attività muscolare regolata da un progetto motorio di origine mentale, ma soprattutto come condotta portatrice di significato ed intenzionalità nel contesto degli scambi relazionali e come rivelatrice delle emozioni le quali per mezzo di essa spesso si concretizzano. Tale prospettiva ipotizza che il trattamento psicomotorio di un disturbo motorio possa ripercuotersi sulla disponibilità interna del soggetto al movimento.

Nelle manifestazioni patologiche del movimento, possono essere distinti, secondo l'idea dello psichiatra psicomotricista Ajuriaguerra due diverse cause: quella dell'impossibilità nell'utilizzazione del piano motorio, che si riferisce a forme di disturbo neuropsicologiche, e quella della sua possibile utilizzazione, resa inutilizzabile, però, da turbe di origine soprattutto affettiva. In entrambi i casi risulta, comunque, compromessa la disponibilità motoria, anche se per cause funzionali nel primo e affettive nel secondo; di conseguenza lo scopo dell'intervento psicomotorio è quello di ripristinare il piacere e l'intenzionalità del movimento, in modo da restituire al soggetto la padronanza del proprio corpo e della propria motricità. Concludendo, è possibile affermare che la terapia psicomotoria ha un obiettivo multiplo: la riorganizzazione funzionale, a livello del substrato anatomico-fisiologico, e la creazione di condizioni intenzionali ed affettive che concorrono a determinare la motivazione all'esecuzione motoria. In tal modo l'individuo è messo nelle condizioni di

progettare ed organizzare il proprio repertorio motorio, legandolo contemporaneamente alle istanze interiori (emozionali ed affettive) e a quelle esteriori (rapporto con gli altri).

- Terapia globale

Questa attribuzione può essere considerata come la conseguenza delle precedenti. Se, infatti, il corpo rappresenta la totalità della persona, e se il movimento ne costituisce l'espressione principale, allora l'intervento terapeutico non può essere pensato se non in una dimensione di unità e totalità. Esso ha, dunque, come scopo, quello di costruire un nuovo schema corporeo, nel senso di una presa di coscienza del proprio corpo e delle proprie possibilità di movimento. Ciò significa che il trattamento psicomotorio più che ripristinare specificamente una funzione disturbata, è orientato ad operare a livello globale della persona, rivisitando l'insieme in cui anche la parte compromessa è compresa.

Un altro aspetto che qualifica come globale l'intervento psicomotorio riguarda la presa in carico del soggetto nella sua globalità anche patologica, interessandosi contemporaneamente dei fattori neurologici, psicologici ed ambientali. Tale prospettiva di approccio globale è l'aspetto che maggiormente contraddistingue la terapia psicomotoria e la differenzia da altre tecniche riabilitative. L'approfondimento sulla pratica terapeutica ha permesso di chiarire meglio gli ambiti applicativi di intervento, ricordando che ai suoi esordi, e ancora oggi, la Psicomotricità viene collocata all'interno dell'ambito terapeutico.

2) Domini della psicomotricità come Rieducazione ed Educazione psicomotoria

Ripercorrendo, però, le tappe storiche della disciplina non si può ignorare il contributo offerto da alcuni psicomotricisti classici come Le Boulch, Picq e Vayer. Nel tentativo di fare chiarezza circa gli ambiti applicativi della Psicomotricità, ad esempio, Le Boulch opera un'ulteriore distinzione terminologica, introducendo il concetto di Rieducazione psicomotoria. Secondo l'autore, la Rieducazione si applica nei soggetti con disordini motori dall'età dell'adolescenza in poi, allo scopo di facilitare un recupero dell'immagine del corpo e di favorirne una possibile evoluzione, nei limiti imposti dal deficit. Egli sostiene, inoltre, che la rieducazione psicomotoria deve costituire un momento essenziale della riabilitazione, nei soggetti con disturbi neurologici, poiché permette alla persona di investire meglio la sua corporeità e di rapportarsi con maggiore efficacia alle coordinate spazio-temporali e al mondo degli oggetti.

Tale concetto è stato separato da quello di Terapia psicomotoria poiché, a sua differenza, si rivolge a specifici disturbi funzionali, prevedendone comunque il recupero. Nelle concezioni odierne con il termine Rieducazione si intende un riaccompagnare l'evoluzione personale, riprendendola da dove si è interrotta. Ciò significa ricostruire la coscienza del proprio corpo e risintonizzare il rapporto dell'individuo con l'ambiente, nel senso di una nuova comunicazione armoniosa. Per quanto riguarda, poi, l'impostazione teorica di Picq e Vayer (vedi prossimo paragrafo), è opportuno precisare che, nonostante il loro punto di partenza sia costituito dalla patologia, l'approccio da essi elaborato è espressamente destinato al campo pedagogico ed è stato, per questo, definito come "azione educativa". Questo approccio è stato, infatti, nel corso del tempo, applicato ai soggetti, in età evolutiva, normodotati, e per questo è stato fatto rientrare, a pieno titolo, all'interno dei contesti educativi. Tuttavia, nel momento in cui è indirizzato a risolvere problemi disfunzionali, creando situazioni per ripristinare una personalità disturbata, allora ecco che l'approccio può rientrare all'interno della pratica rieducativa. In sintesi, quindi, il modello di Picq e Vayer, benché abbia possibilità di applicazione nel contesto educativo, va comunque oltre l'educazione, acquistando pieno significato all'interno dell'ambito riabilitativo.

L'interesse e l'applicazione delle tecniche tradizionali psicomotorie in ambiti differenti da quelli terapeutici ha permesso sicuramente l'ampliamento degli interventi operativi, ma ha anche generato confusione riguardo le competenze specifiche del rieducatore e del terapeuta. Ad ogni modo, l'aver introdotto il concetto di Rieducazione, e di averlo distinto da quello di Terapia, ha gettato un ponte tra un approccio prettamente clinico ed uno specificatamente educativo. In tal senso l'educazione che si attua nel campo pedagogico, si è avvicinata ed ha fatto propri i concetti della Psicomotricità, concetti che poi facevano già parte della stessa Pedagogia (come, ad esempio, le concezioni psicoanalitiche e piagetiane). In particolare, uno degli anelli di congiunzione,

che ha permesso di avvicinare l'ambito terapeutico a quello educativo, è rappresentato dal problema dei disturbi di apprendimento. Infatti, se si ammette che le forme di pensiero ed il linguaggio siano collegati allo sviluppo motorio, allora è possibile ipotizzare che carenze a livello cognitivo e linguistico, così come i disturbi specifici di apprendimento (legati alla lettura, scrittura e calcolo), possono essere superate facendo rivivere l'esperienza dei primi stati motori (o sensomotori, secondo il linguaggio piagetiano). In questa maniera è possibile far riesercitare i primitivi schemi d'azione, in modo da risanare le fratture con le successive tappe dello sviluppo.

Sulla base dell'argomentazione proposta è ipotizzabile, quindi, che una simile modalità di approccio, nonostante rientri all'interno dell'ambito educativo, possa in realtà inserirsi nell'ambito della terapia psicomotoria. E tuttavia, per la tradizione pedagogica, aprirsi ad una modalità differente di approccio ha permesso di rinnovare sia la didattica, che il bagaglio culturale degli insegnanti. Ecco, quindi, che le puntualizzazioni qui riportate permettono ora di definire il concetto di Educazione Psicomotoria. Ciò che qualifica l'attributo "psicomotoria" è l'ambito motorio nel quale l'educazione si attua. L'Educazione Psicomotoria, dunque, utilizza il movimento quale strumento indispensabile per la conoscenza di sé, dell'altro e dell'ambiente circostante. Il movimento, che si attua come desiderio di fare e piacere di relazione, consente al corpo di disporre di tutte quelle potenzialità che esso idealmente possiede e permette di esprimere. È, quindi, questa l'essenza dell'Educazione Psicomotoria, la quale seppur può entrare a far parte di ogni altra azione psicomotoria (Rieducazione o Terapia), mai si confonde con esse.

Nell'introduzione alla sua pratica psicomotoria Aucouturier, piegando il suo metodo o PPA alle esigenze del mercato dell'educazione, preso atto dell'abbandono nella riforma sanitaria italiana della dimensione psicomotoria in forma autonoma e delle qualifiche appropriate a tale dimensione per il personale socio-sanitario, sostiene che l'Educazione Psicomotoria favorisce la manifestazione e lo sviluppo dell'espressività psicomotoria infantile, ma avremo modo di approfondire questa sua posizione al momento opportuno.

Per ora, volendo sintetizzare quanto detto, è possibile affermare che la Psicomotricità è certamente una pratica terapeutica, tutt'ora molto utilizzata in Francia anche se residuale in Italia come dominio di professionalità sanitaria autonoma, ma si configura sempre più come una concezione educativa, discostandosi dall'ambito della patologia. Oggi, infatti, tenendo presente che movimento e attività motoria educativa in Italia partono da livelli di pratica molto inconsistenti negli ambiti scolastici, la pratica psicomotoria è sempre più utilizzata in termini educativi. Tuttavia, non si tratta semplicemente di attivare un'educazione accanto ad altre: coinvolgendo il repertorio psicomotorio si tende infatti a modificare e migliorare trasversalmente la globalità della persona, a livello relazionale ma anche, più in generale, a livello di acquisizione di nozioni ed esperienze, di esplorazione del mondo e di sé.

L'educazione psicomotoria possiede, in questo senso, una funzione preventiva nei confronti dell'insorgere o del consolidarsi di difficoltà comunicative e relazionali. È possibile, quindi, evidenziare come il percorso della psicomotricità, iniziato con l'individuazione di alcune patologie, ha prodotto non soltanto un approccio terapeutico, ma una vera e propria concezione del vivere e del crescere, ormai ampiamente diffusa, in cui la dimensione corporea e quella relazionale rappresentano elementi centrali.

3) La tecnica educativa e rieducativa di Pierre Vayer

Come introdotto nel precedente paragrafo, il contributo di alcuni psicomotricisti classici ha permesso di "trasportare" la pratica psicomotoria all'interno dell'ambito educativo. Tra questi, Pierre Vayer ha avuto il merito di aprire la strada, anche nel panorama italiano, al discorso sulla psicomotricità, rivolto inizialmente ai bambini con ritardo mentale e, dunque, utilizzato prevalentemente nelle scuole speciali. Vayer, infatti, sostiene l'importanza di un'azione educativa mirata e di un contesto formativo concepiti in funzione del bambino e rapportati all'età e ai bisogni tipici di quella età. Così nell'introduzione alla sua prima opera, Educazione psicomotoria e ritardo mentale, l'autore definisce in questa maniera l'educazione psicomotoria: "questa educazione psicomotoria non è una tecnica misteriosa o speciale, è essenzialmente un'azione educativa, non è altro che l'applicazione dei mezzi che offre l'educazione fisica del bambino ai fini di ricupero". L'educazione

psicomotoria, quindi, consisterebbe in un'azione pedagogica e psicologica che, utilizzando i mezzi dell'educazione fisica, cerca di migliorare il comportamento del bambino.

Nonostante il discorso psicomotorio sia nato con l'intento di favorire il riadattamento del bambino con disabilità, Vayer tiene a precisare come l'educazione psicomotoria costituisca una modalità educativa globale, necessaria a qualsiasi bambino, sia a quello normodotato che a quello con disabilità. Lo stesso autore, infatti, riconosce come i lavori realizzati per riabilitare i bambini disadattati possano essere utilizzati per tutti i bambini, a fini preventivi. In questo senso la stessa nozione di educazione psicomotoria non deve rappresentare un insieme di tecniche e metodi specialistici, da utilizzare solo in determinate situazioni, ma può essere, al contrario, inserita in una concezione globale di educazione. Diventando parte integrante del più ampio contesto educativo, l'azione educativa psicomotoria deve, in ogni caso, avere come fine ultimo quello di offrire al bambino i mezzi attraverso i quali sviluppare al massimo la propria personalità ed indipendenza.

Secondo l'autore, in conclusione, è necessario andare oltre la nozione di educazione psicomotoria, come tecnica di rieducazione, per avvicinarsi ai problemi posti dall'educazione, secondo un approccio globale al bambino. In questo approccio, l'educazione corporea diventa una dimensione fondamentale: è solo quando il bambino avrà piena coscienza del suo corpo che egli potrà apprendere il mondo delle cose e stabilire relazioni con esse; nello stesso modo, è solo in virtù del proprio Io corporeo che il bambino potrà acquisire la sua indipendenza di fronte al mondo. L'essenza dell'azione educativa di Pierre Vayer può essere, di conseguenza, riassunta nell'educazione attraverso il corpo, un'educazione che si sforza di vedere il bambino nella sua unità, in relazione all'ambiente di riferimento. Per queste sue caratteristiche, l'educazione psicomotoria affronta l'approccio all'educazione attraverso il movimento in modo fondamentalmente diverso da quello dei metodi classici dell'educazione fisica. Nello specifico, l'educazione psicomotoria:

- Considera il bambino nella sua globalità, favorendo lo sviluppo armonico di tutti gli aspetti della sua personalità;
- È pensata in funzione dell'età, dei bisogni e degli interessi dei soggetti, oggetto di educazione, e non in funzione di assiomi teorici o di apprendimenti privilegiati.

In particolare, durante la prima infanzia (0 – 2 anni) tutta l'educazione va considerata come educazione psicomotoria, mentre nella seconda infanzia (2 – 5 anni) essa rimane il nucleo fondamentale di un'azione educativa che inizia, però, a differenziarsi in altre attività necessarie agli apprendimenti scolastici. In ogni caso, secondo la visione vayeriana, qualsiasi azione diretta sull'Io corporeo del bambino è un'azione psicomotoria, intendendo con "Io corporeo" l'insieme delle reazioni e delle azioni del soggetto aventi per funzione l'adeguamento e l'adattamento al mondo esterno.

L'osservazione delle diverse tappe dello sviluppo del bambino ha, a questo proposito, permesso di rilevare come il bambino impara a conoscere il mondo e ad elaborare la propria personalità attraverso il suo corpo ed il corpo degli altri. È proprio questa costante interazione tra il bambino, il mondo degli oggetti e quello degli altri che permette al soggetto, già dai due anni di età, di realizzare il proprio Io. Successivamente, dai cinque ai sette anni, il bambino passerà dallo stadio globale a quello della differenziazione e dell'analisi e, quindi, dall'azione del corpo alla sua rappresentazione.

In ogni azione educativa, quindi, intervengono sia il bambino con la sua personalità che il mondo esterno, attraverso il mondo degli oggetti e il mondo degli altri. Tutti gli aspetti, relativi a questi rapporti, si ricollegano ovviamente alla corporeità. I capisaldi dell'azione educativa, quindi, possono essere riassunti nei seguenti aspetti:

- Educazione dello schema corporeo (da intendere secondo la scuola francese in modalità totalizzante anche comprensiva dell'immagine e del concetto del corpo);
- Educazione al rapporto con gli oggetti;
- Educazione al rapporto con gli altri.

Ognuno di questi punti si realizza per tappe successive, corrispondenti al livello di maturazione del bambino:

- Tappa dell' esplorazione: contraddistingue l'esperienza corporea del bambino piccolo ed implica una presa di contatto con il proprio corpo, gli oggetti e gli altri.
- Tappa della conoscenza: riguarda la progressiva presa di coscienza del proprio corpo e delle sue possibilità, la quale consente di controllare il corpo stesso e le sue azioni.
- Tappa della rappresentazione: il bambino è ora in grado di mettere in relazione le sue azioni, che sono delle vere e proprie realizzazioni di intenzioni, e di rappresentarle mentalmente.

3.a) Il bambino: educazione dello schema corporeo

Poiché tutto ciò che è conoscenza si fonda sulla realtà vissuta, la costruzione dello schema corporeo costituisce la chiave di volta di tutta l'educazione del bambino. Il primo oggetto che il bambino percepisce, infatti, è il proprio corpo (benessere, dolore, sensazioni percettive, attuazione di movimenti e spostamenti ...) e questo corpo è il mezzo, appunto, dell'azione, della conoscenza e della relazione. La costruzione dello schema corporeo, cioè l'organizzazione delle sensazioni relative al proprio corpo, in rapporto con i dati del mondo esterno, sta, quindi, alla base delle diverse possibilità d'azione del bambino.

Questa costruzione viene attuata, normalmente, in maniera naturale nel corso di tutto lo sviluppo del bambino, grazie ai suoi movimenti, alle sue azioni e ai suoi giochi. Tuttavia, è possibile favorire l'evoluzione dello schema corporeo attraverso situazioni ed esercizi appositamente definiti dall'adulto. Ovviamente tali situazioni, nei confronti del bambino, verranno strutturate sotto forma di gioco. In particolare, per l'educatore, le situazioni di esercizio, pur considerate come gioco, devono tendere ad abbandonare il semplice gioco funzionale, per diventare l'esplicitazione di un'intenzione (vengono cioè introdotte delle regole nel gioco). Mentre utilizzano il gioco, queste situazioni conducono il bambino dall'imitazione alla realizzazione controllata. Vayer ha suddiviso queste situazioni di esercizio in quattro serie:

- Il dialogo tonico

Questa situazione vede il bambino alle prese con lo scambio, prima con la madre e poi con gli altri, delle variazioni toniche (ipertono, ipotono), corrispondenti a stati emotivi. In questa maniera, egli riceve ed organizza le sensazioni relative al proprio corpo. Infatti, è giocando con le proprie braccia e gambe che il bambino impara a riconoscerle, a differenziarle, e progressivamente a coordinare la loro azione.

- Il gioco corporeo

Attraverso il gioco corporeo il bambino usa il suo corpo per costruire passo dopo passo le tappe dello sviluppo (posturali, motorie ...), elaborando tutte le sensazioni estero-proprioceptive possibili, che si producono durante le varie forme di gioco. Inizialmente il bambino è impegnato in giochi funzionali e di relazione, attraverso i quali egli sperimenta il piacere di muoversi al di fuori di ogni regola. Successivamente Vayer riconosce il gioco di regole, in cui l'espressione della personalità non è più pura spontaneità, ma incomincia ad inscrivere in certi schemi sociali (lo scambio con l'altro, infatti, obbliga ad un controllo sempre maggiore), e il gioco d'espressione, dove il bambino si rappresenta e si esprime, realizzando delle immagini attraverso il suo corpo.

- L'equilibrio del corpo

Attraverso situazioni create da esercizi mirati, ma anche nel corso delle sue esplorazioni motorie, il bambino impara a controllare, e perciò ad educare, le diverse sensazioni che concorrono all'equilibrio del corpo, quale base di ogni attività differenziata.

- Il controllo del corpo e della respirazione

Il controllo dell'Io corporeo si attua principalmente attraverso l'educazione alla respirazione. La presa di coscienza dei vari aspetti della respirazione avviene grazie all'esercizio di determinate posture e movimenti. Una volta che, mediante tali esercizi, il bambino ha completato la conoscenza del proprio corpo e ne ha assunto piena coscienza, egli dovrà essere in grado di controllarlo ed organizzarlo dinamicamente (dominando le sue pulsioni e attivando o inibendo l'Io corporeo in maniera opportuna). In questo modo sarà pronto ad affrontare i suoi rapporti con il mondo esterno e si adatterà efficacemente alle diverse situazioni.

3.b) Il bambino di fronte al mondo degli oggetti

La conoscenza e, successivamente, il riconoscimento degli oggetti che popolano il mondo del bambino dipendono strettamente dalle sue possibilità di evoluzione e dalle manipolazioni che il bambino riesce a compiere. Tuttavia esse sono anche collegate con il mondo degli altri e con i rapporti che ne derivano. L'educazione al rapporto con il mondo degli oggetti si basa sulla nozione di oggetto di chiara ispirazione piagetiana. Grazie ai movimenti del corpo, infatti, il bambino attua la costruzione dei cosiddetti "oggetti permanenti". Ciò significa che, attraverso l'esperienza senso-motoria con il corpo, la manipolazione e l'associazione delle sensazioni visive, uditive, tattili e cinestesiche, il bambino acquisisce i vari concetti relativi al mondo e alla relazione con gli oggetti. Questa fase di educazione si realizza attraverso le seguenti situazioni di esercizio:

- Organizzazione percettiva (immagini e suoni, corpo e movimento)

Dal momento iniziale della nascita la quantità dei segnali sensoriali e la loro qualità percettiva aumentano progressivamente per cui risulta un'attivazione significativa del processo di maturazione sensoriale a carico delle percezioni sia esterne, che interne (cenestesiche e labirintiche) e propriocettive. Così i contatti cutanei si rivelano di notevole importanza, almeno quanto il soddisfacimento dei bisogni nutritivi, nell'instaurarsi dell'equilibrio affettivo del bambino, tanto che Wallon e Ajuriaguerra possono parlare di "dialogo tonico" come elemento primitivo e fondamentale nella realizzazione della comunicazione e, soprattutto, nella costruzione della mente del bambino. Questo ruolo di personalizzazione che viene svolto dalla sensorialità all'esordio della percezione, si completa con l'importanza che essa poi riveste nell'organizzazione dei primi automatismi acquisiti, che sono all'origine delle prassie. Su questo processo generale, l'attività motoria di Vayer porta in evidenza la percezione e la costruzione della realtà.

- Conoscenza degli oggetti (manipolazione e costruzione)

Attraverso l'azione, infatti, si farà acquisire al bambino le nozioni di volume, lunghezza, numero, e lo si condurrà a stabilire classificazioni e raggruppamenti.

- Organizzazione dello spazio grafico

Tale organizzazione passa attraverso l'educazione della mano (coordinazione fine, definizione della dominanza laterale) ed ha come obiettivo finale la trascrizione grafica degli oggetti (simbolizzazione).

- Organizzazione e costruzione dello spazio

Attraverso lo spostamento degli oggetti e del proprio corpo nello spazio, il bambino acquisirà le principali relazioni topologiche (dentro-fuori, sopra-sotto, vicino-lontano ...) che diventeranno, successivamente, le basi del ragionamento logico.

- Organizzazione delle relazioni temporali

Poiché il tempo, per il bambino, è legato al vissuto corporeo, giocando con il proprio corpo il bambino inizia a prendere coscienza dello svolgersi delle sue azioni secondo cadenze cronologiche. Tali situazioni di esercizio, attuate sulla base di impulsi sonori ritmati, conducono alle nozioni di intervallo, durata, successione, espresse anche tramite l'uso di vocaboli temporali. L'educazione al rapporto con il mondo degli oggetti viene particolarmente sviluppata in età scolare, attraverso programmi che distinguono un'azione educativa generale (organizzazione spazio-temporale) ed una differenziata (organizzazione delle relazioni logiche, grafo motricità). Tale programma ha come obiettivo principale l'acquisizione di prerequisiti e capacità funzionali dei futuri apprendimenti scolastici.

3.c) Il bambino di fronte al mondo degli altri

Mentre è relativamente facile porre il bambino in situazioni educative che gli permettono di riconoscersi e, attraverso la propria attività, di riconoscere e differenziare gli oggetti, il caso è ben diverso quando si tratta del rapporto con gli altri, al quale il bambino partecipa essenzialmente sul piano affettivo. Egli, quindi, comunica con il mondo degli altri non solo attraverso l'attività motoria ed atteggiamenti del corpo (atteggiamenti, posture, gioco, attività collettive ...), ma anche tramite stati emotivi. Nell'evolversi dell'azione educativa, il rapporto con l'altro, in origine caratterizzato da uno scambio prevalentemente tonico (il dialogo tonico già citato), diventa in

seguito comunicazione attraverso altri mezzi di espressione (grafica, verbale ...), disponibili in rapporto al diverso livello di sviluppo. L'adulto ha il compito di favorire lo sviluppo di tutti gli aspetti della personalità del bambino, predisponendo situazioni che coinvolgono il bambino stesso e gli altri in un rapporto che consente la differenziazione di sé dall'altro e il riconoscimento dell'altro.

Lo scopo è quello di ottenere la progressiva autonomia del bambino, rispetto al mondo degli altri, e nello stesso tempo la sua completa integrazione nel gruppo sociale di appartenenza. Ciò significa, quindi, mirare all'adattamento ideale del bambino come persona. Per quanto riguarda l'educazione alle diverse forme di comunicazione con l'altro, cioè ai diversi mezzi espressivi, Vayer opera questa distinzione:

- L'educazione all'espressione grafica

L'espressione grafica costituisce un'attività spontanea del bambino, precede il linguaggio nella rappresentazione e favorisce lo sviluppo dell'immaginazione e dell'attività creativa. Pertanto, tutto ciò che si presta ad essere rappresentato graficamente deve essere effettivamente utilizzato (espressione libera con le dita o con la matita, trascrizione grafica ...).

- L'educazione all'espressione verbale

La parola prolunga il gesto e, dunque, l'espressione verbale deve essere, quanto più possibile, associata all'azione. Essa non solo comporta lo sviluppo di mezzi simbolici, ma implica anche la possibilità di esprimere sentimenti ed emozioni e di comunicare ciò che è stato esperito. Per questo motivo, l'espressione verbale consente di condividere i propri vissuti. Questa fase educativa fa riferimento a diverse situazioni di esercizio, nelle quali si cura principalmente il tono affettivo del contesto relazionale. Tali situazioni, sfruttano la naturale tendenza del bambino di parlare agendo (ad esempio, lo si porta ad esprimersi facendogli ripetere la consegna impartita, mentre la mette in pratica).

- L'educazione all'espressione corporea

Tale modalità espressiva è sicuramente la più spontanea e precoce, infatti tutto nel bambino è azione corporea. Il gioco corporeo, ad esempio, è l'espressione più autentica dell'Io corporeo del bambino. Attraverso l'espressione ludica, spontanea e funzionale, è possibile far acquisire l'esperienza degli elementi normativi che caratterizzano qualunque gruppo (le modalità di interazione, la struttura del gruppo, il sentimento di appartenenza, la standardizzazione di certi comportamenti. Queste esperienze educative diventano strumenti fondamentali per favorire il migliore adattamento del bambino al contesto sociale d'appartenenza ed assicurare l'equilibrio emozionale e l'armonia relazionale. A conclusione della descrizione della tecnica educativa psicomotoria di Pierre Vayer è possibile riassumere come il momento principale dell'educazione all'Io corporeo permetta al bambino di arrivare non soltanto alla conoscenza di sé, ma anche alla conoscenza del mondo delle cose e degli altri, e conduce, come finalità ultima, all'autonomia e all'integrazione nel contesto di riferimento.

3.d) Educazione psicomotoria e ritardo mentale

Quando Luis Picq e Pierre Vayer pubblicano il primo testo sulla psicomotricità per le Edizioni Armando: "Educazione psicomotoria e ritardo mentale", rivolto alla rieducazione dei bambini disabili mentali e quindi, al suo tempo, maggiormente utilizzato dalle insegnanti di scuola speciale, oggi dai docenti di sostegno o curricolari, si tratta comunque del primo testo edito in Italia sull'educazione psicomotoria. I due autori affermano l'importanza di un'educazione che consideri l'individuo nella sua totalità, un'azione educativa ed un contesto formativo organizzati in funzione del bambino, in rapporto all'età e ai bisogni tipici di quell'età. Inoltre, come abbiamo visto, evidenziano tre passaggi fondamentali che portano il soggetto alla conoscenza del mondo: la conoscenza di sé, la conoscenza dell'oggetto e l'interazione con l'altro.

La conoscenza di sé e la costruzione dello schema corporeo, cioè una percezione coerente ed integrata della propria immagine corporea, sono la base per qualsiasi acquisizione successiva. È grazie al movimento che il bambino scopre gli elementi principali del mondo degli oggetti, come lo spazio, il tempo, il colore, il numero, la struttura e la casualità. È proprio attraverso un uso sempre più coordinato e discriminato del corpo che il bambino amplia le sue conoscenze ed inizia a dominare gli elementi che costituiscono il mondo degli oggetti. Quindi Vayer e Picq procedono ad un'azione intenzionale sul soggetto, come strumento che permette di

progredire attraverso successivi aggiustamenti e conseguentemente ritengono che il movimento in sé non sia sempre educativo. Perché l'esercizio possa intervenire nella vita psichica e contribuire al suo sviluppo, bisogna che sia volontario, pensato, preciso e controllato. In questo senso l'idea di integrazione tra azione e pensiero accolta da Vayer e Picq, li ha poi condotti a focalizzarsi non solo sull'intenzionalità dell'azione, ma anche sulla stimolazione delle capacità riflessive dell'individuo su ciò che vive e sperimenta. Sintetizziamo quindi le scelte metodologiche dei due autori:

- Progettare una proposta didattica specifica, inserita in un tempo ed uno spazio pensato per dare la possibilità al bambino di vivere un'esperienza globale ricca e stimolante, ma allo stesso tempo strutturata e protetta.
- Valorizzare un'azione autonoma del bambino, libero da condizionamenti ed attenta alla consequenzialità degli eventi.
- Osservare, da parte dell'adulto, il comportamento, le abilità e le strategie d'azione che il bambino dimostra di possedere attraverso il famoso 'esame psicomotorio', ideato da Vayer, espressione di una modalità di valutazione sommativa, volta a definire un profilo del bambino in un determinato momento della vita.
- Associare il vissuto a successivi processi di costruzione e rappresentazione, necessari per approfondire e fissare ciò che si è esperito.

3.e) L'intervento psicomotorio nel disagio e nella disabilità

Nel primo paragrafo è stato messo in evidenza come il discorso psicomotorio sia stato legato, inizialmente, alla patologia e, quindi, alla pratica terapeutica e riabilitativa. In campo neuro-psichiatrico, numerosi autori hanno sottolineato come, in alcuni casi, il trattamento delle malattie cosiddette mentali passava attraverso l'azione sul corpo e i suoi movimenti. Uno dei primi disturbi psicomotori analizzati è stato quello definito come sindrome di "débilité motrice" (debolezza motoria), a partire dal 1909, da E. Dupré, attraverso lo studio della motricità infantile da un punto di vista neurologico. Sulla base di tale approccio, che rappresenta per alcuni autori il punto di partenza del discorso psicomotorio, la debolezza motoria veniva descritta come una serie di disturbi comprendenti: un'alterazione dei riflessi, goffaggine dei movimenti volontari, paratonie (difficoltà a rilasciare contrazioni muscolari volontarie e riflesse), instabilità, tic, mioclonie (contrazioni muscolari improvvise e ripetute) e balbuzie.

Con il concetto di debolezza motoria Dupré individuava uno stato patologico causato non da lesioni cerebrali focali, bensì da un arresto di maturazione del sistema nervoso. L'indicazione di una causa neurologica non attribuibile a un danno anatomico circoscritto rappresentava anche, secondo Dupré, un tentativo di superare il modello anatomo-clinico di ispirazione positivista, per il quale l'alterazione di una funzione doveva trovare il corrispettivo in una specifica alterazione anatomica localizzata. Dupré sottolineava invece il parallelismo tra funzioni psichiche e motorie, che si presentano come i due lati di una medaglia: "certi disturbi mentali e i disturbi motori corrispondenti sono, fra loro, in un rapporto così stretto e presentano tali somiglianze da costituire delle vere coppie psicomotorie. Vi è uno stretto parallelismo fra lo sviluppo delle funzioni motorie, del movimento, e lo sviluppo delle funzioni psichiche. Queste correlazioni fra lo psichismo e il movimento esistono allo stato normale (...), ma le correlazioni che si osservano nell'evoluzione del bambino normale sono in egual misura costanti nei disturbi psichici"

Un tratto caratteristico della debolezza motoria era infatti la contemporanea presenza di infantilismo motorio, di deficit intellettivi e di alterazioni del carattere. La debolezza motoria di Dupré venne, successivamente, riesaminata da Wallon, all'interno di un complesso di sindromi (soggetti malati) e tipi (soggetti normali, ma deficitari) psicomotori, e rivisitata a fondo da J. de Ajuriaguerra, dalla cui revisione emergono i capisaldi del campo psicomotorio sotto l'aspetto clinico e terapeutico. Basandosi sui risultati di un'approfondita ed estesa indagine neurologica infantile, il gruppo di ricerca di de Ajuriaguerra dimostrò che la casistica di Dupré non era stata esaminata nella sua evoluzione longitudinale, metodologia fondamentale in ogni indagine neuropsichiatrica infantile. Inoltre, sotto la categoria débilité motrice erano state incluse manifestazioni di diversa eziologia, comprese alcune forme di encefalopatia.

De Ajuriaguerra studiò, invece, sistematicamente, nella loro evoluzione a partire dalla nascita, il tono muscolare e i riflessi in assenza di encefalopatie, dimostrando che lo sviluppo del tono e della motricità è intimamente fuso con lo sviluppo emozionale, dell'orientamento, del gesto e del linguaggio. Egli definì pertanto la nuova categoria dei “troubles psychomoteurs” (turbe psicomotorie), nei quali rientrano:

- 1) la debilità motoria, in cui la goffaggine e le difficoltà a realizzare l'azione sono correlate con sentimenti di disagio del bambino nel suo stare al mondo;
- 2) l'instabilità psicomotoria, contrassegnata da labilità dell'attenzione, motricità incontrollata e ipervigilanza, che sono caratteristiche tipiche del periodo tra i 2 e i 3 anni, e che hanno perciò fatto pensare ad una specie di 'permanenza' del bambino in questo stadio di sviluppo;
- 3) i disordini della realizzazione motoria, consistenti in disprassie contraddistinte da una seria mancanza di abilità nel compiere le azioni quotidiane, nel regolare le sequenze ritmiche e nell'organizzare lo spazio;
- 4) certi tic e la balbuzie;
- 5) un'abnorme persistenza e alterazione di abitudini motorie infantili quali dondoli e movimenti ritmici.

I “troubles psychomoteurs” presentano, inoltre, i seguenti tratti distintivi: non derivano da un danno organico evidente; nello stesso soggetto si manifestano variabili nella forma, intensità e durata, perché sono legati alle sollecitazioni ambientali e relazionali; mostrano un carattere espressivo quasi caricaturale e una somiglianza con le reazioni primitive di contatto, rifiuto, aggressività, passività. Essi definiscono un quadro di disturbi denotato da una stretta dipendenza da fattori affettivi e relazionali, consentendo inoltre la 'lettura' di una componente comunicativa: possono infatti segnalare stati di disagio e intensificarsi o ridursi in relazione al senso che il soggetto vive nell'azione che compie. Rispetto alla concezione di Dupré, qui l'idea portante è che le funzioni psichiche e motorie siano non tanto due aspetti di uno stesso fenomeno, bensì funzioni diverse seppur profondamente integrate. Nelle manifestazioni espressive toniche e posturali le funzioni psichiche e motorie non sono mai separate. Con la definizione dei troubles psychomoteurs l'ambito del controllo tonico ed emozionale è stato posto al centro dell'organizzazione relazionale e dell'adattamento all'ambiente, diventando una chiave di lettura di problematiche evolutive anche al di là delle manifestazioni che definiscono questi disturbi. L'intervento psicomotorio si cimenta in tal modo anche su altre patologie sia di tipo relazionale sia conseguenti a lesioni riguardanti il sistema nervoso.

A coronamento del presente discorso sono intervenuti ampiamente anche P. Vayer e L. Picq, sostenendo che, anche se nell'osservazione dei problemi di disadattamento del soggetto in evoluzione non è possibile stabilire in tutti i casi delle relazioni di causa-effetto tra le turbe motorie e quelle psicologiche, è possibile comunque rilevare come le correlazioni tra motricità e psichismo persistono durante tutto il corso dello sviluppo. Infatti, sia che esista un parallelismo tra le insufficienze motorie e quelle psichiche, sia che si tratti di relazioni di causa-effetto tra le prime e le seconde, o anche semplicemente che il comportamento motorio del bambino influenzi quello più generale, la motricità resta comunque strettamente collegata con lo psichismo per tutti questi autori in tutto il corso dell'infanzia. Queste correlazioni portano necessariamente a concludere che, durante il corso dell'infanzia, non è possibile separare, per educarle, le funzioni motorie da quelle psicologiche. In relazione alle applicazioni pratiche di educazione psicomotoria Vayer poi propone una classificazione dei tipi di disadattamento dei bambini in età scolastica, prevedendo per ciascuno uno specifico intervento.

3.f) Il ritardo mentale

Nel caso di bambini con insufficienze mentali gravi o medie, l'educazione psicomotoria deve costituire l'essenza dell'educazione stessa. Si tratta, quindi, di ripercorrere le tappe mancate dello sviluppo motorio del bambino e, attraverso di esse, ripercorrere anche le tappe mancate dello sviluppo mentale. L'educazione psicomotoria ha, in particolare, un posto predominante quando il bambino non ha ancora raggiunto i 5-6 anni di età mentale, condizione per l'apprendimento della letto-scrittura. In generale, ha comunque molta importanza anche quando le difficoltà motorie inficiano i mezzi d'espressione. Così nella maggior parte dei casi viene praticata parallelamente agli apprendimenti scolastici, in quanto i due insegnamenti si sostengono l'un l'altro.

L'educazione psicomotoria, integrata in un complesso educativo, si configura, pertanto, come un mezzo di valorizzazione personale, in quanto:

- Favorisce i mezzi d'espressione del bambino;
- Permette di migliorare il comportamento generale;
- Favorisce lo sviluppo del bambino in molti campi (come nelle attività sportive, nell'addestramento professionale ecc.).

In linea generale, poi, è possibile delineare quelle che sono le modalità di applicazione dell'educazione psicomotoria, nei casi di ritardo mentale in questi ambiti:

1. il bambino e l'esercizio

Il bambino con ritardo mentale, solitamente, predilige situazioni educative strutturate. Tali situazioni devono essere predisposte di modo che il bambino possa vivere la lezione divertendosi, senza, tuttavia, che l'atmosfera diventi troppo giocosa e disordinata. Affinché il bambino possa lavorare in un'atmosfera calma e priva di coercizioni, è necessario, almeno inizialmente, effettuare un periodo di automazione delle posizioni, dei movimenti e degli spostamenti di base. In generale, le lezioni saranno centrate sulle seguenti tipologie di esercizio:

- Esercizi di respirazione e rilassamento globale (per agevolare gli stati attentivi o diminuire quelli d'agitazione);
- Esercizi di rilassamento segmentario e di indipendenza del braccio e della mano, realizzabili attraverso la coordinazione, la pressione e la prensione delle dita;
- Esercizi grafo-motori, indispensabili per la preparazione alla letto scrittura (nei casi di ritardo medio-lieve);
- Esercizi di trascrizione di strutture spaziali e temporali.

Anche tutte le attività della vita quotidiana (mangiare, vestirsi, lavarsi ...) rientrano all'interno della attività psicomotorie. Non esistono, pertanto, barriere tra un'azione educativa e l'altra: gli scopi perseguiti dall'educazione psicomotoria, in primis l'autonomia personale e sociale, rientrano all'interno del più ampio contesto educativo. Pertanto, determinati esercizi dell'educazione psicomotoria devono essere ripetuti e completati al di fuori delle singole lezioni, nel corso delle diverse attività.

3f1) Il bambino con ritardo mentale e il gioco

Nei bambini con ritardo mentale, soprattutto se di livello grave, il gioco non costituisce un semplice mezzo educativo, ma diventa un vero e proprio scopo. Tuttavia, nei casi di ritardo mentale lieve, l'attività ludica può essere utilizzata per aumentare le capacità di immaginazione e di ideazione. Nonostante Vayer sostenga la sostanziale differenza tra l'attività ludica funzionale (spontanea) e quella psicomotoria (certamente diretta e sollecitata), mostra comunque di essere consapevole dell'importanza del gioco al fine di rendere più piacevoli le situazioni di esercizio. In questo senso, dunque, l'attività ludica deve essere quanto più orientata, evitando comunque qualsiasi costrizione, attraverso l'utilizzo di:

- palle e palloni per educare il senso tattile e cinestesico;
- vari giochi di costruzione e giochi sensoriali;
- monopattini e biciclette per esercizi di equilibrio e coordinazione;
- colori e materiali da disegno per stimolare alle produzioni grafiche.

L'applicazione delle tecniche psicomotorie, nell'educazione ai bambini con ritardo mentale, prevede anche il prolungamento delle situazioni di esercizio e di gioco nel contesto familiare. Affinché gli interventi psicomotori diventino sistematici e quindi efficaci, è, dunque, indispensabile che la famiglia partecipi al percorso rieducativo, ripetendo gli esercizi proposti dall'educatore tutti i giorni, più volte al giorno.

3.g) Disadattamenti in bambini con intelligenza nella norma.

All'interno di questa categoria, Vayer distingue diversi tipi di disadattamento:

1. Disadattamenti di origine motoria.

Questo genere di disturbo si manifesta progressivamente, nel corso dello sviluppo del bambino, e sembra essere collegato principalmente a fattori costituzionali (eredità, morfologia individuale ...); stato generale del soggetto; fattori psicologici e psicoaffettivi; ambiente familiare e scolastico. Se l'intervento psicomotorio è teso alla rieducazione dell'atteggiamento motorio, allora l'attenzione sarà posta sulla trasformazione di un'abitudine posturale difettosa in una maggiormente equilibrata. Per modificare questa abitudine occorre decondizionare il soggetto, cioè sopprimere i fattori che mantengono in vita quell'abitudine; creare un'abitudine nuova, prima cosciente, poi automatizzata; trasferire, infine, questa nuova abitudine all'interno degli atteggiamenti che costituiscono la vita di tutti i giorni.

Se l'intervento psicomotorio è, invece, teso alla rieducazione dei disturbi di coordinazione motoria (disturbi della lateralità, dell'orientamento ed organizzazione spazio-temporale, della coordinazione senso-motoria), allora l'attenzione, oltre ad essere rivolta al miglioramento della coordinazione e destrezza manuale, è tesa anche a favorire l'integrazione sociale, attraverso il lavoro collettivo.

2. Difficoltà di apprendimento scolastico

Per quanto riguarda questi disturbi di apprendimento, occorre distinguere le difficoltà specifiche dell'apprendimento della lettura (dislessia), della scrittura (disgrafia) e del calcolo (discalculia), da quelle generiche legate alla mancanza di coordinazione necessaria per un corretto apprendimento della scrittura (disortografia). Per ciò che concerne il primo gruppo di disturbi, l'esame psico-motorio ha permesso di rilevare due tipi di disadattamenti connessi alla psicomotricità:

- I disadattamenti che hanno origine nei disturbi della lateralità (mancinismo contrariato, ambidestrisimo, abitudini neuro-motorie scorrette, come l'abitudine di vedere e trascrivere da destra verso sinistra).
- I disadattamenti legati a disturbi profondi dell'attenzione e della stabilità posturo-psichica, caratterizzati da un'elaborazione insufficiente dello schema corporeo e da disturbi dell'equilibrio.

In entrambi i casi l'educazione psicomotoria si propone:

- di ricercare le condizioni generali dell'attenzione (controllo del corpo, della respirazione ...);
- di dare sicurezza al bambino attraverso esercizi di equilibrio, organizzazione dello spazio e coordinazione senso-motoria;
- di favorire nel bambino delle abitudini neuro-percettive e motorie corrette (ad esempio la visione e la trascrizione da sinistra verso destra);
- di educare le capacità percettive (strutturazione e rappresentazione spazio-temporale).

In relazione alla rieducazione psicomotoria rivolta al problema della dislessia, Vayer è del parere che un intervento tempestivo permetta di risolvere positivamente molti problemi. Ciò significa che, piuttosto che rieducare capacità compromesse, è sempre meglio prevenire, grazie all'educazione psicomotoria, le difficoltà riscontrate già all'ingresso del bambino nel contesto scolastico.

Per quanto riguarda la difficoltà che alcuni bambini riscontrano di fronte l'apprendimento della scrittura, invece, che va sotto il nome di disortografia, è possibile distinguere in questo disturbo, sulla base della sua origine cattive abitudini motorie (modo scorretto di tenere la matita, posizione difettosa della mano e del braccio, difficoltà generali di coordinazione ...); perciò, come per il disturbo della lettura, anche per la disgrafia l'educazione psicomotoria dovrebbe essere considerata una pratica preventiva, per evitare di ricorrere alla rieducazione delle abilità compromesse. In ogni caso Vayer propone, per la rieducazione psicomotoria del bambino disortografico il seguente iter:

- Educazione psicomotoria generale: comprende il rilassamento globale e segmentario, l'organizzazione dello spazio e la coordinazione senso-motoria;
- Educazione psicomotoria differenziata: fa riferimento agli esercizi di indipendenza del braccio e della precisione della mano e delle dita in funzione del grafismo e all'educazione delle capacità percettive;
- Esercizi grafo-motori: comprendono esercizi di vario tipo in grado di esplicitare la lateralità dell'arto del bambino, e che permettono, quindi, di determinare quale braccio e mano educare.

3. Disadattamenti di origine psico-affettiva

Sotto questa voce si comprendono le turbe del comportamento generale (instabilità, apatia, opposizione, etc.). Dal punto di vista psicomotorio è possibile classificare i disturbi del comportamento psicologico in tre categorie:

- Casi di instabilità legati a difficoltà motorie (disadattamenti legati a disturbi nelle condotte motorie di base);
- Ritardi nello sviluppo psicomotorio (è il caso di certe insufficienze di sviluppo generale che possono verificarsi anche in bambini isolati o bambini iperprotetti);
- Bambini che fanno opposizione (sono bambini agitati, violenti, caratterizzati da un profilo psicomotorio disordinato).

In tutti i casi, comunque, ai disturbi della personalità infantile corrispondono sempre dei disturbi della percezione del corpo e dell'organizzazione dello schema corporeo. Di conseguenza, l'intervento psicomotorio consiste nella possibilità di giungere ad una conoscenza migliore di se stessi e ad un controllo maggiore, attraverso la padronanza dei vari tipi di coordinazione. Tuttavia, i disturbi motori e psicomotori sono soltanto una conseguenza delle difficoltà psicologiche che ne stanno alla base. Pertanto, l'ipotesi di una rieducazione psicomotoria dovrebbe essere sempre vista in rapporto ad una rieducazione psicologica.

4. Disadattamento dei bambini con minorazioni fisiche.

Sotto questa categoria, Vayer include, poi, due tipi di disadattamento:

a) Le minorazioni sensoriali:

- bambini con minorazioni della vista. Affinché la personalità del bambino cieco venga reintegrata, con opportuni interventi compensatori, è necessario che tutte le figure professionali, tra cui l'educatore psicomotricista, collaborino. Si tratta di aiutare il bambino a ricostruire, attorno ad una percezione disturbata di sé, un'immagine quanto più reale, attraverso l'utilizzo di tutti gli altri sensi. L'educazione psicomotoria, quindi, costituisce una vasta parte del programma di rieducazione: attraverso l'educazione dello schema corporeo, dell'equilibrio, della coordinazione e dell'organizzazione spazio-temporale è possibile migliorare il grado di sicurezza e fiducia in se stessi, indispensabili per l'autonomia e per l'educazione delle capacità intellettuali.

- Bambini con minorazione dell'udito. Come per i bambini con minorazione della vista, anche in questo caso è necessaria una stretta collaborazione tra le diverse figure professionali. La rieducazione dei bambini con minorazione dell'udito si presenta sotto due aspetti complementari:

- o l'educazione psicomotoria, integrata nella loro educazione generale, che dà ai bambini il senso di sicurezza e la fiducia in se stessi.

- o la pratica dei giochi collettivi: in quanto impone il rispetto delle regole, questa pratica obbliga i bambini a disciplinarsi e favorisce l'acquisizione dello spirito di gruppo.

- b) Le minorazioni motorie. Vengono suddivise in due gruppi: quelle legate ad una lesione del sistema nervoso periferico, a causa di postumi di una poliomelite acuta, e quelle legate a lesioni cerebrali centrali. Nel primo caso le tecniche di rieducazione psicomotoria devono essere associate con le cinesiterapie classiche e con altri tipi di interventi specialistici. Nel secondo caso, la minorazione motoria è uno stato legato ad una patologia di origine cerebrale e, pertanto, la rieducazione è di competenza dei medici.

3.h) Indicazioni generali conclusive

Nella descrizione dei problemi di disadattamento è necessario precisare che non tutti i disturbi si presentano in maniera ben caratterizzata e con le stesse caratteristiche. In generale, però, è possibile dire che in tutti questi casi sono sempre presenti disturbi motori, riconducibili a:

- scarsa percezione e controllo del corpo;
- scarsa capacità di controllo respiratorio;
- disturbi dell'equilibrio;
- disturbi dell'orientamento.

Di conseguenza, non è possibile effettuare delle nette distinzioni tra le differenti applicazioni della rieducazione psicomotoria: "la rieducazione psicomotoria costituisce un tutto, è l'applicazione (...) di quella

disciplina che è l'educazione psicomotoria ai soggetti con problemi". Qualunque siano, dunque, le problematiche espresse dal bambino, l'educazione psicomotoria deve configurarsi, in ogni caso, come un'azione educativa tesa al miglioramento delle sue condotte comportamentali. Oltre ai caratteri generali, propri di ogni azione educativa, l'educazione psicomotoria possiede dei propri principi e delle proprie modalità di applicazione.

Uno dei principi di base fa riferimento al fatto che la percezione del proprio corpo sta alla base di tutta l'educazione. Pertanto, lo scopo dell'azione educativa è quello di far ripercorrere, attraverso esercizi mirati e graduali, le tappe mancate dello sviluppo del bambino. L'intero discorso sulla pratica psicomotoria ha permesso di riconoscere che, nonostante i suoi molteplici influssi in ambito terapeutico, nelle sue applicazioni pratiche essa può entrare, a pieno titolo, tra le azioni educative. L'educazione psicomotoria non è solo un approccio terapeutico o un metodo di rieducazione; essa deve essere considerata una disciplina fondamentale dell'educazione generale, "un'educazione complessiva di tutto l'essere attraverso il movimento". Se applicata in maniera costante nei vari contesti educativi, l'educazione psicomotoria potrebbe contribuire a prevenire e ridurre i casi di disadattamento e disturbi delle condotte motorie, evitando così di dover ricorrere poi a metodi rieducativi o terapeutici.

Cap. 4) La psicomotricità come Educazione psicomotoria di Le Boulch

§ 1) La psicomotricità funzionale (Psicocinetica) di Le Boulch

La psicomotricità di Jean Le Boulch è impostata sugli aspetti neurofisiologici, perché in particolare l'autore, come medico, può approfondire lo studio della funzione della sostanza reticolare nel tronco dell'encefalo e del passaggio al rinencefalo delle comunicazioni ipotalamiche, avviando ad una prima soluzione il senso dell'emozione e dell'affettività nell'apprendimento motorio ed anticipando (per quanto possibile ad un livello adeguato agli studi neurologici del suo tempo, anni '70) le ricerche odierne di Damasio. In tal senso utilizza il movimento come mezzo di educazione e di formazione del soggetto, in quanto il suo metodo è radicato nella fusione del binomio psiche-soma secondo il modello di Merleau-Ponty. Egli ipotizza un modello di educazione psicocinetica, ovvero usa il movimento come mezzo di educazione globale della personalità. L'educazione psicocinetica assicura la costruzione dello schema corporeo e garantisce un'evoluzione armonica del bambino mediante esercizi di coordinazione, di percezione e conoscenza del proprio corpo, aggiustamento posturale e percezione spazio-temporale anche attraverso il gioco.

Il percorso evolutivo vede la strutturazione reciproca tra soggetto e mondo. Le Boulch opera, come abbiamo visto all'inizio del capitolo, un'ulteriore distinzione all'interno della teoria psicocinetica da lui sostenuta: l'educazione psicomotoria si applica fino alla pubertà e ha lo scopo di favorire la genesi dello schema corporeo ed è compatibile sia con situazioni normali, sia con situazioni in presenza di disturbi motori. La rieducazione psicomotoria, invece, si applica ai soggetti con disturbi motori dall'età della preadolescenza in poi, per recuperare un'immagine corporea più consona e migliorare l'equilibrio e le prassie.

"Nell'organizzazione generale del lavoro che facciamo insieme in psicomotricità funzionale sapete che insistiamo molto sul legame costante che c'è fra teoria e pratica: è importante che ogni volta si sia in grado, partendo da un lavoro pratico, di riuscire a formularlo secondo principi teorici, per sapere quali sono le finalità dell'attività proposta. Il lavoro pratico consiste nel fare gli esercizi nel miglior modo possibile, ma la cosa più importante è riuscire a cogliere personalmente i problemi che ogni esercizio o situazione pratica vi pone: fare una specie di analisi funzionale su voi stessi per resistere alla naturale tentazione di considerare l'esercizio o la situazione pratica come qualcosa che deve avere un fine già definito.

Quando si considera un esercizio come qualcosa avente uno scopo di per se stesso, ricadiamo negli errori della pedagogia tradizionale che considera importante imparare a fare un determinato movimento e, nella sua ottica pensa di aver raggiunto il risultato solo quando il soggetto ha esibito una determinata prestazione. Per noi lo scopo, ormai lo sapete, non è quello di insegnare un determinato movimento a una persona, bensì quello di fargli divenire proprie quelle funzioni che, attivate, potranno risultare utili anche in altre situazioni. Quindi

ritorno al diverso lavoro fatto insieme, quello che dovrete fare dal punto di vista personale è analizzare l'impegno motorio che siete costretti a fare in una determinata situazione" (tratto da J. Le Boulch - Unpublished Private Document, in Atti ISFAR - Firenze con adattamenti).

4.a) Lo sviluppo della Psicocinetica

La prima opera di questo autore nel 1952 ha per tema l'educazione fisica funzionale. Presentata, all'epoca, in relazione al capitolo relativo agli esercizi detti preparatori e di mantenimento ispirati alla ginnastica svedese, essa apparve come una formula sintetica suscettibile di rispondere alle attese dei numerosi altri metodi in vigore, i metodi naturale, sportivo, ritmico e i giochi e le danze. Scostandosi dal senso abituale dato al termine "funzionale", generalmente applicato alla messa in gioco del sistema cardio-polmonare, Le Boulch ne conserva il suo significato psico-fisiologico. Assegna pertanto all'educazione fisica così qualificata la missione di "fare del corpo uno strumento perfetto di adattamento dell'individuo al suo ambiente tanto fisico che sociale grazie alla acquisizione dell'abilità o "padronanza fisiologica e psicologica per l'adattamento ad una data situazione"; e stabilisce i due insiemi costitutivi di quest'ultima: i fattori psico-motori ed i fattori di esecuzione. Egli poi affronta l'analisi del movimento e la metodologia richiesta per coltivarla, sottolineando la fase percettiva che condiziona la sua appropriazione e la necessità di fare in modo che l'allievo abbia una chiara coscienza dello scopo da raggiungere e possa dare le sue risposte ai problemi a lui posti. Tale in effetti è l'esigenza minima di una visione funzionale.

In questa prospettiva egli conduce una ricerca che va a sfociare nella sua tesi di medicina nel 1960, studio consacrato ad alcuni fattori di esecuzione del movimento come resistenza, forza, velocità; quelli che essenzialmente intervengono nelle prove atletiche composite (lancio, corsa di velocità, salto in alto) tradizionalmente utilizzate per valutare le caratteristiche motorie. Per far questo, egli calcola le correlazioni fra il tempo di reazione misurato con l'aiuto d'un cronoscopio (tempo semplice, tempo motorio, tempo discriminativo) e queste prove atletiche. I risultati ottenuti mettono in evidenza in particolare che, contrariamente alla opinione corrente, è la velocità muscolare e non la velocità nervosa che interviene in una corsa di velocità e che la contrazione, cioè il modo di utilizzo della forza muscolare, riveste due forme: l'una è esplosiva e l'altra progressivamente accelerata; quest'ultima, sovente la più efficace, implica un buon controllo temporale della ripartizione della forza. Si tratta dunque di un apporto non indifferente per il campo dell'allenamento sportivo e quello dell'educazione fisica scolastica.

Le tecniche in uso in materia di educazione e rieducazione al suo tempo restavano fondate invariabilmente sull'adozione di posizioni ipercorrette per una contrazione volontaria e forzata dei muscoli superficiali o d'azione, in modo tale che il risultato più certo era di annichilire l'azione tonica riflessa dei muscoli profondi o posturali. Le Boulch lo scopre e lo dimostra a partire dalle sue osservazioni cliniche durante le sedute di rieducazione dei poliomielitici. Da qui partono i suoi principi teorici: l'educazione psicomotoria ha come perno il corpo nella sua globalità congiunto alla psiche; operando sulla spontaneità primitiva e sulle sue reazioni agli stimoli. Lo psicomotricista è chiamato a lavorare ad un livello tonico, in cui è anche il suo corpo ad essere coinvolto direttamente. La psicomotricità affonda i suoi principi teorici nello sviluppo psico-biologico dell'essere, considerandolo nella sua totalità e rivisitando le tappe dello sviluppo motorio.

Il bambino è in continua interazione con l'ambiente circostante e gli altri esseri, ne consegue che lo sviluppo sia la risultante di questo continuo incontro:

- il suo corpo è il mezzo principale d'interazione;
- egli sviluppa ed esercita il suo io sul mondo degli oggetti;
- egli affonda nel mondo degli oggetti in maniera salda e ad esso è strettamente legato e dipendente per soddisfare le esigenze vitali e affettive.

Quando i tre capisaldi sopra menzionati risultano favorevoli il suo sviluppo avverrà in modo naturale, non incontrando ostacoli; tuttavia non è detto che questo percorso si evolva in questa maniera; possono presentarsi condizioni problematiche che scandiscono un percorso diverso:

- Il bambino può vivere difficoltà con il proprio corpo (disturbi neurologici che ostacolano l'apprendimento)

- Il bambino può essere incapace di esercitare il suo io, a causa di un ambiente educativo scarso o povertà
- Il bambino può vivere situazioni traumatizzanti che verranno somatizzate (rifiuto dei genitori, traumi vari).

A seconda di come l'essere umano fa uso del proprio corpo, è in grado o meno di stabilire una relazione sana con la propria esistenza psicofisica e realizzare un sereno sviluppo motorio e intellettuale. Indipendentemente dalle condizioni problematiche e dal disadattamento, infatti, i problemi motori e psicomotori sono sempre il risultato di problemi psicologici, neurologici e psico-affettivi.

§ 2) Principi didattico-metodologici

La comunicazione è alla base delle nostre interazioni sociali ed è un processo estremamente importante della nostra vita quotidiana. Gran parte della comunicazione è non verbale e implica comportamenti funzionali. Questo tipo di comunicazione accompagna abitualmente quella verbale, sostenendo, modificando e persino sostituendo il messaggio verbale. La psicomotricità fa leva proprio su tecniche di comunicazione non verbale, in cui è il corpo a dialogare attraverso messaggi non verbali: sguardo, postura, contatto, ecc. Il corpo non tace mai; ed è attraverso una relazione tonica che due esseri possono comunicare tra loro senza l'uso del linguaggio verbale, trovando anche piacere in questo tipo di relazione. Tale tipo di rapporto stabilisce relazioni profonde anche nella semplice immobilità, poiché le modulazioni toniche danno un contenuto affettivo ed emozionale ai soggetti che le realizzano.

Il contatto tonico permette a due corpi di venire in dialogo l'uno con l'altro, superando la separazione. Il contatto corporeo, infatti, permette di superare il nostro spazio di sicurezza e stabilire una relazione con l'altro; questa relazione può consistere in una reazione di rigetto, o d'accettazione o d'ambivalenza, ossia costituita sia da un desiderio di fuga che da uno di accettazione al tempo stesso. I contatti possono essere molteplici e diversificati. Quando il contatto si stabilizza diventa molto carico sul versante affettivo, la percezione dell'altro corpo diventa molto intensa. Così la postura, che il soggetto assume nel contatto, diventa espressione dello stato psico-emotivo; essa rivela molti particolari come un disagio importante che si realizza in un irrigidimento posturale o "corazza difensiva". Anche l'intensità delle pressioni esercitate sul corpo dell'altro sono sinonimo di un significato profondo:

- i contatti leggeri: esprimono la paura di venir in contatto con il corpo altrui
- i contatti pesanti: sono considerati aggressivi e possessivi
- i contatti leggeri ma decisi: esprimono la volontà di rassicurare e di mantenere un grande rispetto del corpo altrui
- i contatti sfiorati: rappresentano già di per sé una distanza tra i due soggetti

L'intervento psicomotorio nel suo setting specifico può così non mirare a «eliminare» i sintomi del disagio, agendo direttamente sul bambino, ma molto più realisticamente fa in modo che l'uso del corpo, del movimento e del gioco non creino disagio o creino un minor disagio, rispetto a quello della quotidianità, al bambino nel suo rapporto con se stesso, gli altri e il mondo esterno. Ovviamente ciò può avvenire solo attraverso una opportuna ed efficace manipolazione del setting psicomotorio in cui accade l'attività psicomotoria. Ciò può effettivamente ridurre o eliminare il disagio stesso, quando fosse determinato o fortemente influenzato da un cattivo rapporto del bambino con se stesso, gli altri o gli elementi del mondo esterno. Lo psicomotricista allora si trova a utilizzare uno strumento (il gioco infantile) molto efficace e piacevole (particolare non trascurabile), per venire in soccorso al bambino nel suo processo evolutivo.

§ 3) La ricerca scientifica e la psicomotricità

La ricerca moderna in campo infantile, soprattutto per quanto riguarda la prima infanzia, sembra convergere sempre più verso posizioni epistemologiche e teoriche in cui la psicomotricità si trova direttamente coinvolta. Le ricerche che prende in considerazione l'Autore (del suo periodo storico, dagli anni '60 agli anni

'90) in campo clinico, quali ad esempio quelle sviluppate dalla classificazione diagnostica sperimentale 0-3 anni, vanno verso il superamento della distinzione in compartimenti chiusi dei vari disturbi infantili e convergono verso il concetto di un'unica sindrome diagnostica per una variegata gamma di espressione del disagio infantile. Così, infatti, i «disturbi della regolazione» (come vengono chiamati nella definizione diagnostica del tempo) includono sia dei sintomi che si esprimono attraverso la via biologica (disturbi dell'alimentazione, del sonno), sia dei sintomi che si esprimono attraverso una difficoltà d'integrazione sensoriale (comprendendo i classici disturbi dell'attenzione e della concentrazione), sia dei sintomi che si esprimono attraverso una difficoltà di controllo del movimento e del comportamento, fino ai sintomi classici che si riferiscono alle difficoltà del bambino di giocare da solo o in gruppo.

In tal modo, attraverso questa nuova categoria diagnostica, per l'Autore viene introdotto un concetto che per alcuni versi assomiglia abbastanza ai disturbi che, in un differente contesto teorico-epistemologico, venivano definiti disturbi «tonico-emozionali» e che erano alla base di molti concetti psicomotori. In pratica, si tratta di tutti quei disturbi (di origine varia, che va dal campo neuropsicologico a quello più propriamente psicologico o emotivo-affettivo-socio-parentale) che comportano una difficoltà di regolazione del tono, dell'umore e dello stato emozionale in genere. Le varie problematiche psicomotorie rallentano e/o alterano il passaggio dallo schema alla progettazione motoria. Si evidenziano atipie molto specifiche nel passaggio dalla fase pre-simbolica alla fase simbolica. Alcune problematiche neuro-motorie e alcune psico-motorie sono da Le Boulch così definite:

- Ritardo psicomotorio: il bambino con ritardo psicomotorio non sa aggregare e selezionare le informazioni multisensoriali in nuclei percettivi utili, inoltre non sa come verificare con l'esplorazione un'ipotesi che può aver formulato.
- Atipie nelle strategie di apprendimento: i bambini tendono ad utilizzare l'imitazione come forma principale di apprendimento, ma imitano con lentezza e imprecisione, spesso con modalità stereotipe. Il bambino tende a delegare agli altri le azioni che non sa fare da solo.
- Tono muscolare debole: il bambino accusa squilibrio dello sviluppo psicomotorio
- Disturbo percettivo: il bambino è ansioso e maldestro, ha serie difficoltà nel controllo del proprio corpo e nel mantenere l'equilibrio
- Disturbo dell'attenzione percettiva: generalmente il bambino è dislessico o disortografico, esterna difficoltà nel controllo del corpo, ed esso gli impedisce qualsiasi livello d'attenzione sostenuta.
- Violenza: il bambino oppone resistenza ed ha un comportamento violento e aggressivo, non riesce a controllare la propria forza
- Sviluppo pre-pubere: la ragazzina che un corpo più sviluppato e formoso rispetto alle coetanee, può mostrare un rifiuto del proprio corpo e un mascheramento di esso assumendo posizioni ricurve e dunque cifosi pudica.

Per tutti questi soggetti è utile un intervento psicomotorio che favorisca lo sviluppo dell'azione e dei processi di trasformazione tonico-emozionale.

3.a) Superare il disagio

Sappiamo che il disagio infantile in ambito educativo ha un impatto notevole, a livello istituzionale, sulle strutture educative, obbligandole a un ripensamento tecnico di tipo organizzativo e metodologico, sia a livello della professionalità degli adulti, impegnati nel processo educativo, sia, infine, a livello strettamente personale del singolo adulto, perché un disagio comportamentale della prima infanzia ha sempre un impatto notevole in chi lo vive. Le cause del disagio infantile sono inoltre multiple, variando dal campo clinico a quello psicologico individuale, fino a quello socio-parentale; campi sulle dinamiche dei quali il mondo delle istituzioni educative ha potere d'intervento alquanto limitato.

La scuola o le istituzioni educative della prima infanzia potrebbero pensare che se il disagio ha le sue cause «altrove» (di tipo clinico, psicologico, familiare, sociale...), «altri» debbano intervenire a risolverlo, e sentirsi così esautorate dalla sua presa in carico, o addirittura «vittime» non colpevoli del fenomeno. È da

ribadire con forza allora che prevenzione in campo educativo vuol dire soprattutto che gli adulti impegnati professionalmente in questo settore devono lavorare prioritariamente su se stessi per fare in modo che l'impatto del disagio infantile abbia i minori effetti negativi possibili, proprio attraverso una loro capacità di saperlo adeguatamente ricevere e accogliere più che combattere o eliminare. Un lavoro su se stessi che implica, naturalmente, varie conseguenze e pianificazioni pratiche, sia a livello organizzativo-istituzionale, che professionale e strettamente personale.

In altre parole, fare prevenzione, in campo educativo, implica un lavoro non solo, o non tanto, sulle cause del disagio stesso (campo, ripetiamo, verso cui il mondo scolastico ha strumenti molto limitati) quanto, soprattutto, una riflessione sulla funzione educativa e un lavoro sulle capacità di «ascolto» del disagio infantile da parte del mondo delle istituzioni educative e sociali preposte al suo accoglimento, in modo che esse stesse siano il meno in difficoltà possibile nell'impatto con esso. Questo discorso intende inoltre discostarsi dai colori depressivi e pessimistici che si notano molte volte nei confronti del disagio; al contrario, il termine «ascolto» vuole implicare, in questa accezione, un valore molto attivo.

Sappiamo, infatti, che il pericolo più grave in cui incorrono i bambini con disagio è l'incapacità degli adulti di accogliere in modo adeguato il loro star male, mentre, in modo parallelo, il sollievo e l'aiuto migliore che può ricevere un bambino che esprime il suo star male attraverso il disagio consiste proprio nel constatare che l'adulto istituzionalmente preposto al suo accoglimento non è a disagio di fronte a questo suo malessere, ma al contrario lo ha previsto nel suo ruolo istituzionale e professionale, ed è quindi ben attrezzato a riceverlo, fino al punto che la capacità di ricezione può anche, in alcuni casi, risolvere il disagio stesso, anche se le sue cause sono «altrove». La novità che la psicomotricità ha introdotto nel campo delle tecniche educative e di aiuto verso le difficoltà infantili è proprio quella della formazione personale.

Una formazione che contempla, in particolare, la capacità di «ricevere» l'altro attraverso la via empatica e, inoltre, di essere attenti al proprio vissuto personale, nell'impatto con la sofferenza dell'altro. La formazione psicomotoria, in altre parole, prende in considerazione in via prioritaria la capacità di tenuta di chi aiuta nei confronti di chi è aiutato. E ciò, come è risaputo, costituisce la prima regola del processo di aiuto in genere: una capacità di lettura del disagio che implica una capacità di lettura di sé, oltre che dell'altro e che, di conseguenza, sa modulare i vari aspetti dell'aiuto, da quello più ampio a livello istituzionale, a quello più specifico a livello professionale, fino a quello più prossimo, a livello personale.

§ 4) Lo schema corporeo

Il concetto di schema corporeo e la conoscenza delle diverse tappe evolutive attraverso cui si struttura, diventano i presupposti di un'attività psicomotoria adeguata. Lo schema corporeo rappresenta l'intuizione d'insieme che si ha del proprio corpo, sia una posizione statica che dinamica, il rapporto delle diverse parti tra loro e soprattutto, in relazione con lo spazio e gli oggetti che lo circondano. "Lo schema corporeo è una necessità. Si costruisce secondo i bisogni dell'attività. Non è un dato iniziale, né un'entità biologica o psichica. È il risultato e la condizione di giusti rapporti tra l'individuo ed il proprio ambiente" (H. Wallon, *Cinestesia e immagine visuale del proprio corpo nel bambino*, in op. cit., pag. 76 - ed. originale 1954). Tutta la Psicomotricità si basa sulla nozione di schema corporeo. Esso riguarda la conoscenza, e quindi la rappresentazione mentale del proprio, anche tramite la ricostruzione analogica sulla percezione di quello altrui, sul piano spaziale sia nella statica che nella dinamica. Lo schema corporeo, è dunque l'organizzazione psicomotoria globale, comprendente tutti i meccanismi e i processi, ai livelli motori, tonici, percettivi e sensoriali, espressivi (verbale e non verbale): processi nei e mediante i quali il livello affettivo è sempre interessato. Negli anni venti del secolo scorso P. Schilder elaborò una diversa teoria sullo schema corporeo, facendolo emergere come immagine mentale, ovvero differenziandolo da quello di neurologi e psicopatologi che, fino ad allora, avevano fatto riferimento ad un concetto ristretto (neurologico) del medesimo.

Secondo Schilder con il termine "Immagine corporea" s'intende il quadro mentale che facciamo del nostro corpo, vale a dire il modo in cui il corpo appare a noi stessi. Tale immagine non è una riproduzione fedele della nostra struttura corporea, né coincide con le impressioni che riceviamo dalle sensazioni tattili,

visive, muscolari o viscerali, che pure contribuiscono a formare lo schema corporeo, ma è il risultato di un processo di integrazione dell'insieme delle percezioni, degli affetti e delle idee che, attraverso la sua storia personale e gli atteggiamenti dell'ambiente sociale, l'individuo attribuisce al suo corpo. L'immagine di Schilder riconosce una doppia genesi: percettivo-motoria e libidinale, infatti per tale autore la componente libidica partecipa alla sua costruzione. Il pensiero di Schilder è chiaro: "I processi di costruzione dell'immagine corporea non avvengono soltanto nel campo della percezione, ma hanno anche i loro paralleli nella costruzione del campo libidico ed emotivo". (P. Schilder, Immagine di sé e schema corporeo, F. Angeli, Milano 2006).

4.a) Tre specifiche tappe di sviluppo dello schema

La realizzazione completa dello schema corporeo secondo i classici della psicomotricità si conclude verso gli 11-12 anni d'età e la natura lenta e graduale con cui si realizza conferisce una decisiva importanza alla programmazione metodologico-didattica prevista durante la scuola elementare. Le fasi di sviluppo, possono essere sintetizzate così:

1. Tappa del corpo vissuto (fino ai 3 anni circa)
2. Tappa del corpo percepito (fino ai 7anni circa)
3. Tappa del corpo rappresentato (fino ai 12 anni circa)

La tappa del corpo vissuto, ingloba interamente la fase senso-motoria descritta da Piaget e la primissima fase preoperatoria, consentendo un'esperienza prassica globale e questa esperienza, unitamente alla relazione con l'adulto, favorisce una discreta padronanza del corpo. Dai 2 ai 3 anni , l'associazione tra la percezione e la verbalizzazione facilita la padronanza delle nozioni di orientamento topologico e si registra un miglioramento qualitativo dei gesti, un accomodamento posturale e perfezionamento della regolazione tonica. Tale sviluppo conduce il bambino dalla primitiva dominanza riflessa alla prima rudimentale rappresentazione mentale (stadio dello specchio di Zazzo) del corpo, passando per l'abitudine alla discriminazione percettiva delle diverse componenti corporee e convergendo verso la corrispondente interiorizzazione. Ciò vuol dire che il soggetto ha acquisito un primo controllo volontario e l'esecuzione di prassie (schemi posturali e dinamici elementari) che lo rendono capace di una certa autonomia.

I Fase – dalla nascita alla 7° settimana

Alla nascita il neonato possiede un doppio corredo di riflessi: a) i riflessi somatici neonatali (clono della caviglia, riflesso palmare, marcia automatica, ricerca del cibo, riflesso di Moro ecc); b) automatismi vegetativi (respiratorio, della suzione, della deglutizione ecc) che testimoniano entrambi del lungo esercizio maturazionale svolto nel periodo fetale. Questa riflessività si scatena in presenza di stimoli esterni e interni adeguati condotti da un'ampia afferenza sensitivo-sensoriale che comincia a colonizzare le aree primarie della corteccia, ma rimane prevalentemente interpretata protopaticamente dal talamo.

L'ipotalamo rappresenta l'organizzatore principale della condotta del neonato con imposizione delle ragioni di una ciclicità del bisogno di nutrizione sullo stato di benessere costante del periodo fetale precedente; da tale organizzatore, prevalentemente neurovegetativo, nasce, però, subito il principale organizzatore psicosomatico del neonato, cioè il rapporto con il principale oggetto (la madre o il suo sostituto) nel momento del soddisfacimento del bisogno alimentare, e poi in tutti quegli altri atti - di scambio comunicativo, manipolazione corporea, stimolazione della percezione, dell'azione e del gesto - che cadono quando la ciclicità del bisogno induce stati di presenza rilassata del neonato, sottolineati dalla stimolazione tonica ottimale da parte della sostanza reticolare sia della neocorteccia che del sistema muscolare somatico.

II fase – dal 2° al 18° mese

Nella I parte – stadio preoggettuale - mentre i riflessi somatici neonatali stanno svanendo, perché assorbiti dalla maturazione del sistema extrapiramidale (corpo striato) e piramidale (area motoria primaria) per essere progressivamente ricomposti in atti automatici (nella funzione di aggiustamento), e dunque sottoposti all'intenzionalità dell'infante (nel passaggio dalla reazione circolare primaria alla terziaria), l'ipotalamo subisce

l'attivazione del rinencefalo che sovrappone al bisogno fisiologico tutta la ricca gamma degli stati emotivi connessi (appresi anche per avvio della memorizzazione) in concomitanza con la massima operatività del dialogo tonico con l'oggetto, fino al momento del riconoscimento visivo della madre (stadio di R. Spitz).

Dai 7 mesi parte un secondo periodo – I oggettuale – caratterizzato dal prevalere come organizzatore del controllo del capo (per la visione con percezione della profondità, la catena di raddrizzamento, la prensione e la manipolazione ecc) che si conclude con la costruzione mentale di un mondo reale (non più fantasmatico) dove gli oggetti hanno permanenza anche quando scompaiono dalla vista.

III fase – dal 18° mese al 3° anno

La libera deambulazione consente una ricca e attiva ricerca sugli oggetti e sulle cose che conduce al pieno dispiegarsi delle aree primarie tramite l'assimilazione degli schemi percettivi delle cose (funzione di percezione), in concomitanza con l'avvio dello sviluppo del linguaggio verbale. Anche un altro oggetto, tra gli altri, soltanto alla conclusione del periodo si organizza percettivamente (immagine) tramite la sua visione globale: il corpo proprio (stadio dello specchio). Così il bambino a 3 anni possiede ormai tutte le strutture di base (prassie motorie evolutive) prodotte dall'aggiustamento spontaneo (posture ed equilibri, deambulazioni e salti, coordinazioni dinamiche globali del corpo e coordinazioni dinamiche degli arti superiori), salvo la coordinazione oculo-manuale su parabole (che richiederà lo sviluppo della rappresentazione ideo-motoria dopo i 7/9 anni), ma già con incipiente lateralizzazione tonica (emisoma) e d'uso (occhio, orecchio, mano e piede) della motricità spontanea.

La tappa successiva è quella del corpo percepito, individuabile nella fase compresa fra i 4 ed i 6 anni di vita. Praticamente il cuore della fase preoperatoria descritta da Piaget. In questa tappa, avere la consapevolezza fisica del proprio "Io" gli permette un'ottimale relazione col mondo esterno, la percezione precisa degli stimoli, un più rapido processo di sviluppo e apprendimento. Non ha ancora una padronanza decisa ed una fine coordinazione, ma controlla ugualmente in modo ottimale il proprio corpo, che consapevolmente usa per concretizzare le proprie intenzioni ed anche per meglio relazionarsi col mondo e con gli altri.

IV fase - dai 3 ai 6 anni (scuola dell'infanzia)

La maggior operatività dell'azione spontanea di questo periodo, progressivamente inglobata nell'operatività mentale, sugli gli oggetti così come risulta affinata dalla percezione del corpo proprio (costruita anche sull'immagine dell'altro e con l'abbinamento dei percetti corporei enterocettivi più immediati), è ampiamente stimolata da Imitazione, Gioco e Linguaggio verbale (che si appresta a diventare interno e dunque Pensiero) nella situazione sociale.

In tal modo si determinano le premesse per la costruzione dei primi sistemi di spiegazione della realtà (pensiero intuitivo infantile), ancora del tutto dipendenti dalla percezione ingenua. Ma l'operatività mentale dell'azione spontanea si abbina, poi, a nuove capacità rappresentative offerte dal grafismo (dallo schizzo spontaneo ai disegni del corpo, dello spazio, delle azioni, degli ambienti ecc.), e ciò permette di staccare il modello prassico, ancora costruito sui percetti dell'azione, dall'azione motoria per ricostruirlo in uno schema iconico (del disegno) astratto dalla situazione del qui ed ora che diventerà concetto, idea, modello, sistema ecc.

La terza ed ultima tappa è quella del corpo rappresentato, ascrivibile al periodo dai 7 ai 12 anni, quello che per Piaget individua interamente la fase delle operazioni concrete sino al primissimo accenno della fase delle operazioni formali. In questa fase il soggetto è capace di relativizzare i dati percettivi spaziali e temporali producendo le prime ipotesi progettuali. È nella fase in cui al "fare" si associa la facoltà di "raccontare cosa si sta facendo e cosa si intende fare". Diviene perfettamente capace di astrarsi dalla sua esperienza, per progettare e concretizzare un'azione pensata come la vedono gli altri. La piena costituzione dello schema corporeo è il più elevato grado di conoscenza di sé (per i soggetti normali), il punto di partenza verso una piena e completa autonomia.

V fase – dai 6 ai 10/12 anni (scuola primaria)

Fino ad ora sviluppo e apprendimento della motricità spontanea sono stati spinti dall'intenzionalità del risultato per il libero gioco della funzione d'aggiustamento motorio. Con l'inizio della scuola primaria, però sussistono nuovi compiti (scrittura e lettura, operatività coi numeri, prassie precisate ecc) che richiedono lo sviluppo della motricità secondo direzioni prestabilite. A questa necessità sovviene il processo di apprendimento con rappresentazione anticipata del corpo, mediante il passaggio ad una motricità operatoria concreta che nello stesso tempo tiene conto della percezione attuale e di una azione reversibile (operazione mentale) nell'ambito logico (qualità delle cose e dei corpi) e in quello infralogico (secondo le dimensioni spaziali, temporali e causali).

Se alla fine di questa fase permane ancora un'incompleta organizzazione dello schema corporeo, si possono determinare gravi problemi nel processo di sviluppo delle abilità motorie e della lateralità. Essendo quest'ultima funzione poi implicata strutturalmente anche nei processi di apprendimento della lettura e della scrittura, appare ancora più evidente l'importanza di seguire e favorire tale processo. Ugualmente importante è l'intervento precoce nei casi in cui dovessero manifestarsi evidenti problemi nell'organizzazione degli schemi motori. Lo schema corporeo e l'immagine del corpo, perciò, risultano un'esperienza unica, fondativa della personale sensazione dell'esistenza e della propria competenza nell'uso del corpo da un lato, ma rappresenta anche, da un altro lato, lo strumento individuale della comprensione del mondo e della relazione con gli altri.

4.b) Organizzazione spaziale

Parallelamente all'evoluzione della percezione e coscienza del proprio corpo avviene, infatti, nel bambino la percezione dell'ambiente nelle sue componenti spazio-temporali. Il movimento umano è un fenomeno che si svolge nello spazio, percepito come distanza da sé (vicino, lontano) e come direzione in rapporto a sé (dietro, davanti, sopra, sotto, destra, sinistra). J. Piaget quando parla della costruzione del concetto di spazio, definisce:

- Spazio vissuto: fino ai 3 anni lo spazio del bambino è uno spazio vissuto affettivamente in funzione ai propri bisogni, costruito con semplici schemi motori e rappresentato da rapporti di vicinanza, di separazione, di ordine, di inclusione, di continuità, con l'esplorazione il bambino conosce e impara.
- La discriminazione percettiva è per lui il punto di partenza di fondamentale importanza nella programmazione educativa, non solo per quanto riguarda le sensazioni cinestesiche e propriocettive, ma per tutte le sensazioni tattili, olfattive, visive, uditive e gustative. Giunge, dunque, alla percezione e concettualizzazione dello spazio esistente fuori di sé.
- Spazio topologico: fino ai 5-7 anni sono ancora i rapporti di separazione o di continuità, di ordine che introducono anche quelli di successione e di direzionalità. La presenza del pensiero simbolico e la capacità di rappresentazione nel bambino gli permettono di dare un nome alle relazioni spaziali
- Spazio proiettivo : verso i 6-7 anni il bambino riconosce i rapporti tra gli oggetti e le loro forme, ha degli schemi di riferimento (orizzontale, verticale) e direzionalità (avanti e dietro, sopra e sotto, destra e sinistra su di sé), riesce così a rappresentare i rapporti spaziali degli oggetti in rapporto a sé stesso e i più semplici anche in relazione agli altri.
- Spazio euclideo: verso i 7-8 anni nasce la geometria del piano, delle figure e dei solidi con le relazioni metriche dei rapporti di grandezza.

4.c) Organizzazione temporale

Il movimento si sviluppa anche nel tempo che viene percepito innanzitutto come durata del gesto (lento, veloce) e poi come successione di gesti (prima, dopo). La strutturazione temporale inizialmente è legata a funzioni ritmiche vitali e questo momento viene detto tempo vissuto (la respirazione, il ritmo cardiaco). Il bambino grazie alle possibilità di muoversi e di agire, passa a disporre nel tempo, oltre ai movimenti del proprio

corpo, anche quelli degli oggetti con le loro proprietà visive, tattili e sonore. Dal concetto di tempo vissuto come “istantaneità” il bambino procede, tramite l’affinarsi delle capacità di simbolizzazione, al tempo rappresentato, alla capacità di prevedere e anticipare le azioni attraverso la rappresentazione, alla strutturazione di una serie di avvenimenti successivi. Con il progredire dello sviluppo, la nozione di tempo diviene sempre più astratta e si ha l’introduzione dei concetti di simultaneità, successione, durata e intervallo.

Secondo Le Boulch “la durata di un movimento totale può essere decomposta in tanti tempi quanti sono gli appoggi intermedi”. L’organizzazione temporale di queste differenti sequenze rappresenta il ritmo del movimento, viene introdotta, in tal modo, la nozione di ritmo strettamente legata a quella di composizione sonora (le battute del movimento) e anche a quella di insieme temporale ripetuto. La strutturazione spazio-temporale nel bambino può essere facilitata o rallentata in base alle esperienze che il bambino vive nel proprio ambiente. Alcune proposte operative consistono in:

- Ogni bambino ascolta il proprio battito cardiaco
- Ogni bambino produce suoni con diversi strumenti
- Ogni bambino cammina o corre mantenendo un ritmo costante
- Ogni bambino si muove su una composizione musicale che presenta variazioni di ritmo (lento, veloce)

4.d) I disturbi dello schema corporeo (da <http://www.treccani.it/enciclopedia/schema-corporeo>)

Osservazioni scientifiche permettono di ritenere che il costrutto dello schema corporeo utilizzi, oltre alle informazioni sensoriali (vista, udito ecc.), anche delle componenti mnestiche ed emozionali e venga sostenuto dall’attività di una rete neurale spazialmente distribuita, determinata geneticamente, ampiamente soggetta però a influenze epigenetiche. Specialmente negli ultimi dieci anni del Novecento, il concetto di immagine corporea si è andato sviluppando in vari campi e per noi, più precisamente, in quelli neurologico e psichiatrico. I disturbi dello schema corporeo possono essere bilaterali o unilaterali e vengono indicati come positivi o negativi. I disturbi positivi sono rappresentati dall’arto fantasma, cioè l’illusione dell’esistenza di parti del corpo che invece sono state perse, per asportazione chirurgica o incidente; mentre i disturbi negativi indicano la negligenza del soggetto nei riguardi di una parte del proprio corpo, in genere di una metà del corpo.

- Disturbi bilaterali (localizzati su un emisfero agiscono su tutto il corpo) dello schema corporeo

Questi sintomi, osservati raramente, sono rappresentati dall’autotopoagnosia, che coinvolge tutto il corpo, e dall’agnosia digitale o sindrome di Gerstmann, che coinvolgono soltanto una porzione di esso. L’autotopoagnosia è un disturbo che implica l’incapacità del paziente di localizzare una parte del corpo; si osserva a seguito sia di un comando verbale sia di sollecitazioni non verbali: nel primo caso, il paziente non identifica sul proprio corpo o su quello dell’esaminatore o su un disegno o su un manichino la parte richiesta; nel secondo, il soggetto fallisce quando deve indicare sul suo corpo le parti che l’esaminatore ha toccato sul proprio. Il soggetto è invece in grado di eseguire correttamente compiti analoghi nel caso di categorie di oggetti diverse, seppure collegate con il corpo (per es. i vestiti), o di animali: in questo caso alcune difficoltà sorgono per gli organi che gli animali hanno in comune con l’uomo come gli occhi e le orecchie. Quando la sintomatologia non è associata a disturbi fasici (della loquela), la lesione si trova nel lobo parietale destro ed è dovuta a tumori primitivi o metastatici e non a lesioni vascolari, che in genere sono più estese e, a sinistra, comportano turbe fasiche.

L’agnosia digitale venne descritta nel 1924 dal neurologo austriaco J. Gerstmann nel caso di un soggetto ambidestro, portatore di tumore parietale destro, che era incapace di distinguere, denominare e scegliere su comando le singole dita delle mani proprie o altrui o le dita raffigurate in un disegno. Successivamente, Gerstmann stesso osservò che l’agnosia digitale era frequentemente associata con il disorientamento destra/sinistra, l’acalculia e l’agrafia. Questi diversi sintomi costituirono nel loro insieme una sindrome ben nota ai clinici, indicata come sindrome di Gerstmann. Il disorientamento destra/sinistra consiste nell’incapacità di riconoscere il lato destro o sinistro del proprio corpo o di quello dell’esaminatore, di un’immagine allo specchio

o di un disegno di una persona; la richiesta può essere presentata verbalmente, sottintendendo in tal modo la corretta comprensione delle parole e un corretto funzionamento della memoria a breve termine.

L'acalculia, invece, è l'incapacità di effettuare operazioni aritmetiche; il disturbo in questo caso è prevalentemente di tipo spaziale: i numeri, infatti, non presentano più un valore in base alla posizione (unità, decine, centinaia), ma risultano invertiti nella lettura e nel calcolo, motivo per cui il calcolo orale dà risultati migliori di quello scritto. Nell'agrafia le alterazioni della scrittura si riferiscono alla formazione delle lettere, all'allineamento, agli errori nella parola dovuti all'ordine delle lettere; mentre raramente si osserva la sostituzione e l'omissione delle lettere come avviene, invece, negli afasici; questi disturbi sono riscontrati sia nella scrittura spontanea e copiata, sia sotto dettatura. La discussione sui sintomi che costituiscono la sindrome di Gerstmann, sulla sede della lesione cerebrale che la determina e, soprattutto, sulla valutazione dei diversi sintomi come indipendenti e primari oppure secondari a turbe fasiche e deterioramento mentale è tuttora aperta.

La sindrome di Gerstmann è ancora ritenuta da alcuni ricercatori un quadro autonomo e indipendente; il ritrovare in un soggetto almeno tre segni di essa, comunque, induce a ritenere che esista una lesione nel lobo parietale dell'emisfero destro. Per spiegare i disturbi bilaterali dello schema corporeo sono state invocate di volta in volta turbe dell'orientamento spaziale, difficoltà nel raggiungere con il controllo visivo un bersaglio nello spazio, turbe delle componenti linguistiche nel processo cognitivo del corpo, ma il problema rimane a tutt'oggi irrisolto.

- Disturbi unilaterali (localizzati su un emisfero agiscono sul lato opposto del corpo)

Negli ultimi anni del Novecento questi disturbi vengono discussi nel più ampio contesto di quelli di 'negligenza' (dall'inglese neglect). Il termine si riferisce al fatto che il soggetto non risponde a stimolazioni, o non è in grado di ricevere informazioni, che in termini spaziali avvengono in sede controlaterale all'emisfero cerebrale leso: si parla, quindi, usualmente di eminegligenza. La negligenza può essere riferita allo spazio esterno (negligenza extrapersonale o dell'emispazio) o allo spazio del proprio corpo (negligenza personale o dell'emicorpo); la sua intensità è di grado estremamente variabile, tanto che in alcuni casi è rilevabile solo mediante test specifici.

La negligenza extrapersonale può riferirsi a informazioni ottenute attraverso la via visiva, uditiva, somestesica e attraverso immagini mentali o funzioni di memoria topografica. In queste situazioni il soggetto non è in grado di riprodurre nel disegno o nella costruzione con cubi la metà sinistra del modello o dell'originale, non riesce a leggere le prime parole di ogni riga; in un caso classico, il malato descrive, da una prospettiva determinata, solo ciò che si ritrova, per es., nella metà sinistra di piazza del Duomo a Milano, mentre nella prospettiva opposta non è in grado di riportare ciò che si ritrova alla sua sinistra e che in precedenza, trovandosi sul lato destro, era stato correttamente indicato (Bisiach-Vallar). Le alterazioni di negligenza nello spazio intrapersonale, ossia nello spazio riferito al proprio corpo, includono l'asportaneità motoria (o acinesia motoria), l'estinzione tattile, l'emisomatoagnosia, l'anosoagnosia, l'allochiria (o alloestesia), le illusioni e le allucinazioni somatognosiche.

Nell'asportaneità motoria, o acinesia motoria, il soggetto non utilizza il braccio sinistro, anche se non paretico, quando è invitato a sollevare insieme le due braccia: esegue cioè l'invito con il braccio omolaterale alla sede di lesione emisferica come se il braccio controlaterale non esistesse. Nel caso dell'estinzione tattile, la negligenza sensitiva e sensoriale si riferisce a un deficit nella ricezione di uno stimolo quando la lesione è in sede diversa dall'area sensitivo-sensoriale primaria o di proiezione. L'estinzione può verificarsi per molti tipi di funzioni di senso (uditive, visive e di varie altre sensibilità) e le lesioni vengono riscontrate più frequentemente nella regione parietale destra piuttosto che nella sinistra. La negligenza uditiva è la più facilmente rilevabile, in quanto la perdita unilaterale di udito non si verifica per lesione cerebrale. Nell'estinzione tattile, invece, nel caso di due stimoli che vengano portati simultaneamente sui due lati del corpo, il soggetto ne percepisce uno soltanto: lo stimolo portato controlateralmente alla sede di lesione non viene infatti avvertito. In casi di questo tipo la lesione avrebbe sede nel lobo parietale destro e solo raramente nel sinistro.

L'emisomatoagnosia è un disturbo che può essere classificato come emisomatoagnosia conscia o non conscia. L'emisomatoagnosia conscia, di raro riscontro, consiste nella perdita della percezione di metà del proprio corpo. Usualmente il fenomeno si manifesta in maniera critica, ed è quindi temporaneo, e si accompagna a crisi epilettiche o ad attacchi emicranici. La lesione cerebrale associata a questi disturbi si può ritrovare sia nell'emisfero destro sia nel sinistro. L'emisomatoagnosia non conscia è abbastanza frequente: si riscontra in un terzo circa dei soggetti con lesioni emisferiche destre retrorolandiche, mentre solo una piccola percentuale dei casi viene attribuita a lesioni dell'emisfero sinistro. Il soggetto non avverte come propria la metà sinistra del corpo, e quindi si sbarba, per es., solo la metà destra della faccia, oppure non posiziona correttamente la stanghetta degli occhiali dietro l'orecchio sinistro. La sede retrorolandica della lesione coinvolge il lobo parietale anche nella parte sottocorticale dell'emisfero destro, più raramente dell'emisfero sinistro. Le ipotesi interpretative del fenomeno riguardano un deficit nel processo di sintesi delle afferenze di senso da canali diversi, che comporta la mancata consapevolezza della metà del corpo controlaterale alla lesione, o un deficit dell'attenzione per metà spazio, compreso l'emisfero.

L'anosognosia, o sindrome di Anton-Babinski, è caratterizzata dalla negazione o disconoscimento di un deficit grave motorio, sensitivo o di altro tipo e si verifica in genere nel caso di un'emiplegia: il malato ignora la paralisi e può sostenere che l'arto plegico che l'esaminatore gli mostra non sia il suo (somatoparafrenia). Questo quadro costituisce la forma conscia verbale di anosognosia, è piuttosto raro nella pratica clinica e si ritrova nella fase acuta dell'apoplezia, spesso associato a turbe di coscienza. In casi più lievi si osserva un'anosodiaforia, cioè un'indifferenza verso il disturbo, o una minimizzazione della sua entità, realizzando una forma implicita e non conscia di anosognosia.

Nel caso di una modesta riduzione della motilità, il soggetto può mostrare negligenza per l'emilato colpito, riducendo l'uso degli arti quasi non fossero suoi: invitato a muovere gli arti colpiti, risponde di averli spostati anche se ovviamente ciò non corrisponde al vero. L'anosognosia e la somatoparafrenia sono state riscontrate in casi di lesione talamica, ma lo studio con la tomografia a emissione di singoli fotoni (SPET, Single photon emission tomography) fa ritenere che le aree corticali soffrano in maniera consistente anche in casi con vasta lesione sottocorticale. L'allochiria, o alloestesia, è un disturbo per cui uno stimolo sensitivo portato su un lato del corpo viene percepito, dopo un breve intervallo di tempo, nell'area corrispondente dell'altro lato, evento che si verifica soprattutto a livello del tronco e nelle porzioni prossimali degli arti. La lesione è localizzata nell'emisfero destro a livello corticale, ma può coinvolgere anche formazioni sottocorticali.

I quadri clinici descritti si possono associare a turbe della ricezione dello stimolo di senso senza che l'esame neurologico dimostri l'esistenza di lesioni sensitive. Per alcuni studiosi il fenomeno dell'arto fantasma, studiato già dai tempi di Cartesio, costituisce una prova decisiva dell'esistenza di una rappresentazione del corpo a livello cerebrale. Nei casi di amputazione l'arto fantasma, che rientra nel campo delle illusioni e allucinazioni somatognosiche, è contraddistinto dalla percezione dell'arto perduto con tutte le caratteristiche spaziali di un arto, associato di solito a disturbi sensitivi, quali parestesie, sensazione di pesantezza, caldo, freddo, crampi e, soprattutto, dolore. Il disturbo compare quasi immediatamente dopo l'amputazione e persiste a lungo, benché nel corso degli anni possa diventare intermittente.

Il soggetto ha la convinzione realistica dell'esistenza normale del suo arto, per cui, per es., può alzarsi nel tentativo di camminare, mentre non è in grado di reggersi in piedi. Il dolore non è riferito al moncone, ma presenta caratteristiche di dolore parossistico di tipo bruciante ed è 'reale', mentre è 'fantasma' la parte del corpo cui è riferito. L'arto fantasma si osserva più frequentemente dopo l'amputazione traumatica o chirurgica di un arto, o in seguito alla perdita di altre porzioni corporee (mammella, globo oculare), a lesioni del sistema nervoso periferico (lesioni gravi di un plesso o in casi di neuropatia) o del sistema nervoso centrale (sezione midollare, lesioni del tronco encefalico, del talamo e del lobo parietale sia a destra sia a sinistra).

Si riteneva che i bambini nati con deficienza congenita di parti del corpo o che abbiano subito amputazioni prima dei 6 anni non soffrano di arto fantasma, ma recentemente è stato segnalato che circa un terzo dei bambini che rientrano in tali condizioni risentono di questo disturbo. Un rilevante contributo sui meccanismi alla base del fenomeno è fornito dai dati provenienti da esperienze animali e umane, che dimostrano

come la porzione di corteccia sensitiva che non riceve più afferenze sensitive - poiché la parte corporea cui si riferisce è mancante - viene invasa da stimoli che provengono da parti adiacenti cui afferiscono altre porzioni del corpo (Berlucchi-Aglioti). Nella macro- e micro-somatoagnosia il soggetto avverte il proprio corpo, o parti di esso, abnormemente grandi o piccole, talora con senso di pesantezza o distorsione. Il fenomeno è parossistico e di breve durata; può essere associato a molte malattie, ma usualmente si ritrova nell'epilessia temporale, nell'emicrania, in malattie cerebrali focali, in soggetti con disturbi dell'addormentamento, in malattie psichiatriche (per es. la schizofrenia) e in psicosi indotte da LSD o anfetamina.

Si ritiene che la lesione responsabile sia localizzata nell'area temporoparietoccipitale, sia destra sia sinistra, e comunque si tratterebbe di un evento parossistico associato ad altri fenomeni critici. L'autoscopia è un disturbo che proietta l'immagine corporea nello spazio esterno, un fenomeno conosciuto da secoli e riportato anche nella letteratura. L'autoscopia è stata indicata di volta in volta con diversi termini, quali visione speculare, visione del sosia, autoallucinazione. L'immagine proiettata può essere di intensità lieve o marcata, talora come 'trasparente', e ha in genere una durata di pochi secondi. In un solo caso - un individuo cieco da sette anni a causa di un tumore ipofisario - è stato descritto come un disturbo permanente. L'immagine può apparire di fronte, in posizione centrale e a una certa distanza, ma anche in un emilato dello spazio visivo e talora in un campo visivo emianoptico.

Si osserva durante intossicazioni, infezioni, quadri psicotici (stati depressivi e schizofrenia), ma anche nella gravidanza e nel puerperio, nell'epilessia e nell'emicrania, in lesioni cerebrali focali, bilaterali e diffuse di varia natura. Sono stati segnalati soggetti con autoscopia durante la fase di addormentamento e nel risveglio. Si ritiene che il fenomeno sia un'allucinazione che ha per oggetto il corpo, o parti di esso, e alcuni ricercatori lo considerano un disturbo dello schema corporeo. L'autoscopia può rappresentare la prima manifestazione di una lesione cerebrale e per questo i soggetti con questo disturbo vanno attentamente valutati sul piano neurologico.

La depersonalizzazione è un disturbo soggettivo che consiste in una sensazione spiacevole di estraneità oppure di irrealtà, riferita a qualunque funzione mentale o fisica: "sono incapace di sentimenti normali", "gli arti o il corpo non sono più miei, sono trasformati", sono tra le frasi frequentemente pronunciate dai pazienti. Si può riscontrare in casi di epilessia (con lesione del lobo temporale), in stati infettivi acuti, intossicazione da alcol e sostanze psicoattive (LSD, mescalina), psicosi endogene. La natura del disturbo rimane oscura e incerta e le relazioni con la percezione del Sé e l'immagine del corpo sono molto discusse (Mellor). L'asimbolia per il dolore è una rara condizione in cui sono assenti le normali reazioni soggettive di difesa, d'ansia e di evitamento in rapporto a stimoli dolorosi portati su ambedue le parti del corpo o a un dolore imminente (asimbolia per il pericolo). Le sensibilità, tuttavia, non sono alterate e lo stimolo doloroso viene riconosciuto rispetto ad altri tipi di stimolo. Spesso il quadro è associato ad afasia sensoriale, turbe dello schema corporeo e aprassia. Si ritiene che il disturbo sia riferito ad alterazione dello schema corporeo con lesione nell'emisfero dominante, anche se di queste affermazioni non esiste alcuna dimostrazione attendibile.

- **Disturbi somatoformi**

Indicati da E. Morselli nel 1891 come dismorfofobia, sono ripresi dal DSM-IV dell'American psychiatric association come disturbi di dismorfismo corporeo, cioè preoccupazione per un lieve difetto dell'aspetto fisico o per un difetto immaginario che provoca un significativo disagio nell'ambito sociale, lavorativo o nella vita del soggetto. Il disturbo compare più frequentemente nel corso dell'adolescenza, ma può insorgere anche in soggetti intorno ai 30 anni. La preoccupazione non è attribuibile ad altro processo psichico e, anche se è presente una lieve anomalia fisica, le preoccupazioni espresse appaiono assolutamente eccessive. Di solito si tratta di imperfezioni del viso (rughe, macchie della pelle, abbondante peluria), più raramente di altre parti del corpo (nelle donne il seno, le cosce, i glutei; negli uomini il naso, il torace, gli organi genitali). La convinzione del difetto fisico può essere messa in dubbio dal paziente e può essere accettata l'ammissione di non avere difetti o di aver esagerato l'importanza dell'imperfezione, eliminando quindi la possibilità che si tratti di un'ideazione delirante. Può non essere facile stabilire se la preoccupazione è da considerare eccessiva in modo anormale: a questo proposito F. McGregor riporta il caso di una donna portoricana estremamente

preoccupata per un'insignificante cicatrice facciale riportata in un incidente. La situazione fu meglio compresa quando si venne a conoscenza del fatto che una cicatrice di quel tipo, nel suo gruppo etnico, poteva significare la punizione per un adulterio.

4.e) Turbe della condotta alimentare

Queste turbe comprendono diversi disturbi correlati e talora associati, quali l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, in cui esiste un travisamento dell'immagine del proprio corpo e avversione o ripugnanza verso di esso. L'aspetto essenziale dell'anoressia nervosa è rappresentato dall'intensa aspirazione ad avere un corpo snello e sottile. L'immagine corporea è alterata e il soggetto interpreta in maniera distorta le proprie misure corporee, valutandosi grasso o molto meno magro di quanto sia in realtà, teme l'ingrassamento, indipendentemente dal suo attuale peso e rifiuta di mantenere il peso a un valore minimo ma nell'ambito della norma. Naturalmente tale quadro si manifesta in assenza di malattie somatiche che possano essere ritenute responsabili di questa condotta. La bulimia nervosa è attualmente considerata entità separata dall'anoressia, anche se spesso i due quadri sono associati. Anche in questo caso il punto essenziale è rappresentato dall'errata percezione e valutazione del proprio aspetto fisico, con un'eccessiva e costante preoccupazione per la forma e il peso del corpo, di frequente associata a disgusto, e una deformata valutazione della propria immagine corporea.

Cap. 5 La psicomotricità come Terapia psicomotoria di Aucouturier

§ 1) La Psicomotricità di André Lapierre e Bernard Aucouturier

Un'ulteriore e più profonda innovazione viene dall'approccio di André Lapierre e Bernard Aucouturier che iniziarono la loro collaborazione quando Lapierre era un riabilitatore motorio già affermato che cercava di modificare il modello morfologico-costituzionale della ginnastica medica a favore della visione psicomotoria, per poi separarsi nel 1982 quando Aucouturier si allontanò dalla visione proposta dal collega e continuò i suoi studi con altri ricercatori, denominando la sua psicomotricità 'Pratica Psicomotoria', mentre d'altra parte Lapierre, continuando i suoi studi sulla teoria psicoanalitica, denominò la sua corrente di pensiero 'Psicomotricità Relazionale'. I due autori nel corso della loro collaborazione sottolinearono che accanto ad un'attitudine fisica del corpo vi sia sempre un'attitudine psicologica e cognitiva e come l'integrazione di questi diversi processi vada a facilitare profondamente lo sviluppo del bambino.

Nelle loro prime ricerche gli autori dimostrano che ogni nozione basilare non viene acquisita in maniera automatica ed imposta dall'esterno, ma attraverso un percorso che parte dall'azione senso-motoria per arrivare ai processi di astrazione. Viene utilizzato il gioco spontaneo, il movimento, l'azione e la rappresentazione che permettono al bambino di esplorare e conoscere il mondo che lo circonda. Quindi partendo da un'iniziale dimensione senso-motoria, che coinvolge il bambino in maniera globale, nella dimensione tonico-emozionale con l'altro, nell'utilizzo sensoriale e percettivo dell'oggetto e dello spazio, progressivamente il gioco si dirige verso tappe evolutive successive che attribuiscono sempre più un ruolo rilevante al pensiero.

La novità più importante portata da questi due autori, pur percorrendo strade diverse, è la concezione del bambino: il bambino agisce in funzione della relazione con l'altro, adulto o bambino, in successivi processi di identificazione e differenziazione. Viene attribuito grande valore, nel gioco, al significato simbolico dell'azione come espressione delle relazioni attuali ma anche dei significati più profondi che nell'azione vengono giocati. L'educazione psicomotoria ha come punto di partenza lo sviluppo psico-biologico del bambino; quest'ultimo è concepito nella sua unità ed è il protagonista dell'azione e delle relazioni durante l'attività psicomotoria. L'esperienza psicomotoria, attraverso l'azione e il gioco, mira allo sviluppo del pensiero simbolico, della capacità di decentramento cognitivo, dei processi di socializzazione, quindi dell'identità personale complessiva. Accanto al bambino vi è lo psicomotricista, l'operatore che svolge, in collaborazione con altre figure del settore scolastico e socio-sanitario, l'intervento psicomotorio in diversi ambiti: quello educativo-preventivo, per prevenire l'insorgere di possibili disturbi relazionali o di apprendimento in età evolutiva e favorire uno sviluppo

psicomotorio armonico; l'ambito terapeutico, attuando degli interventi di terapia psicomotoria in quei bambini che presentano già disturbi di diversa natura (comportamentale, di comunicazione, di apprendimento e ritardi psicomotori).

Lo sviluppo del bambino è il risultato dell'interazione di tre fattori, sempre presenti in ogni situazione di vita: il bambino, il mondo degli oggetti e quello degli altri. L'individuo vive il suo corpo come mezzo di relazione, dipende dal mondo degli altri per soddisfare i suoi bisogni vitali ed affettivi e vive ed esercita il suo io all'interno del mondo degli oggetti. Se queste tre condizioni vanno ad interagire in maniera favorevole lo sviluppo del soggetto avverrà normalmente, senza incontrare difficoltà insuperabili. Un bambino che è consapevole del proprio corpo e dell'uso che ne fa è in grado di apprendere gli elementi del mondo circostante e di relazionarsi ad essi: può quindi sviluppare la sua intelligenza. In caso contrario possono emergere numerose problematiche nel corso dello sviluppo: il bambino può avere difficoltà con se stesso, con il proprio corpo che saranno d'ostacolo nell'apprendimento ad agire nel mondo degli oggetti e degli altri; vi possono essere complicate situazioni ambientali, come la presenza di un contesto educativo povero che non permette al bambino di esercitare il proprio io, o difficoltà nel mondo degli altri, nei rapporti con i genitori ad esempio, che emergeranno a livello corporeo.

Qualsiasi problema motorio e psicomotorio è sempre collegato a problemi psicologici e psico-affettivi. Infatti un bambino goffo e ansioso ha disturbi del controllo e della percezione del proprio corpo, un bambino con tono muscolare debole avrà uno sviluppo psicomotorio instabile, infine un bambino violento, ribelle, che oppone resistenza all'altro non avrà nemmeno il controllo sull'uso del proprio corpo. Da questi esempi si può comprendere che tutto ciò che siamo, che fa parte di noi, sentimenti, emozioni, attività intellettuali sono inseparabili dal nostro corpo. Quindi il soggetto esiste nella misura in cui riesce a "stabilire relazioni significative tra il nostro corpo, le sue sensazioni e le sue produzioni, da una parte, e ciò che è esterno dall'altra". La nostra personalità è proprio espressione di come strutturiamo queste relazioni, come le percepiamo e reagiamo ad esse.

Nella psicomotricità il movimento viene utilizzato non come fine, ma come mezzo per armonizzare lo sviluppo della personalità. È proprio nella motricità che si sperimenta il collegamento tra il pensare e l'agire. Interpretando lo sviluppo del bambino, H. Wallon affermò che "Pensiero è Azione"; in tal senso il pensiero è azione perché il bambino con il suo corpo e il suo movimento esprime le sue emozioni e la sua vita affettiva e la sua presa cognitiva sulla realtà. L'azione è pensiero perché agendo con gli oggetti, esplorando lo spazio, scoprendo il suo corpo, accede alla capacità di rappresentazione di sé e degli altri, quindi al pensiero.

Accanto al corpo, altro strumento privilegiato che permette al bambino di vivere le relazioni con gli altri, sperimentare le sue azioni e le diverse modalità di comunicazione è il gioco: il gioco è l'aspetto dominante nella vita del bambino, attraverso esso il bambino esplora il mondo che lo circonda, prima con giochi per osservare e conoscere il proprio corpo, successivamente, con esperienze appositamente create si può stimolare l'individuo al movimento, al ritmo, al controllo delle parti del proprio corpo e soprattutto alla relazione con la realtà esterna e alla socializzazione.

È proprio attraverso il gioco che il bambino acquisisce abilità motorie, capacità cognitive, comportamenti sociali nel rispetto delle cose e degli altri. Tutto ciò lo conduce al raggiungimento dell'autonomia, traguardo essenziale per rendere un soggetto protagonista attivo e consapevole della propria esistenza. Infine il bambino attraverso il gioco esprime, in maniera simbolica, conflitti, fantasie, ansie e paure; osservando perciò, come un bambino organizza e predispone il gioco, durante una seduta di psicomotricità o in un momento di gioco libero, è possibile rendersi conto di aspetti di prestazione come la memoria, l'attenzione, la creatività e la capacità di risolvere problemi.

Gli studi di Lapierre e di Aucouturier e la formulazione delle loro prime tecniche psicomotorie passano nel tempo attraverso un'evoluzione sviluppatasi per tappe: la prima, quella educativa, fu la ricerca di una didattica diversa da quanto veniva proposto da P. Vayer e J. Le Boulch, perché considerano quella loro una pratica fondata sulla strutturazione dello schema corporeo che si rifà ad una pedagogia piuttosto direttiva. Proprio la comune volontà di proporre un approccio maggiormente fondato sulla relazione e sui bisogni dei

bambini, ha condotto Aucouturier a collaborare inizialmente con André Lapierre che stava facendo esperienze psicomotorie non direttive coi bambini più piccoli, andando poi a focalizzare l'attenzione sui bambini della scuola primaria. I due partirono dalle concezioni sullo sviluppo psicologico del bambino di Piaget e Wallon ed in particolar modo dal pensiero di quest'ultimo che segnala l'importanza della fusione affettiva primitiva con le figure genitoriali nei confronti di tutto il successivo sviluppo del soggetto.

Tale fusione si esprime attraverso fenomeni motori, in quello che viene definito 'dialogo tonico', anticipatore della successiva relazione verbale e non verbale con l'altro. Osservarono quindi che i bambini definiscono le emozioni attraverso il corpo e le esprimono con il tono e il movimento. Il bambino è un essere in movimento, il suo movimento è incessante; esso scopre il mondo esterno attraverso un eccesso d'azione, una pulsione motoria emozionalmente molto carica che non riesce a padroneggiare sufficientemente. Lentamente poi questa scoperta diventa meno dirompente fino a raggiungere il piacere di un'azione moderata e controllata. Nell'ambito educativo occorre quindi progettare un intervento, basato sulla spontaneità del bambino, che faccia riferimento sia ai desideri del bambino che agli obiettivi dell'adulto-insegnante. Occorre attuare una metodologia che dia la possibilità ai bambini di vivere le fondamentali emozioni legate alle cognizioni spazio-temporali. Riprendendo il pensiero piagetiano, infatti, l'intelligenza si sviluppa dall'esperienza senso-motoria che costituisce la base dello sviluppo dell'intelligenza operatoria prima e logico-formale poi.

Successivamente i due autori abbandonano questa prospettiva che sottovaluta la valenza dell'espressività del soggetto e vanno a porre l'attenzione sul simbolismo della gestualità in quanto soddisfazione dei bisogni simbolici più profondi del soggetto. Si apre così la terza tappa operativa che è quella influenzata dalla psicoanalisi di Freud, quindi dalla più ampia psicologia dinamica, la quale attribuisce un significato profondo alla gestualità, al movimento e alla relazione corpo-inconscio. Secondo l'approccio psicoanalitico, il movimento rappresenta i bisogni organici della persona che si esprimono psicologicamente con una specifica pulsione. Aucouturier però non rimase del tutto soddisfatto dagli apporti provenienti dalla psicoanalisi che furono necessari per la formazione dei primi concetti, ma poi ne sviluppò un'evoluzione personale, separandosi anche da Lapierre e affrontando l'ultima sua tappa di maturazione che riguarda il suo lavoro all'interno del Centro di Formazione per Psicomotricisti di Tours con la definizione della PPA. Tutta l'analisi della Pratica Psicomotoria attraverso osservazioni ed esami di sedute registrate negli anni, lo hanno portato a definire uno specifico ed originale approccio alla psicomotricità; una nuova dimensione della psicomotricità sia in ambito educativo che terapeutico.

§ 2) La Pratica Psicomotoria Aucouturier

Alla base della Pratica Psicomotoria Aucouturier vi sono scelte psicologiche che si rifanno ai principi della ricerca-azione e ai concetti di base della pedagogia attiva. Infatti, seguendo il pensiero di Freinet, Aucouturier ritiene che il punto di partenza debba essere il mondo del bambino, i suoi interessi, i suoi bisogni, le sue motivazioni. Tale espressione viene favorita da un ambiente appositamente organizzato, un luogo sereno, con un'atmosfera di familiarità, fiducia e rispetto, dalla partecipazione dell'adulto e dalla valorizzazione del bambino nella sua unicità.

La pedagogia di Aucouturier si presenta inoltre come una 'pedagogia paziente', che si libera dalla velocità e dalla fretta che caratterizza la realtà attuale e fa spazio alla lentezza; crede nell'attesa, in quanto conta sulle capacità del bambino e dell'adulto insieme. Riprendendo G. Zavalloni nella sua "La pedagogia della lumaca, per una scuola lenta e non violenta" ha ben sintetizzato l'idea che "perdere tempo è guadagnare tempo", identificando alcune strategie educative di rallentamento. Perdere tempo ad ascoltare [...]. Perdere tempo a parlare insieme [...]. Perdere tempo nel rispetto di tutti [...]. Perdere tempo per condividere le scelte [...]. Perdere tempo per giocare [...]. Perdere tempo a camminare [...]. Perdere tempo per crescere [...].

Viene inoltre definita 'pedagogia dell'ascolto' in quanto basata sull'ascolto dei bisogni del bambino; la parola del bambino assume un valore travolgente nella misura in cui viene ascoltata dall'adulto. Infine la Pratica Psicomotoria, in linea con il nuovo approccio educativo della psicomotricità che punta allo sviluppo globale del bambino attraverso la relazione con l'ambiente, focalizza la sua attenzione su tre temi principali: la corporeità,

l'interazione sociale e l'ambiente. Rifacendosi alla definizione di Winnicott la corporeità è intesa come luogo di desideri, emozioni, movimenti, paure, percezioni e fonte di scambi con l'ambiente circostante. L'Io è un Io corporeo diverso in ognuno di noi in quanto dipendente dalle differenti relazioni con l'ambiente e dalla qualità delle cure materne. Le cure, le carezze, gli abbracci, i rituali nei gesti e nelle parole danno al bambino uno stato di benessere e sicurezza che gli permette di crescere ed allontanarsi dall'adulto per esplorare il mondo circostante. Quindi la dimensione del corpo va considerata con attenzione, in quanto è un corpo che comunica, che esprime bisogni, paure ed ansie.

Relativamente all'interazione sociale bisogna sottolineare l'importanza non solo della parola, ma anche del linguaggio non verbale che si esprime con il gesto, il movimento, la postura, lo sguardo ed il sorriso. L'adulto, nella Pratica Psicomotoria, osserva il comportamento del fanciullo in quanto la dimensione non verbale è il terreno di comunicazione privilegiato nell'età infantile. Infine molti studiosi sottolineano il peso che il rapporto tra ambiente ed individuo ha sulla crescita di quest'ultimo; il soggetto, nel suo processo evolutivo, si sottopone a sforzi per adattarsi alla realtà esterna. Compito dell'adulto-educatore è proprio cercare di eliminare gli ostacoli che possono compromettere la crescita sana e regolare dell'individuo.

Per concludere possiamo riassumere le basi teoriche, già ampiamente descritte, su cui si fonda la PPA:

- una filosofia centrata sul rispetto della persona;
- la psicologia dinamica;
- la pedagogia centrata sui principi della ricerca-azione e della scuola attiva;
- una metodologia interattiva fondata sull'osservazione dell'espressività psicomotoria infantile.

2.a) Il setting psicomotorio

Il setting è tutto ciò che viene messo a punto prima dell'incontro con i bambini e comprende una serie di scelte metodologiche e tecniche in merito a spazi, tempi e materiali. L'organizzazione degli spazi e dei tempi diventa un elemento di qualità pedagogica dell'ambiente educativo e pertanto deve essere oggetto di esplicita progettazione e verifica. In particolare lo spazio dovrà essere accogliente, caldo, ben curato, orientato al gusto estetico, espressione della pedagogia e delle scelte educative di ciascuna scuola. Lo spazio parla dei bambini, del loro valore, dei loro bisogni di gioco, di movimento, di espressione, di intimità e di socialità, attraverso l'ambientazione fisica, la scelta di arredamenti e oggetti volti a creare un luogo funzionale e invitante.

Il tempo disteso consente al bambino di vivere con serenità la propria giornata, di giocare, esplorare, parlare, capire, sentirsi padrone di sé e delle attività che sperimenta e nelle quali si esercita. Costruire un setting vuol dire, non solo creare un contesto spazio-temporale stimolante per il bambino a livello motorio ed espressivo, ma anche strutturare un luogo che renda possibile l'istaurarsi di un clima relazionale positivo ed accogliente. Deve essere progettato ad hoc, affinché possano emergere fenomeni che parlino del presente del soggetto, ma anche della sua storia profonda e passata.

Lo spazio psicomotorio deve essere un'area ben definita, non casuale e sempre la stessa, luogo in cui ci si ritrova periodicamente per giocare insieme; è uno spazio di assicurazione e sicurezza, un contenitore che limita non solo fisicamente, ma anche emotivamente in base al ruolo giocato dallo psicomotricista. È un luogo speciale, dove si possono fare giochi che al di fuori non sono possibili, e chiuso, che indica un dentro ed un fuori, un confine non solo topologico. Infine è uno spazio dell'affettività e dell'emozione, luogo amato e che si lascia con dispiacere.

La stanza di psicomotricità è un luogo appositamente pensato dall'adulto per il bambino, adeguatamente attrezzato in base all'età; è una sala ampia, luminosa, rivestita in legno, in moquette o in tappeti ad incastro. Lo spazio psicomotorio deve permettere ai bambini di muoversi liberamente, di creare spazi personali e di gruppo. Lo psicomotricista nella sala fa riferimento a diversi spazi: lo spazio dell'atrio e della sala, del rituale iniziale e finale, lo spazio senso-motorio, del gioco simbolico e lo spazio delle rappresentazioni. Per gli psicomotricisti lo spazio della sala è il 'dentro' mentre quello dell'atrio il 'fuori', si entra nella sala a piedi scalzi o con dei calzetti antiscivolo.

Il luogo del rituale iniziale è lo spazio che sancisce l'inizio dell'attività e può coincidere con il tempo del cerchio. Il cerchio è il primo momento importante all'interno della seduta di psicomotricità, nel quale si inseriscono i bambini all'interno di una dimensione di gruppo. Nel cerchio c'è accoglienza, c'è ascolto dei compagni e dell'adulto, c'è il ricordo delle esperienze passate. Non c'è gioco, né azione, è il luogo dell'attesa, del silenzio e del prepararsi al gioco; è il luogo dove si prende coscienza del proprio vissuto personale, si distingue la realtà e il gioco, gli elementi fantastici da quelli concreti. È anche il luogo dove vengono ripetute le regole.

Il cerchio è anche lo spazio del rituale finale, dove ci si ritrova per qualche minuto, prima di concludere la seduta ed uscire dalla sala. Questo spazio, così gestito, ha valenza di contenimento, in quanto racchiude l'attività dall'inizio alla fine; questi rituali, infine, forniscono al bambino sicurezza, stabilità, in quanto consentono loro di prevedere ciò che avverrà in seguito. L'avvicinarsi del momento di chiusura della seduta viene sempre annunciato dall'esperto adulto con una frase rituale; quindi si passa al riordino del materiale, al saluto e all'importante passaggio del gruppo all'insegnante di sezione/classe.

Lo spazio senso-motorio è un luogo morbido, che favorisce la rassicurazione ed il contenimento, fornisce il piacere del contatto, un luogo dove nascondersi, arrampicarsi, saltare, passare sotto e sopra, rotolarsi, strisciare e vivere quindi il piacere senso-motorio. In questo spazio i bambini si sbloccano, se vi sono dei blocchi nello sviluppo evolutivo, superano le loro paure, si mettono alla prova e potenziano le loro capacità andando a rafforzare anche l'identità individuale. Dopo aver vissuto numerose esperienze di gioco senso-motorio con i compagni e con l'adulto, il bambino passa al gioco simbolico.

Nello spazio del gioco simbolico i bambini esprimono spontaneamente il loro mondo interiore, narrano parti della loro storia. È il luogo 'del far finta', nel quale nascono personaggi fantastici con caratteristiche intimamente collegate al vissuto emozionale profondo dei bambini; ciò permette l'emergere di temi propri del gruppo, come: l'aggressività; l'istintività compressa che esplode senza controllo; la paura di crescere; la richiesta di autonomia dagli adulti; il bisogno di vivere l'esperienza con i pari, senza sentirsi da loro giudicati; il conflitto tra maschile e femminile e la paura della diversità. Nel gioco simbolico niente di quello che i bambini stanno facendo è falso, in quanto, in quel momento, stanno mettendo in gioco, individualmente e con gli altri, le parti più profonde del loro sé. Creando nuove avventure e nuovi legami con i compagni di gioco potenziano anche le loro capacità relazionali. Quindi la sala, in base ai temi proposti dai bambini, può trasformarsi in una casa, un villaggio, un mare, un castello ecc.; in questo modo gli alunni possono condividere lo stesso spazio di gioco, focalizzare un'attenzione condivisa sui ruoli, sulle azioni e sui rapporti con l'altro. Tutto ciò favorisce l'istaurarsi di nuove amicizie e amplia il processo di socializzazione del bambino.

Accanto a questi due spazi nella pratica psicomotoria iniziale si proponeva spesso un terzo spazio, generalmente molto attrezzato con costruzioni di tutti i tipi, blocchi logici, puzzle, carte logiche e infralogiche, semplici meccanismi smontabili e rimontabili, nonché materiali di vari tipi come carta, cartone, sabbia, foglie, sassi, e così via, per l'esercizio spontaneo attraverso la manualità delle prime concezioni logiche (es. grande/piccolo) e infralogiche (es. prima/dopo). Ora questo spazio laboratoriale viene assimilato, però, ad altri campi epistemici, benché il suo fondamento cognitivo primario sia certamente segnato dall'appartenenza al repertorio senso e percettivo-motorio, così nella PPA oggi viene relegato, se va bene, al dopogioco, quando opportuno, ma senza il significato cognitivo originario (come vedremo).

Infine lo spazio delle rappresentazioni conclusive viene attivato dallo psicomotricista circa dieci minuti prima della fine dell'incontro; quest'area permette al bambino di esprimere le sensazioni, le emozioni vissute nella seduta e di elaborare l'esperienza, avviando quindi un processo di distanziamento e decentramento. Decentrarsi vuol dire prendere gradualmente le distanze dall'esperienza, in questo caso di gioco, per saperla elaborare e comprendere, anche attraverso il contributo degli altri e l'apertura a diversi punti di vista. Il bambino lo fa trasferendo il suo vissuto su un materiale concreto come il foglio e i colori, o il pongo e altri materiali da manipolare; attraverso l'uso di questi materiali i bambini si allontanano gradualmente dall'esperienza che li ha coinvolti in maniera totale, la ricordano lentamente e lasciano affiorare immagini ed emozioni.

All'interno dei progetti di psicomotricità nelle scuole dell'infanzia, primarie e negli asili nido si costruisce, a conclusione del percorso, una memoria dell'esperienza psicomotoria di ogni bambino, una sorta di 'portfolio delle attività psicomotorie'. Vengono raccolti i prodotti degli alunni ed i loro disegni in una cartella individuale, accompagnata da fotografie realizzate durante le sedute e consegnata poi ai bambini ed ai genitori. Questa cartella permette al bambino di conservare il ricordo dell'esperienza vissuta ed ai genitori di osservare la crescita dei loro figli e comprendere il valore del percorso psicomotorio.

2.b) Il tempo

Un altro elemento fondamentale del setting psicomotorio, come abbiamo visto, è il tempo. Nelle scuola e quindi anche nella sala di psicomotricità il bambino non deve essere travolto dall'incalzare del tempo sociale, sempre accelerato e veloce. I bambini hanno bisogno di tempi distesi, lenti e soprattutto contrassegnati da routine quotidiane. Il tempo, se ben usato, è un mediatore di relazione. All'interno di una seduta psicomotoria vi sono tempi dati dall'adulto, tempi personali di ciascun bambino e tempi del gruppo. I tempi dati dall'adulto vanno a strutturare l'intero incontro. Per lo psicomotricista il tempo è un tempo sempre contratto e molto impiegato; per il bambino invece il tempo è molto disteso e dilatato, perché egli vive delle emozioni intense e profonde, che hanno bisogno di tempo per essere rielaborate e assimilate. Per questo motivo si dedica all'attività psicomotoria un'ora a settimana.

Al suo interno poi la seduta si articola in alcune fasi: il rituale prima di entrare in sala, i bambini si tolgono le scarpe, mettono i calzoncini antiscivolo o rimangono scalzi, poi si mettono in fila pronti per entrare; si entra in sala lentamente, spesso accompagnati da una musica. Poi vi è il momento dell'accoglienza, dove ci si siede in cerchio e si saluta l'adulto ed i compagni. È lo psicomotricista che dà il via al cerchio, regola il ritmo di parola dei bambini, può anche proporre momenti di silenzio e sarà lui a dare il segnale per partire. Questo aiuta agli alunni a capire che non si può iniziare finché non si è pronti. All'interno del cerchio inoltre, si ricordano le regole, si esprimono i desideri di gioco e si presenta il contesto in sala ed i materiali presenti.

Vi è poi la fase di gioco senso-motorio, durante il quale i bambini sperimentano i diversi schemi motori di base (correre, arrampicarsi, saltare, rotolare, scivolare) e ciò li aiuta a percepire in maniera consapevole il loro corpo e a esternare le loro emozioni. Parimenti i giochi di legamento, sostegno, opposizione, resistenza e collaborazione, se realizzati secondo uno scopo dichiarato, possono divenire fasi di sviluppo delle nozioni logiche e infralogiche senza perdere i significati emotivo-affettivo-sociali già notati.

Successivamente, dopo la fase di gioco sensomotorio, si ritorna in cerchio; un cerchio intermedio per presentare il proprio ruolo e per raccontare brevemente cosa sta avvenendo nei diversi gruppi di gioco. Vi è poi la continuazione del gioco, durante il quale gli alunni costruiscono spazi comuni di gioco e spesso si cimentano in giochi con 'paurosi' personaggi, il lupo, il fantasma, il mostro, che permettono loro di affrontare le paure più profonde. Si passa alla fase della decentramento attraverso il disegno, individuale o di gruppo, la manipolazione o la costruzione, che vengono poi presentati all'adulto ed ai compagni. La narrazione finale in cerchio consiste nel libero racconto dei bambini di ciò che hanno vissuto in quella seduta e di quali sono stati i giochi più belli, ripercorrendo così la storia del gruppo vissuta insieme. Infine vi è il riordino dei materiali, il saluto agli oggetti ed allo spazio e l'uscita.

Questa ritualità, ripetuta una volta a settimana sempre nello stesso giorno della settimana ed alla stessa ora, è un contenitore emotivo ed affettivo per il bambino, dà sicurezza e permette agli alunni di affrontare la vita scolastica in maniera tranquilla e stabile. Questa routine, insieme a quelle che caratterizzano la giornata all'interno della scuola dell'infanzia (ingresso, pasto, cura del corpo, gioco, riposo ecc.), svolge una funzione di regolazione dei ritmi della seduta/giornata e rappresentano una 'base sicura' per spingersi verso nuove esperienze. Il tempo e lo spazio permettono allo psicomotricista, come all'insegnante, di misurare lo stato interno del bambino, la sua dimensione emozionale ed affettiva; inoltre consentono di osservare l'evoluzione dell'alunno nel tempo.

2.c) Le regole

L'uso delle regole all'interno della seduta psicomotoria è una scelta condivisa da tutti gli esperti del settore. Per creare un clima positivo, che permetta l'espressione sicura di tutti i componenti del gruppo nel rispetto reciproco è necessario porre dei confini precisi al gioco e definire un patto tra bambini ed adulto. Le regole sono proposte dallo psicomotricista e condivise dai bambini, si tratta di poche e semplici norme: non fare male, non farsi male, rispettare il gioco e lo spazio altrui. Durante il percorso ne possono essere inserite di nuove, in base alle problematiche emergenti all'interno del gruppo. Queste regole vengono spiegate, giustificate e ripetute all'inizio di ogni incontro; rappresentano un contenitore sociale, di cui l'adulto ne è il garante, che permette l'espressione di tutti nel rispetto degli altri.

Alla base di queste regole c'è la volontà dell'adulto di creare uno spazio che aiuti il bambino a mettersi al centro del proprio agire; dando molta importanza all'ascolto di sé e degli altri. L'ascolto dell'altro, nel cerchio, a conclusione del gioco, permette al bambino di distanziarsi dal proprio vissuto e rielaborare l'esperienza personale. Quindi l'adulto con queste norme garantisce ritmo agli interventi degli alunni, in modo che ognuno abbia un proprio spazio di espressione e non vada ad accavallarsi agli altri. Il momento della verbalizzazione finale permette, attraverso i contributi dei singoli, di costruire la storia del gruppo, far emergere le dinamiche interpersonali, i ruoli avuti nel gioco, i possibili conflitti, la nascita di un leader e la formazione di legami amicali.

2.d) I materiali

Nell'attività psicomotoria un ruolo fondamentale è rivestito dai materiali utilizzati. Oltre ai più comuni attrezzi adatti alle varie età che si possono trovare in una normale palestra (palco di salita, quadro, scale, spalliere, cavalline, materassi, panche, travi) trovano posto molti altri oggetti semplici, non strutturati che stimolano ed arricchiscono il gioco del bambino e che possono essere utilizzati per strutturare percorsi sensemotori. Tra questi scivoli, tunnel per strisciare sotto, assi di equilibrio sulle quali camminare come 'funamboli' per potenziare la capacità di equilibrio, cerchi per saltarvi dentro e fuori, corde, birilli, bastoni, palloni grandi, piccoli, morbidi e colorati.

Troviamo poi tutta una serie di materiali che favoriscono il gioco simbolico come solidi di gommapiuma per costruire case, stoffe, teli e fazzoletti, mantelli e maschere per i travestimenti, animali di peluches, pupazzi e bambini di pezza per stimolare la dimensione affettiva. Per quanto riguarda l'area della rappresentazione avremo tavoli, fogli da disegno, matite, colori e pennarelli per la rappresentazione grafica; pongo o plastilina per la manipolazione e costruzioni in legno di diverse dimensioni e forme.

Gli oggetti sono indispensabili, in quanto è proprio dall'azione del soggetto sull'oggetto che parte la conoscenza. Quindi il bambino deve osservare, scoprire le proprietà dell'oggetto ed agire su di esso al fine di trasformarlo. L'oggetto consente al bambino di avvicinarsi alla realtà e di prendere coscienza di sé come soggetto capace di manipolare la realtà stessa. La scelta dell'oggetto rappresenta una modalità di comunicazione tra più interlocutori ed uno strumento per focalizzare l'attenzione reciproca. Le modalità con cui il bambino utilizza l'oggetto segnalano un suo stato di benessere o di difficoltà all'adulto osservatore.

Nel corso dello sviluppo del bambino gli oggetti svolgono diverse funzioni: l'oggetto transizionale è associato alla relazione di separazione tra il bambino e la madre; quando la mamma non c'è l'oggetto acquisisce una funzione sostitutiva, creando una presenza nell'assenza. Questo oggetto non viene condiviso con gli altri, è l'adulto che deve conservarlo quando il bambino lo abbandona, in modo tale che al bisogno, il bambino lo possa ritrovare. Gli oggetti hanno anche la funzione di accompagnamento, specialmente nella scuola dell'infanzia, i bambini hanno bisogno di portare oggetti da casa; questi oggetti hanno la funzione di consolare e rassicurare il bambino nell'affrontare l'esperienza scolastica. Successivamente l'oggetto assume la funzione di prolungamento del sé poi quella di strumento per agire sul mondo. Inoltre, nell'interazione tra bambini e tra adulto e bambini in giochi di cura o di scambio, l'oggetto ha funzione di mediazione nella relazione.

Gli oggetti si associano al tempo, allo spazio e alle relazioni come parametri essenziali in un incontro di psicomotricità. Compito degli psicomotricisti è fornire ai bambini materiali idonei all'età ed utili per lo sviluppo delle loro abilità, che vadano a guidare l'azione e l'interazione creativa degli alunni. Bisogna saper attendere e

pian piano nel bambino questi oggetti si staccheranno dalla fantasia per divenire oggetti reali e mezzi di scambio e comunicazione con l'altro. Accanto agli oggetti, alcuni psicomotricisti introducono un accompagnamento musicale, ritenendolo un utile strumento per stimolare i bambini più inibiti, rallentare l'eccitazione nel momento dell'accoglienza, riempire il silenzio iniziale nel cerchio, accompagnare i giochi ed i percorsi, infine favorire il rilassamento a conclusione dell'incontro. Altri esperti di psicomotricità non si avvalgono del contributo musicale in quanto troppo condizionante per il bambino; la musica lo allontana dal suo ritmo naturale di gioco.

2.e) Le relazioni.

Un ulteriore elemento fondamentale della metodologia del laboratorio psicomotorio PPA riguarda le relazioni. Le relazioni comprendono, a loro volta, l'atteggiamento dell'adulto e le relazioni tra i bambini. Piacere di stare al gioco, capacità di lasciarsi stupire, voglia di conoscere i bambini e ricettività sono gli ingredienti necessari per un laboratorio di questo genere. Le tecniche di animazione sono solo supporti all'atteggiamento ludico di fondo dell'adulto, senza cui il gioco diventerebbe puro pretesto. L'adulto è attento ai rimandi dei bambini, ai segnali di incertezza, di disagio, a scoperte o richieste, per tarare le proposte successive sul gruppo reale, non sul copione pensato. L'adulto dà indicazioni operative in modo giocoso, non come esercizi o compiti da eseguire, in modo tale che tutti possano dare una propria risposta, a modo proprio. Si valorizza in tal modo il processo più che il prodotto.

L'educatore, di fronte a situazioni problematiche non offre proprie soluzioni, ma conduce i bambini a trovare le loro, esprime ciò che pensa in termini di messaggio, piuttosto che di giudizio, frasi che cristallizzerebbero l'altro in ruoli automatici e meccanismi difensivi. Egli non vuole insegnare a comunicare, ma mettere in situazione di comunicazione; incoraggia i più timidi e propone l'uso di diversi linguaggi (movimento corporeo, segno grafico, verbale ecc.), per facilitare l'espressione delle varie intelligenze, favorendo il passaggio dall'uno all'altro, come allenamento alla fluidità e sottolineatura della varietà dei vari codici comunicativi. Ricorda le regole ad ogni incontro, in modo lieve, ma fermo, come garanzia di agio per tutti, invita, pur senza obbligare, a una memoria dell'attività, a un lasciar tracce, alla fine di ogni incontro su cartelloni, per facilitare una successiva rielaborazione del percorso. Valorizza gli apporti positivi di ciascuno e osserva le dinamiche relazionali nel complesso.

I bambini in tali situazioni attivano una relazione con la figura adulta che attraversa ambivalenze e fasi alterne: da una frequente inibizione iniziale, che si manifesta attraverso la distanza, o l'evitamento, passano presto a una ricerca di contatto che può esprimersi anche attraverso modalità aggressive giocate, azioni che sono per lo più indirette richieste di relazione privilegiata e di contenimento affettivo. Quanto agli elementi da osservare, si può rilevare se i bambini richiedono la presenza dell'adulto o preferiscono stare da soli; se hanno come riferimento sempre lo stesso compagno o diversi; se ricercano uno spazio vicino all'adulto o lontano; se sanno condividere la figura adulta con gli altri, se la difendono o l'attaccano, se la vogliono tutta per sé.

Il laboratorio di psicomotricità è, anche, il luogo del fare insieme, in azione e in relazione. La disposizione iniziale in cerchio, tutti seduti a terra anche scalzi, se il pavimento e la voglia lo consentono, rimescola i rapporti: l'adulto stesso è al suolo, più vicino nel corpo e nello sguardo, le modalità diverse dall'aula mettono in gioco nuove possibilità. Le attività incoraggeranno l'originalità degli apporti di ciascuno. Il gruppo è continuamente riproposto come risorsa proprio per la diversità dei suoi componenti. È un'occasione per l'insegnante che, libero dall'obbligo di trasmettere dei contenuti, può guardare: osserva le aggregazioni spontanee e le dinamiche ricorrenti, i bambini che stanno in relazione duale con qualcuno, senza capacità di staccarsi dall'amico/a; altri che continuamente mutano relazioni di gioco senza sostare; osserva che cosa interviene a creare agio o a turbare le situazioni.

Tutte le situazioni educative che mirano a favorire lo sviluppo dello schema corporeo come l'organizzazione di sé davanti ad una realtà strutturata e complessa, si svolgono all'interno del 'mondo degli altri'. Quindi in ogni situazione educativa sono presenti relazioni interpersonali, che vengono vissute dal bambino sul piano tonico-affettivo. L'educazione psicomotoria, sviluppando il sé del bambino, gli permette di apprendere il mondo degli oggetti ed il mondo degli altri adattandosi ad essi. Uno degli obiettivi, infatti, che

l'educazione psicomotoria si propone è "favorire l'istaurarsi di relazioni con gli altri, sia con i pari che con gli adulti, aiutando il bambino ad integrarsi nel mondo degli altri e a rispettare il prossimo"; inoltre è volta ad "aiutare il bambino ad acquisire la sua indipendenza in rapporto al mondo degli altri, cioè a diventare libero". Perché l'autonomia affettiva va di pari passo con l'autonomia corporea.

2.f) Il dopogioco e l'elaborazione dell'esperienza

È opportuno, come abbiamo visto, che, dopo il gioco, si passi al dopogioco, quel momento in cui si richiede ai partecipanti di riflettere su quanto è accaduto, di fare una valutazione non in termini bene/male, giusto/sbagliato, ma in termini di autoriflessività; momento particolarmente interessante perché produce una ristrutturazione cognitiva di quanto vissuto emozionalmente. Il dopogioco ha durata e modalità differenziate; ovviamente ai bambini della scuola dell'infanzia ci si limita a chiedere di raccontare il loro gioco e di provare a dire quali emozioni hanno provato. Potrebbero nascere anche nuove piste di lavoro trasferibili in classe: racconti, attività di seriazione e classificazione con le fotografie scattate durante la seduta ecc.

È un momento fondativo del percorso formativo, specie con adulti in formazione, che ha la funzione di effettuare una presa di distanza emotiva; di rendere esplicito quel monologo interiore che, essendo altrimenti inconscio, riporta a modalità stereotipate e di far sì che insieme si esamini la conoscenza che è scaturita nei bambini, osservando ricorrenze, particolarità, connessioni, in un processo di scoperta di propri stili e modalità cognitive, relazionali, emozionali, sostenuti dal facilitatore. Questi sa come aveva progettato l'attività, ma, consapevole della differenza tra progetto pensato e percorso reale, fa in modo che emergano le osservazioni dei partecipanti, secondo un modello formativo che attribuisce valore e potere a chi è in posizione svantaggiata nella relazione asimmetrica.

Il bambino e la bambina che giocano immagazzinano esperienze, arricchiscono la loro memoria corporea latente; l'intenzionalità educativa opera nella direzione di rafforzarne la positività, in modo che i bambini sentano che il proprio corpo è portatore di cose buone. È pertanto importante conservare le tracce dei loro vissuti affettivi, delle loro conquiste: una cartella colorata, ad esempio, costituirà quell'archivio della memoria che conterrà quanto abbia un qualche significato: le esperienze di palestra, una scoperta, il gioco più bello o quello più ardito, le riflessioni e i disegni, le misure delle altezze del proprio corpo che cresce. Insomma, una cartella che dia corpo alla memoria di sé e renda più semplice ai bambini dire "io sono ..., io ero..., io sarò quello/a che...".

Il momento della graduale presa di distanza dal gioco è uno degli elementi che caratterizzano la proposta psicomotoria. Poter trasferire gli elementi del vissuto su un materiale concreto, trasportare l'esperienza su un foglio, in un materiale modellabile o nell'elaborazione di una struttura mobile del tutto personalizzata, permette ai bambini e alle bambine di allontanarsi gradualmente dall'esperienza, di ricordarla con calma, di lasciar emergere immagini ed emozioni che durante la seduta sono state vissute in modo totalizzante e intenso. Vi sono diverse modalità e diversi approcci per permettere ai bambini di vivere questo momento di decentrazione agendo sui materiali per elaborare ulteriormente le proprie emozioni, ridefinendone colori, equilibri, spessori e consistenze.

2.g) Il disegno

Ogni bambino può lasciare una traccia sul foglio che racconta le emozioni del momento, l'esperienza vissuta, di getto, con pennarelli, pastelli, colori a dita. Il disegno può essere realizzato con diverse modalità: in cerchio, tutti insieme, lasciando spazio alla parola libera e alla condivisione di un unico spazio, ma dando un foglio a ognuno; all'interno di uno spazio strettamente personale, accompagnati da una musica di sottofondo, per recuperare la calma e il contatto con se stessi; accanto al gruppo di amici con cui si è condiviso maggiormente il gioco; attorno a un grande cartellone comune o a una striscia di carta sulla quale lasciare i diversi momenti vissuti nel gioco.

In alcuni casi può essere utile far raccontare ai bambini il contenuto dei loro disegni, per accogliere nuovi spunti relativi agli elementi emozionali del gioco. Questa verbalizzazione può essere realizzata a livello

individuale, in relazione stretta con l'adulto, oppure all'interno del momento del cerchio, come ulteriore atto di condivisione con i compagni. Questo passaggio sostiene ulteriormente l'abilità dei bambini nel dare parola alle proprie emozioni, ai contenuti profondi, affrontando la paura del giudizio dei compagni o dell'adulto; favorisce la conoscenza reciproca, perché possono emergere ulteriori elementi fantasmatici, fissazioni, desideri, mancanze, che a volte non riescono a esprimersi in modo completo all'interno del gioco. Il ruolo dell'educatore in questa fase non deve essere di tipo interpretativo: le diverse produzioni personali vanno raccolte con molta attenzione e cura, come un ulteriore dono di sé che il bambino fa attraverso un nuovo canale, quello espressivo, permettendo un passo successivo verso la conoscenza di sé, dei propri bisogni, desideri, paure. È importante che non vengano in alcun modo proposti canoni estetici di riferimento e non vengano espressi in alcun modo giudizi e forme di valutazione, in modo da favorire la libera espressione personale rispetto ai vissuti relativi e all'esperienza ludica.

2.h) La narrazione

Alla conclusione del gioco va trovato sempre un momento in cui raccontare le cose più belle che si sono vissute, per portare con sé nuove energie, per sintetizzare un'esperienza, per dare un nuovo senso di unione al gruppo. È un momento finale importante per il consolidarsi di una dimensione di gruppo, ma anche per abituare i bambini a dar parola alle loro emozioni, senza averne paura. Coi bambini più piccoli, come visto, si può partire facendo raccontare il loro disegno, perché non è sempre immediata la narrazione, soprattutto se l'educatore intende entrare un po' più approfonditamente nei significati che il bambino dà alle situazioni vissute.

Certamente la narrazione è la via regina per gli adulti, perché permette al narrante di esprimere le sue valenze e i suoi significati, pur connessi al principio di realtà e alle funzioni dell'Io, ma sempre riferiti inconsciamente alle dinamiche profonde, mentre al conduttore lascia un testo verbale che gli consente d'indagare le tracce dello psichismo profondo e di approfondire le tematiche, se ne è il caso, rilanciando la comunicazione in modo non direttivo: "allora voi dire ...?", "se ho ben capito, intendi ...?", "non vorrei sbagliare, cerca di spiegarmi cosa vuoi dire con ...".

2.i) La manipolazione

Proponendo materiali morbidi come pongo e plastilina i bambini hanno la possibilità di investire l'energia messa in gioco nel movimento, verso un canale particolarmente raffinato come quello della manipolazione. Le tensioni tonico-emozionali vengono convogliate verso gli arti superiori, trasformando così la materia, attraverso la guida dell'ideazione. Questo atto di integrazione tra energia corporea, manipolazione e ideazione permette un'ulteriore apertura di canali espressivi, favorisce la riduzione delle tensioni e una rinnovata connessione tra azione e mente, in un movimento continuo tra i diversi elementi in gioco: trasformazione/idea/oggetto.

Non è indispensabile che il bambino conservi il suo prodotto espressivo se non vi sono gli spazi e le suppellettili che lo permettano, è importante però che esperimenti liberamente se stesso in rapporto alla materia e che gradualmente acquisisca maggiore sicurezza rispetto alle proprie capacità manipolative e ideative. In questo caso, però, alla conclusione della seduta possono essere anche lasciate delle note su di un foglio appositamente strutturato, se il bambino lo desidera, per andare ad arricchire la documentazione del percorso complessivo. Questo perché il sapere che poi verrà tenuta memoria del lavoro fatto, da un lato motiva e dall'altro permette ulteriori approfondimenti, quando se ne va ad una rilettura per apprezzare il percorso fatto.

2.l) La costruzione

L'azione all'interno del gioco psicomotorio viene compiuta una costruzione dai bambini in forma diretta, stimolata da elementi concreti, dotati di volumi, consistenze e tali da stimolare le sensorialità, all'interno della costruzione il bambino può immergersi in prima persona, ricreando con l'aiuto degli altri, spazi in cui vivere direttamente un'esperienza simbolica. Alla conclusione del gioco è possibile proporre uno spazio specifico nel

quale i bambini possono investire la propria creatività su materiali simili a quelli utilizzati precedentemente, ma di grandezza molto ridotta.

Questo passaggio può svolgere diverse funzioni: come permettere una graduale presa di distanza dal gioco, passando da un'azione direttamente coinvolgente a un'azione che vede il bambino come regista; o come impegnare i bambini in un'azione progettuale condivisa con i compagni, in cui il linguaggio prende via via più spazio e anima la scena, permettendo evoluzioni sempre più complesse. Questa proposta, venendo a collocarsi nella fase del decentramento, deve avere un suo spazio precisamente organizzato e predisposto, possibilmente fuori dall'area di movimento, ma vicino anche se ben differenziato da essa, per consentire una certa continuità nella dimensione dell'elaborazione personale.

2.m) La formazione dell'insegnante e la sua funzione di tutoring nel percorso psicomotorio

Esistono figure professionali con un'adeguata formazione al gioco e alla dimensione corporea della relazione, tuttavia è opportuno che si diffonda, in ambito educativo, una più generale cultura del gioco e della dimensione corporea della comunicazione, derivante da una formazione adeguata che ha lo scopo di allenare una sensibilità psicomotoria utile a comprendere l'espressività dei bambini. Si tratta di una formazione che, rivolgendosi alla globalità dei soggetti, passa necessariamente attraverso il proprio piacere di sentirsi muovere, di giocare, di essere il proprio corpo in relazione agli altri.

Chi guida un gruppo di bambini in attività laboratoriali di questo tipo deve essere formato alla consapevolezza delle proprie emozioni e dei propri stili comunicativi, ben oltre le parole. Si registra, infatti, uno scarto notevole tra ciò che si pensa, si vuole, si ritiene sia giusto fare e ciò che in realtà si fa: spesso le parole e i corpi non viaggiano in coerenza tra loro. Insegnanti formati al gioco sono coloro che giocano senza paura di perdere la loro autorevolezza; favoriscono il procedere per ipotesi e verifiche e non mortificano lo stupore; sanno incanalare la spinta all'esplorazione, sostenendola in una struttura, senza imprigionarla; sanno dare corpo alle diverse forme delle intelligenze; sanno che i processi di insegnamento/apprendimento procedono a braccetto. Laddove, invece, non sia presente un insegnante disposto ad imparare dai propri allievi, difficilmente ci sarà un insegnante capace di insegnare.

Ogni educatore deve saper cogliere gli eventi significativi per il bambino attorno a cui organizzare i processi educativi e tenere uno sguardo "periferico" su tutto il gruppo. Poi si può anche, essendo ben consapevoli del proprio atteggiamento corporeo, a seconda del ruolo quando si è in più educatori o animatori nella stessa seduta, giocare con i bambini, ma non da bambini: perché, consapevoli della propria soggettività, si deve far in modo che proprie ansie o bisogni di gratificazione o altro non stravolgano il gioco dei bambini. Inoltre, chi conduce la seduta non può partecipare direttamente ai giochi dei bambini, ma li consente stando a distanza; il suo ruolo, infatti, è farli decollare e sostenerli. Quando l'educatore, invece, gioca in prima persona ed introduce piccole variazioni ludiche, modificando il ritmo di un movimento, variando l'uso di un oggetto, arricchisce gli aspetti funzionali, cognitivi e relazionali, occorre che l'insegnante mantenga una dimensione di scambio e non faccia il proprio gioco, poiché introducendo i ritmi adulti, o un eccesso di spiazzamento, il gioco dei bambini si bloccherebbe subito, per inibizione o per timore.

2.n) La figura dello psicomotricista

Lo psicomotricista è un educatore o un formatore esperto, con una formazione personale (realizzata dall'organizzazione italiana alla PPA) sulla dimensione ludica, corporea e della comunicazione non verbale; più una formazione teorica nell'ambito pedagogico e nell'area dello sviluppo infantile, delle dinamiche di gioco, della maturazione psicologica attraverso la via motoria, e una pratica, che introduce gradualmente all'intervento psicomotorio ed alle sue modalità di conduzione. Lo psicomotricista può svolgere diverse funzioni in base all'ambito nel quale opera: funzione educativa (di affiancamento ai docenti di scuola), preventiva, terapeutica e formativa (nelle diverse associazioni del terzo settore).

In ambito scolastico vi sono insegnanti psicomotricisti (che operano istituzionalmente come insegnanti o educatori) ed inseriscono l'educazione psicomotoria nel modello PPA (come pure nel modello Vayer o Le

Boulch) all'interno del progetto educativo (POF) delle loro scuole. Infatti spesso la figura dello psicomotricista coincide con l'insegnante di classe o di sezione. Nella sala di psicomotricità, come nella totalità della relazione educativa, le insegnanti svolgono una funzione di mediazione e di facilitazione. Poi nella scuola poi possono operare, tramite progetti acquisiti dalle istituzioni, anche educatori e psicomotricisti in qualità di esperti di psicomotricità. Tale figura opera in misura privilegiata sui gruppi, favorendone l'integrazione e la coesione attraverso l'azione creativa ed il gioco spontaneo; promuove il gioco come veicolo di crescita psicologica dei bambini. Collabora con insegnanti, educatori, genitori, enti pubblici e privati che operano nella scuola: condivide con gli insegnanti il progetto educativo; attua strumenti di osservazione, verifica e monitoraggio dei percorsi; propone incontri di sensibilizzazione con i genitori.

Lo psicomotricista, perciò, sia insegnante che esperto esterno, agisce con una funzione che prima di tutto è di ascolto e comprensione dell'espressività psicomotoria del bambino nell'azione, attraverso la relazione con lo spazio ed i materiali, in un percorso che integra movimento, tono, azione, affettività, emotività e conoscenza. Suo compito principale è accompagnare il bambino nella sperimentazione di positive e piacevoli esperienze di movimento, all'interno di uno spazio, appositamente creato, protetto, sicuro ed accogliente. Deve inoltre rassicurare il bambino ed aiutarlo ad acquisire fiducia in se stesso e nelle sue capacità, all'interno di un processo di crescita personale e globale. Egli è in grado di regolare ogni azione nello spazio e sugli oggetti in base al contesto ed ai soggetti con cui si trova ad operare; modifica gli spazi progressivamente in modo che il gioco venga vissuto appieno. Nell'azione, lo psicomotricista favorisce anche la comunicazione tra i bambini, la nascita di relazioni amicali e di un gruppo coeso, lo sviluppo del gioco simbolico e di processi cognitivi. Non sovrappone mai il suo progetto ed i suoi desideri ai bisogni ed alle esigenze dei bambini.

Volendo riassumere, lo psicomotricista:

- struttura ed organizza il setting, coerentemente con gli obiettivi definiti per il gruppo ed il progetto in corso, modificandolo per permettere l'attivazione di nuove esperienze;
- riconosce il gruppo ed il singolo; rimanda al bambino la dimensione del gruppo, attraverso le regole, il senso del percorso in atto ed il progetto comune che si realizza progressivamente nel gioco;
- ascolta, riconosce e sostiene il desiderio di ogni bambino e ne stimola l'espressione fin dal momento dell'accoglienza in cerchio;
- attua il rispecchiamento, ricordando e ripetendo ciò che dicono i bambini;
- guida e sostiene la nascita di nuovi giochi e nuove esperienze di sperimentazione del sé, fornendo stimoli e materiali inediti;
- fornisce uno spazio di gioco ad ogni alunno;
- osserva i giochi di ogni bambino per poterne comprendere il significato;
- ha uno sguardo ampio e periferico che va dal gruppo al singolo e viceversa, integrando così i diversi apporti provenienti dai bambini;
- crea ogni gioco all'interno di un contenitore sicuro che comprende tempi, spazi, confini e regole;
- infine, favorisce processi di simbolizzazione e il passaggio alla rappresentazione grafica, gestisce i tempi della seduta ed accompagna i bambini fino alla conclusione dell'incontro.

Sussistono poi delle dimensioni legate alla terapia che lo psicomotricista attua solo dopo specifica formazione:

- quando crea occasioni che permettono ai bambini di far emergere la loro aggressività, sapendo poi direzionarla e farla evolvere in positivo;
- quando sa rimandare ai bambini la percezione della loro immagine positiva, senza colpevolizzarli nei momenti di difficoltà e sapendo far evolvere favorevolmente le fantasmazioni che si determinano nel corso delle attività.

2.o) Il pensiero di B. Aucouturier

Per Aucouturier la Pratica Psicomotoria ha due orientamenti: quello preventivo-educativo e quello terapeutico. L'orientamento terapeutico ha due obiettivi: istaurare e/o restaurare la comunicazione e l'identità

del bambino. Invece focalizzando in particolar modo l'orientamento preventivo-educativo, si può ben dire che è volto a favorire uno sviluppo armonico del soggetto in età evolutiva e a prevenire possibili disagi nella relazione con coetanei, con adulti e nell'apprendimento. In particolar modo la PPA fornisce uno spazio, un tempo e dei materiali specifici al fine di: stimolare lo sviluppo nei tre aspetti motorio, cognitivo ed affettivo e favorire l'espressività psicomotoria infantile. Con 'espressività psicomotoria' Aucouturier intende "la modalità originale e privilegiata del bambino di essere al mondo", il modo attraverso il quale il bambino dimostra il piacere di essere sé stesso, di scoprire il mondo che lo circonda; modalità che è diversa in ogni bambino e dipende in modo particolare dalle differenti variazioni della relazione tonico-emozionale che ha potuto instaurare con le persone, gli oggetti e l'ambiente.

Secondo Aucouturier questa diversa relazione tonico-emozionale di essere al mondo la possiamo cogliere nella sala di psicomotricità, osservando il comportamento del bambino, posto in libertà di esprimersi attraverso il gesto e l'azione piuttosto che con il linguaggio verbale. Tale espressione è appunto l'espressività psicomotoria. La Pratica Psicomotoria si fonda su tre obiettivi che si arricchiscono e completano a vicenda: la comunicazione, la creazione e l'operazione (cioè formazione al pensiero operatorio teorizzato da Piaget).

- Per comunicazione si intende accogliere e rispondere in maniera adeguata alle richieste profonde del bambino; comunicare è un dare e un ricevere che presuppone capacità di ascolto e quindi autonomia dalle proprie emozioni e da quelle altrui. La comunicazione permette di vivere in uno stato di benessere, fuori da tensioni e rapporti di forza. La comunicazione non verbale è fonte di un piacere immediato di comunicare che introduce ad una migliore condivisione della comunicazione verbale. Inoltre la comunicazione non verbale e la relazione tonico-emozionale sono in grado di avvicinare all'altro passando attraverso una migliore percezione di sé.

- Per creazione si intende la creatività, cioè la capacità di mostrarsi all'altro in maniera del tutto personale attraverso i gesti, la voce, il movimento, ma anche mezzi grafici, sonori, verbali e cognitivi. La creazione permette di liberare le tensioni, raggiungere un benessere interiore, riconoscere meglio la propria identità e riuscire a comunicare se stessi agli altri. Solitamente i bambini che non hanno problemi nella comunicazione sono bambini creativi.

- Infine per operazione si intende la formazione del pensiero operatorio che presuppone la capacità di analisi e sintesi. Tale capacità può essere acquisita solo quando il bambino si distanzia a livello senso-motorio ed emotivo-affettivo dallo spazio e dagli oggetti; il bambino progressivamente rompe con la soggettività ed entra nell'oggettività che gli permette di scoprire e conoscere le componenti fisiche degli oggetti e dell'ambiente reale (lunghezza, altezza, materia, colore, peso ecc.). Solo attraverso questo distanziamento il bambino può diventare operativo. Passare al piano operatorio significa gradualmente ricostruire a livello di rappresentazione ciò che si è acquisito a livello di azione.

Aucouturier dice: "Il bambino è un essere che si sviluppa globalmente" ... "Tutte le sue funzioni sensoriali, motorie, cognitive maturano insieme". Il suo progetto si fonda sulla globalità della persona; globalità come stretta unione tra struttura fisica, affettiva e cognitiva. Il bambino si presenta come persona in toto, come unità somato-psichica. Il soggetto si mostra prima come soma, poi emerge la psiche. Occorre considerare il bambino come un essere globale che "si dice", cioè si esprime tramite il linguaggio corporeo, si esprime facendo emergere tutte le sue emozioni e la sua vita affettiva più profonda senza restrizioni. Nell'azione del bambino si può cogliere tutta la sua affettività, i suoi bisogni e le sue esigenze di comunicazione e del resto, più è piccolo e più è coartato da una pulsione al movimento che esprime tutto il suo bisogno psicofisico più profondo: corpo e psiche integrati insieme. Proprio questo credere nella globalità della persona, nell'impossibilità di dividere il corpo dalla psiche, nel fatto che funzioni corporee e funzioni psichiche agiscano e interagiscano a differenti livelli, giustifica il concetto di psicomotricità.

Così B. Aucouturier può scrivere: "Quando mi riferisco alla globalità del bambino intendo rispettare la sua sensomotricità, la sua sensorialità, la sua emozionalità [...] tutte contemporaneamente. Intendo rispettare una attivazione unitaria della motricità, dell'affettività e dei processi cognitivi. Intendo accettare i tempi del bambino; la sua maniera assolutamente originale di essere al mondo, di viverlo, di scoprirlo". Il gioco

spontaneo, conseguentemente, rappresenta per Aucouturier la forma privilegiata di formazione del bambino e il mezzo fondamentale per il suo sviluppo psicologico, prima di inserirsi nel mondo della realtà e della cultura degli adulti. Attraverso l'attività ludica è possibile assicurare all'infanzia la soddisfazione dei suoi bisogni più profondi.

Il gioco comprende una vasta gamma di comportamenti che è difficile separare in maniera netta da ciò che ludico non è. Rappresenta un'attività spontanea e automotivata, che permette al fanciullo di sperimentare e scoprire l'ambiente che lo circonda, manipolare e trasformare la realtà, scoprire e conoscere se stesso e l'altro. Inoltre il gioco assume una valenza educativa imprescindibile nel processo di crescita che va dall'infanzia all'età adulta. È educante, perché attraverso il gioco il bambino impara a stare con gli altri, a rispettare e conoscere il valore delle regole, a gestire le proprie emozioni e soprattutto, procedendo per tentativi, sperimenta nuovi percorsi che lo portano al raggiungimento dell'autonomia. Quindi nel gioco il bambino forma la sua identità. Il gioco rappresenta anche un importante campo di osservazione per l'adulto: proprio per la spontaneità che lo contraddistingue, costituisce una valida modalità per conoscere il fanciullo, anche nei suoi lati e desideri più nascosti, al fine di progettare un'azione educativa-preventiva più efficace.

Aucouturier sottolinea che bisogna difendere il gioco spontaneo vista la sua importanza. E così lo spiega: il desiderio del bambino è di essere libero dei suoi atti, veramente libero, ossia non giudicato e non sottoposto affettivamente al desiderio dell'adulto. Vasti campi di attività devono essergli lasciati perché egli vi si esprima in tutta libertà, senza costrizione educativa. Ruolo dell'educatore è di proporre degli oggetti, della materia, dei suoni, dei temi generali di ricerca, di lasciare che i bambini stessi esplorino tutti questi elementi e di saper attendere che, nella loro ricerca, essi abbiano bisogno di lui. Solo in questo modo l'espressione del bambino è autentica, vera, libera e spontanea; solo in questa maniera egli può agire e lavorare con piacere.

Nel gioco spontaneo emerge sempre qualcosa del passato del fanciullo, definito "l'originario": le sue esperienze primarie vissute con i genitori, piacevoli e dolorose, vengono conservate in una memoria, definita memoria implicita. Questa memoria implicita memorizza gli effetti delle esperienze piacevoli e di quelle sgradevoli ed è all'origine dei sogni, dei desideri della persona e di quelli che l'Autore chiama "fantasmi nascenti" soggiacenti al corpo. Il fantasma è un pensiero illusorio, uno scenario psichico non cosciente che il bambino mette in scena nel gioco spontaneo. Ecco perché viene valorizzato il gioco spontaneo. Attraverso la via corporea ed il gioco spontaneo il bambino esprime avvenimenti della sua vita emozionale passata. Il bambino che gioca è giocato dalla sua storia passata e dal suo "originario".

I giochi che simboleggiano questo pensiero originario del bambino sono giochi relativi alla mobilitazione nello spazio, come il saltare in profondità, l'arrampicarsi, gattonare, rotolare, correre, spingere, quindi tutto ciò che gli permette di sperimentare le capacità motorie, raggiungere e superare i propri limiti; giochi relativi ai fantasmi di identificazione, quindi il gioco del "come se"; giochi legati alla realtà quotidiana con origini psicomotorie come il mangiare, dormire e il giocare al bambino piccolo; giochi relativi ai fantasmi di oralità e di relazione con l'altro, cioè giochi di presenza-assenza, nascondersi-essere scoperti, perdersi-essere trovato, apparire-scompare, costruire-distruggere, che rappresentano tutti momenti della storia passata nella relazione con le figure di attaccamento. Il gioco serve al bambino anche per attenuare il piacere delle sensazioni spiacevoli vissute, come l'insoddisfazione e l'assenza affettiva dell'altro.

Questi sono giochi che Aucouturier definisce "di rassicurazione profonda", cioè giochi iniziati spontaneamente dal bambino, legati all'assenza della madre; il piccolo si assicura che ciò che è scomparso dalla sua vista non sia per sempre scomparso; con questi giochi si rassicura dalle sue angosce e dalle sue paure. Ad esempio passare sotto il tunnel e nascondersi sono un'evoluzione del gioco di rassicurazione dell'apparire/scompare che il neonato fa con la mamma. Inizialmente è la madre che fa scomparire il proprio viso coprendolo con le mani; questa assenza crea nel piccolo un particolare stato di tonicità; se il viso della madre ricompare in tempi brevi il bambino attraverso espressioni facciali dimostra il suo stato di piacere e felicità; questo ritorno gli permette di appropriarsi dell'immagine dell'altro. Un'assenza prolungata invece crea nel neonato un'ipertonicità (pulsione motoria) che può tradursi in una scarica emozionale di pianto.

Verso i 5-6 mesi il bambino si appropria di questo gioco, lui scompare e l'altro lo fa riapparire; tale gioco evolve poi nel nascondino. È importante far attendere il bambino nell'essere scoperto; mentre egli aspetta immobile nascosto, immagina l'altro che lo cerca, si crea una rappresentazione mentale dell'altro. Ciò che origina piacere nel bambino non è l'essere trovato, ma l'attesa e la consapevolezza che l'altro lo sta cercando, perché essere cercato significa essere amato. L'Autore spiega che il gioco spontaneo mantiene questo valore fino ai 7 anni e poi termina totalmente con la preadolescenza; ecco perché la Pratica Psicomotoria viene utilizzata fino ai primi anni della scuola primaria, con particolare rilievo negli anni della scuola dell'infanzia.

Nella Pratica Psicomotoria quindi non è importante definire un particolare tipo di gioco, ma la funzione che quest'attività svolge nello sviluppo evolutivo del bambino. In questo tipo di Pratica l'insegnante psicomotricista predispone l'ambiente e lascia poi che i bambini proseguano come credono; essi sono liberi di passare da un gioco ad un altro, da un'attività individuale ad una di gruppo, fino a creare un vero e proprio progetto di gioco che mette in scena piccole storie. L'ora di Pratica Psicomotoria in sala si articola in gioco senso-motorio, che evolve in giochi di imitazione, di immaginazione, a carattere sociale, quindi gioco simbolico, fino a quelli che aprono al cognitivo, come i giochi di costruzione in cui il bambino liberamente disegna o costruisce con pezzetti di legno, di plastilina o pongo.

I bambini di due/tre anni si fermano di più sul gioco senso-motorio, che riguarda il piacere del sentire il proprio corpo in azione; i più grandi, dopo un primo momento di attività senso-motoria, passano ad attività simboliche più complesse ed articolate che aprono a veri progetti e narrazioni. Nella Pratica Psicomotoria Aucouturier ogni bambino gioca come vuole, con chi vuole, rispettando le regole e i tempi della seduta; l'importante è che ogni gioco si sviluppi per capacità, per organizzazione e nella relazione con gli altri. Quindi la sua Pratica Psicomotoria si fonda totalmente sull'ascolto e la comprensione di questo bambino e della sua modalità di essere al mondo; compito di tale pratica è favorire l'evoluzione e il benessere del bambino, aiutandolo ad esprimere le sue potenzialità espressive, comunicative, creative, motorie, cognitive e relazionali anche nei confronti della famiglia.

Una famiglia che ascolta, comprende, contiene e dà affetto e tenerezza al proprio figlio, fornisce al bambino una condizione di sicurezza. Un bambino sicuro è un bambino curioso, che pone domande, che esplora e scopre, che sa affermare i propri desideri senza sensi di colpa, che sa allontanarsi dai genitori pur mantenendo il riconoscimento dei poteri di tali figure. Invece un bambino che non viene posto in sicurezza dalla famiglia rimane piccolo, attaccato alle cure materne per assicurarsi più a lungo; ha difficoltà a rapportarsi agli altri e con gli estranei, si chiude in se stesso, può diventare aggressivo e violento con le parole ed i gesti. Il bambino insicuro oscilla tra apatia e rivolta, è instabile e tutto ciò può determinare poi difficoltà nell'apprendimento a scuola.

Aucouturier si sofferma sull'importanza del contenimento, che deriva proprio dal setting psicomotorio terapeutico e dalla figura dello psicomotricista terapeuta; il contenimento nella relazione genitori-figli trasforma il movimento del bambino in azione. Tutto dipende dalle risposte del genitore alle richieste dei figli. La qualità delle cure e delle risposte determina una trasformazione nel bambino; il fanciullo che piange, grida, gesticola viene calmato dalle cure che riceve dai genitori; i suoi bisogni vengono soddisfatti. Ciò determina un passaggio dalla tensione corporea-emotiva alla distensione, da un'emozione negativa ad una positiva. La possibilità che il genitore ha di determinare tale trasformazione nel figlio dipende dalla sua capacità di interpretare i segni del piccolo e soprattutto dalla sua trasformazione, dalla distensione corporea, emozionale e psichica del genitore stesso.

Aucouturier descrive questa trasformazione reciproca tra genitore e figlio come "processo di interazione". Se non c'è questa trasformazione della madre e del bambino, quest'ultimo perdura nella pulsionalità motoria, nell'eccesso di movimento e non accederà mai all'agire, all'azione consapevole. Le interazioni precoci e reciproche con i genitori sono fondamentali per lo sviluppo del bambino in quanto permettono l'attenuazione della pulsione motoria e generano il piacere dovuto a modificazioni neurobiologiche ed ormonali. L'asilo nido e la scuola dell'infanzia d'altra parte adempiono alla loro funzione di aiutare il bambino a prendere distanza dall'eccesso emozionale e motorio tramite il gioco spontaneo; contenente ideale

delle emozioni, che progressivamente favorisce il processo di decentramento, cioè quel processo psicologico che permette al bambino di percepire il mondo esterno indipendentemente dai suoi parametri personali.

La scuola dell'infanzia deve, inoltre, aiutare il bambino a passare attraverso i vari stadi del processo di simbolizzazione; la PPA consente di attraversare due livelli di simbolizzazione: tramite il corpo, l'azione, la senso-motricità e tramite i materiali proposti dall'adulto per costruire, modellare e disegnare. Tali livelli di simbolizzazione si osservano in quelli che sono i tempi della seduta. "L'azione è piacere" dice Aucouturier; l'azione è per definizione la capacità del soggetto di intervenire sulla realtà esterna e trasformarla, ciò presuppone anche che l'oggetto esterno si lasci trasformare secondo l'interiorità psichica del bambino. È proprio l'attitudine dell'adulto a porre attenzione al corpo del bambino che fa sì che il piccolo si senta esistere nel proprio corpo e diventa capace di prendersi cura di sé. Bernard ricorda spesso un passaggio: azione-trasformazione-relazione. L'uomo è un essere di relazione; il bambino vive le sue relazioni sociali attraverso il corpo, l'azione ed il gioco. Non c'è relazione senza trasformazione.

L'autore porta diversi esempi a questa teoria, tra i quali i primi sorrisi del neonato. Questi sorrisi creano una trasformazione nei genitori visibile nel loro sguardo, nei loro gesti e nel tono di voce; tale trasformazione trasforma nuovamente il neonato che ripete il suo sorriso; all'interno della relazione con i genitori, il bambino continuerà a ripetere ogni azione che produrrà una trasformazione nell'altro. Quindi il comportamento dell'adulto fa da specchio alla crescita del bambino; egli memorizza la qualità delle relazioni vissute con l'adulto. Questa relazione dà al fanciullo sicurezza nell'agire. Un bambino che agisce sul mondo con piacere riuscirà più facilmente a separarsi dall'altro, è meno dipendente dall'adulto, perché il piacere d'agire corrisponde al suo sentimento di esistere, alla fiducia in sé stesso e alla sua onnipotenza di soggetto sul mondo.

2.p) Descrizione di una seduta tipo

Solitamente una sezione di 20-25 bambini viene suddivisa in due gruppi, perché è bene che il gruppo sia composto al massimo da 15 alunni. La seduta si apre con il 'pre-rituale' di inizio: ci si raduna in un'anticamera o in un angolo della sala per spogliarsi, mettere qualcosa di leggero, togliere le scarpe ed indossare i calzini antiscivolo o rimanere scalzi. Spesso uno o due alunni distribuiscono al resto dei compagni i calzini, andando a valorizzare la turnazione e quindi l'attesa positiva nello svolgere questo compito. Tale fase è spesso accompagnata da una musica tranquilla e rilassante in sottofondo. Alcune insegnanti vi inseriscono il saluto, stringendo la mano di ogni componente del gruppo e salutandolo per nome. Dare la mano rappresenta un saluto da adulto; l'adulto che porge la mano al bambino dimostra un sentimento di riconoscimento del piccolo in quanto persona.

A questo punto avviene il rituale di accoglienza: si parla con i bambini anticipando loro i giochi e magari le modifiche apportate all'ambiente ed alla disposizione dei materiali. Poi si ricordano le regole e i divieti. Bernard spiega che vi è differenza tra le regole ed i divieti, quest'ultimi vengono imposti dall'adulto, non possono essere discussi. Mentre le regole vengono co-elaborate in gruppo, rappresentano un patto creato e condiviso dal gruppo con il contributo dell'adulto. Inoltre le regole possono essere modificate, ridiscusse e cambiate. All'inizio è l'adulto che ripete i divieti e le regole, con l'evolvere delle sedute questo compito verrà lasciato ai bambini. I divieti principali sono: non farsi male, non fare male agli altri, non distruggere il materiale ed i giochi dei compagni. Si nominano poi gli assenti; in questo modo il bambino può ricordarsi con quali compagni ha giocato nelle sedute precedenti e quindi rappresentarne l'assenza per tale incontro.

Il rituale è essenziale per il bambino, in quanto dà regolarità a quel momento piacevole; il soggetto imparerà ad aspettare il giorno in cui si 'va in palestra', ad attendere la ripetizione delle regole, poi il gioco in sala e il successivo momento del disegno o delle costruzioni. Questa necessità di regolarità rimanda al rapporto tra madre e feto e alle cure della madre al neonato. Nel neonato il tempo e lo spazio sono confusi e sono proprio le cure materne, il seno o il biberon che tornano con regolarità e ripetitività che permetteranno, in futuro, al bambino di allontanarsi dall'adulto per sperimentarsi nel tempo e nello spazio. Ripetendo le regole ed i divieti viene anche menzionato lo spazio di "non gioco": questo spazio è rappresentato da una sedia e viene utilizzato quando un bambino tiene, ripetutamente un comportamento lesivo o pericoloso verso un compagno; quindi si

invita il bambino a sedersi in quel preciso spazio per un tempo definito di qualche minuto. Rappresenta un luogo ed un tempo di contenimento, contenimento tramite la legge; la sedia infatti è grande, da adulti; simboleggia l'adulto, le regole e la sua fermezza che può aiutare il bambino a crescere e progredire. Bernard spiega che non si tratta di un castigo, il bambino rimanendo seduto osserva gli altri che giocano e l'adulto può avvicinarsi a lui per parlargli. Questo spazio deve essere utilizzato come ultimo tentativo possibile per aiutare quel bambino.

A questo punto si entra in sala; l'insegnante psicomotricista ha già organizzato e strutturato lo spazio per il gioco senso-motorio ed ha messo a disposizione dei bambini materiali per il gioco simbolico. È stato costruito un muro con i parallelepipedi e i cubi di gommapiuma. Il muro, nelle prime sedute, non è troppo alto né compatto, vengono lasciati spazi tra un cuscino e l'altro; ciò crea meno timore ed ansia nel bambino. Progressivamente diventerà più alto e compatto anche in relazione all'età del gruppo. La seduta si apre con una grande corsa per abbattere il muro; il "via" viene annunciato dall'insegnante attraverso la "parola magica" per abbattere il muro, prima scelta dai bambini. In questo caso la distruzione del muro non ha una valenza negativa, anzi permette all'alunno di affermare la sua azione, il suo esserci. È partendo dal disordine, che la distruzione del muro ha generato, che il bambino può costruire il proprio ordine, ritrovando i pezzi e cercando di ricostruire il muro. In questo modo acquisisce il concetto di permanenza, che fino ai 18 mesi è assente; apprende che gli oggetti non spariscono, l'oggetto distrutto non scompare ma ritorna. Questo distruggere e ricostruire è un'anticipazione dei giochi di raggruppamento e dispersione che porteranno poi ai giochi di classificazione che gli alunni affrontano anche in sezione e successivamente nelle aule di scuola primaria.

Dopo l'abbattimento c'è il caos spaziale e si apre il primo tempo, quello del gioco spontaneo senso-motorio. L'adulto crea diversi livelli di altezza da cui il bambino può saltare, predispone un piano morbido per atterrare, crea piani inclinati per favorire condizioni di salita e discesa, predispone uno specchio frontale rispetto allo spazio di gioco nel quale potersi osservare durante l'attività. Si tratta di tutti giochi di movimento e di stimolazione sensoriale: correre, saltare, arrampicarsi, gattonare, scivolare, rotolare, stare in equilibrio, dondolare, passare sotto o sopra un tunnel, fare le capriole, in una situazione di sicurezza data dalla presenza costante dell'adulto osservatore.

Questi giochi danno al bambino l'illusione di compiere qualcosa di maestoso e pericoloso, l'adulto deve a sua volta riconoscere e valorizzare queste azioni per generare sicurezza e fiducia nel bambino. Nel gioco egli rappresenta ciò che ha vissuto nello spazio, quindi anche il saltare è una rappresentazione di sé. Questi giochi vengono ripetuti, ripetuti anche in sedute successive. Aucouturier dice che è importante lasciar ripetere ai bambini perché ciò li rassicura, gli assicura la percezione del loro corpo come unito e stabile; sviluppa in loro la capacità di attenzione e gli permette di memorizzare l'azione necessaria per quel gioco. La ripetizione incrementa quindi l'intelligenza pratica.

Questo primo tempo non ha fasi, il bambino è libero di giocare spontaneamente e liberamente passa al gioco simbolico. Nel gioco simbolico il bambino prende bambole, corde, teli; sposta, trascina, costruisce case, castelli, barche con i parallelepipedi in gommapiuma. Quindi attiva il movimento per costruire l'ambientazione e insieme progetta e realizza il gioco stesso da solo o collaborando con i compagni. Nel gioco simbolico emergono le capacità creative ed ideative, per definire i ruoli e i temi del gioco, le capacità motorie, quelle progettuali e di organizzazione spaziale. Quando il bambino gioca 'ai personaggi' lui è il personaggio giocato; egli non gioca al cavaliere, è il cavaliere. È completamente in un altro mondo; crea un'illusione di onnipotenza che confronta con i compagni che fanno il suo stesso gioco. È proprio da questo processo di 'essere un altro' che il fanciullo può essere se stesso, può costruire la sua identità. Egli vive la sua identità tra soggettività e realtà; attraverso l'uso degli oggetti rivive esperienze che ha vissuto con i genitori, perciò l'oggetto e il suo ruolo sono una rappresentazione della relazione con i genitori. Verso i 5/6 anni il bambino abbandona questa illusione di onnipotenza.

Con il gioco simbolico il soggetto attenua progressivamente la sua carica pulsionale in quanto vi è necessità di controllare il movimento, rispettare l'altro e anticipare mentalmente l'effetto del proprio gesto. L'atmosfera all'interno della sala è più distesa, meno movimentata e i toni di voce si abbassano gradualmente. In

questa fase di gioco lo psicomotricista interviene direttamente per supportare il progetto di gioco dei suoi alunni: incoraggia, da suggerimenti, costruisce e dispone i materiali per stimolare e indirizzare i bambini verso una particolare storia. A sua volta poi riconosce e valorizza le iniziative dei fanciulli e le emozioni che emergono dal loro interno.

Spesso i bambini costruiscono una casa, luogo di protezione e rifugio dove possono sentirsi sicuri. È uno spazio per sé ma anche per gli altri, dove emergono le figure materne e paterne. Nella casa vi è un continuo accettare e rifiutare l'altro, un persistente avvicinarsi ed allontanarsi. Questo allontanarsi/ritornare è una rappresentazione della relazione che il neonato ha sperimentato con la madre. Il bambino che ha ben vissuto la separazione dalla madre, in quanto essa si è dimostrata sensibile, supportiva e rispondente alle richieste del figlio, e ha acquisito la permanenza dell'oggetto al di fuori del campo visivo, è un soggetto che, come spiega Bowlby nella sua "Teoria dell'attaccamento", esplora attivamente l'ambiente circostante, allontanandosi dalla figura di attaccamento; siamo quindi di fronte al tipico schema di interazione *tracaregiver* e bambino noto come "esplorazione a partire da una base sicura".

Anche nella costruzione della casa vi è un'evoluzione con l'età: negli alunni di tre anni le case si presentano come semplici letti in cui stare al massimo in due; ciò rimanda alla relazione affettiva con i genitori e i compagni vengono completamente esclusi. A quattro anni la casa viene curata e costruita dal bambino e all'interno di questa si vivono diversi ruoli, si gioca non più soltanto in due. A cinque anni il bambino passa da un piano immaginativo e fantastico alla realtà; giocando accede al simbolico, quindi i cuscini di gommapiuma non sono più mattoni o mura per costruire la casa, ma sono al posto di mattoni e mura.

Nella sala vi è anche "l'ospedale", luogo simbolico per la riparazione di ferite simboliche. Spesso nel gioco di ruolo il bambino viene "ferito" da una spada di un cavaliere o da un mostro feroce. L'incidente, la rottura del corpo è legato al fantasma di castrazione. Quindi è bene che l'adulto ripari subito il corpo, solitamente le mani o i piedi. In questo caso è necessario che l'adulto "giochi alla cura" se si verifica un incidente. Attraverso un massaggio e delle carezze lo psicomotricista cura simbolicamente il corpo del bambino ferito. In questo primo tempo il bambino si rassicura tramite il piacere di giocare attraverso la via corporea. Un segnale dell'insegnante psicomotricista annuncia la fine del gioco e il passaggio al secondo tempo della seduta.

Qui va inserito il racconto della storia. I bambini vengono fatti sedere in cerchio a terra o su delle sedie nell'anticamera, dove all'inizio avevano ricordato le regole e scelto la parola magica per l'abbattimento del muro. La storia viene inserita dopo i giochi di espressività motoria; spesso si ricollega e continua il progetto che i bambini avevano prima giocato in sala. Introdurre invece la narrazione al termine della seduta non ha lo stesso valore e la stessa intensità, è piuttosto una storia per rilassare e 'sedare' il bambino. È difficile chiedere al bambino di fermare il proprio movimento, il proprio gioco; al "piacere di giocare e di esistere" Aucouturier aggiunge sempre il "piacere di pensare", è proprio con il racconto della storia che è possibile osservare il passaggio dal piacere di esistere e giocare al piacere di pensare. L'ascolto permette al bambino di operare a livello cognitivo senza passare attraverso il movimento.

Il bambino abbandona il movimento corporeo quando c'è un movimento nella testa. La storia viene utilizzata per rassicurare il bambino; vi è un passaggio dalla rassicurazione prima di tipo corporeo e poi tramite il linguaggio. Essa permette agli alunni di rappresentarsi delle azioni, che spesso sono quelle dei protagonisti, azioni che rassicurano e permettono l'attenuazione delle emozioni, in quanto integrate a delle immagini mentali. La storia dura circa 5/7 minuti e si fonda sempre su due principi-paure: la paura di essere divorato e distrutto e la paura di essere abbandonato; paure che sono proprie dei bambini. Lo scopo è la rassicurazione emozionale, quindi è importante che alla fine il protagonista, nel quale i bambini si identificano, vinca sull'aggressore.

L'insegnante, durante il racconto, non deve mai identificarsi con l'aggressore, dato che durante l'intera seduta ella rappresenta l'elemento rassicurante; non può contemporaneamente essere elemento positivo e negativo per il bambino. Deve cercare di mantenersi neutrale nel racconto, anzi stimolare la condivisione, l'intervento e l'invenzione di soluzioni da parte dei bambini. Le soluzioni che i bambini trovano per far fronte ad un pericolo e risolvere il problema del protagonista del racconto, sono processi di rassicurazione.

La narrazione prepara per il passaggio al secondo tempo della seduta: il momento della rappresentazione attraverso il disegno, le costruzioni o la manipolazione di pongo o plastilina. È importante che per questo momento vi sia un luogo sia fisico che mentale diverso, dove potersi fermare, rilassare e rielaborare il vissuto e la storia ascoltata. Per poter disegnare o utilizzare le costruzioni è necessario un corpo tranquillo e 'scarico'. Il linguaggio verbale, il disegno, la manipolazione permettono al bambino di diffondere le sue emozioni attraverso questi mezzi, quindi non più a livello corporeo ma a livello di pensiero e rappresentazione. La rappresentazione facilita la presa di distanza dall'emozione e la decontrazione tonico-emozionale; permette al bambino di elaborare il materiale interno per lui significativo.

Nell'uso delle costruzioni vengono poste alcune regole: non sbatterle a terra facendo rumore e non distrugge la costruzione dei compagni. A tre anni i bambini tendono a costruire da soli, a cinque essi si raggruppano per creare una costruzione di gruppo che poi ognuno interpreta secondo i propri significati ed emozioni; inoltre, nei quattro e ancora di più nei cinque anni, è possibile osservare una maggiore concentrazione e miglior controllo nei movimenti e nei gesti del costruire. Bernard spiega che un bambino che costruisce non deve essere interrotto, perché sospendendo la sua creazione è come se impedissimo al suo pensiero e alle sue emozioni di esistere in maniera completa. I bambini sanno che una volta che avranno completato la loro creazione dovranno allontanarsi, sedersi accanto all'insegnante, per poterle presentare e descrivere ciò che hanno costruito.

Nel disegno non si chiede al bambino di disegnare ciò che ha ascoltato nella storia, ma lo si invita a disegnare ciò che vuole, è un disegno libero. Il bambino mescola ciò che appartiene alla sua storia, alla sua esperienza di vita e ciò che lo ha toccato del racconto ascoltato durante la seduta. Il linguaggio verbale è poi un mezzo fondamentale per accompagnare queste espressioni libere e per attivare il processo di decentramento. A questo punto l'adulto non interpreta il disegno, ma stimola il fanciullo a parlare del suo disegno, verbalizzare ciò che ha disegnato. L'adulto chiede: "raccontami questa storia" e non "dimmi che cosa hai disegnato", perché il bambino nel disegno riporta sempre una storia, che è la sua storia, le sue esperienze passate, le sue angosce e le sue emozioni. Il parlare del proprio disegno aiuta a costruire un pensiero e a dargli continuità.

La conclusione della seduta è meno ritualizzata, attraverso gli atteggiamenti e il linguaggio dell'adulto il bambino lentamente si riadatta alla realtà e alla vita di sezione. È comunque importante creare e tenere un piccolo rituale finale come un particolare saluto, un girotondo cantato; il cerchio è un elemento che rassicura, spesso utilizzato sia all'asilo nido che nelle scuole dell'infanzia. È infine importante che, a conclusione della seduta, l'adulto lasci ai bambini una propria emozione, su come ha vissuto la seduta quel giorno, se vi sono state situazioni nuove, conquiste da parte di alcuni alunni. In quest'occasione l'insegnante esprime proprio la sua funzione di specchio.

Biblio e sitografia

- 1) Aucouturier B., La pedagogia dell'ascolto e la pratica psicomotoria per accompagnare la crescita del bambino, in *Le difficoltà di comportamento e apprendimento. Atti del convegno Regola di Campolongo di Cadore, 10 Settembre 2008*, (a cura di) Rosita De Candido e Lia Proietti, premessa di Sonia Compostella, Bassano del Grappa, ARFAP, 2009.
- 2) Aucouturier B., Darrault I., Empinet J.L., La pratica psicomotoria rieducazione e terapia, Roma, Armando Editore, volume 1 di collana medico-psico-pedagogica, 1986.
- 3) Aucouturier B., Lapierre A., Il corpo e l'inconscio in educazione e terapia, Armando Roma 1982
- 4) Aucouturier B., Lapierre A., La simbologia del movimento: psicomotricità ed educazione, Cremona, Edipsicologiche, 1987.
- 5) Lapierre A., L'educazione psicomotoria nella scuola materna, Brescia, Editrice La Scuola, Collana Infanzia e Educazione diretta da Aldo Agazzi, 1979.
- 6) Aucouturier B., Lapierre A., I contrasti e la scoperta delle nozioni fondamentali, Milano, Sperling e Kupfer Editori, 1978.

- 7) Bianco Dettori A. (a cura di), Giacomotricità : significati del movimento nella crescita del bambino, Soc. Stampa Sportiva, Roma, 1978
- 8) Bondioli A., Gioco e educazione, FrancoAngeli, Milano, 1996
- 9) Crepet P., Psicologia Temi, Teorie Professioni, Milano, Einaudi scuola, 2006.
- 10) De Ajuriaguerra J. Le corpcomme relation. RevueSuisse de Psychologie pure et appliquée, Vol. XXI, 1962.
- 11) Dellabiancia M. P., L'educatore motorio dell'infanzia, Floriani, Macerata 2012.
- 12) Ferrari O., Ferrari R., Il linguaggio grafico del bambino genesi, evoluzione ed interpretazione, Brescia, Editrice La Scuola, Collana Infanzia e Educazione diretta da Aldo Agazzi, 1982.
- 13) Freinet C., I detti di Matteo, Firenze, La Nuova Italia, 1976.
- 14) Lapierre A., Dalla psicomotricità relazionale all'analisi corporea della relazione, Armando Roma 2009.
- 15) Le Boulch J., Verso una scienza del movimento umano, Armando, Roma 1975
- 16) Le Boulch J., Educare con il movimento. Esercizi di psicocinetica per ragazzi da 5 a12 anni, Armando Editore, Roma, 1979
- 17) Le Boulch J., Atti del primo corso, Unief, a cura di R. Facheris Ranucci Roma 1981
- 18) Le BoulchJ., Lo sviluppo psicomotorio dalla nascita a 6 anni. Conseguenze educative della psicocinetica nell'età prescolare, Armando Editore, Roma, 1999
- 19) Picq L., Vayer P., Educazione psicomotoria e ritardo mentale, Armando editore, Roma, 1968
- 20) Vayer P., Educazione psicomotoria nell'età prescolastica, Roma, Armando editore,1973
- 21) Vayer P., Educazione psicomotoria nell'età scolastica, Armando Editore, Roma, 1976
- 22) Wallon H., Le origini del carattere del bambino, Editori Riuniti, Roma, 1974
- 23) Winnicott D., Gioco e realtà, Armando ed. Roma 1975
- 24) Zavalloni G., La pedagogia della lumaca, per una scuola lenta e non violenta, Bologna, Editrice missionaria italiana (EMI), Collana Mondialità, Maggio 2010.
- 25) <http://www.csasalerno.it/integrazionescolastica/esperto/Dislessia>
- 26) <http://www.funzionibiettivo.it/glossadid/narrazione.htm>
- 27) <http://www.psicoterapia.it/rubriche/approfondimenti/template.asp?cod=8730>
- 28) [http://www.treccani.it/enciclopedia/psicomotricita_\(Universo_del_Corpo\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/psicomotricita_(Universo_del_Corpo))

Parte terza. **La funzione motoria e la sua verifica e valutazione**

Terza introduzione: Importanza della dimensione corporea nell'educazione

Nella scuola italiana nessuno se n'è accorto, tuttavia, nuove prospettive psicobiologiche (Oliverio), neurologiche e neuropsicologiche (Kandel, Damasio e Rizzolatti), neuropsicoanalitiche (Solms) e psicologiche (Neisser), unitamente a quelle psicoterapeutiche (Lo Verso) e riabilitative (Ramachandran), stanno proponendo una diversa visione del ruolo della corporeità nell'ambito dello sviluppo della mente e delle sue peculiari funzioni (attenzione, memoria, percezione-cognizione, coscienza, emozione e motricità) e tendono, così, ad invertire definitivamente il paradigma che vedeva nella condizione dell'agire corporeo solo la conseguenza finale di un pensiero che si era strutturato e definito su ben altre dimensioni.

Per giungere all'odierno risultato, la strada è stata molto lunga: tutto è iniziato nella riflessione filosofica della fine dell'Ottocento e dell'inizio del Novecento, secondo una prospettiva tipicamente teorico-speculativa, ma che trae le sue radici più profonde da un'incipiente analisi fenomenologico-esistenziale. Poi si è realizzata la svolta epistemologica nella ricerca della Psicologia cognitiva, con l'individuazione di una prospettiva che capovolge la consueta modellizzazione delle facoltà, per giungere ad affermare l' "Enbodied cognition". Oggi, infine, si sta imponendo prepotentemente l'orientamento delle Neuroscienze con "la coscienza nucleare" di

Damasio e i “neuroni specchio” di Rizzolatti che tendono a rovesciare l’abituale visione biologico-comportamentale.

Si può, dunque, chiaramente affermare che il sapere del corpo e mediante il corpo va realmente valorizzato negli apprendimenti fin dalle prime età, perché costitutivo dello stato profondo dell’identità personale ed influente perciò su tutti i piani e nei diversi tempi dell’esistenza, anziché farne soltanto un motto da mettere in testa alle dichiarazioni epistemologiche della disciplina, come accade oggi, per poi buttarsi subito nella dimensione prestazionale. Valorizzare il sapere costitutivo e intrinseco del corpo, dunque, significa che un’educazione esplicita del corpo va guidata sulle dimensioni della presa di coscienza del proprio stato corporeo (mettendo in dialogo la coscienza estesa con quella nucleare) mediante ogni forma di rappresentazione e attraverso le funzioni precipue di tale “coscientizzazione” (respirazione, rilassamento, eutonia, ginnastiche dolci, equilibri ecc.), già ampiamente presenti alla comune dotazione contenutistica e culturale della vecchia ginnastica e della vecchia educazione fisica (giacché a parere dello scrivente, nell’attuale fase di sistemazione dei curricula universitari, le Scienze Motorie sono solo un contenitore dove prevale la prospettiva funzionale sanitaria in ogni direzione, con conseguentemente emarginazione delle logiche più pedagogicamente fondate).

Non diversamente, poi, deve accadere anche per la valorizzazione della corporeità e della motricità nella costruzione di senso finalizzata alle strutturazioni logiche e infralogiche della realtà, da un lato, oltretutto all’intreccio continuo delle funzioni relazionali ed espressive mediante un approccio globale e sinestesico alla comunicazione tra il corpo proprio e quello altrui, dall’altro lato. La riduzione del corpo alla sua motricità (con l’educazione motoria nella scuola primaria finalizzata all’esercitazione funzionale degli schemi motori e con il prevalere delle dimensioni prestazionali nelle scuole secondarie) ha, infatti, definitivamente spazzato via le grandi intuizioni degli anni ’70 (A. Tonetti, L. Calabrese, E. Tosi ed E. Fabbri) e ’80 (M. Gori, E. Mantovani e A. Bianco Dettori) di un approccio più fenomenologicamente fondato sulle caratteristiche e sui bisogni del soggetto in apprendimento.

Continuare a navigare sulle dimensioni di riduzione della corporeità alla sua motricità, poi, significa anche rinunciare a tutte quelle nuove prospettive scientifiche che sono emerse negli ultimi decenni sulle operazioni mentali (Psicologia cognitiva, Stili cognitivi, Metacognizione ecc.), sulle nuove caratterizzazioni della comunicazione (Pragmatica della Comunicazione, Costruttivismo linguistico, Semantica del Significato, Teoria dei Segni ecc.) e della comunicazione educativa (Didattica come Teoria della Cultura, Didattica della Narrazione ecc.). Si tratta, perciò, oggi di ricominciare la ricerca e la formazione conseguente, in particolare con i docenti del ciclo primario. Per rinnovare veramente la realizzazione educativa e didattica della corporeità sarà necessario, dunque, partire proprio da queste dimensioni e dagli elementi delle operazioni spazio-temporali (cfr. bib. n. 1) integrati e integrabili negli apprendimenti globali (sfondo integratore, progetti didattici, continuità educativa e didattica, unità d’apprendimento, profilo di competenze ecc.), da un lato, e dagli elementi del linguaggio del corpo (cfr. bib. n. 2), dall’altro, salvandone la spontaneità espressiva nella vita quotidiana e sviluppandone la dimensione estetica su tutti i piani dell’insegnamento. In tal senso la riduzione del corpo alla sua motricità potrà essere giustificata soltanto ponendo grande attenzione e cura in ordine a precisi obiettivi specifici d’apprendimento (soprattutto per i disabili) e andrà gestita con l’intento esclusivamente di riportare ai significati corporei più profondi anche le prestazioni motorie nell’ambito degli obiettivi formativi globali, onde determinare la vera costruzione di competenze richieste dalla nuova scuola italiana.

Bibliografia di riferimento

1. M. P. Dellabiancia, Itinerari di percezione, conoscenza e coscienza del corpo e Itinerari di organizzazione spazio-temporale e causale della realtà, in [www.dellabiancia.it/educazione fisica](http://www.dellabiancia.it/educazione%20fisica)
2. M. P. Dellabiancia, Educazione del corpo e Linguaggio del movimento, sulla Rivista “Scuola e Didattica” n. 9 dell’anno XL, Una tassonomia dei Linguaggi non verbali, sulla Rivista “Scuola e Didattica” n. 13 dell’anno XLI e Itinerari di linguaggio del movimento e di attività motorie espressive, in [www.dellabiancia.it/educazione fisica](http://www.dellabiancia.it/educazione%20fisica)

Capitolo sesto. Interpretazione psicopedagogica della FUNZIONE MOTORIA

§1 MODELLI LOGICI DEL MOVIMENTO. SENSAZIONE E PERCEZIONE. ORGANIZZAZIONE GERARCHICA DELL'ENCEFALO

1) **Confronto tra differenti modelli esplicativi del movimento**

Ogni disciplina scientifica (e ogni scuola di ricerca) ha propri modelli di spiegazione del funzionamento della motricità e propri concetti di riferimento, tuttavia è possibile riscontrare delle uniformità che permettono di orientare globalmente la cognizione del docente. Ad esempio, ogni scienza individua un'unità funzionale del sistema motorio in quella più elementare porzione del sistema medesimo che mantiene le caratteristiche del complesso: che sia chiamata prassia, o piano motorio, o schema motorio, o riflesso ecc. comunque tutte queste unità funzionari hanno almeno un versante sensitivo-sensoriale e un versante motorio. Altro esempio è ciò che viene coinvolto dal versante motorio, che può chiamarsi condotta, comportamento, azione, gesto, movimento ecc. a seconda delle implicazioni antropologiche su cui si fonda l'impostazione di ricerca di quella scuola di pensiero, tuttavia, anche in questo caso, con tutti questi termini si intende significare semplicemente ciò che un soggetto fa.

Un altro concetto condiviso è che la funzione motoria risulta dalla struttura gerarchica di più sistemi, quello più elementare è chiamato sensomotorio, quello più complesso prattognosico. Alcuni modelli psicologici che un tempo volevano descrivere come funziona l'agire complessivo dell'uomo (basta ricordare come a metà dell'Ottocento I. M. Secenov avesse già descritto tutta l'attività cerebrale attraverso riflessi nel suo "I riflessi del cervello") sono ormai rimasti solo per descrivere le caratteristiche del livello sensomotorio, e tra essi si possono ricordare:

- 1) l'Arco riflesso del Primo comportamentismo di Watson, cfr. bib. 1 e 2, significato del modello:
 $S \text{ -----} > R$ dove S = stimolo e R = risposta;
- 2) il Riflesso condizionato della Riflessologia russa di Pavlov, cfr. bib. 1 e 2,
 $SC \text{ ----} > SI \text{ -----} > R$ dove S I = stimolo incondizionato e SC = stimolo condizionato;
- 3) il Circuito riflesso del Secondo comportamentismo Skinner, cfr. bib. 1 e 2,
 $S <===== > R$ dove l'esito di R influisce su S per Condiz.mento Strumentale od Operante.

Da un punto di vista logico in questi modelli emergono due operazioni fondamentali: la **Ricezione** (comprensiva sia degli stati dell'ambiente interno, che degli stimoli dell'ambiente esterno all'individuo) e **l'Esecuzione** (sia mediante il movimento, che mediante il tono e la postura). Nell'uomo utilizzano una tale organizzazione **i Riflessi** che assicurano 1) la fuga da stimoli dolorosi, 2) la tensione muscolare nei muscoli antigravitari o Tono antigravitario, 3) l'equilibrio del corpo (che assieme alla tensione muscolare antigravitaria costituisce la Postura) e le coordinazioni elementari e globali che a questi ambiti ineriscono (dai riflessi locali alle sinergie complessive del corpo), il tutto inserito in una **Struttura gerarchica integrata** che permette a centri superiori di controllare quelli inferiori in modo da ottenerne l'impegno localizzato e settoriale oppure sinergico e massivo, ma comunque sempre rigidamente predeterminato dalla dotazione ereditaria individuale, inscritta nella variabilità caratteristica della specie e suscettibile, nei livelli più alti dei centri inferiori, di apprendimenti veramente elementari o per via condizionata (apprendimenti di segnali e di catene di reazioni dove l'esito di una reazione diviene il segnale scatenante della successiva), o per imprinting.

Al **blocco superiore** appartengono invece, sempre da un punto di vista logico, delle operazioni più complesse che consistono nel Trattamento dell'informazione sia quella che entra, come nella **Percezione** e nella **Conoscenza**, sia quella che esce sotto forma di movimento integrato e adattato ad un contesto significativo,

come nell'**Elaborazione** di un piano di azione e nel **Controllo** della sua esecuzione. I modelli descritti dalle varie scuole scientifiche a questo proposito presentano, tra il versante Ricettivo e quello Esecutivo, dei complessi "cognitivi" che possono giustificare l'intenzionalità dell'individuo. La formula logica di riferimento, quindi, diviene:

$S < === > O < === > R$ dove O = Organismo ovvero FEEDBACK + FEEDFORWARD + MEMORIE (cfr. bib. 3, con approfondimenti e completamento del modello nel testo di L. Cottini),

e le diverse scuole ne hanno descritto vari modelli psicologici come il **Piano TOTE** del Comportamentismo soggettivo nella prima e nella seconda versione (cfr. bib. 4 e 5), oppure **l'Accettore d'Azione** della Neurofisiologia Russa (cfr. bib. 6), o il **modello Neurocibernetico** di N. Bernstein (cfr. bib. 7). Si può affermare, in ogni caso, che utilizzano una tale organizzazione gli Automatismi e le Azioni volontarie che organizzano i repertori motori, assicurati dai riflessi del livello inferiore, in complessi unitari, sia filogeneticamente fissati col meccanismo genetico (come camminare, correre, saltare, arrampicarsi ecc.), che ontogeneticamente appresi (come scrivere, andare in bicicletta, guidare l'automobile ecc.), sottoponendoli:

1) ad una operatività percettiva (enterocettiva, propriocettiva e extracettiva) che guida il conseguimento di una meta prefissata e si serve dell'apprendimento per prove ed errori;

2) ad una operatività rappresentativo-simbolica di cui il linguaggio è uno strumento essenziale, anche se non l'unico (perché si può ricordare con J. K. Bruner come la rappresentazione della realtà si possa realizzare nell'individuo in fase di sviluppo anche per via Prassica, e quindi motoria, e per via Iconica, oltretutto per via Simbolico-linguistica), mentre l'apprendimento prevalente si realizza per invenzione con ristrutturazione mentale dei rapporti percettivi e dei dati esperienziali memorizzati.

2) La raccolta dell'informazione sensoriale

Nel modello logico si può considerare **Percezione** l'attribuzione di senso ai dati raccolti con la sensibilità e il trattamento dell'informazione, entrambi processi attivi e intenzionali, mentre la **Sensazione**, pur avendo la funzione essenziale di raccolta degli stimoli, è intesa in senso passivo; **l'Elaborazione** è il procedimento che determina la scelta del gesto che si considera più adeguato; **l'Esecuzione** è la realizzazione di quel gesto. In tal senso, affrontando il problema della Percezione, si può dire che a partire dal singolo recettore, sulle vie nervose che portano l'informazione al punto più alto del sistema nervoso (incrociandosi dalla metà destra del corpo all'emisfero sinistro e viceversa), sono intercalati diversi centri di elaborazione e trattamento della medesima; il centro più importante per gli aspetti protopatici (vedi più avanti) è il Talamo che raccoglie tutta la sensibilità qui sotto elencata meno la Propriocettiva inconscia; questa, infatti, non raggiunge la corteccia, ma va al Cervelletto e alla Formazione Reticolare e dà luogo ad una via di regolazione riflessa, cfr., bib.8, 9, 10.

1) Con **Enterocezione** si intende:

1) Sensibilità cenestesica. Raccolta dal sistema nervoso periferico autonomo, evidenzia le sensazioni degli organi interni connessi alla vita vegetativa, come senso di pesantezza, di gonfiore e tensione oppure, quando si sta bene, di benessere fisico. Si tratta prevalentemente di una sensibilità protopatica.

2) Sensibilità vestibolare (Equilibrio). Relativa alla posizione della testa nello spazio, allo spostamento della medesima in avanti e indietro, in alto e in basso, a destra e a sinistra, sia in accelerazione positiva che negativa e sia in linea retta che in rotazione.

3) Sensibilità propriocettiva e cinestesica. Rileva la tensione nei muscoli, nei tendini e nelle articolazioni rendendo consci, dopo un apprendimento spontaneo, della posizione del corpo e delle sue parti nello spazio e del movimento in corso con tutti i suoi parametri più o meno evidenti. Ovviamente la conoscenza dell'orientamento spaziale viene appresa per combinazione con altre sensibilità come la vista e il tatto, nel corso dello sviluppo cognitivo di ciascuno. (Per l'importanza, talvolta con la sensibilità vestibolare se ne fa un terzo sistema tra entero ed estero con **proprio-cezione**)

2) Con **Esterocezione** si intende:

1) Discriminazione tattile, Localizzazione tattile, Pressione superficiale. Permettono di apprezzare le caratteristiche di forma, di materia e di superficie delle cose e di localizzare il punto del corpo toccato, come pure il movimento anche di oggetti leggeri sulla superficie corporea o la vibrazione.

2) Discriminazione termica e dolore localizzato. Permettono di distinguere le qualità termiche degli oggetti e di localizzare stimoli dolorosi. Queste due sensibilità sono protopatiche.

3) Vista. Dà la percezione delle differenze di luminosità e dei colori realizzando un'immagine tridimensionale (profondità) degli oggetti e dell'ambiente. Ha una via riflessa per fuggire gli stimoli nocivi. Un occhio è specializzato nella visione focale (mira) e l'altro nella visione periferica.

4) Udito coglie frequenza, ampiezza, distanza e localizzazione spaziale delle vibrazioni del mezzo fluido (rumori e suoni). Ha una via riflessa nocicettiva e presenta una dominanza funzionale come la vista. Si tratta di una sensibilità che dimostra una forte componente protopatica e soprattutto, distinta da tutte le altre sensibilità (che insieme costituiscono il primo sistema di segnalazione), è organo percettivo del linguaggio (secondo sistema di segnalazione pavloviano).

Rimangono infine odorato e gusto, sensibilità che non sono generalmente strettamente connesse con la motricità e tuttavia svolgono un ruolo notevole nella determinazione dello stato emotivo-affettivo legato agli istinti primari (Ipotalamo). Per questo motivo possono conseguire una significazione senz'altro importante nella motivazione del movimento, ma in stati primordiali o nelle fasi vegetative delle funzioni di relazione.

Queste dunque sono le classiche forme di sensibilità descritte in tutti i testi scientifici, poi però esiste la capacità del corpo in generale di farsi vettore di sensibilità "altre", giacché era già stato enunciato da Freud e poi dimostrato dall'Antropologia fisica e culturale come la corporeità umana fosse caratterizzata dal poter divenire sensorio di qualunque Percezione fosse intenzionata nel sistema culturale del soggetto.

Prima di arrivare al Talamo, le vie sensitive che raccolgono gli stimoli dai recettori per portarli alla Corteccia cerebrale attraversano il Midollo spinale e poi la Sostanza reticolare, distribuita lungo il tragitto tra Bulbo, Ponte e Mesencefalo e tra i loro centri. In tal modo mediante la Sostanza Reticolare possono attivare e focalizzare l'attenzione della Corteccia (Sistema Reticolare Attivatore) e stimolare l'Ipotalamo (centro delle funzioni vegetative e ormonali dell'organismo), mentre attuano verso la periferia un controllo riflesso del tono muscolare (Sistema Reticolare Discendente). Sempre a questo livello, vie ottiche e vie uditive non coscienti arrivano anche al Tetto del Mesencefalo e qui realizzano connessioni con centri riflessi di sensibilità inconscia (che taluni, basandosi sulla neuro-anatomo-fisiologia dei macachi, collegano a funzioni di localizzazione della fonte dello stimolo medesimo).

Il Talamo organizza la Percezione **Protopatica** (ricca di contenuto emozionale ma non analizzata nelle sue componenti specifiche) e la proietta alla Corteccia cerebrale che organizza la Percezione **Epicritica** (sprovvista di contenuto immediatamente emozionale, ma puntualmente analizzata nei suoi contenuti coscienti), cfr. bib. 11 e 12. A livello corticale i percetti si localizzano su 3 **zone primarie** specifiche per l'analisi sensoriale: Visiva, Uditiva e Somestesica (quest'ultima raccoglie le sensibilità n. 1, 3 e 4). Per completezza è, tuttavia, necessario tenere presente pure una quarta zona, quella motoria che non solo si struttura come quelle sensitive, ma lo fa insieme ad esse inviando e ricevendo un complesso di terminazioni direttamente per e da esse.

3) Elaborazione dell'informazione e organizzazione dell'encefalo su tre blocchi funzionali

Le **zone primarie** portano una rappresentazione punto a punto con il recettore periferico (retina, coclea e superficie del corpo) che permette di riconoscere e confrontare lo stimolo, senza tuttavia concettualizzarlo (comprendere la causa o identificare l'oggetto). Attorno alle primarie esistono le **secondarie** che codificano la percezione determinando la presa di coscienza unitaria dell'informazione e l'identificazione della sua natura e del suo significato. Come estensione, poi, delle secondarie e precisamente nelle aree derivate dalla loro sovrapposizione sorgono **zone terziarie** che, ricevendo contemporaneamente segnali delle diverse sensibilità e della motricità, vanno a costituire il substrato cerebrale delle abilità complesse chiamate **fasie, prassie e gnosie**. Cfr. bib. 13 e 14.

Queste aree corticali si sviluppano in tempi successivi: le primarie, con relative connessioni alle formazioni sottocorticali, si maturano a partire dalla vita prenatale e subito dopo la nascita (le aree vestibolare e uditiva sono le più sviluppate); le secondarie hanno una forte crescita nei primi mesi di vita e la maturazione delle vie ad esse connesse (mielinizzazione) continua ancora nei primi anni di vita. Le zone terziarie si completano solo più tardi, nella preadolescenza, quando tutta la struttura nervosa collegata alle funzioni corticali superiori si stabilizza definitivamente, mentre maturazione ed apprendimento realizzano le premesse per l'acquisizione dell'intelligenza formale. Da tener presente che le **funzioni corticali superiori** per A. R. Lurija sono processi complessi di natura riflessa e di origine sociale, mediati nella loro strutturazione e coscienti o volontari nella loro realizzazione, cfr. bib.14 e **fig. 2**.

In questo rapido esame, che vorrebbe prendere in considerazione i fatti più rilevanti del "Processo di elaborazione dei materiali sensitivo-sensoriali" in ingresso per giungere alla percezione chiara e distinta delle cose e del loro significato, bisogna però anche ricordare che a livello più basso della Corteccia e del Talamo esistono "cortecce antiche" come il Tetto del Mesencefalo. Questa zona porta un rudimento, nell'uomo, di funzioni più sviluppate negli animali meno evoluti, ma comunque conserva un primato nell'attivare riflessi di evitamento e di spostamento del corpo da stimolazioni nocive alla vista e all'udito e da loro funzionalità più primordiali, introducendo elementi di percezione, relativi ai due sensi sopracitati, di cui il soggetto può essere anche completamente ignaro. E si tratta di percezione protopatica ma non così globale da essere esclusa dalla costruzione del senso delle situazioni (con senso si intende il **significato** personale).

L'organizzazione corticale va vista comunque all'interno della strutturazione complessiva dell'encefalo e in dimensione comparata nel senso dello sviluppo evolutivo; in questi termini alcuni AA. hanno proposto varie schematizzazioni funzionali dell'encefalo umano, da cui si evidenziano 3 sistemi integrati: il primo comprende la Formazione reticolare, il Tetto del Mesencefalo, l'Ipotalamo, il Talamo e la Corteccia più antica (Sistema Libico e Rinencefalo). Questo complesso ha il compito di regolare il livello di energia e il tono di base della Corteccia da un lato, assicurando nel contempo il controllo dei processi vegetativi ed emotivo-istintuali dall'altro (essendo anche il primo complesso a giungere a maturazione alla nascita). Il secondo sistema analizza, comprende e codifica le informazioni per agire, risultando costituito dalla parte posteriore della Corteccia (aree motorie, somestesiche, uditive e visive).

Il terzo blocco è deputato alla formazione delle intenzioni e dei programmi del comportamento; si rinviene nella porzione frontale della Corteccia, cfr. bib. 15 e 16. Il collegamento e la regolazione delle influenze reciproche tra i tre blocchi avvengono nel corso dello sviluppo: il primo sistema predomina nel corso della vita embrionale e fetale, poi con l'avvicinarsi della nascita incominciano a subentrare progressivamente gli altri due, anche se la predominanza del primo continuerà ancora per non poco tempo, seppur mediata dagli strumenti offerti dagli ultimi due blocchi, cfr. il cap. IV di bib. 28 e altre opere di Wallon.

Così dal punto di vista motorio la riflessività gestuale spontanea di cui è dotato l'individuo alla nascita (cfr. bib. 17 e 18) si trova al servizio dell'istintività del Primo blocco e segue quella funzionalità dell'apparato psichico del bambino che la Psicoanalisi chiama "Processo primario" dove domina il Principio del piacere. Cfr. bib. 19, 20, 21, 22. Con la mielinizzazione delle vie sensitive e motorie si sviluppa il controllo del **Secondo blocco** e contemporaneamente del **Terzo** che appare però più lento, perché basato sul secondo sistema di segnalazione: il linguaggio (col Processo secondario e secondo il Principio della realtà), cfr. bib. 23 e 24. Solo con la prima adolescenza il processo d'integrazione funzionale dei tre blocchi si completa, nella normalità, con l'apparire del pensiero formale da un lato e l'affermarsi delle funzioni dell'Io dall'altro, cfr. bib. 25, 26, 27, 28, 29, 30 e 31. La motricità del tutto spontanea e anche quella precisata che mantenga, però, caratteristiche ludiche autentiche (dove il giocatore gioca IL GIOCO e non è giocato DAL GIOCO) sono, comunque, mezzi tra i più potenti di questo processo d'integrazione e con ciò diventano lo strumento (al pari dell'esperienza sociale, del pensiero produttivo e dell'affettività con gli oggetti sociali importanti) che rende il soggetto protagonista della sua crescita. Cfr. bib. 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41 e 42.

(Per rappresentarsi iconicamente zone, centri e vie nervose già nominati in precedenza e che si nomineranno in seguito è consigliabile consultare A. Delmas, *VIE E CENTRI NERVOSI*, Masson Milano 1990).

§ 2 IL LINGUAGGIO

1) **Organizzazione corticale complessiva del linguaggio**

Per avere, però, un'idea dell'organizzazione cerebrale che serve a comprendere in via generale quella della funzione motoria che in essa si iscrive, non si può ignorare la differenziazione che investe la struttura bilaterale crociata descritta fin qui, per effetto dello sviluppo del linguaggio. Cfr. bib. 43 e 44. Questa differenziazione comporta generalmente un ampliamento materiale dell'emisfero sinistro dove si localizzano alcune funzioni linguistiche come l'area di Broca, vicino alla zona motoria degli organi della Fonazione, per la produzione parlata; ovvero l'area di Wernicke, tra l'area uditiva e quella visiva, per la Comprensione del linguaggio udito, mentre nelle corrispondenti zone dell'emisfero di destra si sviluppano aree per la consapevolezza somestesica e delle relazioni spazio-temporali.

L'ipertrofia delle zone di sinistra è stata osservata già nei feti umani, da cui si desume che siano impegnati meccanismi genetici (l'invariante funzionale o programma epigenetico aperto, cfr. bib. 45). Si può accettare, perciò, che gli emisferi si equivalgano nei primi mesi di vita; poi si realizza la differenziazione per effetto dell'imponenza che ha il fenomeno linguistico per lo sviluppo e l'apprendimento umano. Il linguaggio verbale (secondo sistema di segnalazione pavloviano) offre, infatti, delle caratteristiche particolari rispetto al primo sistema di segnalazione che non sono semplicemente: a) il tener in mente un oggetto anche quando non si trova più presente fisicamente agli organi della sensibilità (perché la memoria della percezione realizza abitualmente l'immagazzinamento già con l'immagine visiva, la traccia sonora o lo schema sensomotorio); oppure b) il costruire un modello dell'oggetto a più dimensioni o il considerarlo da più punti di vista (perché la vista associata al tatto ci dà modelli tridimensionali della realtà e l'immaginazione è proprio la capacità di decentrarsi e costruire l'oggetto secondo altri punti di vista); anzi queste sono proprio caratteristiche funzioni non linguistiche del cervello destro.

La caratteristica principale del linguaggio, invece, è quella di sintetizzare il concetto in un simbolo, astraendolo in taluni casi, dalle diverse qualità percettive dell'oggetto, e poi di lavorare su questi simboli (su tre livelli: i fonemi, le parole, le frasi) secondo insiemi di regole compositive e scompositive (la grammatica generativa trasformazionale di Chomsky). In altre parole il linguaggio permette di eseguire delle operazioni mentali, tramite i simboli linguistici, alla seconda potenza, mentre la percezione permette di lavorare solo alla prima potenza tramite segnali che alla realtà rimangono pur sempre legati, cfr. bib. 46. E già Vygotskij aveva affermato la caratteristica di "stimolo-strumento" del linguaggio, ancora affiancabile da altri di natura spazio-temporale e gestuale (tra cui le operazioni infralogiche di Piaget) nel corso dalla fanciullezza, ma poi unico nel pensiero formale dell'adulto, cfr. bib. 47 e 48.

Non può sfuggire come la zona deputata alla comprensione linguistica nell'emisfero sinistro si trovi all'incrocio delle zone della sensibilità, come in altre parole si sovrapponga all'area delle principali prassie dell'emisfero di destra: ciò è più di una semplice coincidenza e infatti le nuove teorie sulla nascita filogenetica del linguaggio partono proprio da questa constatazione, cfr. bib. 44. Ho già ricordato che per l'ascolto (la comprensione della parola pronunciata da altri) la sensazione uditiva, giunta nella zona sensitiva primaria, viene associata ad una zona secondaria, l'area di Wernicke, dove avviene la decodificazione, cioè il riconoscimento fonetico e la sua associazione al significato semantico costruito in precedenza tramite anche altre zone.

Per **parlare** (comunicare foneticamente il proprio pensiero), dalla zona della comprensione l'attivazione cerebrale si sposta verso la zona della produzione (area di Broca), dove si predispongono gli ordini d'intervento delle unità motorie che controllano gli organi della Fonazione, da esse infatti parte l'impulso che fa contrarre nella giusta maniera i muscoli della laringe. Per **leggere**, lo stimolo visivo deve essere trasportato dalla zona

visiva primaria ad una zona che si trova al punto di sovrapposizione tra le tre aree sensitive: cioè la circonvoluzione angolare. Ivi avviene la codificazione dei segni visivi in fonemi; subentra quindi il riconoscimento fonetico della vicina area di Wernicke (perciò leggere è sempre anche pronunciare cerebralmente la parola, per gli autori classici). In tal senso nelle società che usano l'alfabeto fonetico, prima che il modello visivo possa essere compreso, deve essere trasformato nel modello uditivo, cfr. bib. 49.

Per scrivere sotto propria o altrui dettatura, avvenute l'ideazione e la strutturazione semantica del pensiero, ovvero il riconoscimento fonetico del discorso altrui, si deve attivare un procedimento di codificazione dei fonemi in grafemi (le unità di suono in unità di scrittura) che si realizza ancora nella circonvoluzione angolare. Da qui l'impulso si trasferisce in una zona motoria che controlla i comandi per la muscolatura volontaria dell'arto superiore secondo unità sequenziali successive. E' una zona anteriore a quella motoria che è responsabile della suddivisione in sequenze dei programmi di tutte le prassie (schemi motori complessi) e della loro attivazione secondo un determinato ordine di successione che va a comandare all'area motoria.

L'organizzazione del linguaggio, come è stata qui descritta, si è venuta progressivamente costruendo da parte degli Autori classici (a partire da Wernicke, fino a Gerschwind e Lurija) e si è spesso evidenziata ai neurochirurghi in fase di intervento a cervello scoperto e in fase di cura degli esiti di traumatismi cerebrali (cfr. bib. 50 e 44 e **fig. 3**), anche se recentemente in diversi studi si sono messe in luce differenti strutturazioni delle funzioni linguistiche. In ogni caso, se certamente non può dire nulla sull'uso della lingua, sul "perché"; tuttavia costituisce un semplice modello per comprendere almeno il "come", suffragato dalla statistica dei siti relativi a lesioni cerebrali per a/disfasia motrice (zona di Broca), a/disfasia sensitiva (zona di Wernicke), a/dislessia e a/disgrafia (circonvoluzione angolare). Per completare la comprensione di un fenomeno così importante, però, bisogna tener presente che il meccanismo ora esposto può operare solo se tutto il resto del cervello gli offre i materiali semantico-concettuali da trattare e le zone frontali l'intenzione che motiva la interazione linguistica: senza di essi infatti il meccanismo è silente, non per cause neurologiche ma per cause psicologiche, come nel mutacismo psicogeno, quando un soggetto parlante, cioè, smette di parlare e non perché sia divenuto incapace, ma perché non "vuole" più parlare.

§ 3 SINTESI AFFERENTE; SISTEMA D'EQUILIBRIO E CONTROLLO DEL TONO

1) **Schema, immagine del corpo e sintesi afferente**

Generalmente l'emisfero sinistro detiene in prevalenza centri unilaterali del linguaggio, indifferentemente per destrimani o mancini, il destro, invece, detiene in prevalenza centri di trattamento dei dati spaziali e temporali, anche quelli di uno spazio particolare ed intimo come il corpo proprio. Ovviamente in questa prevalenza sono coinvolte le aree terziarie, particolarmente responsabili dell'investimento psicologico della sensibilità, essendo le primarie pariteticamente rappresentate su entrambi gli emisferi. E' per questo motivo che credo si debba differenziare il concetto di schema corporeo (modello mentale della disposizione del corpo determinato dall'integrarsi delle zone somestetiche primarie destra e sinistra), per un certo verso predeterminato nelle sue caratteristiche funzionari dall'appartenenza alla specie umana (per preformazione genetica) da quello di immagine dei corpo (immagine raccolta da zone di integrazione delle diverse sensibilità e del movimento ed elaborata dall'emisfero destro, stando almeno alle agnosie specifiche) che si sviluppa con la crescita del soggetto, subendo l'influenza di un apprendimento sociale e venendo elaborato linguisticamente dall'emisfero sinistro (per epigenesi socioculturale).

Mentre lo schema è una rappresentazione mentale che si esprime senza immagine e senza linguaggio, ma è capace, tuttavia, di fissare gli elementi più caratteristici dell'evento, entrando direttamente in azione su ogni movimento automatico o volontario, come un prerequisito spontaneo e necessario dell'azione, l'immagine diviene oggetto di investimento percettivo riflesso (coscienza) ed emotivo, sociale e culturale, vivendo così in un universo di significazione e di valore; cfr. bib. 51 e 52. Lo schema corporeo è continuamente e

inconsapevolmente (salvo a richiamarne alla mente la percezione in particolari situazioni) in funzione per offrire un riferimento costante a tutte le azioni e, con ciò, divenendo un prerequisito importante di tutte le competenze motorie, ma non è l'unica struttura che sostiene l'azione. Così, ad esempio, sussistono le strutturazioni percettive afferenti **all'organizzazione spazio-temporale del gesto** che determinano la coscienza dello spazio conosciuto (ambiente quotidiano) o quella dell'ordine temporale degli avvenimenti. Trattate forse nelle prime fasi evolutive individuali in modo non differenziato da entrambi gli emisferi, queste abilità motorie (prassie), per il successivo maggior sviluppo dell'individuo, diventano suscettibili di trattamento culturale e sociale dei materiali fisiologici, sviluppando le dimensioni del tempo e dello spazio come la propria cultura le costruisce e le intende (cfr. bib. 53, 54 e 55 più la **fig. 4**).

Questi elementi percettivi sono molto importanti, perché, se per una lesione cerebrale vengono a cadere, il movimento volontario subisce forti deficit. Se è colpita la parte somestesica l'impulso volontario perde il suo specifico riferimento, distribuendosi in modo uguale sui muscoli agonisti e antagonisti ed impedendo il realizzarsi di un movimento organizzato; se è colpita invece la zona stereestesica (area terziaria delle zone parieto-occipitali), il paziente perde la capacità di valutare i rapporti spaziali, per cui può confondere la sinistra con la destra o non trovare più la strada di casa sua. E giacché, come ho riportato, queste funzioni sono bilaterali, ma l'emisfero destro prevale, è proprio quando si hanno lesioni in questo che si manifestano i deficit del controllo periferico maggiori e più caratteristici, cfr. bib. 56 (per una schematica rappresentazione topologica delle principali tipologie della disabilità motoria e psicomotoria cfr. **figg. 5, 6 e 7**).

Con **sintesi afferente**, infine, si intende il complesso delle stimolazioni esterne e interne presenti all'individuo prima dell'azione. Pertanto non comprende soltanto **schema corporeo** e **schema spazio-temporale**, ma almeno anche due altri elementi: **quello istintivo-emozionale** prodotto dal primo blocco funzionale che può manifestarsi con impulsi chiaramente interpretabili (bisogni fisiologici e psicologici), ma anche con stati d'animo o sentimenti non altrettanto chiaramente interpretabili, tuttavia, notevolmente capaci di orientare l'azione volontaria della persona, perché espressione dei costituenti inconsci del suo psichismo, o ancor prima capaci di influire per via riflessa sulla postura (mediante il controllo del tono neuromuscolare) e per via condizionata sulla motricità automatica (tics, manierismi, uso dello spazio personale, gestualità di comunicazione, espressioni mimiche ecc.). L'altro elemento della sintesi afferente è quello caratterizzato dal restante **complesso esterocettivo**, sul quale non ci si sofferma, perché descritto già in precedenza, ma di grande importanza perché rappresentativo della comprensione della realtà che ci circonda (il contesto che spiega il testo/movimento).

Quello che si vuole evidenziare, in conclusione, è che quest'ultimo complesso prende il sopravvento nelle concezioni che si incentrano su di un modello di **motricità come RISPONDENTE alla situazione esterna** (il modello del riflesso): si isola cioè un gesto dalla globalità del contesto relazionale, espressivo-comunicativo, cognitivo ecc. per presentarlo come un avvenimento DISCRETO, scatenato (nel migliore dei casi) o determinato (nel peggiore) dal complesso percettivo; un gesto che dipende in definitiva dall'ambiente. A questa interpretazione degli Associazioneisti si oppone quella dei Mentalisti che ipotizzano **una mente sovraorganica determinante le scelte**, o quella della Psicoanalisi che vede nel corpo prevalentemente **la matrice dei bisogni e il supporto del linguaggio dell'inconscio**. Entrambe queste ultime interpretazioni condividono il predominare delle percezioni interne, rispettivamente cosce e inconscie, e, comunque, sempre ampiamente intenzionali.

2) Tono muscolare e struttura gerarchica del movimento

La motricità umana va considerata nella sua organizzazione complessiva come una struttura gerarchia integrata di due differenti funzioni: **quella tonica (postura)** e **quella fasica (movimento)**. La prima costituisce il sottofondo della seconda ed è realizzata da un sistema esecutivo finale (comune ad entrambe) fondato sul riflesso miotatico, autocontrollato nell'innervazione reciproca a livello di ciascun segmento del Midollo Spinale, e poi a livello intersegmentale dalla porzione superiore del Midollo (Bulbo), a livello di tutto il corpo dal Mesencefalo sulla base delle informazioni propriocettive delle posizioni della testa (riflessi di raddrizzamento e

di flessione-estensione crociata) e dal Cervelletto sulla base delle informazioni del recettore vestibolare (equilibrio).

Il tono, poi, è influenzato dallo stato emotivo-affettivo indotto dalla **dimensione relazionale della situazione comunicativa** (connotazione) e recepito in modo subcosciente dalla sostanza reticolare e dalla parte più antica del cervello (primo blocco), che va a controllare il motoneurone gamma del riflesso miotatico. Sulla base del tono muscolare, cioè della tensione (riflessa) finalizzata al mantenimento della postura, si inserisce il movimento (automatico o volontario) realizzato in conseguenza della **dimensione specifica o cognitiva della situazione comunicativa** (denotazione), che così inevitabilmente ad ogni atto ne altera di continuo gli equilibri. A questa continua fonte di disequilibrio il Cervelletto risponde continuamente con un adattamento automatico della postura, utilizzando direttamente la sensibilità propriocettiva e vestibolare (labirinto dell'orecchio) ed indirettamente anche quelle visiva ed uditiva, per andare a controllare il motoneurone alfa del riflesso miotatico.

Inutile soffermarsi sulla funzione del tono, già ampiamente messa in risalto da Wallon e Le Boulch alle cui opere si rimanda, cfr. bib. 57 e 58. Piuttosto è interessante ricordare che non sempre l'adattamento della postura può realizzarsi con precisione e in modo integrato. Il vestibolo che registra le variazioni di equilibrio, infatti, è un centro collegato e controllato dal cervelletto, ma gerarchicamente più basso e quando fa partire un suo riflesso in condizioni di pericolo, questo comando è più veloce del processo ordinario automatico di adattamento cerebellare. È per questo che ad una variazione improvvisa della base di appoggio, accade ineluttabilmente di lasciar cadere tutto ciò che si ha in mano per ripristinare un vecchissimo riflesso di ricerca d'appiglio con gli arti superiori, cfr. bib. 59 e 60. Soltanto sapendo in anticipo che ci si troverà in quel frangente, la corteccia può preparare il corpo a sopportare la situazione e a dominare il riflesso di difesa. Altro elemento che può mettere in crisi l'adattamento della postura è il riflesso nocicettivo presente sulle vie di sensibilità come la vista e l'udito. Anche questo, tuttavia, è controllabile (come nei pugili o negli altri praticanti sport di combattimento), perché, partendo da centri sottocorticali, può essere inglobato e direzionato (condizionato) entro altri automatismi specifici superiori; ma quando non è preparato, si estrinseca ineluttabilmente.

Secondo la prima indicazione può sembrare che il riflesso non abbia alcuna elaborazione, se per elaborazione si intende come già dicemmo la decisione su quale gesto compiere. E ciò è anche vero dal momento che la sua caratteristica fondamentale è proprio quella di provocare una risposta stereotipa (almeno nel riflesso semplice). Tuttavia, anche se riferita al "se" e al "quando", più che al "come", l'elaborazione è ampiamente presente anche nella struttura della motricità riflessa; soltanto va tenuto sempre presente che, ovviamente, si svolge del tutto al di fuori della coscienza. Intanto, infatti, l'avvio della risposta dipende da un determinato grado di intensità della stimolazione, al di sotto del quale non c'è risposta. Poi il riflesso ha una graduazione di implicazione e di intensità che discende, come abbiamo visto, dalla sua organizzazione funzionale gerarchica.

Questa supposta carenza non deve venir intesa, infine, in senso negativo, perché nelle ordinarie condizioni di utilizzo (fuga da stimoli che possono nuocere, ripristino della postura ecc.) sono più importanti, teleonomicamente parlando, immediatezza e ineludibilità di risposta, che variabilità ed adattabilità, o ancor più "pericolosa", la presa di coscienza. Questi, dunque, sono compiti che devono essere svolti dai centri superiori, cfr. bib. 61 e 62. (Per rappresentarsi iconicamente i livelli gerarchici del movimento cfr. fig. 32 in bib. n. 11, pag. 62; le figg. 3, 4 e 5 in A. Lapierre, LA RIEDUCAZIONE FISICA, Vol. I, Sperling & Cupfer Milano 1975, pagg. 34 e 35 e le immagini che si trovano copiosamente nella letteratura citata in bibliografia).

§ 4 MOVIMENTO VOLONTARIO E AUTOMATICO. CONTROLLO CENTRALE E PERIFERICO

1) Movimento volontario e movimento automatico

Sull'organizzazione del tono antigravitario e dei riflessi intra e intersegmentari si inserisce, dunque, l'influenza dei centri corticali e subcorticali che apprestano un'azione adattata e precisata secondo il libero arbitrio del soggetto. Si tratta di un movimento o automatico, o volontario: il secondo andrebbe chiamato meglio movimento precisato, perché bisogna subito chiarire che si tratta di seguire le intenzioni volontarie del soggetto in entrambi. Quello volontario è un atto che per compiersi ha bisogno della costante attenzione della persona nel dirigerlo al conseguimento dell'obiettivo, mentre automatico è il gesto che non deve essere seguito costantemente dall'intenzione e dall'attenzione di chi lo compie, ma al contrario si realizza quasi del tutto autonomamente, perché ampiamente appreso (interiorizzato, sottocorticalizzato), lasciando l'attenzione dell'individuo, dopo la fase di individuazione dell'obiettivo o dell'intenzione, libera di lavorare su altri fattori.

È evidente che si può anche trattare del medesimo gesto considerato nella sua fase di apprendimento, per il primo tipo, e una volta appreso nel suo uso quotidiano, per il secondo. In definitiva perciò si può intendere che alla base del movimento sussista un unico complesso funzionale, differenziato nelle modalità applicative. Ed è chiaro che mentre per il movimento volontario la corteccia è coinvolta ampiamente per controllarlo, con quello automatico sono impegnati in prevalenza centri subcorticali, cfr. bib. 63, 64 e 65. Prima di andare avanti nell'approfondimento, bisogna ricordare che i contributi della Neurologia sull'argomento sono ancora da verificare e da univocare in un'unica visione, anche per l'impossibilità di estendere certi esperimenti all'uomo; perciò quanto segue è da intendere come una teoria in attesa di convalida da ulteriori sperimentazioni e ricerche.

Poco meno di un minuto secondo prima di un movimento non riflesso, si può evidenziare un lungo periodo di attivazione di tutta la Corteccia bilaterale (Potenziale di preparazione); contemporaneamente sono attive anche zone sottocorticali (Nuclei della base e Cervelletto). Immediatamente prima del movimento si può registrare un alto potenziale elettrico più specifico sulla Zona Motoria che controlla i gruppi muscolari interessati al movimento. Durante il movimento sono attive le Zone corticali somestesiche e il Cervelletto. Studiando le connessioni nervose, i tempi di attivazione delle varie zone e gli effetti delle lesioni a carico di specifici siti cerebrali, si considera che l'intenzione COSCIENTE del gesto si possa formare per effetto del lavoro globale del cervello e, in particolare, della sua parte anteriore.

Non avendo corrispondenze dirette con la periferia corporea, il lobo frontale, infatti, risulta costituito da un complesso di relazioni e integrazioni delle zone sensoriali e motoria; appare quindi la sede elettiva per lo sviluppo del pensiero, tramite l'intervento fondamentale del linguaggio e di ogni altro elemento capace di organizzare le percezioni (immagini, schemi, modelli, strutture), senza poi dimenticare il collegamento col sistema libico già ampiamente citato.

Com'è possibile interpretare, a questo punto, il lavoro cerebrale? Nel corso della vita quotidiana una precisione differenziale (per il soggetto) del gesto è richiesta solo in certi momenti; tutto il resto, diciamo il 90% dell'azione, si svolge nell'ambito di una precisione consuetudinaria. Questa grande parte del movimento si realizza automaticamente, cioè mediante un ADATTAMENTO subcosciente di schemi di azione già a suo tempo appresi e memorizzati. In questo caso, dunque, la corteccia, dopo aver determinato l'intenzione dell'azione, fa intervenire i centri sottocorticali (Nuclei della base e Cervelletto) che ripescano un programma di movimento già memorizzato, adeguato alla consegna, e lo coordinano al variare della postura e al sopravvenire del movimento medesimo, fino al supposto conseguimento dell'obiettivo prefissato. Attraverso il Talamo questo programma ritorna alla corteccia frontale dove un centro della zona secondaria motoria ne comanda l'entrata in funzione (temporalizzando i singoli sottoprogrammi) alla zona motoria. E questa scarica gli impulsi per la contrazione degli specifici gruppi muscolari. Mano a mano che il movimento automatico si esplica, i centri sottocorticali continuano a controllarlo adeguandolo alle eventuali variazioni sopravvenute (ciclo chiuso di controllo cerebellare). Se, però, nel corso dell'azione la volontà vuole intervenire, può farlo direttamente tramite il sistema piramidale che si sovrappone allo schema automatizzato (ADATTAMENTO VOLONTARIO).

Nel movimento chiamato volontario (il 10% rimanente della gestualità quotidiana nell'adulto, ma probabilmente molto di più nel bambino e nel fanciullo), dopo che si è determinata l'intenzione cosciente sulla base dei parametri percettivi disponibili nella sintesi afferente, la corteccia elabora un modello d'azione (schema

d'azione anticipato) che viene avviato al centro temporalizzatore e poi all'area motoria che controlla primariamente i gruppi muscolari interessati. Tale modello corticale, del tutto in anticipo rispetto al movimento vero e proprio, si attualizza probabilmente nella zona motoria secondaria e anche per effetto dell'intervento combinato di alcune zone somestesiche secondarie che, tra le cellule sensoriali, presentano un numero rilevante di cellule motorie piramidali, cfr. bib. 66.

Prima dell'esecuzione però questo schema d'azione anticipato viene comparato, nel Cervelletto, ad un modello previsionale degli eventi corporei e spazio-temporali che permette, nel ritorno alla corteccia, la previsione delle ipotetiche, ancora, conseguenze del gesto, sulla base dell'ampia casistica esperienziale che il soggetto ha sviluppato nella sua vita, e tale modello permette l'eventuale corretta riprogrammazione dello schema d'azione anticipato prima del suo effettivo realizzarsi.

2) Controllo centrale e periferico. Lateralità e dominanza.

Per tre volte è stato nominato il Cervelletto a proposito del controllo motorio e tre sono appunto le parti funzionali che costituiscono questo organo. La prima (archicerebellum) controlla da un lato il tono posturale mediante i nuclei vestibolari, informando dall'altro lato la sostanza reticolare delle variazioni di posizione del corpo (cfr. bib. 58); la seconda (paleocerebellum) corregge e regola con un commento continuativo ogni movimento nel momento in cui si va realizzando sulla base di una ricca refferenza. Infatti mentre riceve informazioni sul gesto che si intende compiere direttamente dalla via motoria piramidale, riceve anche informazioni sull'andamento reale del gesto dalla periferia (sensibilità propriocettiva inconscia), così poi può emettere informazioni per la corteccia che a sua volta può modificare i precedenti comandi. Questo meccanismo descrive un feedback (retroazione) per il **controllo periferico a ciclo chiuso del gesto**: si ha infatti una retroazione quando alcune variabili della risposta motoria o dell'azione in corso di svolgimento sono comparate con lo schema d'azione elaborato all'inizio dell'attività e, se viene rilevata una differenza, si ha la possibilità di correggere la risposta in corso o al suo completamento. In questo caso l'errore nell'esecuzione è l'obiettivo, dunque, del controllo periferico a ciclo chiuso.

Ma la terza porzione del Cervelletto (neocerebellum) ha un'altra funzione, e precisamente quella di costruire un modello previsionale proiettando avanti nel tempo lo schema anticipato dalla corteccia del movimento volontario o automatico e soprattutto desumendone le implicazioni nel senso dell'adeguatezza o meno al raggiungimento dell'obiettivo. In questo caso si tratta di un **controllo centrale a ciclo aperto**, tramite un meccanismo di feedforward (avanziazione), dove il controllo avviene prima dell'effettuazione del movimento e ciò che si corregge, perciò, non è l'errore nell'esecuzione che ancora deve avvenire, ma il programma d'azione. Per correggere il programma, tuttavia, senza usufruire di indicazioni attuali, poiché il movimento non è ancora incominciato, è senz'altro necessario fare riferimento agli esiti delle azioni utilizzate in simili frangenti, memorizzate a questo scopo. In altre parole questo dispositivo permette di PREREGOLARE l'azione sulla base dell'esperienza maturata in precedenza, cfr. bib. 67, 68 e 69. Per tutto ciò Eccles può a ragione dire: "La mia tesi è che nel corso della vita, e particolarmente nei primi anni, noi siamo impegnati in un programma di istruzione permanente per il Cervelletto. In conseguenza di ciò ... può eseguire tutti questi eccezionali compiti che noi stabiliamo che esegua nell'ambito dell'intero repertorio dei nostri movimenti di abilità, nelle gare, nelle attività tecniche, nell'attività musicale, nel linguaggio, nella danza, nel canto e così via", cfr. bib.70.

Quando il Neocerebellum non funziona regolarmente si hanno problemi di coordinazione dei movimenti (dismetria): i gesti diventano esageratamente ampi o si fermano prima del compimento per poi riprendere oltrepassando la meta. Se è ammalato il Cervelletto più antico, invece si hanno problemi di assestamento della postura (atassia) e dell'equilibrio. Anche i Nuclei della base hanno una funzione di controllo che si ipotizza sinergica a quella del neocerebellum, seppure non si sia ancora in grado di descriverla compiutamente. Certo si può osservare comunque che quando sono ammalati (morbo di Parkinson e corea di Huntington) causano vistosi tremori, movimenti incontrollati o rigidità.

La particolare efficienza che può raggiungere la competenza motoria umana è spiegabile solo con la presenza integrata dei tre sistemi di controllo che abbiamo appena considerato e che si strutturano nel corso

dello sviluppo individuale contemporaneamente alla definizione progressiva della lateralità. Con **lateralità**, infatti, si intende la differenziazione nell'uso di organi bilaterali per effetto di una specializzazione del cervello (**dominanza**) nell'esecuzione di taluni compiti. Poiché la maggior differenziazione tra i due emisferi cerebrali è determinata dalla funzione linguistica, ad essa si fa normalmente risalire la specializzazione dei due emisferi per cui il dominante (sinistro) svolge compiti di analisi, comprensione e produzione di informazioni verbali e di elaborazione dell'informazione in modo successivo (digitale), mentre il destro svolge compiti di analisi, comprensione e produzione di informazioni spazio-temporali e di elaborazione dell'informazione in modo sintetico (analogico). In tal senso molti compiti motori dipendono dall'emisfero sinistro per la spiegazione e concettualizzazione del compito medesimo, ma poi dipendono dal destro per l'espressività corporea e l'organizzazione spazio-temporale (ritmo, direzione, dimensionamento e orientamento) dei gesti.

Per effetto, quindi, di tale dominanza cerebrale si determina anche una differenziazione per l'uso preferenziale tra gli arti superiori e inferiori nello svolgimento di compiti specifici. Classicamente il soggetto con emisfero dominante sinistro è destro nella mano e nel piede deputati al movimento fine, preciso e di forza (di attacco e di slancio), mentre è destro negli arti di aiuto e supporto all'estrinsecazione del gesto fine (di posizionamento e sostegno). Tutto ciò aveva fatto pensare ad un'inversione di dominanza nei soggetti mancini, ma recenti studi hanno sostanzialmente invalidato questa ipotesi, mentre altri hanno mostrato la presenza di altre forme di lateralità dei segmenti del corpo (come la lateralità assile o spontanea, in contrapposizione alla lateralità distale o d'uso della mano e del piede) inferendo processi di organizzazione più complessi a cui si rimanda (per un'analisi sintetica ma precisa, consultare G. B. Camerini e C. De Panfilis, "Psicomotricità dello sviluppo" Carrocci Faber 2003, pag. 104).

Ma nei gesti complessi e di abilità sussistono altre forme di uso preferenziale, non originate dalla struttura del cervello, ma dalla funzionalità degli organi di percezione che si evidenziano sia a livello dell'orecchio che dell'occhio con una preferenza per la discriminazione focale rispetto alla percezione dell'insieme ambientale e di sfondo. Nei compiti di lettura e scrittura, poi, proprio la "dominanza funzionale oculare per la percezione focale" che generalmente è assunta dall'occhio più acuto nella visione normale, può non corrispondere alla "dominanza nel puntamento binoculare", che a sua volta non dipende dall'acuità visiva dell'occhio, ma dal processo di controllo riflesso comandato dal Mesencefalo e che ordinariamente fa da sottofondo al processo principale di ricombinazione delle immagini cerebrali delle due metà del campo visivo, raccolte rispettivamente dalle due aree primarie sinistra e destra, per offrire un'unica immagine conscia tridimensionale. Se queste due lateralità non si sovrappongono possono sussistere le premesse perché nascano Problemi di Apprendimento.

Biblio ed emerografia di riferimento al terzo capitolo:

- 1) E. R. Hilgard e G. H. Bower, LE TEORIE DELL'APPRENDIMENTO, Angeli Milano '70.
- 2) P. R. Hofstätter, PSICOLOGIA, Feltrinelli Milano '71.
- 3) M. Cannao e G. Moretti, IL GRAVE HANDICAPP. MENTALE, Armando Roma 1982, pag. 33 e L. Cottini, PSICOMOTRICITÀ, Carocci Roma 2003 da pag. 18 a pag. 27.
- 4) AA. VV., PIANI E STRUTTURA DEL COMPORTAMENTO, Angeli Milano '79, pag. 36.
- 5) K. H. Pribram, I LINGUAGGI DEL CERVELLO, Angeli Milano 1976, pag. 23.
- 6) A.A.VV., NEUROPSICOLOGIA E CIBERNETICA, Ubalдини, Roma '73.
- 7) N. Bernstein, THE COORDINATION AND REGULATION OF MOVEMENT, cit. da J.S. Bruner, PRIME FASI DELLO SVILUPPO COGNITIVO, Armando Roma 1979.
- 8) Articoli sulla percezione visiva e olfattiva da AA.VV., IL CERVELLO, Letture da Le Scienze, Ed. Le Scienze Milano 1978, cap. III da pag. 79 a pag. 109.
- 9) AA. VV., I SISTEMI NERVOSO ED ENDOCRINO, Fabbri Milano '79.
- 10) A. Oliverio, BIOLOGIA E COMPORTAMENTO, Zanichelli Bologna '82.
- 11) T. J. Teyler, INTRODUZIONE ALLA PSICOBIOLOGIA, Zanichelli Bologna '77.
- 12) AA.VV., LE BASI BIOLOGICHE DEL COMPORTAMENTO, Mondadori Milano '78.

- 13) E. Miller, LA LOCALIZZAZIONE DELLE FUNZIONI CEREBRALI, Il Mulino Bologna '73.
- 14) A.R. Lurija, LE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI NELL'UOMO, Universitaria Firenze '67.
- 15) A.R. Lurija, L'ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE CEREBRALE, in Il Cervello, Letture da Le Scienze, a cura di A. Majorana, Ed. Le Scienze, Milano 1978, da pag. 26 a pag. 33.
- 16) C. V. Brewer, L'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO, Boringhieri, Torino '77.
- 17) C. Landreth, COMPORTAMENTO E APPRENDIMENTO NELL'INFANZIA, La Nuova Italia, Firenze 1970.
- 18) AA.VV., LO SVILUPPO DEL BAMBINO E LA PERSONALITÀ, Zanichelli, Bologna '76.
- 19) S. Freud, TRE SAGGI SULLA TEORIA SESSUALE, Rizzoli, Milano '81.
- 20) S. Freud, IL DISAGIO DELLA CIVILTÀ E ALTRI SAGGI, Boringhieri, Torino '75.
- 21) S. Freud, INTRODUZIONE ALLO STUDIO DELLA PSICOANALISI, Astrolabio, Roma '65.
- 22) C. Brenner, BREVE CORSO DI PSICOANALISI, Martinelli, Firenze, '67.
- 23) R.A. Spitz, IL PRIMO ANNO DI VITA DEL BAMBINO, Giunti, Firenze '80.
- 24) F. Fornari, LA VITA AFFETTIVA ORIGINARIA DEL BAMBINO, Feltrinelli, Firenze '67.
- 25) A. Freud, L'IO E I MECCANISMI DI DIFESA, Martinelli, Firenze '67.
- 26) I. M. Josselin, L'ADOLESCENTE E IL SUO MONDO, Giunti, Firenze '73.
- 27) H. Deutsch, PROBLEMI DELL'ADOLESCENZA, La Nuova Italia, Firenze '74.
- 28) P. Blos, L'ADOLESCENZA, Angeli Milano 1980.
- 29) J. Piaget e B. Inhelder, DALLA LOGICA DEL FANCIULLO ALLA LOGICA DELL'ADOLESCENTE, Giunti Firenze '93.
- 30) AA. VV., PROBLEMI PSICOSOCIALI DELL'ADOLESCENZA, Boringhieri Torino 1973.
- 31) E. H. Erikson, GIOVENTÙ E CRISI D'IDENTITÀ, Armando Roma 1977.
- 32) AA. VV., PEDAGOGIA E PSICOANALISI, Guarraldi Firenze 1973.
- 33) E. H. Erikson, INFANZIA E SOCIETÀ, Armando Roma 1976
- 34) D. H. Winnicott, SVILUPPO AFFETTIVO E AMBIENTE, Armando Roma 1976
- 35) D. H. Winnicott, GIOCO E REALTÀ, Armando Roma 1977.
- 36) AA. VV., IL BAMBINO NELLA PSICOANALISI, Zanichelli Bologna 1976
- 37) S. Nicasi, LA PSICOANALISI E IL MONDO DELL'INFANZIA, Loescher Torino 1978
- 38) L. S. Luzzatto e R. Ferri, FENOMENOLOGIA E CORPOREITÀ, Kappa Roma 1977
- 39) M. G. Carlini e P. Farneti, IL CORPO IN PSICOLOGIA, Patron Padova 1979.
- 40) M. G. Carlini e P. Farneti, IL RUOLO DEL CORPO NELLO SVILUPPO PSICHICO, Loescher Torino '81.
- 41) A. N. Leontev, ATTIVITÀ, COSCIENZA, PERSONALITÀ, Giunti Firenze 1977.
- 42) AA. VV. L'INCONSCIO NELLA PSICOLOGIA SOVIETICA, Ed. Riuniti Roma 1972
- 43) D. Kimura, L'ASIMMETRIA DEL CERVELLO UMANO, in AA.VV., Il Cervello. Letture da Le Scienze, Ed. Le Scienze, Milano 1978, da pag. 145 a pag. 153.
- 44) K.R. Popper e J.C. Eccles, L'IO E IL SUO CERVELLO, Armando, Roma '82.
- 45) E. Mayr, BIOLOGIA ED EVOLUZIONE, Boringhieri, Torino '82.
- 46) J. Rufflé, DALLA BIOLOGIA ALLA CULTURA, Armando, Roma '78.
- 47) L.S. Vygotskij, PENSIERO E LINGUAGGIO, Giunti.
- 48) L. Mecacci, CERVELLO E STORIA, Ed. Riuniti, Roma '77.
- 49) N. Geschwind, IL LINGUAGGIO E IL CERVELLO, da AA.VV., Il cervello, Letture da Le Scienze, Ed. Le Scienze, Milano 1978, da pag. 209 a pag. 215.
- 50) E. Miller, Op. Cit.
- 51) P. Schilder, IMMAGINE DI SÉ E SCHEMA CORPOREO, Angeli, Milano 1973.
- 52) G. Broyer, LO SCHEMA CORPOREO, in AA.VV., Corpo e movimento, Borla Roma 1989, da pag. 29 a pag. 48.
- 53) E.T. Hall, LA DIMENSIONE NASCOSTA, Bompiani, Milano '68.

- 54) D. Efron, GESTO, RAZZA, CULTURA, Bompiani, Milano '74.
- 55) J. e S. Sauvy, IL BAMBINO ALLA SCOPERTA DELLO SPAZIO, Feltrinelli, Milano '74.
- 56) K.H. Pribram, LA NEUROFISIOLOGIA DELLA MEMORIA, da Il Cervello, Letture da Le Scienze, Ed. Le Scienze, Milano 1978, da pag. 157 a pag. 168.
- 57) H. Wallon, L'ORIGINE DEL CARATTERE NEL BAMBINO, Ed. Riuniti, Roma, 1974.
- 58) J. Le Boulch, VERSO UNA SCIENZA DEL MOVIMENTO UMANO, Armando, Roma '75.
- 59) J.. F. Fulton, FISIOLOGIA DEL SISTEMA NERVOSO, Boringhieri, Torino '62.
- 60) W.F. Ganong, FISIOLOGIA MEDICA, Piccin, Padova '70.
- 61) L.E. Morehouse, A.T. Miller, FISIOLOGIA DELLO SPORT E DEL LAVORO, Cedam PD '60
- 62) K. Pearson, IL CONTROLLO DELLA LOCOMOZIONE ANIMALE, da Le Scienze, n. 103 dell'anno 1977, da pag. 38 a pag. 48.
- 63) C. Eyzaguirre, FISIOLOGIA DEL SISTEMA NERVOSO, Il pensiero Scientifico, Roma '70.
- 64) E.V. Evarts, I MECCANISMI CEREBRALI DURANTE IL MOVIMENTO, di AA.VV. Il Cervello, Letture da Le Scienze, Ed. Le Scienze, Milano 1978, da pag. 113 a pag. 120.
- 65) A.C. Guyton, ELEMENTI DI FISIOLOGIA UMANA, Piccin, Padova 1980.
- 66) K.R. Popper e J.C. Eccles, Op. Cit., pag. 349 e seguenti.
- 67) R. Nicoletti, IL CONTROLLO MOTORIO, Il Mulino Bo 1992, in particolare i capitoli VI e VII.
- 68) J.C. Eccles, LA CONOSCENZA DEL CERVELLO, Piccin, Padova '77.
- 69) R. R. Llinas, LA CORTECCIA DEL CERVELLETTA, da Il Cervello, Letture da Le Scienze, Ed. Le Scienze, Milano 1978, da pag. 120 a pag. 131.
- 70) K.R. Popper e J. C. Eccles, Op. Cit., pag. 352.

Capitolo settimo. **Valutazione di SVILUPPO E APPRENDIMENTO MOTORI per integrazione scolastica e inclusione sociale**

§1) **Misurare lo sviluppo con l'esame psicomotorio di Vayer**

Per affrontare organicamente l'argomento, bisogna fin da principio differenziare concettualmente quella valutazione che rappresenta 1) la verifica del processo di integrazione realizzato dal gruppo insegnante con i genitori e l'equipe medica, da quelle che costituiscono sia 2) l'accertamento del progresso nell'apprendimento che 3) l'accertamento del livello di sviluppo dell'alunno. Tutte e tre sono forme di valutazione e pertanto sono costituite da due versanti operativi: il primo (nella scuola chiamato **Verifica**) si realizza nel misurare, osservare o apprezzare una per una tutte le dimensioni (se ce ne sono più d'una, come accade di solito) del fenomeno indagato; il secondo (**Valutazione** in senso proprio) traendo dai dati così raccolti la definizione di un giudizio in funzione di una scala di valori. Da ciò discende che per fare un atto valutativo corretto bisogna aver preventivamente individuato: a) gli elementi componenti del fenomeno che si vuole valutare cioè i criteri che definiscono ciò che si misura della prestazione (per abilità motorie e per conoscenze sia argomentative che procedurali) o del comportamento (per atteggiamenti e attitudini); b) gli strumenti adeguati a misurare, rilevare, descrivere tali criteri; c) la scala dei valori di riferimento con indicazione degli indici (che definiscono la variazione dei diversi livelli di prestazione e di comportamento) per ciascuno dei criteri definiti in precedenza.

Mentre per la verifica e valutazione del processo d'integrazione del disabile si rimanda al testo di Cottini e Rosati, a cura di, *Per una didattica speciale di qualità: dalla conoscenza del deficit all'intervento inclusivo*, Perugia, Morlacchi 2008, per l'accertamento del livello di sviluppo motorio dell'allievo portatore di handicap si deve considerare che si tratta di un'operazione che si colloca all'interno della definizione del Profilo dinamico funzionale. Come recitano le norme, più soggetti ed anche appartenenti ad Enti diversi devono collaborare alla sua individuazione che, d'altro canto, è necessaria sia poter poi procedere alla progettazione di un Piano educativo individualizzato che alla sua verifica in itinere e finale. Si tratta, perciò, di un'operazione complessa e

fortemente impegnativa, che deve vedere l'espressione di notevoli capacità professionali da parte dei docenti (si confronti l'analoga ampiezza del versante "terapeutico" in bib. 1 e 2).

Ciò detto, rimane da considerare se sussistano strumenti di verifica che possano aiutare il docente in queste operazioni. Nella letteratura specifica si trovano facili riferimenti a due strumenti fondamentali: uno è l'esame psicomotorio del Vayer (approfondito nel corso delle lezioni visionandone l'applicazione ad alcuni allievi di scuola media portatori di handicap psicofisico di differente gravità, con individuazione selettiva dei segni più importanti per apprezzare il superamento delle singole prove); l'altro è costituito dalle scale di sviluppo o griglie di osservazione o cartelle pedagogiche. Di quest'ultimo strumento sussistono in letteratura tanti tipi differenti: ci si riferisce soprattutto alla scala di M. Pellerey, C. Baronchelli e M. G. De Francisci (in Strumenti pedagogici), alla griglia di E. Cocever (in bib. n. 3), la griglia operativa di G. Benincasa e L. Benedetti (in bib. n. 4) e la Behavior Assessment Battery di C. Kierman e M. Jones (in bib. n. 5).

Ci si chiederà subito, perché iniziare dagli strumenti quando abbiamo appena detto che prima di tutto per una corretta valutazione si devono definire i criteri da rilevare. La risposta è semplice: la valutazione dello sviluppo motorio deve essere confrontabile tra casi diversi e quindi deve fare riferimento ad un quadro valutatorio conosciuto e condiviso, per capire in senso comparativo almeno quali sono i livelli di partenza e di arrivo del processo di apprendimento. E per poter avere tutto ciò, l'unica maniera è proprio quella di partire dagli strumenti, poiché in questo settore della didattica differenziale ogni strumento misura i propri criteri o, in altre parole, non c'è uniformità dei criteri da valutare passando da uno strumento all'altro.

In particolare abbiamo così due blocchi, quello che si riferisce all'esame psicomotorio, descritto nella tabella allegata all'articolo in bib. 6, dove si possono notare delle ricorrenze abbastanza esplicite tra Autori che, seppur nella varietà delle soluzioni, fanno riferimento alla medesima logica "organicistica" sanzionatoria del segno patognomonico (cfr. la logica dei vari "modelli" in bib. n. 7 e le nuove proposte di indagine sull'organizzazione dello schema corporeo in bib. n. 8), e quello delle schede e griglie di osservazione che fanno riferimento ad una logica "fenomenologica" costruttivo/operativa della misurazione (da cui discende la possibilità di utilizzare le scale e le griglie anche come tassonomia o itinerario degli obiettivi dell'insegnamento, opportunità molto più lontana nel primo caso). Si tratta della medesima distinzione concettuale che in letteratura si trova tra valutazione sommativa e valutazione formativa (cfr. bib. n. 9, 10, 11 e 12) ed alla quale letteratura si rimanda per i necessari approfondimenti.

Senza escludere l'uso di entrambi, che anzi se proficuamente combinato può dare migliori risultati dell'utilizzo di uno solo, tuttavia dei due strumenti, si propone primariamente il materiale per l'esame psicomotorio di Vayer, per le caratteristiche di maggior attendibilità e validità della misurazione, giacché nelle scale l'osservazione è sempre un processo difficilmente univocabile, per cui facilmente perde validità. In particolare, poi, questa prima proposta è circostanziata dalle seguenti considerazioni, desunte dall'esperienza di diverse applicazioni trasversali (su differenti soggetti di pari età cronologica e/o motoria) e longitudinali (sul medesimo soggetto in tempi diversi):

1) l'ipotesi illuministica dell'Ozeretsky di ottenere una scala metrica dello sviluppo motorio, condivisa anche nella revisione del francese E. Guilmain, una scala cioè che permetta di determinare l'età motoria dei soggetti in età evolutiva è ancora da dimostrare e, comunque, attende di essere verificata sulla popolazione italiana (se ne era parlato con R. Vianello, ma poi non se ne è più fatto nulla). Al proposito si tengano presenti le considerazioni di M. L. Falorni in bib. n. 13.

2) La successione strutturata dei compiti motori (test da 6 a 11 anni) in ciascuna delle dimensioni della motricità prese in esame (6 prove) si presta, invece, a definire con grande puntualità le principali carenze psicomotorie nel soggetto portatore di handicap, e quindi bene ha fatto Vayer a scegliere gli aspetti fondamentali e a combinarli con altre forme di compito motorio, per arrivare all'ultima revisione (si veda la bibliografia riportata nella tabella in bib. n. 6, lievemente modificata nel materiale didattico elaborato dallo scrivente e presentato nel filmato).

3) La somministrazione completa di tutti i test di ciascuna delle 6 prove (beninteso, finché l'allievo supera i compiti) può permettere la definizione del profilo psicomotorio (e quindi una descrizione più accurata dei

problemi psicomotori), mentre la somministrazione "rapida", cioè soltanto del primo test di ciascuna delle 6 prove (quello dei sei anni) può permettere un controllo motorio in itinere o uno screening di massa.

4) L'organizzazione complessiva delle 6 prove, a modo di vedere dello scrivente e sulla base dei dati desunti dalla comparazione tra esame psicomotorio e diagnosi medica in un numero, però, ancora non ampio di casi (e che meriterebbe forse una ricerca specifica), struttura la misurazione della motricità individuale su 3 dimensioni: a) quella della funzionalità neuromotoria di base, con le due prove sull'equilibrio; b) quella della motricità cognitiva, con le due prove sull'organizzazione spaziale e sulla simbolizzazione dell'ordine temporale; c) quella della motricità relazionale, con le due prove sulle paratonie e sulla manualità fine.

5) Accanto all'esame psicomotorio, poi, è possibile anche prevedere tutte le altre prove che definiscono settori specifici, come quelle indicate da Vayer medesimo sulla dominanza e la respirazione, oppure quelle che si possono desumere dalla letteratura psicologica, neurologica e neuropsicologica (come le prove di associazione percettivo/motoria: test di Bender e test di Santucci; prove di imitazione di gesti di Bergès e Lezine; prova delle gnosie digitali; prove delle sincinesie; disegno della figura umana; TGM ecc. (cfr. bib. n. 14, 15, 16 e 17).

Biblio ed emerografia:

- 1) D. Pizzoni, LA SFIDA DELLA DIVERSITÀ, in "Scuola e didattica", n. 17 del 15/5/1993, Brescia.
- 2) E. Trucco Borgogno, DALL'OSSERVAZIONE AL PROGETTO TERAPEUTICO, Omega MI '92.
- 3) A cura di A. Canevaro, HANDICAP E SCUOLA, La Nuova Italia .
- 4) G. Benincasa e L. Benedetti, PROGRAMMAZIONE E INTEGRAZIONE SCOLASTICA DEGLI HANDICAPPATI, La scuola, Brescia 1981.
- 5) C. Kierman e L. Jones, QUALI OBIETTIVI PER L'HANDICAPPATO, C. S. "EricKson" Trento '84
- 6) M. P. Dellabiancia, OSSERVARE E MISURARE LO SVILUPPO PSICOMOTORIO, in "Scuola e didattica", n. 4 del 15/10/95, pag. 89
- 7) G. B. Camerini, OSSERVAZIONE E SEMEOTICA PSICOMOTORIA, in A cura di E. Caffo e G. B. Camerini, Clinica della psicomotricità e del rilassamento, Guerini Milano 1991.
- 8) R. C. Russo, INDAGINE SULL'ORGANIZZAZIONE DELLO SCHEMA CORPOREO, in A cura di E. Caffo e G. B. Camerini, Op. Cit.
- 9) B. Vertecchi, VALUTAZIONE FORMATIVA, Loescher Torino 1976.
- 10) A. Visalberghi, PEDAGOGIA E SCIENZE DELL'EDUCAZIONE, Mondadori Milano 1978.
- 11) L. Calonghi, VALUTARE, Rispes Salerno 1983.
- 12) M. Gattullo e M. L. Giovannini, MISURARE E VALUTARE L'APPRENDIMENTO NELLA SCUOLA MEDIA, Mondadori Milano 1989.
- 13) M. L. Falorni, LO STUDIO PSICOLOGICO DELL'INTELLIGENZA E DELLA MOTRICITÀ, Editrice Universitaria Firenze 1963, II vol. da pag. 414 a pag. 440.
- 14) A cura di R. Zazzo, MANUALE DELL'ESAME PSICOLOGICO DEL BAMBINO, 3 volumi, Editori Riuniti Roma '75.
- 15) L. Pizzo Russo, INTRODUZIONE AL TEST DEL DISEGNO DELL'UOMO, Giunti e Barbera Firenze 1977; A. Oliverio Ferraris, IL SIGNIFICATO DEL DISEGNO INFANTILE, Boringhieri Torino 1978; K. Machover, IL DISEGNO DELLA FIGURA UMANA, OO. SS. Firenze 1980; J. Royer, LA PERSONALITÀ DEL BAMBINO ATTRAVERSO IL DISEGNO DELLA FIGURA UMANA, OOSS. Firenze 1979.
- 16) A. L. Benton, PROBLEMI DI NEUROPSICOLOGIA, Giunti e Barbera, Firenze 1966.
- 17) D. A. Ulrich, TEST DI VALUTAZIONE DELLE ABILITÀ GROSSO MOTORIE TGM, Erickson Trento 1992.

§ 3) Una scala dello sviluppo psicomotorio

L'alunno in situazione di handicap e l'alunno con problemi di apprendimento (specifici o generici) presentano tipicamente spesso delle carenze nell'ambito motorio e psicomotorio, anche quando non appartengono dichiaratamente alla categoria dei "disabili motori". Si tratta in genere di tutto un complesso di

carenze nella padronanza del corpo che si manifesta sia nell'assumere e mantenere una postura corretta e adeguata alla situazione, sia nell'ideare e attuare un'azione precisa ed efficace per conseguire uno scopo, sia nel comprendere e/o compiere un gesto espressivo e comunicativo per rapportarsi all'altro. Questa situazione, poi, caratterizza sempre più anche l'alunno considerato senza alcuna difficoltà e problema, ma carente nell'esperienza motoria, secondo quella "sindrome ipocinetica" che fu diagnosticata fin dal famoso convegno di fondazione della Società Italiana di Ginnastica Medica nel 1952 a Venezia.

Tale condizione, per di più, sovente nella Diagnosi funzionale non emerge, perché dipendente non da fattori "organici" o "strutturali" come nel "motuleso", ma più semplicemente da carenze di abilità motoria (fattori funzionali) o psicomotoria cognitiva (fattori cognitivi) e relazionale (fattori relazionali). In tal senso e conseguentemente diventa anche difficile che abbia evidenza nel Profilo Dinamico e, quando anche l'ottiene, comunque, assume una posizione trascurabile nel primo bilancio di abilità - disabilità della situazione affermata e scompare, infine, del tutto in quella previsionale dello sviluppo potenziale. L'effetto di tutto ciò è che il docente di sostegno o il consiglio di classe, quando si trovano in questo frangente, per lo più trascurano di realizzare un intervento facilmente attuabile nella scuola di induzione dell'apprendimento motorio (del tutto spontaneo per l'alunno, ma risultato di un intervento intenzionale accuratamente progettato dai docenti), con l'effetto di rinunciare ad un sensibile miglioramento delle azioni e dei gesti e per di più, sovente, anche di un contesto strutturato in modo interattivo e collaborativo dal gioco motorio, immaginativo/simbolico, di ruoli e regole, presportivo ecc. (che quindi ha anche altre valenze educative in assoluto importanti per l'alunno sia diversamente abile che con problemi di apprendimento di cui, pur essendone pienamente consapevoli, in questa occasione però non intendiamo interessarci).

E invece bisogna favorire la presa di coscienza dei docenti di sostegno e di classe e la loro dotazione professionale anche in questo settore, perché possano pienamente collaborare prima alla descrizione del Profilo Dinamico, anche lungo gli assi senso-percettivo e motorio-prassico e gli altri che sono loro connessi (poiché non sempre l'équipe medica è attrezzata in questo settore e perché quasi mai l'osservazione medica e psicoterapeutica si serve di contesti ludico-motori), e poi alla individuazione delle potenzialità (anch'esse spesso non affrontate delle équipe mediche). Tutto ciò andrebbe fatto per molti motivi, a cominciare, si potrebbe dire, da quello relativo al "diritto allo studio" dell'alunno in difficoltà, ma più semplicemente qui si vuol evidenziare l'importanza strategica del mezzo motorio e psicomotorio quale strumento fondamentale, potenzialmente interdisciplinare (a cominciare dalla dimensione dei linguaggi non verbali), che permette di incidere globalmente nella relazionalità dei soggetti come nella loro espressività, ovvero nella loro cognizione come nella loro comunicazione intenzionale.

Giacché nelle griglie e scale già in precedenza menzionate generalmente si individuano due settori della motricità funzionale: quello della manipolazione e dei movimenti fini da un lato e quello degli spostamenti e dei movimenti complessivi dall'altro, lasciando agli esordi delle altre sezioni (senso/percezione, logico/matematica, espressivo/comunicativo/linguistica ecc.) gli sviluppi delle ulteriori abilità motorie, per il lavoro scolastico di integrazione ed inclusione i docenti avvertono pesanti carenze e difficoltà. E per dire la verità sono in diversi gli Autori (come Vio e Cottini) che si stanno ponendo il problema di una strumentazione adeguata ad una più puntuale verifica delle caratteristiche della motricità e della psicomotricità, anche stimolati dalla presenza di un asse del Profilo Dinamico Funzionale a questo settore destinato. In tal senso lo scrivente propone (in appendice) una nuova scala di sviluppo all'interno di un progetto tassonomico complessivo, quale quello che emerge dal quadro seguente dove si procede attraverso quattro fasi:

- la prima è quella dell'ELABORAZIONE della PERCEZIONE;
- la seconda è quella dell'ORGANIZZAZIONE dei COMPLESSI PERCETTIVO-RAPPRESENTATIVI;
- la terza individua lo SVILUPPO delle OPERAZIONI LOGICHE, INFRALOGICHE e LINGUISTICHE;
- per ultima si coglie la dimensione della COSTRUZIONE dei SISTEMI SIMBOLICO-CULTURALI.

La **prima fase** definisce quell'operatività che permette di raccogliere selettivamente elementi appartenenti ai diversi regni sensoriali qui specificatamente analizzati e cioè agli schemi senso-motori (percezione cinestesica e propriocettiva), alle immagini visive e alle tracce uditive, non separatamente ma a regni integrati, per elaborare percetti dotati di significato, contesto e finalità. Si tratta di un passaggio molto significativo da una situazione subita (SENSIBILITÀ) ad una attivamente e intenzionalmente perseguita (PERCEZIONE) che viene generalmente rappresentata, nella dimensione d'indagine della Neuropsicologia (A. R. Lurija), con il passaggio dalle aree sensoriali corticali primarie di proiezione alle aree secondarie di associazione, mentre per il linguaggio verbale può risultare assimilabile alla funzione di denominazione e alle prime e fondamentali concettualizzazioni ad essa connesse. Le operazioni più significative consistono, dunque, anche se a livelli esecutivi molto elementari nell'individuazione, riconoscimento e appaiamento, nell'analisi e nella sintesi, nella ricostruzione e schematizzazione, fino alla diversificazione e **pertanto appaiono adeguate a verificare le competenze in entrata alla scuola dell'infanzia.**

La **seconda fase** individua l'organizzazione progressiva dei percetti, prima elaborati in quadri separati e in forme non diacronicamente interconnesse, ora in complessi percettivi continui come lo schema corporeo o ricorrenti come lo script (P. Boscolo), ovviamente attinenti prevalentemente all'area di segni qui studiati. In questa seconda fase l'operatività mentale con memorizzazione e strutturazione di vissuti, con configurazione di insiemi di percetti, porta ad una rappresentazione dinamica e ad una simbolizzazione più o meno realistica di sé e del mondo, ad esempio per i segni iconici si può fare riferimento agli stadi evolutivi postschematici dello scarabocchio (V. Lowenfeld) e per i segni sonoro-musicali agli stadi relativi alla percezione e simbolizzazione dei ritmi (M. Stambak). L'operatività rappresentativa caratteristica di questo segmento è già intrinsecamente legata alla mediazione verbale e al contesto socio-culturale e **pertanto appaiono adeguate a verificare le competenze in uscita dalla scuola dell'infanzia ed in entrata nella scuola elementare.**

La **terza fase** coglie ormai un'operatività mentale così fortemente avviata sulla strada della simbolizzazione da essere capace di codificare non solo l'esperienza sensopercettiva, strutturandone i percetti, ma ormai persino immagini, schemi sensomotori e tracce sonore puramente mentali, cioè direttamente costruite dal soggetto senza bisogno dell'esperienza reale. Questi contenuti mentali sono sottoposti ad un complesso di operazioni (piagetiane) che possono attualizzarsi sia collocandoli nelle dimensioni continue infralogiche dello spazio-tempo e della causalità, sia, raffrontando le qualità dei percetti medesimi, nelle grandi categorie logico-matematiche piagetiane (classificazione, seriazione ecc.), sia, infine, attraverso lo sviluppo interconnesso del linguaggio verbale, costruendo i significati (L. S. Vygotskij) per la struttura profonda di

Quadro su: TASSONOMIA GENERALE DEGLI OBIETTIVI DEL CAMPO DEL CORPO E DEL MOVIMENTO E DELL'EDUCAZIONE MOTORIA di M. P. Dellabiancia (1998 IRRSAE VE)

1 Abilità sensomotorie	2 Abilità percettive e ideomotorie	3 Operazioni logiche, infralogiche e linguistiche	4 Prassie dei sistemi simbolici
1 Catena ortostatica ed equilibrio statico	1 Organizzazione dello schema corporeo, gnoso-prassie semplici e conoscenza del corpo	1 Operazioni infralogiche: - orientamento e organizzazione spazio-temporale	1 Prassie di sistemi simbolici:
2 Deambulazione, salto, corsa ed equilibrio dinamico	2 Organizzazione, percezione e riconoscimento visivo	- comprensione e organizzazione causa-effetto	- motorio-sportive - costruttivo-manipolative
3 Traslocazioni, trasporto e altre prassie	3 Organizzazione, percezione, riconoscimento uditivo e facili gnoso-prassie uditive	2 Operazioni Logiche: discriminare, accoppiare, classificare, ordinare e seriare, quantificare, geometrizzare	- iconico-visuali - sonoro-musicali - d'espressione, animazione e drammatico-teatrali
4 Prese e prima manualità	4 Percezione tattile e semplici gnoso-prassie tattili negli spazi manipolativo e gestuale	3 Operazioni espressivo-comunicative coi linguaggi non verbali: - comprensione di messaggi gestuali e non verbali (mediati), - produzione di messaggi gestuali e non verbali (anche mediati da ombre, burattini ecc.)	2 Prassie della vita quotidiana: - autonomia personale - relazione e socializzazione di vita domestica - di vita scolastica - di vita lavorativa
5 Dominanza manuale e manualità complessa	5 Integrazione visivo-motoria e gnoso-prassie gestuali		
	6 Integrazione visivo-manipolativa, gnoso-prassie costruttive e grafismo		
	7 Coordinazione. Oculomanuale e oculopodolica complesse		
6 Manipolazione e prime gnoso-prassie costruttive	8 Integrazione. Sonoro-motoria		
	9 Gnosoprassie complesse nello spazio deambulatorio		

pensiero su cui si viene definendo, mediante le incipienti competenze lessicale e morfosintattica, testuale e pragmatica, la struttura superficiale dell'enunciato (secondo il modello generativo-trasformatore chomskyano) e **pertanto appaiono adeguate a verificare le competenze in uscita dalla scuola elementare ed in entrata alla scuola media.**

La **quarta fase** è quella che, mettendo un po' in disparte lo specifico logico-matematico e quello logico-linguistico, che pur tuttavia permangono sullo sfondo dell'operatività, giacché non è possibile prescindere da essi nella globalità del lavoro scolastico, si dedica però più decisamente ai sistemi simbolico-culturali dei gesti, delle immagini e dei suoni come raggruppamenti significativi di contenuti, tecniche, abilità, atteggiamenti fruitivi e operativi da utilizzare nella didattica: sono i sistemi-esperto di padronanza del gesto sportivo, del ballo, della danza e del mimo, oppure delle molte arti visive, dei mass media e della produzione artigianale, oppure della musica e del canto. Una miniera inesauribile di valori e significati, di azioni e strategie, di materiali e tecnologie, da cui desumere gran parte degli strumenti dell'intervento orientativo per l'alunno di scuola media. Nell'appendice saranno riportate per esteso le singole scale riferite alle prime tre fasi, quelle più necessarie all'integrazione, lasciando gli ulteriori sviluppi alle applicazioni disciplinari (B. Mantovani, M. Gori, R. Tosi ecc.) per l'alunno di scuola media.

§ 4) **La valutazione dell'apprendimento psicomotorio.**

Mentre le prove di valutazione dello sviluppo psicomotorio devono dare dati comparabili in senso sincronico o trasversale e in senso diacronico o longitudinale, per cui è necessario prima accostarsi a prove conosciute e praticate e solo in un secondo tempo, per le ragioni che abbiamo già esposto nel primo paragrafo di questo capitolo, definirne i criteri di valutazione ed eventualmente completare l'accertamento con prove accessorie, nella valutazione dell'apprendimento è possibile tornare alla procedura logica fondamentale. La prima operazione è di **individuare i criteri della verifica**: individuare cioè quella caratteristica motoria o quell'abilità che si vuole misurare, oggetto dell'esercitazione e dell'insegnamento. In realtà, dunque, tale definizione emerge, prima ancora che in sede valutatoria, nella fase di progettazione del percorso didattico, anzi una valutazione della capacità di apprendimento psicomotorio dovrà entrare pure nel Profilo dinamico funzionale, quale premessa alla definizione del piano di lavoro.

A questo proposito è necessario però tener presente che secondo i più recenti sviluppi della didattica due sono le strade percorribili nella programmazione: la prima, principalmente espressione di tutto quel movimento sul Curricolo che fa capo alla **Teoria dell'Istruzione e alla sua Psicologia Paleocognitivista**, in un primo momento scompone la materia da insegnare facendo derivare dalle abilità finali, ipotizzate come risultato dell'apprendimento, mediante l'esame del compito, tutta una serie di obiettivi operazionalizzati; poi procede alla sua ricomposizione utilizzando le tassonomie e secondo quelle ripartizioni significative che vanno a costituire le unità didattiche, ottenendo così una organizzazione logico/epistemologica della materia. Questa via si caratterizza per la definizione di momenti o tappe particolarmente significative (secondo una visione strutturalista: i nuclei fondanti e generativi della disciplina) che devono essere presenti nel percorso e costituire i riferimenti per le strategie individualizzate di recupero degli allievi che dimostrano difficoltà nell'apprendimento della via comune.

L'altra strada, principalmente espressione della **Didattica costruttivista e della Psicologia Neocognitivista**, non considera così deterministicamente consequenziale l'apprendimento all'azione progettuale di insegnamento strutturato, perché tra stimolo e risposta si interpone l'organizzazione mentale dell'allievo che è poi anche espressione e conseguenza della sua situazione esistenziale emotivo/affettiva e motivazionale/valoriale. Questa via, perciò, più che valorizzare la determinazione degli obiettivi operazionalizzati, insiste sulla specificità di talune strategie attive di apprendimento, del tutto individuali e caratteristiche delle capacità del singolo allievo, e tende conseguentemente a determinare una organizzazione psicologico/epistemologica della materia. L'itinerario didattico, in altre parole, si determina bensì sulla base di una progressione di massima della materia, ma soprattutto in base al significato strategico dell'errore dell'alunno e delle caratteristiche della sua operatività, nonché dei suoi sistemi motivazionali e valoriali. E non basta, rendendo edotto l'allievo del percorso didattico, dei fini educativi, delle strategie ecc. lo si rende maestro di se stesso (si sviluppa la metacognizione), perciò si moltiplica l'effetto dell'apprendimento alla fonte e in più si determina la capacità di trasferire le esperienze strumentali ed i processi di ricerca a qualunque campo di studio e di applicazione sia intenzionato dal soggetto.

Nel materiale didattico presente nel testo “L’educatore motorio dell’infanzia” dello scrivente o nell’editoria disciplinare si possono individuare alcuni itinerari didattici, che costituiscono gli assi epistemologici della disciplina scolastica più importanti per l’integrazione: l’itinerario di **costruzione di schema, immagine e concetto del corpo**; l’itinerario di **costruzione dell’organizzazione spazio-temporale e causare del reale** e l’itinerario di **sviluppo delle competenze espressivo-comunicative col gesto anche mediato (ombre e burattini)**. All’interno di ciascun percorso si possono poi determinare nuclei esercitativi progressivi con appropriati materiali di verifica e valutazione, individuando cioè le operazioni motorie da sviluppare nell’insegnamento e su cui effettuare la misurazione o l’osservazione (sia dei prerequisiti richiesti dai singoli compiti, che dell’avvenuto apprendimento, cioè di entrambe le forme di accertamento richiesto dall’organizzazione dell’insegnamento).

Tuttavia, come si è specificato già nei fondamenti pedagogici del metodo e della programmazione dei primi due capitoli, più che considerare l’itinerario come rigidamente prefissato, si propone di acquisirlo come un itinerario di massima di materiali aperti, integrabili continuamente con altre esercitazioni parallele o perpendicolari. E per tale motivo, quando in altre parole ci si dovesse trovare ad introdurre nuove esercitazioni, dopo aver individuato le operazioni motorie che si intende far apprendere, si propone una scheda di osservazione come strumento generico della misurazione finalizzata all’ulteriore progettazione e alla sua valutazione formativa:

SCHEDA DI OSSERVAZIONE E PROGETTAZIONE PER LA DIDATTICA

DELL’EDUCAZIONE PSICOMOTORIA ED ESPRESSIVA

Itinerario didattico o ambito disciplinare o argomento dell'Unità Didattica

1.1 **Obiettivo intermedio/finale o contenuto**

- Operazione motoria richiesta dal conseguimento dell’obiettivo o dall’apprendimento dell’abilità o dalla conoscenza dell’argomento o dall’acquisizione dell’atteggiamento:

data descrizione dell’esito della prova

descrizione analitica del procedimento realizzato dall’allievo per affrontare la prova

.....

.....

da cui discende, cosa manca? Quali difficoltà emergono?

.....

.....

Intervento didattico ipotizzato per risolvere i problemi emersi

.....

.....

Successivo intervento da realizzare

.....
data esito della ripetizione della prova

Ulteriori interventi programmati

É evidente che tutto ciò corrisponde anche al secondo momento dell'organizzazione della valutazione, quello relativo alla determinazione dello strumento della rilevazione, perché è ormai assodato che per quantificare dei criteri che descrivono operazioni mentali e atteggiamenti psicomotori non si può fare altrimenti che individuare prove strutturate con compiti motori adeguati a tali scopi e osservare/rilevare le azioni (prestazioni, comportamenti, condotte) poste in essere dall'allievo (atteggiamento clinico). Da qui, poi, si procede verso il terzo momento della valutazione, col definire gli indici di accettabilità di tali azioni, per giungere a dare un giudizio di valore, cioè a valutare in senso proprio.

Generalmente gli indici di accettabilità della valutazione scolastica fanno riferimento a tre criteri:

- **quello ipsativo** che prende a paragone della misura attuale una misura precedente del medesimo allievo;
- **quello normativo** che prende a paragone della misura del singolo le misure statistiche della norma e delle deviazioni dei componenti del suo gruppo di riferimento (classe) o di altro gruppo analogo;
- **quello riferito al superamento del compito** (mastery learning).

Nelle prove standardizzate (come quelle delle scale che permettono di misurare lo sviluppo), gli indici sono definiti dopo una complessa operazione di validazione sia dello strumento di rilevazione che della scala di riferimento, ma nella valutazione formativa la prova è definita dal docente in base alle sue conoscenze della disciplina e della scienza docimologica e (ciò che si vuole mettere soprattutto in evidenza) in base all'osservazione dell'andamento del processo di apprendimento e delle sue caratteristiche con riferimento costante al rapporto tra le prestazioni e agli atteggiamenti dell'alunno e i compiti e le situazioni d'apprendimento in cui lo si pone (ciò che è previsto dalla Scheda precedente, modificata di volta in volta nell'operazione o nel contenuto).

In tal senso sembra appropriato suggerire al docente specializzato l'utilizzo, accanto al registro personale del docente (con indicazione delle lezioni e descrizione dei contenuti della materia e dei risultati del lavoro dell'allievo, cfr. bib. n. 1) e al registro del Pei del Consiglio di classe (cfr. bib. n. 2 e 3), l'adozione di una modulistica valutativo/programmatoria per schede (con repliche della scheda illustrata sopra), relativa a ciascun obiettivo o fase dell'itinerario didattico di educazione psicomotoria ed espressiva, che possa servire anche come documentazione dell'attività e degli sviluppi dell'insegnamento/apprendimento.

Biblio ed emerografia di riferimento:

- 1) A cura di R. Vianello, QUADERNO PERSONALE PER LA PROGRAMMAZIONE E LA VALUTAZIONE, Juvenilia Bergamo 1985
- 2) R. Vianello, LA COLLABORAZIONE FRA GLI INSEGNANTI PER L'INTEGRAZIONE DELL'ALUNNO CON HANDICAP: PROPOSTE OPERATIVE, Juvenilia Bergamo 1985
- 3 AA. VV. REGISTRO PER L'AZIONE DI SOSTEGNO INDIVIDUALIZZATO, C. S. "Erickson" Trento 1992; REGISTRO DELLE ATTIVITÀ DI SOSTEGNO, Edizioni Nova Impresa; REGISTRO PER L'INSEGNAMENTO DI SOSTEGNO, Spaggiari Parma 1993 modello n. 406 e NUOVO REGISTRO PER L'ATTIVITÀ DI SOSTEGNO (Progetto del prof. Giovanni randazzo) Spaggiari Parma 1995 modello 405.

APPENDICE (da consultare nel Quaderno delle esercitazioni in "L'educatore motorio dell'infanzia")

1) Materiali per l'Esame psicomotorio del Vayer (adattato Dellabiancia)

2) Scala di sviluppo delle abilità psicomotorie (Dellabiancia M. P. 1998 Irrsae del Veneto)

Bibliografia Generale

Opere generali di riferimento sull'integrazione:

- 1) R. Zavalloni, Introduzione alla pedagogia speciale, La Scuola '69
- 2) G. Vico, Problemi di Pedagogia speciale, Vita e pensiero '79
- 3) A. Canevaro, Manuale per l'integrazione scolastica., La Nuova Italia Scientifica '83
- 4) R. Vianello et Alter, Il bambino portatore di handicap, Juvenilia '88
- 5) D. Janes, Come si costruisce il PEI, Erickson '93 e nuova ed. integrata
- 6) G. Randazzo e G. M. Chiti, Guida operativa dell'insegnante di sostegno, Spaggiari '95

Opere generali sul movimento da H. Wallon, J. Piaget, J. S. Bruner, R. Zazzo e gli Psicoanalisti a

- 1) J. Le Boulch, Verso una scienza del movimento umano, Armando '75
- 2) A. Arnaud et Alii, Corpo e movimento, Borla '89

Opere sull'educazione (psico)motoria oltre ai testi degli Psicomotricisti francesi (Vayer, Le Boulch, Lapiere, Aucouturier ecc.):

- 1) E. Fabbri et Alii, Educazione psicomotoria e strutturazione dello schema corporeo SSS
- 2) T. Di Natale, Senso percezione e motilità negli handicappati, SSS '83
- 3) F. Boscaini, Approccio psicomotorio e intervento educativo-rieducativo Universitaria '87
- 4) AA. VV., Il bambino e la sua espressività motoria, Ed. CPV Castelfranco V. 1989
- 4) E. Trucco Borgogno, Dall'osservazione al progetto terapeutico, Omega '92
- 5) F. Nanetti et Alii, Psicopedagogia del movimento umano, SSS '93
- 6) M. Alliegro, L'educazione psicomotoria dei minorati della vista, Armando Roma '93
- 7) V. Stera et alter, Giocasport, a cura dello Csi, S. Romana Roma 1997
- 8) L. Cottini, Psicomotricità, Carrocci Roma 2003

Opere su espressione, comunicazione, relazione e movimento:

- 1) H. Wallon, L'origine del carattere nel bambino, Ed. Riun.'70 ('30-32)
- 2) M. Merleau-Ponty, Il bambino e gli altri, Armando '68 ('49)
- 3) P. Farneti et Alii, Il ruolo del corpo nello sviluppo psichico, Loescher '81
- 4) G. Pesci (a cura di), Il corpo nella relazione, Armando '91

Opere su percezione e psicomotricità:

- 1) J. Dubosson, Esercizi percettivi e sensomotori, OO. SS. '59 ('57)
- 2) A. M. Bontempi, Giochi psicomotori e sensopercezione, La Scuola '76
- 3) I. Brusa et Alii, Percezione e psicomotricità, OO. SS. '78
- 4) P. Cazzago, Psicomotricità e spazio-tempo, La Scuola '86
- 5) AA. VV., Percezione, Motricità, Apprendimento, Armando Roma 1995

Opere su operatività mentale e psicomotricità:

- 1) H. G. Furth et Alii, Il pensiero va a scuola, Armando '77
- 2) L. Anolli et Alii, Giochi finalizzati e materiale strutturato, Angeli '81
- 3) M. D'Alessio, L'intelligenza del corpo, Giunti & Lisciani '85

- 4) A. D'Ercole, Lo sviluppo motorio nel fanciullo, SSS '86
- 5) L. Bortoli et Alter, L'apprendimento motorio, Pozzi '90
- 6) E. Fabbri et Alii, Le basi neuropsicologiche del movimento nei processi cognitivi, Società Stampa Sportiva Roma '93

Opere sulla patologia psicomotoria:

- 1) H. Wallon, Psicologia ed educazione del bambino, La nuova Italia '59
- 2) J. De Ajuriaguerra, Manuale di psichiatria del bambino, Masson '79
- 3) L. Carli et Alii, Clinica della psicomotricità, Feltrinelli '81
- 4) E. Caffo et Alii, Clinica della psicomotricità e del rilassamento, Guerini '91
- 5) R. Nicoletti, Il controllo motorio, Il Mulino '92
- 6) G. B. Camerini et Alter, Psicomotricità dello sviluppo, Carrocci Faber Roma 2003

Opere sullo sviluppo psicomotorio:

- 1) J. Le Boulch, Lo sviluppo psicomotorio dalla nascita ai sei anni, '85
- 2) L. Calabrese, L'apprendimento motorio tra i cinque e i dieci anni, '74

Test psicologici su aspetti degli assi SENSORIALE e MOTORIO-PRASSICO

- 1) M. L. Falorni, Lo studio psicologico dell'intelligenza e della motricità, Ed. Universitaria, Firenze (ora Organizzazioni Speciali) 1963
- 2) R. Zazzo, Manuale per l'esame psicologico del bambino, Ed. Riuniti '75
- 3) Opere di P. Vayer per Esame psicomotorio e Profilo psicomotorio
- 4) Test delle edizioni Erickson:
 - BAB di Kiernan e Jones - test di valutazione dell'handicappato grave
 - LAP di Sanford e Zelman - test di valutazione del livello di sviluppo
 - TGM di Ulrich - test di valutazione delle abilità grosso-motorie
 - TCR di Edmonston e Thane - test dei concetti di relazione spaziale-temporale
 - TPV di Hammill et Alii - test di percezione visiva e integrazione visuomotoria
- 5) Prova di Vio et Alii dello Sviluppo Prassico ideativo (comunicazione personale)
- 6) L. Cottini, L'osservazione dell'area psicomotoria nel curriculum MO.VI.T, in "Psicologia e scuola" n. 78, 79 e 80, anno XVI del febbraio - luglio 1996

Bibliografia minima sugli altri Codici di Comunicazione non Verbale

- 1) S. Guerra Lisi, Globalità dei linguaggi, Il ventaglio Roma 1980
- 2) V. Lowenfeld et alter, Creatività e sviluppo mentale, Giunti Firenze 1967
- 3) M. Della Casa, Voci suoni rumori, La Scuola Brescia 1977
- 4) G. Staccioli et alter, Giocare la musica, La Nuova Italia Firenze 1975

Per una bibliografia ragionata si consulti il sito <http://psicomotricità.dongnocchi.it/default.htm>

PARTE QUARTA Disturbi e disordini della funzione motoria e conclusioni

Quarta introduzione: Semeiotica neuro e psicomotoria

Nelle pagine precedenti si è più volte fatto cenno ai vari problemi della **disabilità neuromotoria e psicomotoria**, tuttavia, per approfondire le varie prospettive connesse con la rieducazione e/o l'integrazione

scolastica dei disabili motori, un docente anche specializzato per il sostegno non può che accedere da principio ad un quadro semiologico di riferimento quale è reperibile solo in trattazioni specifiche (di difficile comprensione), ovvero alle proposte per i genitori presentate ampiamente dalle Associazioni del quarto settore in internet, come in “www.uildm.org/biblico.htm”, “www.parkinson.it/segni_sintomi.html”, “www.airh.it/main.htm”, “www.disabili.com” ecc., molto più facili da aggredire, però talvolta poco rispettose della dimensione scientifica. Per tale motivo è nato questo testo, come via intermedia, che, tuttavia, trova subito il suo banco di prova nell’esordire proprio dal già citato quadro semiologico di riferimento.

In questa direzione, infatti, è possibile fare ricorso almeno a due diversi livelli di complessità:

- al primo livello si può accedere ad una **classificazione “topologica” delle disabilità motorie**, per cui può bastare una classificazione ragionata sul criterio anatomico come quelle esposte in R. Zavalloni, INTRODUZIONE ALLA PEDAGOGIA SPECIALE, La Scuola Brescia 1969 da pag. 159 a pag. 188, ovvero G. Catalfamo et al., COMPENDIO DI PSICOPEDAGOGIA E PEDOPSICHIATRIA, Parallelo 38 Reggio Calabria 1974 da pag. 165 a pag. 288, ovvero R. Vianello et al., IL BAMBINO PORTATORE DI HANDICAP E LA SUA INTEGRAZIONE SCOLASTICA, Juvenilia Bergamo 1988, oppure si può arrivare alla descrizione scientifica di R. Nicoletti, IL CONTROLLO MOTORIO, Il Mulino Bologna 1992, tenendo sempre presente che, quanto alla **vera e propria diagnosi psicopatologica**, ormai da anni sussistono strumenti multiassiali riconosciuti internazionalmente come il **DSM-IV e l’ICD-10** per la cui descrizione si rimanda ai testi di Psicopatologia.

- Altrimenti si può attingere ad un livello superiore dove la impostazione classificatoria delle disabilità deriva la sua strutturazione **dall’organizzazione dei diversi Modelli di spiegazione** adottati dalle diverse Scienze che si occupano delle Disabilità Motorie. A questo proposito fa ormai norma la recente proposta di G. B. Camerini e C. De Panfilis in PSICOMOTRICITÀ DELLO SVILUPPO Carrocci Faber 2003, dove si definiscono quattro modelli (che lo scrivente qui sintetizza in tre soltanto, raggruppando gli ultimi due insieme). Tali modelli derivano dalle tendenze espresse dalla ricerca secondo i vari campi epistemici:

- a) il **modello neurologico** – I livello – nasce dall’orientamento “anatomo-funzionale proprio dell’esame neurologico classico, volto allo studio del rapporto tra un certo segno e il livello strutturale del SNC che lo sottende”. A questa prospettiva corrispondono le disabilità conseguenti alle patologie rappresentate nelle schede n. 1 e 2, già proposte nel precedente testo e qui riprodotte ancora per comodità del lettore. Appartenente a questa prospettiva e come esempio complessivo del meccanismo che dall’insulto patogenetico passa a determinare la disabilità, si vedrà nel primo paragrafo del primo capitolo la **Paralisi Cerebrale Infantile** con qualche cenno del trattamento fisioterapico.

- b) Il **modello neuropsicologico** – II livello – nasce dall’orientamento volto “a esaminare le funzioni cerebrali superiori e i complessi processi integrativi che le sottendono”. A questa prospettiva corrispondono le disabilità rappresentate nella scheda n. 3, dove più che risalire causalmente alla struttura anatomo-funzionale, si considera il trattamento distorto che la dotazione originaria dei processi di simbolizzazione del soggetto subisce da forme alterate di sviluppo. Quali esempi di disabilità faremo riferimento alle **Disprassie** e ai **Problemi Specifici di Apprendimento**.

- c) Il **modello psicologico** – III livello – nasce dall’orientamento volto a determinare la qualità del funzionamento motorio del soggetto, ma non in sé e per sé, perché “più che ricercare correlazioni tra sintomo e struttura, o tra sintomo e funzione”, si occupa della situazione fenomenologica e relazionale, rivolgendosi “al corpo inteso come oggetto simbolico”. E anche in questo caso faremo un esempio specifico della disabilità esaminando i “disturbi psicomotori” secondo l’impostazione di De Ajuriaguerra (**Infantilismo psicomotorio e Instabilità psicomotoria**).

§ 1) Patologie Neurologiche. La Paralisi Cerebrale Infantile

1) Generalità sulla sindrome di PCI

Prima che la sindrome della paralisi cerebrale infantile fosse descritta dall'ortopedico inglese W. J. Little, unificando sotto questa voce condizioni simili conseguenti a malattie e traumatologie diverse (ed allora poliomielite e rosolia o encefaliti da incompatibilità materno-fetale o l'uso del forcipe ecc. erano fortemente diffusi), le turbe neurologiche del bambino, interessanti prevalentemente la motricità, erano oggetto di diagnosi differenziate sotto le diverse tipologie di cerebropatie e encefalopatie prenatali o neonatali. Ma dopo la pubblicazione a metà dell'Ottocento del resoconto sulla sua esperienza clinica relativa a 20 anni di lavoro in questo tipo di patologia, la "paralisi cerebrale infantile" venne considerata definitivamente e unitariamente (almeno nei paesi anglosassoni) come un disturbo permanente, ma non imm modificabile, della postura e del movimento, dovuto ad un difetto o ad una lesione cerebrale non progressiva, determinatosi prima che l'encefalo avesse compiuto i principali processi di maturazione morfologico-funzionale. Concepita inizialmente come deficit ortopedico d'origine neurologica, venne in breve tempo riconosciuta come una condizione patologica coinvolgente più sistemi funzionali ed, in quanto tale, soggetta all'attenzione di più specialisti e di più servizi. In una fase successiva, più vicina ai nostri tempi, essa è stata considerata come un disordine complesso dello sviluppo, una disabilità che diventa sempre più evidente nel corso della crescita dell'individuo e che per questa ragione ha necessità di essere riconosciuta e trattata precocemente. In tal modo questa malattia, considerata come ortopedica da J. Little, è divenuta il prototipo della disabilità dello sviluppo del bambino, cfr bib. n. 1.

La PCI, perciò, si manifesta come un disturbo della postura e del movimento del bambino piccolo fino a tre anni d'età (per alcuni autori fino a dodici), dovuta ad un'alterazione della funzione cerebrale per cause prenatali, perinatali o postnatali, e comunque prima che si completi la sua crescita e il suo sviluppo. Spesso al disturbo motorio sono associati deficit intellettivi, disturbi sensitivi e sensoriali, disturbi del linguaggio, epilessia e disturbi della sfera emotiva. Oggi questa denominazione è ormai entrata nella pratica ed è accettata dalla maggioranza degli studiosi, bisogna, tuttavia, specificarne meglio il significato per non cadere in errore.

La parola "paralisi", infatti, definisce solo la perdita parziale o totale dell'attività motoria. Questo termine, non comprende nel suo significato la presenza di atti parassitari che vanno a disturbare quelli volontari, né quella di un deficit qualitativo della motricità, consistente nella incoordinazione tonico-posturale. Poiché in tal senso il termine paralisi appare un po' troppo riduttivo, è possibile accettare come più appropriato quello di "discinesia", intendendo così connotare un movimento anormale o involontario dei muscoli del corpo, dovuto ad una alterazione del sistema nervoso centrale. Definire "cerebrale" il disturbo motorio è limitativo, giacché anche il cervelletto od il tronco encefalico possono essere sede del danno e pertanto sarebbe più corretto utilizzare il termine "encefalico". Infine anche l'utilizzo di "infantile" è ampiamente impreciso, poiché esiste una seconda infanzia che si protrae molto più dei primi tre anni di vita; in tal senso "precoce" sembrerebbe il termine più adatto. Secondo quest'analisi la formula più precisa per riferirci a tale sindrome, dunque, sarebbe "discinesia encefalica precoce non evolutiva" (cfr. bib. n. 2).

Le cause della PCI sono generalmente distinte in

FATTORI PRENATALI:

- Encefalopatie da alterazioni cromosomiche.
- Encefalopatie progressive (da danno ereditario di un sistema enzimatico, da disfunzioni endocrine).
- Encefalopatie non progressive (embriopatie, fetopatie, malformazioni).

FATTORI PERINATALI:

▪ Traumi da parto (manovre ostetriche, applicazione intempestiva di forcipe, travaglio troppo prolungato, presentazioni anomale, parti podalici, cordone attorcigliato intorno al collo oppure troppo corto, farmaci somministrati alla partoriente, parto precipitoso spontaneo o con taglio cesareo, bacino stretto o testa del bambino troppo grossa per pregressi processi infiammatori che hanno dato origine ad una idrocefalia, prematurità e immaturità del feto).

- Malattia emolitica del neonato (per incompatibilità materno - fetale).

FATTORI POSTNATALI:

- Encefaliti e meningoencefaliti parainfettive o postinfettive.
- Intossicazioni.
- Lesioni cerebrali da traumi cranici.

La diagnosi della PCI solitamente è conclamata quando il bambino presenta particolari ed inconfondibili segni che si presentano subito o pochi giorni dopo la nascita e che fanno pensare ad una sofferenza cerebrale. In questa circostanza generalmente, infatti, il bambino mostra una cute molto pallida, dovuta alle conseguenze secondarie di un'anemia grave oppure a lesioni del tessuto cerebrale, con sguardo fisso e occhi sbarrati e il volto con l'espressione di un'intensa sofferenza ed ansia. Altro segno caratteristico è la presenza di una certa difficoltà nella respirazione e un'incapacità nell'alimentazione, nonostante possa risultare presente il riflesso della suzione. Così, evidenziandosi tali segni⁵, è necessario attuare un controllo generale con l'esame neurologico, in modo da verificare in che misura il cervello ha subito dei danni, tenendo conto del fatto che ormai si dispone di numerose modalità d'indagine, appropriate a rilevare la presenza di PCI:

a) **ESAME CLINICO OBIETTIVO.** L'esame neurologico di bambini, affetti da PCI non ancora diagnosticata, può evidenziare i due sintomi opposti di ipotonia o ipertonia muscolare, caratteristici rispettivamente di un'emiplegia flaccida o spastica. Il segno più evidente mostra l'ipoattività della mano appartenente alla metà corpo plegica che risulta tendenzialmente chiusa a pugno. Generalmente l'esame neurologico prevede un'attenta osservazione dei riflessi neonatali (cfr. bib. n. 3): tra questi, a volte, si nota nel neonato la mancanza del riflesso di Moro, che fa sospettare un edema cerebrale, mentre quando tale riflesso è inizialmente presente, ma scompare in seguito, però prima del tempo normale di scomparsa, si diagnostica una probabile emorragia cerebrale. Oltre a ciò si può anche osservare che non sono presenti i riflessi tonici del collo e della prensione.

b) **RACHICENTESI.** La rachicentesi è un esame che consiste nel prelievo del liquido cefalo- rachidiano. L'esame può mostrare la presenza di globuli rossi che stanno ad indicare un'emorragia cerebrale.

c) **ELETTROENCEFALOGRAMMA.** Questo esame consiste nella registrazione grafica dell'attività elettrica spontanea, amplificata, delle cellule nervose dell'encefalo e soprattutto della corteccia cerebrale. L'esame viene eseguito applicando elettrodi al capo del paziente mediante l'utilizzo di una apposita cuffia. Il paziente deve stare completamente immobile, ora ad occhi chiusi, ora ad occhi aperti.

d) **TOMOGRAFIA ASSIALE COMPIUTERIZZATA.** La TAC rappresenta l'evoluzione naturale della tecnologia che sfrutta le proprietà dei raggi X. Essa ha consentito il passaggio storico dalle immagini analogiche della radiologia convenzionale a quelle digitali, ma soprattutto non è invasiva e può essere eseguita più volte, cfr bib. n. 4. Si è potuto così per la prima volta sottoporre le immagini a manipolazioni d'ogni tipo per aumentare il contenuto informativo. La TAC può evidenziare emorragie dei ventricoli cerebrali, o idrocefali post emorragici, o idrocefali congeniti del neonato.

e) **RISONANZA MAGNETICA.** La RMN sfrutta la caratteristica posseduta da alcuni atomi di reagire in modo particolare a segnali di radiofrequenza, se sottoposti all'influsso di un campo magnetico. Gli atomi d'idrogeno dei tessuti viventi, immersi in un campo magnetico, tendono a raggiungere una situazione d'equilibrio che può essere turbata da un impulso appropriato di onde elettromagnetiche, inviato dal sistema di rilevazione. Gli atomi di idrogeno vengono in tal modo distorti dal loro equilibrio e, alla cessazione dell'impulso, tendono a ritornare nella situazione iniziale emettendo un segnale misurabile e localizzabile nel volume corporeo in esame. Il segnale dipende dai numerosi parametri utilizzabili nella costruzione di immagini, contrariamente a quelle ottenute con la tecnologia a raggi X che ne sfrutta uno solo. Questo processo comporta una tecnologia molto più complicata e sofisticata di quella della TAC: a livello cerebrale è possibile una perfetta differenziazione fra la sostanza bianca e grigia grazie all'aumento della risoluzione di contrasto che è stata valutata circa cento volte quella ottenibile con le migliori attrezzature TAC.

⁵ Dopo che Little riconobbe il legame tra PCI e anossia al momento della nascita, il pediatra Y. Apgar ha elaborato una scala di sviluppo da applicare entro il primo minuto e dopo cinque minuti dalla nascita che permette, ancor oggi, di selezionare i neonati sani da quelli che presentano problemi (come la PCI, ma non solo).

2) Classificazione delle PCI

In coerenza con la definizione di PCI, l'unica classificazione possibile sarebbe quella che affronta i problemi della postura e del movimento. Non è possibile tuttavia accettare che un solo angolo di vista (sensomotorio) fornisca un'impostazione completa di un problema in cui sia la dimensione percettiva che quella dell'intenzionalità rappresentano aspetti non secondari. Anche se è vero che la scelta di una prospettiva comporta la distinzione del primo piano (caratterizzato dagli elementi di fondamentale importanza), dallo sfondo (elementi di secondaria importanza) e, in tal senso, solo la definizione di una tale prospettiva in ambito rieducativo può aiutare a tracciare un bilancio definitivo, quando ci si dovesse trovare di fronte a scelte poi non facilmente revocabili. Realtà complesse come la PCI, però, nella situazione ordinaria, non possono essere esaurite da un solo angolo di vista, perciò qui si elencano due diverse forme classificatorie.

Le PCI, infatti, possono essere classificate in base:

a) **ALLE CARATTERISTICHE DEL DISTURBO MOTORIO** La classificazione proposta dall'American Academy for Cerebral Palsy, è da ritenersi la più esauriente. Seguendo quest'ordinamento, si possono distinguere sette gruppi fondamentali di PCI in ordine al tipo del disturbo motorio.

Forma spastica. Caratterizzata da alterazioni che colpiscono prevalentemente le vie piramidali destinate alla coordinazione dei movimenti volontari, conseguentemente tale forma si manifesta con la perdita della motricità. Il fenomeno basilare di questa forma consiste nell'aumento patologico del tono posturale, dovuto all'inefficienza del potere inibitorio del primo motoneurone e all'esaltata scarica del secondo neurone di moto, liberato dai controlli superiori. Questo tipo di paralisi si presenta nel 50% dei casi di PCI e mostra un'ipertonica che è evidentemente più accentuata a carico dei muscoli flessori degli arti superiori ed estensori di quelli inferiori, interessando in particolare gli elementi distali (come l'avambraccio, la mano, la gamba e il piede). Si nota, anche, un'accentuazione del riflesso di stiramento che offre la resistenza massima all'inizio e poi cede poi bruscamente (fenomeno del coltello a serramanico).

Forma atetotica. Seguendo la localizzazione delle lesioni a livello corticale, in questa forma si evidenziano disturbi di tipo extrapiramidale. Questa paralisi, presente nel 20% dei casi, è caratterizzata dalla presenza di alterazioni ipercinetiche (movimenti involontari), che si manifestano con movimenti non continui, irregolari nell'ampiezza e nella frequenza e piuttosto lenti (cfr. bib. n. 5). Tali fenomeni si innestano sul movimento volontario, rendendolo inadeguato ed inefficiente dal punto di vista funzionale. L'atetosi può essere accompagnata sia da ipotonia che da ipertonica muscolare e interessa prevalentemente la muscolatura mimica, quella della fonazione e quella degli arti superiori.

Forma atassica. Questo tipo è espressione sia di una lesione cerebrale, sia di un danno a carico dei propriocettori (recettori che raccolgono gli stimoli provenienti da un organo di movimento). Il disturbo più evidente, nei soggetti affetti da questa forma, presente nel 10% dei casi di PCI, è una incapacità di coordinare i movimenti, che si manifesta con un'alterazione dell'equilibrio in stazione eretta, barcollamento nel cammino, mancanza di coordinazione e tremore della mano. Si nota quindi un notevole ritardo nello sviluppo motorio che aumenta in particolar modo quando questi bambini iniziano a camminare. Essi, infatti, si muovono in stazione eretta a gambe larghe e rigide, per sfruttare maggior base d'equilibrio nel movimento. Molte volte, poi, si aggiungono anche delle altre alterazioni che vanno a compromettere la vista, l'udito ed il linguaggio, spesso interessato da un rallentamento nell'emissione della parola, che viene scandita in modo particolare ed evidente (parola scandita).

Forma rigida. È caratterizzata da ipertonica muscolare di tipo extrapiramidale che determina una resistenza uniforme nei movimenti passivi di flessione - estensione ed interessa nella stessa misura sia i segmenti prossimali che quelli distali ed entrambi i versanti dell'articolazione, perché sono ugualmente contratturati sia i muscoli flessori che quelli estensori e perciò cede a scatti alla manovra di mobilitazione (fenomeno della troclea dentata).

Forma con tremore. I sintomi più caratteristici di tale forma sono i tremori, ma questa manifestazione clinica è una forma di PCI piuttosto rara. I segni patologici sono rappresentati da ipercinesia fine, rapida e ripetitiva, presente in particolare modo nei segmenti distali (sono soprattutto interessate le mani).

Forma atonica. È caratterizzata da un'ampia riduzione del tono muscolare ed è molto rara.

Forma mista. È costituita dalla combinazione delle precedenti forme di PCI. In tal senso si determinano quadri clinici poliedrici che possono essere classificati tenendo in considerazione il sintomo prevalente. Si distinguono, perciò, quadri con ipertonie di tipo piramidale o extrapiramidale, distonia atetoide e atassia.

b) Ma una classificazione della PCI, per quanto detto sopra, può anche derivare dal riferimento ALLE FORME CLINICHE TOPOGRAFICHE. Sulla base, in altre parole, della distribuzione anatomica del disturbo motorio si possono evidenziare le seguenti forme cliniche:

Monoplegia. Questa forma è caratterizzata dalla perdita della motilità di un solo arto. Tale quadro è molto raro, perché solitamente si tratta di un'emiplegia o una diplegia nella quale l'arto, che apparentemente non sembra colpito, in realtà conserva soltanto una discreta attività funzionale.

Paraplegia. In questa tipologia il deficit motorio è localizzato ai soli arti inferiori ed è sempre bilaterale. Solitamente si osservano anche dei lievi difetti motori agli arti superiori. La forma di paralisi che si realizza, però, può essere sia di tipo spastico che di tipo rigido.

Emiplegia. È un difetto motorio che interessa una sola metà del corpo (quella controlaterale all'insulto cerebrale). Le alterazioni sono di tipo spastico con l'arto superiore in flessione e quello inferiore in estensione.

Tetraplegia. Questo è il quadro più frequente e più grave. Le lesioni motorie interessano tutti e quattro gli arti che risultano così del tutto inabilitati da un deficit prevalentemente di tipo rigido e, con minor frequenza, di tipo spastico.

Doppia emiplegia. Questo quadro consiste in un'emiplegia bilaterale di tipo spastico che interessa in particolare modo gli arti superiori.

3) Sintomi associati al disturbo motorio nelle PCI. Interventi terapeutici e riabilitativi

Una lesione encefalica come quella che determina la PCI, poiché l'encefalo è la sede del controllo e coordinamento di tutte le funzioni vitali ed inoltre la sede elettiva delle funzioni corticali superiori, può facilmente portare ad un'alterazione multiforme e integrata di tali funzioni. Si possono perciò distinguere sei gruppi principali di turbe che si accompagnano ai disturbi motori descritti sopra:

Turbe sensitive. Si tratta di disturbi della sensibilità generale del corpo, presenti con frequenza sia a carico della sensibilità superficiale che di quella profonda. Tale alterazione crea uno stato d'imbarazzo e di difficoltà notevole nel modo di essere del bambino investendo direttamente la sua presenza fenomenologica alla vita.

Turbe sensoriali. Questo complesso di turbe è composto di particolari alterazioni della percezione uditiva e visiva che con più frequenza si verifica nelle PCI rispetto a tutti gli altri sintomi associati. Circa la metà dei bambini affetti da PCI, infatti, accusa disturbi della vista. Le principali alterazioni visive sono: lo strabismo (presente nel 30%), la diminuzione della vista (per ipermetropia nelle forme atetosiche e per miopia nelle forme spastiche) e l'alterazione del nervo ottico e della retina. Si possono notare inoltre, alcune restrizioni del campo visivo (presenti nel 25%) che non permettono al bambino paralitico di fare esperienze sensoriali complete come nel soggetto normale. Più raramente si possono avere altri difetti, come la cataratta, il nistagmo (instabilità dei globi oculari) e l'anoftalmia (mancato sviluppo dell'apparato visivo). Ai disturbi della vista si accompagnano quelli uditivi che sono presenti in circa il 30% di tutti i casi. In tale situazione l'alterazione uditiva si manifesta con ipoacusia (diminuzione dell'acuità uditiva) e disacusia; la percezione dei fenomeni sonori meno rilevanti, acusticamente parlando, è quella che viene ad essere la più compromessa, dal che nell'ascolto risulta alterata la percezione delle consonanti che hanno, però, molta più importanza delle vocali ai fini della comprensione dell'enunciato. La mancata percezione, poi, determina una mancata produzione, perciò l'intervento riabilitativo deve predisporre di un recupero logopedico specifico in relazione alle fasi di sviluppo consonantico.

I disturbi del linguaggio. Sono presenti nella maggioranza dei casi. La forma più frequente di disabilità presente in questo gruppo è la disartria nella forma spastica, distonica e atassica. Nel primo caso il linguaggio di un bambino affetto da PCI appare agglutinato, semplificato e molto spesso incomprensibile, mentre il secondo caso è caratterizzato da un'espressione incerta e tremolante, spesso difficile da capire. La disartria atassica, invece, si distingue per il quadro della parola scandita, già citato, dovuto ad un'incapacità nel coordinare i muscoli interessati alla fonazione. Con minor frequenza si possono verificare anche altri disturbi, come le disfasie (difetto di elaborazione del linguaggio, distinguendo tra afasie motorie e afasie sensoriali), le dislalie e le disfonie. Questi ultimi due disturbi sono dovuti all'ipoacusia.

L'epilessia. Interessa circa il 40% di tutti i casi di paralisi cerebrale infantile. I disturbi convulsivi sono generalmente di tipo "Piccolo male"⁶ o "Epilessia focale"⁷ e solo in pochi casi si arriva all'Accesso convulsivo generalizzato o "Grande male"⁸ (per approfondimenti cfr. bib n. 6).

I disturbi psichici e psicomotori. Si manifestano in modo costante nelle PCI anche se si verificano in forme diverse e con un'intensità non uniforme. Fanno parte di questo gruppo di disturbi sia i difetti globali che quelli lacunari, come le disprassie, le agnosie, le afasie e i disturbi dello schema corporeo, i quali sono riconosciuti come dei deficit di organizzazione psicologica dell'esperienza elementare. In base ad alcune statistiche si è osservato che in circa il 50% di tutti i cerebroplegici il quoziente intellettivo è inferiore di molto a 70, configurando in tal senso una debolezza mentale. Mentre l'altra metà dei casi è affetta al più da un deficit lieve (sopra a 70 nel QI), nonché da forme "border-line", talché devono essere considerati come soggetti d'intelligenza normale.

I disturbi del carattere. Si tratta di alterazioni dovute alla notevole eccitabilità che questi soggetti presentano e che si manifestano in seguito alla lesione organica e alle limitate esperienze che essi vivono. Come conseguenza di questo stato continuo di eccitazione, infatti, insorgono alcuni sentimenti, quali l'insicurezza e l'ansia che inducono i bambini ad avere profondi conflitti fra il proprio modo di essere (l'io) e la realtà esterna. Tutto ciò è causa spesso di reazioni sia aggressive che depressive che, nei casi limite, possono sfociare in un isolamento autistico.

La terapia medica prevede l'impiego di medicinali anticonvulsivi e sedativi, in modo da controllare eventuali crisi comiziali o epilettiche. L'uso dei farmaci ha lo scopo di ridurre l'insorgere di episodi di crisi motoria o epilettica che possono anche aggravare lo stato di malattia. In alcuni casi di regressione della malattia la terapia medica può anche essere sospesa, dopo aver valutato attentamente il miglioramento clinico del bambino, tuttavia nei casi più gravi la terapia medica accompagna sempre la terapia riabilitativa ed anche il resto della vita. La riabilitazione, poi, è un processo complesso teso a promuovere nel bambino e nella sua famiglia la migliore qualità di vita possibile. Con azioni dirette ed indirette coinvolge l'individuo disabile nella sua globalità fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale (carattere olistico), coinvolgendo il suo contesto familiare, sociale ed ambientale (carattere ecologico). La riabilitazione si realizza tramite interventi integrati di rieducazione, educazione ed assistenza.

La prima, di competenza del personale sanitario, ha per obiettivo lo sviluppo ed il miglioramento delle funzioni lese. Essa rappresenta un processo discontinuo e limitato nel tempo che deve necessariamente

⁶ Piccolo male: l'attacco epilettico è costituito da un'improvvisa e fugace perdita di coscienza o "assenza"; il malato impallidisce, si arresta se stava parlando o agendo e presenta uno sguardo fisso, perduto nel vuoto, ma poco dopo riprende coscienza e ricomincia a fare quello che stava facendo prima, come se nulla fosse accaduto.

⁷ Epilessia focale: la crisi presenta caratteri dei sintomi espressi dal territorio cerebrale investito senza convulsione generalizzata. La zona motoria esprime una crisi con comparsa di movimenti ritmici e automatici (crisi Jacksoniana); quella dell'area sensitiva con parestesie (formicolio e dolore); quelle delle zone sensoriali con allucinazioni visive, uditive, gustative e olfattive ecc.

⁸ Grande male: l'attacco epilettico è costituito da un accesso convulsivo generalizzato, spesso preceduto da sintomi premonitori come l'aura, ed è accompagnato da perdita della coscienza. Inizia spesso con un grido rauco e la caduta a terra in modo rovinoso; prosegue con una fase tonica in cui il corpo si irrigidisce in estensione e si blocca la respirazione, seguita da una fase clonica in cui gli arti sono scossi da movimenti ritmici ampi, la respirazione riprende con brevi fasi rumorose di ventilazione, bava alla bocca e perdita di urine. La crisi in due o tre minuti si completa con un rilassamento totale e dà luogo ad un lungo sonno al termine del quale il paziente non ricorda nulla dell'attacco medesimo.

concludersi quando, in relazione alle conoscenze più aggiornate sui processi biologici del recupero, per un tempo ragionevole non si verificano cambiamenti significativi né nello sviluppo, né nell'utilizzo delle funzioni lese. La seconda, di competenza insieme della famiglia, del personale sanitario e dei professionisti dei settori educativo e del tempo libero, ha per obiettivo sia la preparazione del bambino ad esercitare il proprio ruolo sociale (educare il disabile), sia la formazione della comunità, a cominciare dalla scuola, ad accoglierlo ed integrarlo (educare al disabile), per aumentarne le risorse ed accrescere l'efficacia del trattamento rieducativi (cfr. bib. n. 7). La terza, infine, ha come obiettivo il benessere del bambino e della sua famiglia ed è di competenza del personale sanitario e degli operatori del settore sociale. Essa deve accompagnare senza soluzioni di continuità il bambino e la sua famiglia sin dalla diagnosi di disabilità per tutta la vita.

L'attivazione del processo riabilitativo comporta di necessità l'acquisizione, con gli strumenti adeguati e nel più breve tempo possibile, della diagnosi sanitaria con indicazione delle caratteristiche della lesione (alterazione della struttura), della diagnosi di funzione (natura del difetto e sua storia naturale) e del profilo di disabilità (cosa è venuto meno e come può essere recuperato o vicariato e cosa è rimasto e come può essere opportunamente valorizzato). La rieducazione deve tenere conto della molteplicità delle funzioni alterate (motorie, percettive, cognitive, affettive, comunicative e relazionali), delle loro peculiarità e delle loro interazioni reciproche, nella logica dello sviluppo patologico e nel rispetto dell'individualità e della diversità di ciascun bambino. Il modello culturale di riferimento deve basarsi su una conoscenza aggiornata dello sviluppo delle funzioni adattive, supportata dall'evidenza scientifica e dai contributi delle Neuroscienze. Le funzioni corticali in età evolutiva devono essere valutate in modo dinamico, al fine di cogliere la loro variabilità e la loro modificabilità in relazione al soggetto, allo scopo ed al contesto di utilizzo.

Bibliografia di riferimento al primo paragrafo

1. R. H. A. Haslam, P. J. Valletutti, **PROBLEMI MEDICI NELLA CLASSE**, Ed. Erickson Trento '87
2. A. Bano, **LA PARALISI CEREBRALE INFANTILE**, materiali tratti da "www.club.it/letizia".
3. C. Landreth, **COMPORTAMENTO E APPRENDIMENTO NELL'INFANZIA**, La Nuova Italia Firenze 1976.
4. R. Rossi et Alti, **PRINCIPI DI PATOLOGIA MEDICA**, Ed. Ambrosiana Milano 1984.
5. L. Trisciuzzi, **MANUALE DI DIDATTICA PER L'HANDICAP**, Laterza Bari 1993.
6. R. Vianello e G. F. Bolzonella, **IL BAMBINO PORTATORE DI HANDICAP E LA SUA INTEGRAZIONE SCOLASTICA**, Juvenilia Bergamo 1988.
7. E. Tatafiore e G. G. Mazzella, **GINNASTICA MEDICA**, Idelson Napoli 1962; E. Ciammaroni, **LA GINNASTICA CORRETTIVA**, Le Pleiadi Massa 1966; A. Lapierre, **LA RIEDUCAZIONE FISICA**, Sperling e Kupfer Milano 1977, 3 volumi.

§ 2) Patologie Neuropsicologiche. Disturbi del sistema Gnosico-Prassico

1) Le Disprassie dello Sviluppo

L'aprassia, quale esito di abolizione della funzione gnosico-prassica nell'ictus dell'adulto, e la disprassia, quale conseguenza di una disorganizzazione della medesima nel corso dello sviluppo individuale che per motivi di vario genere non si realizza secondo le normali linee evolutive (cfr. bib. n. 1), sono definite come un disordine di pianificazione e di programmazione dell'azione complessa **non** conseguente a **paralisi**; **atassia** (difetto di coordinazione); **distonia** (tono muscolare anormale e muscoli sempre troppo contratti per spasmo e mioclonia); **discinesia** (movimenti involontari come tremore, corea, atetosi e ballismo); **acinesia** (incapacità nell'iniziare un movimento) e **perseverazione** (presenza di tic e ipercinesie), ma dovute a lesioni focali

dell'encefalo o ad altre cause di sofferenza della crescita. Il DMS IV classifica la D. sotto la dizione di "Disturbo Evolutivo della Coordinazione Motoria". Si tratta, in entrambi i casi, di tipiche patologie del sistema gnosico-prassico, perché al contrario delle paralisi non colpiscono indiscriminatamente tutti i gruppi muscolari di un distretto anatomico, ma abbattano specificatamente talune capacità di utilizzare oggetti, o di fare dei gesti, o di riprodurre forme, tutte azioni che implicano una manualità fine al servizio di un'idea o di un progetto mentale, quando tali azioni si devono effettuare su richiesta di altri e non integrate nell'ordinaria situazione di vita quotidiana (famoso l'episodio del paziente aprassico che saluta il medico con la mano al termine della visita, poco dopo essersi dimostrato incapace di fare il gesto del saluto su richiesta del medico medesimo).

Ovviamente per questo presente lavoro interessa prevalentemente la versione caratteristica dell'anomalia dello sviluppo, però, prima di assumere una propria connotazione, il riferimento principale era anche per la Disprassia dello sviluppo alle Aprassie e in tale prospettiva la letteratura ne aveva proposte di vario genere (cfr. bib. n. 2):

- **Aprassia di utilizzazione:** è la difficoltà a compiere azioni pertinenti a determinati oggetti. Gli errori possono essere azioni corrette ma non appropriate in relazione all'oggetto (ad esempio, usare un apriscatole come se si trattasse di un martello), errori spaziali (scrivere con il lato senza punta della matita), o di omissione (versare l'acqua nel bicchiere senza avere prima svitato il tappo della bottiglia). Gli errori possono essere circoscritti all'imitazione dell'uso di oggetti, nel senso che il paziente non sa dimostrare come usa un oggetto "per finta" (ad esempio, fingere di pettinarsi con una spazzola immaginaria), ma lo usa adeguatamente nella vita quotidiana. La difficoltà nell'uso di oggetti è anche conosciuta come **aprassia ideativa**, termine che indica più propriamente l'incapacità di richiamare in memoria, su comando, gesti (come il saluto) ben consolidati nell'uso spontaneo e **aprassia ideomotoria**, quando il paziente è compromesso nell'imitare azioni (che comportano una combinazione di movimenti) reali o prive di significato, ma conserva la capacità di giudicare se una sequenza di azioni a lui note (ad esempio, preparare il caffè) è corretta o meno, se la vede eseguire da un altro, ma non è in grado di riprodurla su comando a sua volta.

- **Aprassia dello sguardo:** il paziente non riesce a volgere lo sguardo nel punto desiderato, può solo tenerlo fisso in un punto o farlo vagare casualmente.

- **Aprassia costruttiva:** è un'alterazione di azioni complesse nello spazio, visibile particolarmente attraverso i test di copia e di disegno. Gli errori generalmente compiuti dal paziente sono quelli di impoverire la figura, riprodurre tratti irregolari, invertire i rapporti spaziali, disegnare su un lato del foglio anziché al centro. Manifestazioni tipiche sono: il diagramma esplosivo (tratti che andrebbero uniti vengono disegnati staccati), e il "closing in" (disegnare la copia troppo vicino al modello, anche sovrapponendola al medesimo).

- **Aprassia bucco-facciale:** è spesso associata ad alcune forme di afasia. Il paziente può avere difficoltà a compiere vari movimenti con la bocca e con la muscolatura toracica su comando, mentre non ci sono difficoltà con i movimenti automatici (quali masticare, deglutire).

- **Aprassia dell'abbigliamento:** il paziente non riesce a vestirsi. Si tratta di un'a-disprassia specifica e molto rara, rappresentata cerebralmente in modo unilaterale sull'emisfero destro.

- **Aprassia della deambulazione:** nonostante l'assenza di paresi, vi è difficoltà a camminare, con tendenza a cadere all'indietro. Nei casi gravi la difficoltà può essere estesa a qualunque movimento degli arti inferiori. Può essere associata ad idrocefalo normoteso (dilatazione dei ventricoli per compensare l'atrofia cerebrale) e si manifesta con demenza e incontinenza nella psicosi senile o astasia-abasia nel nevrotico.

- **Aprassia diagnostica:** non c'è collaborazione tra i due lati del corpo, probabilmente dovuta ad una lesione del corpo calloso. Può manifestarsi con il fenomeno della "mano aliena": la mano fa qualcosa che il paziente non vuole (ad esempio, con una mano ci si abbottona la camicia, mentre l'altra la sbottona).

- **Aprattoagnosia o aprassia acinetica.** Si tratta di un disturbo dell'azione che può dipendere:

1. da un mancato riconoscimento del proprio corpo (**somatoagnosia** come perdita della nozione di tutto o parte del corpo proprio, disturbo dello schema corporeo che accade talvolta per l'arto emiplegico sinistro – **anosognosia**);

2. da disturbi della percezione (**agnosie**): visiva (**agnosia dell'insieme** come incapacità di descrivere la situazione raffigurata in un quadro), uditiva non verbale (**amusia** per la musica), tattile (**astereo-gnosia**), somatica (**autotopoagnosia** o **somatotopoagnosia** come perdita della capacità di orientare il proprio corpo o di riconoscerne l'orientamento generale e tra le varie parti; **agnosia digitale** come incapacità di nominare, senza vederlo, il dito toccato) e olfattiva;

3. da un deficit delle capacità d'azione e gestuali (**aprassia**), dove viene a mancare il legame tra il fare e il sapere che cosa si deve fare.

2) Interpretazione complessiva delle Disprassie di sviluppo

Prima che recenti studi di Neuroscienze e, in particolare, di Neuropsicologia avessero definitivamente unificato i quadri nosologici sotto un'interpretazione generale, per avvicinarsi al fenomeno aprassico si poteva attingere a due soli riferimenti: il primo era costituito dall'impostazione neuropsichiatrica dei primi anni del secolo scorso (cfr. bib. n. 3) con le tre Aprassie descritte da H. Liepman (melocinetica, ideocinetica e ideatoria) più l'A. costruttiva, studiata successivamente da K. Kleist, ma quando ancora non erano state definite sul piano neurofisiologico le localizzazioni prevalenti dell'incidente cerebrale causale.

Il secondo, invece, era rappresentato dalla ricca analisi psicopatologica realizzata da De Ajuriaguerra e dal suo gruppo di studio (cfr. bib. n. 4), dove, anche attingendo ampiamente a concetti piagetiani di Epistemologia genetica e ad indicazioni walloniane sul ruolo del movimento nello sviluppo e proponendo una maggior differenziazione tra Aprassie e Disprassie, si perviene anche alla distinzione tra Disprassie destre e sinistre (si faccia riferimento alla figura n. 3) e, soprattutto, si lega strettamente la Disprassia costruttiva ai disturbi cognitivi. Ed, infatti, i bambini disprassici vengono ormai generalmente descritti con presenza di difficoltà particolarmente gravi nella realizzazione di due tipi di compiti: sequenze motorie coordinate e attività grafiche. Questi disturbi determinano fallimenti nella scrittura sia perché il bambino più piccolo si mostra incapace di scrivere le lettere, sia perché quello più grande non controlla pienamente il proprio grafismo e lo spazio del foglio, producendo compiti grafici confusi e pasticciati, con un'evidente interazione negativa dei fattori motori sull'acquisizione delle gnosie specifiche della scrittura.

Oggi, tuttavia, il quadro generale è stato ulteriormente chiarito, secondo le indicazioni di G. B. Camerini e C. De Panfilis (Op. Cit. nell'Introduzione) dall'impostazione di M. Jeannerod che permette di distinguere le Disprassie, come disturbo primario, da quelle disorganizzazioni dell'attività prattognosica che si riscontrano in altre condizioni patologiche quali il Ritardo Mentale, i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo e taluni Disturbi di Personalità, dove si realizzano invece come disturbo secondario. Tale modello imposta una struttura gerarchica, da applicare generalmente e non più soltanto con esplicito riferimento ad una gestualità volontaria (transitiva, intransitiva con significato e intransitiva senza significato) attivata come risposta ad una richiesta esplicita, dove sussistono tre livelli di intervento nel versante della realizzazione del gesto (in questo senso si trascura per il momento il versante dell'analisi della situazione del soggetto o della sintesi afferente, non mancando, però come vedremo, di operare sui suoi esiti e sui suoi materiali, operazione concessa dall'interpretazione modulare della mente, cfr. bib. n. 6):

- il piano superiore effettua la progettazione del gesto in piena consapevolezza, utilizzando elementi concettuali e linguistici per sovrintendere alla costruzione ideativa del medesimo, cioè quel pensiero che non è altro che il linguaggio interno che sostiene l'azione. Questo piano cade per deficit intellettuale (Ritardo Mentale) o per problemi affettivi (Disturbi Pervasivi dello Sviluppo come la Sindrome di Asperger, ovvero nei Disturbi di Personalità come nel Disturbo Schizoide).

- Il piano intermedio definisce la programmazione modulare dell'azione senza intervento di alcuna consapevolezza della medesima, ma in modo del tutto automatico. È deficitario nelle disfunzioni neuropsicologiche specifiche come le Disprattognosie (Aprassie e Disprassie dello sviluppo), anche se (sempre per gli AA. citati) può comparire, come Disfunzione dei canali visuomotori, anche in condizioni contraddistinte da Ritardo Mentale come la Sindrome di Williams.

- Il piano inferiore attua la strategia individuata da quello intermedio per realizzare lo scopo definito da quello superiore secondo differenti livelli di consapevolezza. Si presenta deficitario nelle situazioni di

Goffaggine, sia quelle “pure” che quelle combinate con un Disturbo Specifico dello sviluppo (frequente l’associazione con il Disturbo di Apprendimento della Lettoscrittura). Caratteristica generale, poi, di questo livello è di trovarsi in una situazione di doppio legame a causalità incrociata con i piani superiori, perché se, da un lato, può disorganizzare il tono di base e il feedback percettivomotorio che costituiscono i materiali principali per la determinazione della Sintesi afferente su cui devono lavorare i due piani superiori per realizzare il loro compito, andando in definitiva a disorganizzare la progettazione, a sua volta può essere determinato, come nella condizione di Goffaggine, da carenze di trattamento dell’informazione a carico dei piani superiori che impediscono soprattutto la realizzazione di gesti nuovi ancora in fase di apprendimento.

Proseguendo su questa strada si stanno manifestando due tendenze nella ricerca: da un lato per alcuni AA. ogni supposta specificità delle Disprassie dello Sviluppo sta progressivamente svanendo nella confluenza con il più ampio Disturbo di Sviluppo della Coordinazione, nel DSM IV, o con il Disordine Specifico dello Sviluppo della Funzione Motoria, nell’ICD 10, dove, pur distinguendosi nettamente dal Ritardo Mentale e da ogni Patologia Neurologica, può mostrare, al pari di altre situazioni di deficit di ordine psicologico generale, nette difficoltà in compiti motori, di attenzione e di linguaggio orale e scritto, sconfinando di fatto nel campo del Ritardo Psicomotorio, tanto che la diagnosi di Disprassia può avere luogo quando il soggetto sia sotto di due deviazioni standard in un test standardizzato di coordinazione fine o grossa rispetto alla sua età cronologica. Altri AA., invece, pur ammettendo una forte presenza di comorbidità tra Deficit di Attenzione, Disordini di Lettura e Scrittura e Disprassie di sviluppo, ne stanno cercando gli aspetti peculiari per una diagnosi differenziale mantenendosi nell’alveo della tradizionale origine delle Aprassie.

3) I Problemi Specifici dell’Apprendimento

Più volte citati, a rimarcare l’ampia sovrapposizione che sussiste con le Disprassie e le altre problematiche dello sviluppo, i Problemi Specifici dell’Apprendimento ormai hanno assunto una rilevanza notevole per la scuola e le istituzioni ad essa correlate, dal momento che riguardano generalmente soggetti molto più intelligenti di quanto il loro rendimento scolastico non dica e che perciò sono potenzialmente destinati a sviluppare altri problemi, perché quando un bambino con un quoziente intellettuale adeguato incontra delle difficoltà spesso sviluppa disagi emotivi che possono manifestarsi nei modi più vari, dall’aggressività all’isolamento, da lievi tic a lievi balbuzie, fino alla depressione anche nelle forme più gravi.

Si rende, però, necessario distinguere le difficoltà di apprendimento che uno studente su cinque in Italia attualmente e sull’intero arco istituzionale della scuola mostra (con una frequenza doppia circa per i maschi rispetto alle femmine e con cause che vanno da situazioni socioculturali deprivate, attraverso configurazioni deficitarie di personalità, di autostima e di motivazione, fino ai veri e propri handicap), dai Problemi veri e propri, definiti come “un gruppo eterogeneo di disordini che si manifestano con significative difficoltà nell’acquisizione e uso di abilità di comprensione del linguaggio orale, espressione linguistica, lettura, scrittura, ragionamento o matematica. Questi disordini sono intrinseci all’individuo, presumibilmente legati a disfunzioni del sistema nervoso centrale e possono essere presenti lungo l’intero arco di vita”.

La definizione citata da C. Cornoldi (cfr. bib. n. 6), poi, prosegue dicendo che possono associarsi a tali manifestazioni anche problemi relativi all’autoregolazione⁹ del comportamento e all’interazione sociale¹⁰, ma queste condizioni associate di per sé non costituiscono i Problemi di Apprendimento. Poiché queste situazioni sono state dapprima considerate soltanto dalla scuola e da Pedagogisti, ma solo più tardi hanno interessato la sanità, con Medici e Psicologi, e si trovano, inoltre, ancora in piena strutturazione concettuale a seguito delle ricerche in corso, è molto probabile che nei termini e nei riferimenti delle varie istituzioni possano sussistere ampie zone di scarsa chiarezza. Per tale motivo è necessario utilizzare un unico quadro di riferimento, come il DSM IV (per un approccio al Manuale degli psichiatri nordamericani è possibile consultare la bib. n. 7) che

⁹ Autoregolazione è la capacità di ciascuno di controllare autonomamente il proprio comportamento tenendo conto dell’interazione con gli altri.

¹⁰ Interazione sociale è la capacità di stare con gli altri, basata sulla capacità di comprendere ciò che gli altri ci comunicano più o meno intenzionalmente (Percezione sociale).

propone una classificazione su quattro elementi: a) disturbo specifico dell'apprendimento generalizzato; b) disturbo specifico di lettura; c) di scrittura; d) di calcolo.

• **Disturbo dell'apprendimento scolastico** si ha quando il soggetto incontra marcate difficoltà diffuse a tutto l'apprendimento scolastico e presenta delle caratteristiche come: immaturità complessiva, disomogeneità nelle prestazioni connesse alle diverse abilità scolastiche, difficoltà nel comprendere, ritenere ed argomentare i concetti, concentrazione e attenzione labili e comunque troppo brevi, difficoltà nelle principali operazioni dell'apprendimento come classificare, generalizzare i concetti, dedurre, astrarre, sintetizzare ecc. Ad una osservazione approfondita si osservano povertà lessicale, carenze morfologico-sintattiche, difficoltà nella comprensione di un testo; il soggetto non si esprime con proprietà, non sa raccontare con ordine e con precisione lessicale le sue esperienze personali, non sa dare senso agli avvenimenti esterni alla sua esperienza, non coglie le relazioni di causa-effetto. Il ragionamento logico-matematico è deficitario e si possono evidenziare disturbi nella lettura e nella coordinazione motoria.

• **Disturbo specifico di lettura o Dislessia** quando un soggetto intelligente, con un linguaggio ben strutturato, che si esprime e interagisce con gli altri con disinvoltura, di fronte ad un testo scritto diventa insicuro e agitato. La dislessia è un disturbo specifico della lettura strumentale¹¹ che coinvolge anche la scrittura e può manifestarsi facendo emergere sostituzioni, elisioni e inversioni di lettere, confusione fra suoni omologhi (cfr. bib. n. 8). Il ritmo della lettura è alterato e lento; il soggetto nel leggere si ferma ad ogni parola, frase o scandisce lettere e sillabe perché presenta una competenza fonologica insufficiente (per carenza nel riconoscimento, ripetizione e velocità di articolazione dei suoni delle lettere dell'alfabeto, cfr. bib. n. 9). Ma la D. (meglio, in questo caso, "disturbo di comprensione del testo") può anche manifestarsi come capacità di tenere un ritmo veloce di lettura, ma senza raccogliere alcun senso da ciò che si legge e senza rispettare l'intonazione della frase. In questo caso il soggetto ha raggiunto le capacità minime per la decodifica fonologica, ma mostra di non essere capace di memorizzazione e rielaborazione degli elementi fondamentali del testo (può ulteriormente riverberarsi nei più generali "problemi di studio"). La D. in genere è diagnosticata nei primi anni della scuola elementare e può derivare da un "disturbo specifico del linguaggio" già presente negli anni prescolastici (cfr. bib. n. 10).

• **Disturbo specifico di scrittura o Disgrafia e Disortografia** Il soggetto disgrafico mostra difficoltà nella riproduzione dei segni grafici alfabetici e numerici, quello disortografico commette numerosi errori nella scrittura di parole, di frasi e di periodi o testi (cfr. bib. n. 11). Nella scrittura di parole, ad esempio, inseriscono elisioni, sostituzioni, inversioni, assenza di doppie; nella scrittura della frase e del periodo, alterazioni della struttura sintattica, cattivo uso dei funzionali (le desinenze), dei tempi e dei modi dei verbi, elisione di parole intere, disordine temporale nella descrizione degli eventi. Il soggetto, a volte, non separa le parole ed usa in maniera errata la punteggiatura e la sillabazione (per approfondimenti cfr. bib. n. 12).

• **Disturbo specifico di calcolo o Discalculia.** Nei soggetti con rilevanti disturbi di calcolo sono presenti deficit nel concetto (cardinale, ordinale e insiemistico) di numero, nelle abilità logico-matematiche (comprensione e formalizzazione del problema, applicazione delle strategie di risoluzione, applicazione degli algoritmi di trasformazione e semplificazione ecc), nelle abilità di calcolo e nel ragionamento aritmetico (valore posizionale delle cifre e allineamento, uso degli operatori e dei riporti ecc.). Alla base dei vari errori per C. Cornoldi, più che carenze nelle conoscenze, sussistono difficoltà di memoria, in particolare della "memoria di lavoro", e del controllo metacognitivo, nonché carenze nella comprensione del testo. Per approfondimenti sulla D. si consulti la bib. n. 13.

Bibliografia del secondo paragrafo:

1) G. B. Camerini e C. De Panfilis, PSICOMOTRICITÀ DELLO SVILUPPO, Carrocci Faber Roma 2003, pag. 188

¹¹ Lettura strumentale è la capacità di riconoscere tutti i grafemi di un testo scritto e di trasformarli nei fonemi dell'enunciato verbale (Disturbo di decodifica). Si contrappone a lettura funzionale, come capacità di leggere solo le parole relative ad un contesto specifico e secondo scopi determinati.

- 2) A. Banche, APRASSIA, materiali tratti da www.psicopedagogika.it.
- 3) G. Benedetti, SEGNO SIMBOLO LINGUAGGIO, Boringhieri Torino 1977, da pag. 287 a pag. 307.
- 4) J. De Ajuriaguerra et Alii, LE DISPRASSIE NEL BAMBINO , in AA. VV. Clinica della Psicomotricità, Feltrinelli Milano 1981, da pag. 172 a pag. 253.
- 5) J. A. Fodor, LA MENTE MODULARE, Il Mulino Bologna 1988.
- 6) C. Cornoldi, LE DIFFICOLTÀ DI APPRENDIMENTO A SCUOLA, Il Mulino BO 1999 da pag. 30
- 7) G. Fava Vizziello, PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO, Il Mulino Bologna 2003
- 8) A. Jadoulle, APPRENDIMENTO DELLA LETTURA E DISLESSIA, Armando Roma 1968
- 9) C. Merini, I PROBLEMI DELLA SCRITTURA, Bollati Boringhieri Torino 1991, C. Zuccheromaglio, GLI APPRENDISTI DELLA LINGUA SCRITTA, Il Mulino Bologna 1991 e P. Meazzini, LA LETTURA NEGATA, Franco Angeli Milano 2002
- 10) G. Pinto, DAL LINGUAGGIO ORALE ALLA LINGUA SCRITTA, La Nuova Italia Scandicci '93
- 11) Materiali tratti da www.ctla.it/patologie
- 12) G. B. Camerini e C. De Panfilis, Op. Cit. da pag. 200 a pag. 210
- 13) M. Brodini, LE DIFFICOLTÀ DI APPRENDIMENTO, Del Cerro Tirrenia 1990 e a cura di C. Cornoldi, I DISTURBI DELL' APPRENDIMENTO, Il Mulino Bologna 1991.

§ 3) **Patologie Psicologiche. Le Disabilità Psicomotorie**

1) **Infantilismo e Ritardo psicomotorio. Goffaggine e maldestrezza motoria**

Solo poco più di quarant'anni fa J. De Ajuriaguerra presentava alla IX Assemblea della Società Svizzera di Pedopsichiatria un rapporto, poi divenuto un caposaldo nella letteratura della Neuropsichiatria Infantile e il manifesto dell'Educazione Psicomotoria, dal titolo "Le basi teoriche dei disturbi psicomotori e la rieducazione psicomotoria nel bambino". In tale contributo, discutendo la pubblicistica precedente, l'Autore mentre affermava che "la creazione di una semiologia propria del bambino deve essere il nostro obiettivo", indicava "il debole motorio paratonico e sincinetico" e i "quadri di instabilità psicomotoria" come un nuovo oggetto della Patologia, ma non solo di quella motoria, perché "lo studio di questi disordini ci ha mostrato che i disturbi della sola motilità non permettono di spiegarli e che la psicomotricità può essere considerata in questo caso solo sotto l'angolo della realizzazione di una funzione con le sue componenti spaziali, temporali, affettive" "Le terapie psicomotorie non sono terapie unicamente motorie" ... "non si tratta soltanto di agire sull'abilità, la precisione e la velocità, ma anche sulla organizzazione spazio-temporale e sull'organizzazione dello schema corporeo, modificando il corpo nel suo insieme, nel suo modo di percepire e soprattutto di assumere le afferenze emotive (cfr. bib. n. 1).

Da allora si sono utilizzati indifferenziatamente i termini di "Infantilismo motorio", "Ritardo psicomotorio", "Debolezza motoria" e "Goffaggine" per indicare quelle situazioni che presentano disturbi della percezione del corpo e dell'esecuzione delle azioni senza danno neurologico del movimento e che si traducono in una scarsa capacità di svolgere compiti motori. In verità la diagnosi di "Ritardo Psicomotorio" è usata in forma estensiva per coprire anche forme di ritardo mentale nel bambino molto piccolo, ed è perciò spesso poco congruente proprio con le situazioni dove la carenza è a carico di ideazione, progettazione ed esecuzione del movimento. Vero è che con l'evolversi del soggetto in piena dinamica di sviluppo (in particolare dai 6 ai 10 anni) il ritardo psicomotorio o viene recuperato autonomamente o si cambia in altre condizioni problematiche (Ritardo Mentale, Problemi di Apprendimento, Disturbo Pervasivo dello Sviluppo).

Prima dei 6 anni, tuttavia, questo disturbo assume un ruolo proprio e di reale importanza e che non consiste tanto nell'incapacità di assumere schemi motori e posturali elementari (di base), quanto piuttosto progetti motori complessi. Alcune carenze probabilmente hanno importanza molto maggiore per comprendere la

natura del deficit: si tratta, infatti, da un verso di disturbi dell'organizzazione e dell'interpretazione degli stimoli sensoriali che provengono dall'interno e dall'esterno, essenziali per costruire un corretto e finalizzato progetto motorio; ma, per altri versi, emergono difficoltà anche nella rappresentazione del gesto concluso, come incapacità di prevedere l'esito dell'azione.

La scuola di De Ajuriaguerra ha approfondito molti aspetti della condizione di Debolezza motoria, mettendo sotto analisi la lateralità, il tono di base, lo schema corporeo, le paratonie e le sincinesie, le prassie in relazione allo sviluppo cognitivo ecc. e pervenendo anche ad alcuni assunti per i trattamenti di educazione psicomotoria che, fondate le necessarie condizioni di rilassamento e controllo locale e globale del corpo, fanno leva progressivamente su processi metacognitivi di percezione-attenzione-formulazione dei comportamenti orientati, per costruire modalità alternative di categorizzazione e di elaborazione dell'esperienza corporea, di supporto alla realizzazione dell'azione anche in bambini con gravi difficoltà psicomotorie e in pieno collegamento con le dinamiche emotivo-relazionali e le competenze cognitive. Per una rassegna dei vari trattamenti cfr. bib. n. 2.

2) L'iperattività e i disturbi dell'attenzione

L'iperattività generalmente è contraddistinta da alcuni comportamenti come l'irrequietezza continua, l'incapacità di stare fermo in un posto o in una posizione, l'incapacità di svolgere per un certo tempo la stessa attività e talvolta dall'eccessiva loquacità (cfr. bib. n. 3). Gli allievi iperattivi sono considerati un problema all'interno della loro scuola, perché sono fonte di un disturbo continuato per il docente e sono difficili da contenere anche da parte di un docente preparato appositamente e ad essi dedicato. E generalmente la stessa situazione si riscontra anche in famiglia, con genitori spesso giunti al limite della sopportazione, nonostante l'affetto indubbio per il figliolo. Sono, in tal senso, pochi gli adulti che tentano di comprendere questi soggetti, che li aiutano a superare le loro difficoltà e si mostrano tolleranti nei confronti del loro modo di essere. Il più delle volte nella scuola tali alunni vengono visti come elementi di disturbo e gli unici interventi nei loro confronti sono di rimprovero e talvolta anche di allontanamento dall'istituzione medesima.

Come per i Problemi di Apprendimento, anche in questo caso, però, è necessario distinguere un comportamento genericamente instabile, oggi ampiamente presente nelle caratteristiche degli allievi della scuola postmoderna (come abbiamo ricordato in un altro testo, per G. Fava Vizziello si tratta di un'accelerazione che ha portato negli ultimi venticinque anni da una presenza dell'instabilità per il 10% a quella attuale per il 50% circa dei soggetti in età evolutiva rilevata attraverso screening sulla popolazione generale) e sulle cui cause rimandiamo a pubblicazioni di Psicopatologia, dalla sindrome specifica del "Disturbo da Deficit di Attenzione – con Iperattività" (o ADHD per il DSM-IV).

I soggetti che portano tale disturbo, infatti, presentano due gruppi di sintomi che possono sussistere insieme o separatamente: uno riguarda la disattenzione, come incapacità di cogliere i particolari, di sostenere fino alla fine le azioni intraprese, di continuare in un impegno per un certo tempo, in altre parole come se tali soggetti fossero sempre disattenti, e l'impulsività, come difficoltà ad organizzare un'azione complessa, ad attendere il proprio turno, a procrastinare la gratificazione o l'azione. L'altro, invece, concerne l'iperattività, l'irrequietezza, l'instabilità per cui tali soggetti sono sempre in movimento. La diagnosi medica si basa sulla frequenza delle presenze di comportamenti ricorrenti secondo una tabella di osservazione standard e, paradossalmente, preoccupa di più il deficit di attenzione senza iperattività che quello con iperattività, giacché questo stato di continua agitazione funziona da segnale nei confronti dell'adulto che non può fare a meno di occuparsene, mentre nei confronti di chi non lo presenta, l'adulto è reso meno vigile. Le difficoltà di attenzione, spesso presenti nei soggetti iperattivi, infatti, possono comparire anche in bambini apparentemente tranquilli, perciò la loro individuazione avviene dopo un periodo di vari mesi di osservazione di quasi tutte le seguenti manifestazioni:

- errori di distrazione
- difficoltà di attenzione sostenuta
- difficoltà a seguire le istruzioni

- difficoltà ad organizzare i compiti
- fuga dagli impegni eccessivi
- smarrimento di oggetti
- sbadataggine
- facile distraibilità
- tendenza a rispondere precipitosamente
- invadenza
- incapacità di aspettare il proprio turno.

La valutazione diagnostica viene eseguita attraverso le testimonianze di chi ha la possibilità di osservarlo quotidianamente (insegnanti e genitori) e con la somministrazione individuale di alcune prove:

- prova di attenzione visiva prolungata
- prova di controllo dell'impulsività
- prova di controllo della memoria
- prova di controllo esecutivo.

Gli studenti che presentano carenze di attenzione con o senza iperattività, come abbiamo detto, possono realizzare cattivi risultati a scuola, dovuti alle punizioni disciplinari, alla perdita di ore di lezione (conseguenza del comportamento irrequieto), alla difficoltà di autocontrollo del proprio pensiero per incapacità di mantenere a lungo l'attenzione, all'impulsività ecc., ma possono sviluppare anche problemi soprattutto dell'area gnosoprassica (evidenziabili con l'esame psicomotorio del Vayer), cioè può accadere che tali alunni, in genere pur dotati di un'intelligenza nella norma, sviluppino Problemi Specifici di Apprendimento (cfr. bib. n. 4).

Bibliografia

1. J. De Ajuriaguerra, LE BASI TEORICHE DEI DISTURBI PSICOMOTORI E LA RIEDUCAZIONE PSICOMOTORIA NEL BAMBINO, in AA., *Clinica della Psicomotricità*, Feltrinelli Milano 1981, da pag. 123 a pag. 136.
2. B. Di Suzio, L'EDUCAZIONE SENSO-PERCETTIVA, La Scuola Brescia 1971, AA. VV. PERCEZIONE E PSICOMOTRICITÀ, Organizzazioni Speciali Firenze 1978, P. Cazzago, PSICOMOTRICITÀ E SPAZIO-TEMPO, La Scuola Brescia 1984, F. Boscaini, APPROCCIO PSICOMOTORIO E INTERVENTO EDUCATIVO-RIEDUCATIVO, Libreria Universitaria Verona 1987, E. Trucco Borgigno, DALL'OSSERVAZIONE AL PROGETTO TERAPEUTICO, Omega Edizioni 1992 e AA. VV., PSICOPEDAGOGIA DEL MOVIMENTO UMANO, Armando Roma 1993.
3. A. Banche, IPERATTIVITÀ, materiali tratti da www.psicopedagogika.it
4. S. Calzolari e K. Ciuffi Waldbauer, DIFFICOLTÀ DI CONTROLLO PERCETTIVO-MOTORIO IN BAMBINI CON DISTURBO DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ: IMPLICAZIONI SCOLASTICHE, in "Difficoltà di Apprendimento" n. 3 febr. 2003 da pag. 361 a pag. 378.

Capitolo nono: **Progettare L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA**

§ 1) **Dalla Riabilitazione (funzionale) all'Educazione**

1) La Riabilitazione

Come abbiamo visto in precedenza, l'educazione degli alunni portatori di handicap si è realizzata da principio solo grazie alla guida scientifico-culturale e alla conseguente concezione del trattamento (sanitario) della Medicina. E per taluni versi questa si presta particolarmente a tale compito, giacché bisogna considerare come la pratica medica si adempia in quattro diversi settori operativi, quello della prevenzione, quello della diagnosi, quello della terapia e quello della riabilitazione. La riabilitazione o prevenzione terziaria ha la finalità di risolvere le conseguenze della malattia e reinserire il soggetto nella società al pari di tutti gli altri, pertanto solo parzialmente si realizza in ambiente sanitario, per quanto ancora rimane legato alla terapia, prevedendo tutto un settore sociale d'iniziativa che si realizza anche all'interno di altre istituzioni, in particolare quelle educative e lavorative. Anche se, in un campo come quello dell'handicap (e poi in particolare in quello concernente l'handicap psichico) dove l'aspetto sociale e culturale è decisivo, come abbiamo visto, più che non quello della minorazione funzionale o della disabilità vera e propria, una netta distinzione tra terapia e riabilitazione sanitaria da un lato e terapia e riabilitazione sociale dall'altro non sussiste.

Tenendo sempre presente quanto già detto all'inizio circa la differenza tra disabilità e handicap, si può affermare che generalmente le tecniche di riabilitazione sono destinate più a ridurre l'entità delle disabilità che ad aumentare le capacità residue, e per far ciò impostano l'intervento sulla "normalizzazione degli atti", o ripetendo il percorso dello sviluppo delle funzioni, o vicariando le capacità funzionali impediti, o cancellando comportamenti per imporne altri. E anche l'educazione scolastica, in carenza di un proprio tessuto culturale psicopedagogico, si è in passato (ma anche tuttora) riferita abitualmente a queste tecniche riabilitative, come indica chiaramente la scheda su CONCEZIONI SOTTESE A DIVERSI TRATTAMENTI PSICOMOTORI PER IL RECUPERO DEGLI HANDICAPPATI di pag. 18 che descrive alcuni dei trattamenti tra i più conosciuti e utilizzati negli anni '70 e '80 sia direttamente nella scuola, che anche nella formazione dei docenti, relativi all'intervento psicomotorio, e quindi di particolare interesse per il docente di Scienze Motorie o di Sostegno.

Ma sono proprio questi gli interventi che si devono realizzare nella scuola? Personalmente non lo credo, sono invece convinto che l'applicazione di un trattamento riabilitativo (o anche rieducativo che può significare la medesima cosa) nell'istituzione scolastica possa avvenire solo a carico del personale sanitario che, nel rispetto della normativa vigente, è tenuto a rispondere a proprie formule deontologiche ed a perseguire propri obiettivi (cfr. bib. 2 e tutta la prospettiva del PEI integrato, così come espresso dalla Legge Quadro e dall'Atto d'indirizzo alla Sanità in materia di alunni portatori di handicap), mentre il personale scolastico deve, invece, realizzare un'iniziativa educativa all'interno di quelle regole pedagogiche che presiedono a qualunque atto educativo.

Non va sottaciuta, infatti, la gran differenza che può sussistere tra questi due tipi d'intervento, anche se per altri versi possono sussistere ampi scambi nella elaborazione teorica e nella formulazione tecnica che tuttavia devono, poi, essere piegate a diverse logiche quando vengano utilizzate rispettivamente nell'altro campo. In particolare le elaborazioni scientifiche che sono sviluppate in ambito psicoterapeutico, hanno costituito spesso l'unico riferimento alle elaborazioni pedagogico-didattiche, tanto che è solo nel confronto con queste che la prassi scolastica si è evoluta, ma ciò non significa che l'appiattimento pedissequo sull'assimilazione riproduttiva di tali tecniche da parte della scuola non manifesti fondamentali mancanze riguardo alle finalità proprie di quest'istituzione. In tal senso il confronto pedagogico e metodologico fra intervento riabilitativo e intervento educativo è del tutto necessario e imprescindibile anche nello scenario disegnato dalle nuove tecniche educative e didattiche.

2) L'Apprendimento (Mediato) in testa allo Sviluppo (Funzionale)

In realtà, come abbiamo già detto, la scuola è esperienza di vita e nel corso di questa esperienza quotidiana le funzioni cognitive (della percezione, della motricità, della comprensione, della conoscenza, della comunicazione, della memoria, dell'intuizione, della creatività ecc.) si sviluppano nella produzione scolastica in

connessione con quelle non cognitive (emotivo-affettive, espressivo-relazionali e sociali) nel vivo del rapporto interattivo tra le persone, solo che si lasci che questa interazione avvenga e che abbiano luogo le motivazioni all'agire relazionale e comunicativo. In questo senso si può aprire, con l'appropriato comportamento insegnante, una spirale di relazione e comunicazione che diventano di volta in volta causa e obiettivo dell'agire e concio stesso dell'apprendimento e dello sviluppo.

Non sussiste, perciò, alcuna necessità di una normalizzazione preventiva degli atti prima del loro utilizzo nell'apprendimento, ma gli atti si possono normalizzare solo attualizzandosi in un apprendimento già integrato ed anche complesso, il che non vuol dire difficoltoso, ma globale, anche nel compito più facile da affrontare. Ciò costituisce proprio tutto l'opposto dell'apprendimento elementarizzato tipico della Pedagogia speciale o della Riabilitazione. Quando, poi, così facendo l'individuo arriva ai limiti delle proprie risorse e non ce la fa, subentra allora l'apprendimento mediato dal gruppo (e dal docente di riferimento) che sostiene e porta avanti il progresso individuale fino ad entrare in quella che è stata chiamata l'area potenziale dello sviluppo dell'individuo. E ciò può (e dovrebbe) accadere non solo per l'alunno portatore di handicap, ma per ciascun alunno, abbattendo una volta per tutte gli steccati che distinguevano la didattica per l'apprendimento nei "normali" e la didattica differenziale per i "disadatti alla scuola".

Questo è, certamente, un concetto della Pedagogia dell'integrazione totalmente diverso da quelli espressi dalla Pedagogia speciale e dei vari Trattamenti riabilitativi, nel senso che mentre questi ultimi pongono l'apprendimento in coda allo sviluppo, e per di più considerano lo sviluppo come maturazione delle strutture organiche, ponendo l'individuo in posizione del tutto succube da un lato all'ereditarietà biologica, e dall'altro all'influsso dell'ambiente; la prima, invece, pone l'apprendimento in testa allo sviluppo e concepisce questo come il risultato, tra le tante forze che interagiscono, anche dell'iniziativa del soggetto per partecipare alla vita sociale della sua comunità, sia sul piano della relazione con gli altri, che su di quello della produzione in collaborazione con gli altri (e in tal senso intervengono i docenti, sia in dimensione cognitiva e relazionale, ma soprattutto in quella metacognitiva). L'apprendimento (socializzato e collaborativo) diventa così lo strumento principale per una partecipazione sempre ad un livello qualitativamente più alto (cfr. bib. n. 3) e in tal senso si pone come premessa del vero sviluppo dell'individuo: l'integrazione dell'apprendimento (sociale) diventa la premessa dello sviluppo individuale, in altre parole si ribalta così completamente la concezione della normalizzazione e del trattamento riabilitativo.

Ma c'è un altro elemento di notevole stacco con la concezione di una Pedagogia speciale, e consiste nella tendenza a far scomparire la diversità dell'handicappato, o quanto meno a non evidenziarla. Ciò paradossalmente può accadere solo quando si sia capaci di considerare ciascuna persona come normale, e non per negare la differente dotazione personale, ma perché deve diventare normale che ciascuno possa partecipare all'esperienza scolastica al proprio livello di capacità senza essere discriminato ed emarginato. La scuola deve offrire gli strumenti per realizzare lo sviluppo massimo possibile di ciascuno e lo sviluppo non può realizzarsi senza questa partecipazione individuale all'esperienza di vita che si realizza nell'apprendimento, ma tale apprendimento non deve divenire l'occasione perché uno possa essere separato dagli altri che hanno differenti capacità. In tal senso il docente e la sua professionalità diventano i mezzi principali per realizzare la partecipazione di ciascun alunno e pertanto anche (e soprattutto) di quella del portatore di handicap.

L'insegnante, conseguentemente, deve essere in grado di servirsi di un metodo d'insegnamento individualizzato e di materiali che possano permettere la partecipazione a diversi livelli operativi; deve, per stimolare la partecipazione, poter utilizzare strategie didattiche basate sulla ludificazione e sull'animazione della lezione. Deve, infine, dopo aver programmato e strutturato la materia d'insegnamento, essere in grado, nel contempo, di seguire il percorso d'apprendimento suggerito dall'agire degli alunni (cfr. il concetto di programma personale del bambino in bib. n. 4) riportandolo senza forzature a quello prefissato dalla sua programmazione. Quando poi le caratteristiche di differenziazione del processo didattico per l'alunno in situazione di handicap non consentono un approccio interno (di individualizzazione) alla classe intera, si tratta allora di lavorare nel gruppo protetto, gruppo di media consistenza (da sette a tredici alunni circa), o piccolo gruppo (da tre a sei componenti) appositamente predisposto per estrapolazione dalla classe o dalle classi

parallele, al fine di inserire in situazione di apprendimento l'alunno portatore di handicap medio o grave con un progetto educativo individualizzato, con lo scopo cioè di toccare, tramite l'apprendimento provocato dall'interazione di gruppo, l'area dello sviluppo potenziale dell'alunno handicappato; mentre per tutti gli altri componenti l'esperienza di questo lavoro può collocarsi a diversi livelli di funzionalità, fino a rimanere, comunque, almeno momento di socialità e gioco, cioè di interazione ludica, aperta e motivante alla ricerca e all'invenzione di significati al livello di qualunque operatività delle dimensioni cognitive e non cognitive ci si voglia porre.

L'ultimo aspetto che mi preme di evidenziare è che, dopo aver utilizzato materiali e contenuti didattici flessibili che abbiano permesso a ciascuno di esprimersi e produrre con l'azione ad un livello consono alle proprie capacità pur nella collegialità/collettività dell'agire educativo, o dopo aver forzato lo sviluppo con un apprendimento mediato dal gruppo, e comunque sempre, anche dopo prassie spontanee e totalmente libere, deve intervenire un momento di passaggio dal vissuto al rappresentato, per sviluppare progressivamente sul piano cognitivo prima e metacognitivo poi, per quanto possibile e pedagogicamente adeguato, quelle procedure neuro e psicomotorie che si sono in precedenza prodotte spontaneamente o sotto la guida esterna nell'affrontare i compiti collaborativi. L'impegno costante del passaggio dal vissuto al rappresentato si può compiere col linguaggio verbale, sia orale che scritto, tuttavia si realizza più compiutamente utilizzando anche tutti i sistemi di segni non verbali (prassici, iconici, sonoro-musicali e multimediali), per tale motivo risulta importante disporre di una tassonomia generale dei linguaggi non verbali (cfr. bib. n. 5) e di qualche rudimento di didattica pratica ad essi inerente.

Per compiere tale passaggio è favorevole la ricostruzione dell'itinerario realizzato secondo una didattica induttiva. È opinione comune, infatti, che una didattica deduttiva, basata sulla trasmissione formalizzata della visione della realtà, acuisca le difficoltà in chi soffre già di problemi di comprensione linguistica e semantica (come di solito accade nei disabili mentali). Mentre, invece, indurre l'apprendimento attraverso l'uso dei diversi canali percettivi e poi operare e far operare la conoscenza personale con ampio uso di manualità sono i modi che possono realizzare proprio quei mediatori sensomotori, iconici, ritmicofonici e psicomotori essenziali alla creazione dei significati (cfr. G. Rizzolatti e C. Sinigaglia, *So quello che fai*, Raffaello Cortina Milano 2006). Tali mediatori poi, con la progressiva normalizzazione realizzata in lingua e negli altri codici formali, possibilmente mediante interazione di docente e discente, ovvero tra discenti, permettono di conseguire, come risultato finale, competenze di comprensione che, diversamente, possono essere considerate soltanto un prerequisito, selezionando di fatto chi non le possiede.

Per questi motivi, dunque, è possibile concludere che la didattica di classe di tipo induttivo permette, anche in un ambiente d'apprendimento non più globale e caratterizzato perciò da diversi impianti epistemologici (contenuti, metodi, operazioni e linguaggi delle discipline) come quello degli ultimi anni della scuola primaria nel passaggio alla secondaria, un'integrazione finalizzata allo sviluppo continuo nella comprensione, nell'ideazione e nell'apprendimento del disabile, non scollegata nel contempo dalle altre dimensioni dello sviluppo (nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione). Ciò vuol dire anche che la didattica di tipo induttivo permette l'integrazione nelle attività comuni senza dover relegare l'apprendimento del disabile a momenti individuali e nell'unico rapporto col docente di sostegno, la qual cosa consiste di fatto in una costante espulsione dalla classe, mentre le norme ribadiscono per il disabile la necessità di percorsi realizzati in seno alla propria classe (sentenza 226/01). Poi sussiste tutto un terzo modo della produzione ideativa, quello del processo d'inferenza per metafora, che si rinviene più diffusamente nel lavoro cooperativo di piccolo gruppo e a certi livelli di competenza (più per diversamente abili, che per disabili). Tale processo d'ideazione creativa può saldare quelle cesure che dovessero ancora residuare nei primi due modi, anche se richiede appropriate modalità didattiche laboratoriali.

3) Tre tecniche educative per l'integrazione scolastica

Le tecniche d'integrazione più recenti fanno riferimento a tre prospettive educative di notevole importanza: la modifica del comportamento; l'apprendimento collaborativo e i potenziali individuali di apprendimento. Gli ultimi due sono rivolti a tutti i soggetti in educazione e in tal senso hanno trovato applicazione anche per gli allievi con problemi e per quelli superdotati.

Le tecniche della Modifica del Comportamento, di chiara matrice comportamentista, sono anche chiamate Tecniche comportamentali; si fondano su un primo fondamentale bilancio di opportunità educative e su di un'analisi funzionale del comportamento (e della comunicazione, cfr. bib. n. 6) cui seguono le diverse applicazioni per far comparire i comportamenti voluti o cancellare quelli non desiderati (cfr. bib. n. 7):

a) il Rinforzamento (covert, positivo e negativo) per aumentare la frequenza di un comportamento già in repertorio e l'Estinzione (covert), la Desensibilizzazione sistematica e il Flooding per ridurla o eliminarla del tutto, realizzati mediante il dosaggio di rinforzatori positivi o negativi, primari o secondari (condizionati), specifici o generalizzati (Token economy) ecc.;

b) la costruzione di nuove abilità comportamentali con il Modellaggio (Shaping), il Concatenamento (Chaining), la Guida (Prompting) mediante confronto (Matching) o la sua attenuazione (Fading).

c) Le tecniche che aumentano o diminuiscono la probabilità di emissione di un comportamento come la Costruzione di uno stimolo di controllo (Stimulus control), il Rinforzamento differenziale e l'Apprendimento per imitazione (Modeling) ecc.

d) Le tecniche composite come il Training di assertività o affermatività (capacità di riconoscere le proprie esigenze e di affermarle senza pregiudicare i rapporti sociali), il Problem solving ecc.

Le Tecniche di Apprendimento Collaborativo, sia tutoriali che gruppal, hanno antiche radici pedagogiche nella didattica globale per la scuola primaria ed anche nei procedimenti induttivo-deduttivi della scuola media, ora riscoperte anche dal Pensiero psicologico (cfr. bib. n. 8). In tale ambito si può definire un filone più recente basato sulla discussione finalizzata alla costruzione collettiva e all'appropriazione condivisa della conoscenza e della metacoscienza (cfr. bib. n. 9): in tal senso un esempio rivolto all'integrazione dei soggetti con problemi di linguaggio è costituito dal Curricolo continuo coi materiali Ripamonti, specificamente trattato dallo scrivente con la descrizione e le principali modalità d'utilizzo didattico degli undici sussidi che lo compongono (cfr. bib. n. 10)

Ma accanto a questo sussiste tutto un filone di pratiche più vecchie e conosciute, basato sull'attuazione di un progetto espressivo-comunicativo, o di animazione e drammatizzazione o di manipolazione e costruzione o di ricerca d'ambiente, sociale e storica mediante il lavoro per gruppi (cfr. bib. n. 11) ampiamente descritto dai materiali didattici e dalle esperienze nell'ambito dello studio dei sistemi di segni non verbali o dei progetti inter e multidisciplinari.

Il terzo gruppo racchiude i Potenziali Individuali di Apprendimento, tecniche studiate e descritte da A. Canevaro e dal suo gruppo di lavoro (cfr. bib. n. 12) che riguardano (nella prima opera citata in bibliografia) strumenti per l'organizzazione del gruppo classe e strumenti che organizzano le attività, per giungere (nell'ultima opera citata) ad un vero e proprio percorso teso alla presa di coscienza (da cui il nome di "Gestione mentale") e alla contestualizzazione significativa (da cui il nome di "Sfondo integratore") delle azioni didattiche centrate su: l'Identità competente, l'Aiuto reciproco, i Contratti individuali, dagli Stili di studio agli Stili di apprendimento ecc.

È del tutto evidente che tali tecniche sono piuttosto diverse e differenziate in ordine all'applicabilità e alla funzionalità nel progetto d'integrazione. Ma proprio questa differenziazione concettuale di base è utile a coprire il panorama sempre più diversificato delle disabilità e degli handicap, in ordine sia alla gravità che alla tipologia, che caratterizzano gli alunni da integrare nelle classi normali. In tal senso si è reputato necessario partire proprio dalla conoscenza delle tecniche, per poi allargare il discorso a criteri generali di integrazione e dunque a contestualizzare e piegare le potenzialità delle tecniche alle finalità educative dell'integrazione

scolastica. Perciò, mentre si rimanda alla bibliografia per l'approfondimento necessario delle tematiche, qui si discute appena la strategia del lavoro di gruppo, onde far chiarezza metodologica fin dall'esordio.

Come già detto, si tratta proprio di lavorare nel gruppo protetto per toccare, tramite l'apprendimento motorio provocato dall'interazione di gruppo, l'area dello sviluppo potenziale dell'alunno handicappato, mentre per tutti gli altri componenti l'esperienza di questo lavoro può certamente assumere valenza matetica, ma può anche rimanere momento di socialità e gioco. Il lavoro didattico così definito si differenzia: 1) nelle modalità, dal rapporto duale docente di sostegno - alunno handicappato, per favorire in tal modo la giusta interazione del disabile coi compagni, presupposto determinante dell'apprendimento reciproco; 2) nei contenuti, dalla riabilitazione o rieducazione funzionale di impronta medico-sanitaria la quale, operando sulle carenze per ridurle, attende che lo sviluppo funzionale trascini l'apprendimento, mentre nella nostra concezione si vuole l'opposto; 3) nelle finalità, dal lavoro di gruppo scolasticamente inteso, e con ciò mi riferisco sia a quello della lezione partecipata (cfr. il primo modello in bib. n. 13); sia a quello del team teaching per la didattica inter o pluri disciplinare (cfr. bib. n. 14); sia, infine, a quello dell'insegnamento individualizzato (cfr. bib. n. 15 e 16), dove l'allievo con handicap è quasi sempre relegato ad un ruolo strumentale e, comunque, secondario rispetto al nodo centrale dell'attività. In tutti questi diversi tipi di lavoro di gruppo pur utilizzati sovente a scuola, il ruolo dell'alunno handicappato non può ottenere la medesima valenza di quello degli altri, perché è ritagliato sulle sue capacità residue evidenti. In tal modo non sussiste più l'elemento su cui si basa questa strategia didattica, cioè l'interscambio tra i componenti che provoca l'apprendimento reciproco, giacché il soggetto con handicap non è un partner paritetico. Anche se si presta molto di più all'integrazione rispetto alla lezione frontale, rimane, infatti, ancora prevalente nella concezione educativa il livello superiore del compito cognitivo, mentre in realtà per mobilitare le riserve e determinare un vero e proprio apprendimento del gruppo (che è altra cosa dalla somma degli apprendimenti individuali dei singoli componenti, come spiega bene G. Lai in bib. n. 17) si deve porre attenzione al livello sottostante delle dinamiche interattive e relazionali.

4) **Un'Architettura Metodologica Generale per l'Integrazione**

Posto il riferimento iniziale nelle principali "tecniche" d'integrazione educativa, anche per un giusto riconoscimento alle opzioni pedagogiche personali dei docenti oltretutto per la migliore adeguatezza al singolo caso d'integrazione, ora si tratta di definirne le "curvature" che andranno a confluire, concludendo temporaneamente il discorso, sugli "orientamenti progettuali": tutto ciò costituisce il contesto concettuale preprogrammatico generale entro il quale andranno poi calate le fasi della programmazione educativa e didattica sul singolo caso (che risulta dalla collaborazione di più istituzioni, come già detto, e con riferimento alla DF e al PDF) per concludersi con la progettazione del PEI. Si può, infatti, avanzare che, in generale, le proposte didattiche e il programma personalizzato dell'alunno in situazione di handicap, da definirsi da parte del consiglio di classe, devono cominciare a subire una prima curvatura ed un sostanziale orientamento in conseguenza della specificità della tipologia di handicap con cui si ha a che fare. È, infatti, essenziale rendersi conto il più ampiamente possibile delle differenziate caratteristiche di apprendimento e comportamento indotte dalla disabilità e dall'handicap specifici a ciascun handicap. Per avere una prima indicazione in tal senso, si possono consultare i lavori di R. Zavalloni (cfr. bib. n. 18) e di R. Vianello e G. F. Bolzonella (cfr. bib. n. 19) che analizzano le problematiche in modo semplice, ma chiaro, il primo per il versante pedagogico e i secondi per quello psicologico, oppure gli articoli di M. Cannao e G. Moretti (cfr. bib. 20) che evidenziano le dimensioni neuropsichiatriche.

Questa prima curvatura è essenziale per rispondere a criteri di efficacia, cioè per cogliere la specificità del problema di ciascun allievo disabile e programmare per obiettivi, nell'ambito neuro e psicomotorio, che realmente valga la pena di perseguire. Nell'handicap visivo, ad esempio, centrando il lavoro didattico sulla costruzione senso-percettivo-rappresentativo-motoria del reale e sulla dotazione strumentale di base (cfr. bib. n. 21, 22, 23); nell'handicap uditivo cogliendo gli sviluppi del dibattito relativo al linguaggio dei segni e impostando conseguentemente il piano degli apprendimenti con valorizzazione del linguaggio del movimento (cfr. bib. n. 24, 25, 26, 27, 28 e 29). Nei Problemi di Apprendimento e negli handicap intellettivi lievi

disciplinando la percezione e coordinandola alla motricità, riorganizzando l'atto motorio e sviluppandone le consequenzialità pratto-gnosiche (cfr. la bibliografia già citata più bib. n. 30 e 31); negli handicap di tipo psicomotorio predisponendo un ambiente sociale accogliente, capace di assorbire le difficoltà e di restituire stimoli positivi e non sovrabbondanti, pur continuando a lavorare sulla funzione motoria e le sue condotte di base (cfr. bib. n. 32, 33, 34 e 35); negli handicap motori, riprendendo i concetti più elementari e duttili della riabilitazione fisica per costruire, compensare o vicariare le gravi disabilità, a seconda della necessità, e adattare la strumentazione riflessa e automatica di sostegno alla motricità volontaria (cfr. bib. n. 36 e 37); nell'handicap psicotico intervenendo col movimento sulla relazione tra l'alunno disabile e il suo ambiente sociale per favorire l'espressione e la comunicazione col gioco (cfr. bib. 38) o con la terapia psicomotoria (cfr. bib. 39).

Dopo la specificità della tipologia cui appartiene il singolo handicap, un'altra importante curvatura che dimensiona tutto il progetto educativo, tarandolo nella sua globalità, è quella che deriva dal rispetto del livello cognitivo - operativo dell'alunno disabile, con tutte le sue conseguenze sul curriculum e specificatamente ieri sugli obiettivi educativi e didattici, oggi sugli obiettivi formativi. Questo secondo orientamento generale dell'intervento risponde a criteri di efficienza interna al processo scolastico. A questo scopo e in quest'ottica per gli handicap gravi e gravissimi si possono trarre indicazioni dalla pubblicazione curata da P. Rollero e M. Faloppa (cfr. bib. n. 40) che riporta notazioni puntuali sull'osservazione approfondita, la cartella pedagogica, l'organizzazione del PEI ecc. e dall'opera di M. Cannao e G. Moretti già citata, dove, tra l'altro, s'impone il problema degli elementi (ampiamente descritti) su cui deve poggiare la diagnosi funzionale "per ricavare un profilo funzionale ... ponte operativo in direzione del piano d'intervento" (cfr. bib. n. 41). Per gli alunni con handicap medio e leggero sono senz'altro una guida completa ed esauriente sia il testo di G. Benincasa e L. Benedetti (cfr. bib. n. 42), dove si possono trovare ampi riferimenti e spiegazioni sulla diagnosi funzionale, la descrizione del progetto educativo in numerosi casi e, per finire, una discussione dello sviluppo normale dell'individuo con l'analisi di ciascun settore e il quadro complessivo fino a 12 anni, sia il manuale a cura di A. Canevaro (cfr. bib. n. 43) che suggerisce materiali da utilizzare un po' in ogni settore esaminato fin qui.

Data questa bibliografia di riferimento, è necessario riflettere sul problema che la dimensione cognitiva nella seconda curvatura possa risultare, forse, troppo sbrigativamente vincente nel bilancio fondamentale costi - benefici del progetto globale d'integrazione. In tal senso è necessario andare cauti nell'assumerla. Può, infatti, risultare contraddittorio e persino fuorviante trattare il debole intellettuale come un fanciullo di 6 o 7 anni, solo perché presenta delle capacità cognitive a questo livello di sviluppo, pur godendo di uno sviluppo corporeo ed emotivo-affettivo tipico della sua vera età, cioè del preadolescente. E ne sanno qualcosa talune giovani docenti che hanno seguito casi down di questo tipo. Ma è pur vero che questa dimensione è prevalente, tenuto conto delle finalità dell'istituzione scolastica e trattando principalmente dell'apprendimento nell'Istruzione, perciò appare legittimo non prescindere dalla taratura delle capacità cognitive dei suoi utenti.

5) Nuove prospettive dalla classificazione internazionale dell'ICF

Queste nuove prospettive educative e didattiche si collegano anche a quelle espresse dalla nuova classificazione internazionale delle patologie o ICF che sancisce il passaggio dalla prospettiva sanitaria alla prospettiva bio-psico-sociale. La prima classificazione dell'OMS, infatti, è la "Classificazione Internazionale delle malattie" (ICD, 1970) che rispondeva all'esigenza di cogliere la causa delle patologie, fornendo per ogni sindrome e disturbo una descrizione delle principali caratteristiche cliniche ed indicazioni diagnostiche. L'ICD si sviluppò perciò come una classificazione causale, focalizzando l'attenzione sull'aspetto eziologico della patologia. Le diagnosi delle malattie sono, poi, tradotte in codici numerici che rendono possibile la memorizzazione, la ricerca e l'analisi dei dati a carico degli esperti, ma spesso le rendono incomprensibili ai genitori.

EZIOLOGIA
PATOLOGIA

MANIFESTAZIONE CLINICA

Come esemplificato nelle schede della prima parte, l'ICD rivela ben presto vari limiti di applicazione e ciò induce l'OMS ad elaborare un nuovo manuale di classificazione, in grado di focalizzare l'attenzione non solo sulla causa delle patologie, ma anche sulle loro conseguenze: “la Classificazione Internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap” (ICIDH, 1980). L'ICIDH non coglie la causa della patologia, ma l'importanza e l'influenza che il contesto ambientale esercita sullo stato di salute delle popolazioni. Con l'ICIDH si parte ancora dal concetto di malattia inteso come menomazione, ma si sviluppa anche una catena causale in direzione della diminuita partecipazione sociale come conseguenza della limitazione nelle capacità. L'OMS dichiarò, poi, l'importanza di utilizzare l'ICD (in Italia si fa riferimento alla versione 10 del 1992) e l'ICIDH in modo complementare, favorendo l'analisi e la comprensione delle condizioni di salute dell'individuo in una prospettiva più ampia, in quanto i dati eziologici vengono integrati dall'analisi dell'impatto che quella patologia può avere sull'individuo e sul contesto ambientale in cui è inserito.

L'ICIDH è caratterizzato da tre componenti fondamentali, attraverso le quali vengono analizzate e valutate le conseguenze delle malattie:

Menomazione o deficit: s'intende qualsiasi perdita o anomalia, transitoria o permanente, a carico di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche (esteriorizzazione).

Disabilità: s'intende qualsiasi restrizione o carenza (conseguente a una menomazione) della capacità di svolgere un'attività nel modo o nei limiti ritenuti normali per un essere umano. Può avere carattere transitorio o permanente ed essere reversibile o irreversibile, progressiva o regressiva. Essa rappresenta l'oggettivazione della menomazione.

Handicap: s'intende correntemente come una condizione di svantaggio vissuta da una determinata persona in conseguenza di una minorazione. Oggi si conviene che l'handicap è caratterizzato dalla discrepanza fra l'efficienza e lo stato reali della persona e l'aspettativa di efficienza e di stato della stessa persona da parte della comunità in cui il soggetto vive. Handicap, al momento, rappresenta il grado di partecipazione sociale di una persona con menomazione nello svolgimento delle attività.

MALATTIA O DISTURBO MENOMAZIONE DISABILITÀ HANDICAP

Nel 2001 l'Assemblea Mondiale della Sanità dell'OMS ha approvato, infine, la nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (International Classification of Functioning, Disability and Health, o ICF), raccomandandone l'uso negli Stati parti. L'ICF recepisce pienamente il modello sociale della disabilità, considerando la persona non soltanto dal punto di vista “sanitario”, ma promuovendone un approccio globale, attento alle potenzialità complessive, alle varie risorse del soggetto, tenendo ben presente che il contesto, personale, naturale, sociale e culturale, incide decisamente nella possibilità che tali risorse hanno di esprimersi. Fondamentale, dunque, la capacità di tale classificatore di descrivere tanto le capacità possedute quanto le performance possibili intervenendo sui fattori contestuali.

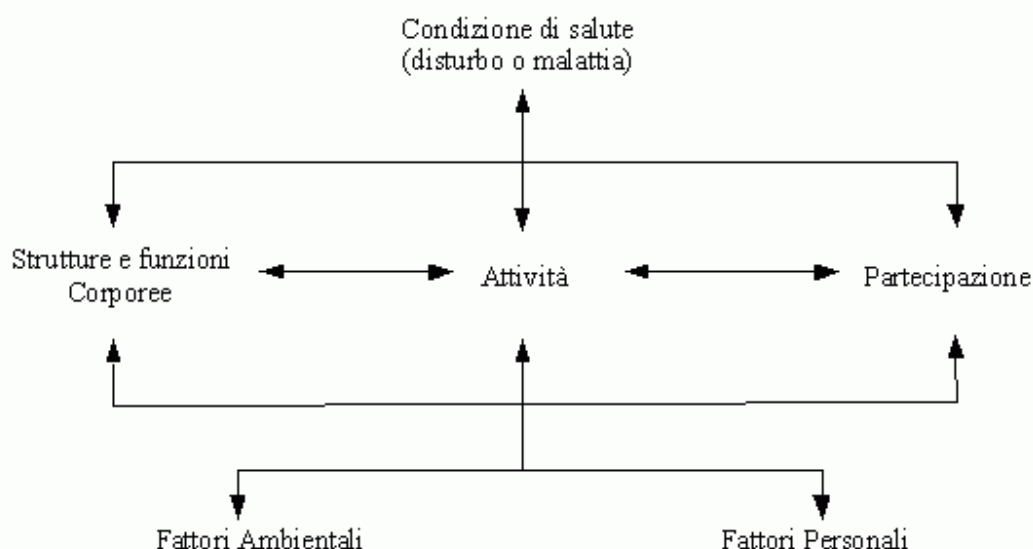
Tra le parole-chiave della classificazione internazionale più recente, perciò, bisogna rilevare che il termine “disabilità”, usato nella versione del 1980, è stato, appunto, sostituito da “attività” e che il termine “handicap”, riferito a persone, è stato eliminato a favore di una espressione relativa alla condizione di “partecipazione sociale”. In tal senso si ricorda che in Italia ai sensi dell'art 3 della Legge 104/1992, la persona con disabilità o in situazione di svantaggio:

1) è colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

2) che ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua o all'efficienza delle terapie riabilitative.

3) Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un *intervento assistenziale permanente, continuativo o globale nella sfera individuale o in quella di relazione*, la situazione assume connotazione di *gravità*. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

Nella prospettiva dell'ICF, la partecipazione alle attività sociali di una persona con disabilità è determinata dall'interazione della sua condizione di salute (a livello di strutture e di funzioni corporee) con il complesso sistema delle condizioni ambientali, culturali, sociali e personali (definite fattori contestuali) in cui essa vive. Il modello introdotto dall'ICF, bio-psico-sociale, prende dunque in considerazione i molteplici aspetti della persona, correlando la condizione di salute e il suo contesto, pervenendo così ad una constatazione dell'impatto diverso che il medesimo stato di "disabilità" può subire in rapporto a personalità e ambienti diversi. Nel modello citato può assumere valore prioritario il contesto i cui molteplici elementi possono essere qualificati come "barriere", qualora ostacolano l'attività e la partecipazione della persona, o "facilitatori", nel caso in cui, invece, favoriscano tali attività e partecipazione. L'ICF sta penetrando nelle pratiche di diagnosi condotte dalle ASL, che sulla base di esso elaborano la Diagnosi Funzionale. È, dunque, opportuno che il personale scolastico coinvolto nel processo di integrazione sia a conoscenza del modello in questione e che si diffonda sempre più un approccio culturale all'integrazione che tenga conto del nuovo orientamento volto a considerare la condizione in cui si esprime la disabilità più o meno direttamente interconnessa ai vari fattori contestuali. (Estratto dai lavori della VII Commissione parlamentare permanente "Cultura" – 17 febbraio 2009, Seduta Assemblea n. 137 del 20 febbraio 2009).



“Le principali classificazioni internazionali delle sindromi e dei disturbi mentali, l'ICD-10 e il DSM IV, forniscono un modello di riferimento eziologico. L'ICF non sostituisce questi sistemi di classificazione, ma li completa, ponendo al centro l'attività della persona e la sua possibilità di partecipazione attiva alla vita sociale. Le ripercussioni che si possono determinare a livello educativo e didattico con l'introduzione dell'ICF e la conseguente grande attenzione riservata ai fattori contestuali e ambientali, riguarda il ruolo paritetico che viene riconosciuto agli interventi clinici, riabilitativi, educativi e sociali, i quali devono necessariamente integrarsi ed

uscire da ogni arbitraria demarcazione. L'enfasi, quindi, è rivolta alle potenzialità della persona e non semplicemente ai deficit che può presentare". (Tratto da: Cottini L. (2004). *Didattica speciale e integrazione scolastica*. Carocci, Roma)

Bibliografia di riferimento:

1. G. Bollea, *Compendio di Psichiatria dell'età evolutiva*, Bulzoni Roma 1980, par. 3
2. G. Moretti, *L'handicap e l'handicappato*, in AA.VV. "1981: anno dell'handicappato" Ass. La Nostra Famiglia, ILEP Milano 1980, da pag. 7 a pag. 34
3. L. S. Vygotskij, *Lo sviluppo psichico del bambino*, Editori Riuniti Roma 1973, da pag. 144
4. L. S. Vygotskij, Op. Cit. da pag. 126 a pag. 143
5. M. P. Dellabiancia, *Una tassonomia dei Linguaggi non Verbal*, in "Scuola e Didattica" n. 13 dell'anno XLI
6. J. Gardner et Alii, *Programmazione educativa individualizzata*, Erickson Trento 1985, S. Soresi, *Guida all'osservazione in classe*, Giunti e Barbera Firenze 1978
7. G. Lancioni, *Facilitare l'apprendimento*, Erickson Trento 1992, D. Ianes e F. Celi, *Come si costruisce il Piano Educativo Individualizzato*, Erickson Trento 1994 e P. Meazzini, *La lettura negata*, Franco Angeli Milano 2002
8. P. E. Tressoldi, *Apprendimento collaborativo e insegnamento reciproco* e M. Comoglio, *Apprendimento cooperativo e insegnamento reciproco* in "Metacognizione. disturbi di apprendimento e handicap". Junior Bergamo 1996
9. C. Pontecorvo, *Interazione sociale, mediazione culturale, interiorizzazione*, in "Formazione e curriculum" a cura di B. Vertecchi, La Nuova Italia Firenze 1994 e *L'apprendimento fra culture e contesti* in "I contesti sociali dell'apprendimento" AA. VV. Led Milano 1995, M. Blank e A. Marquis, *Le spiegazioni verbali nelle attività di sostegno*, Erickson Trento 1993
10. M. P. Dellabiancia, *Osservare e misurare*, in Scuola e Didattica n. 9 del 15/1/98
11. F. De Bartolomeis, *Produrre a scuola*, Feltrinelli Milano 1983, F. Mariucci Marini, *L'unità del sapere*, D'Anna Messina 1986, M. Mazzone, G. Papa e P. Rallo, *I gruppi nella scuola che cambia* E. del Noce Villa del Conte '90 e G. Petter, *La valigetta delle sorprese*, La Nuova Italia Firenze '94
12. A. Canevaro a cura di, *Handicap e scuola*, La Nuova Italia Scientifica Urbino 1987 e *Potenziali individuali di apprendimento* La Nuova Italia Firenze 1996; P. Peticari, *Attesi imprevisti*, Bollati Boringhieri Torino 1996
13. M. Mazzone, G. Papa e P. Rallo, *I gruppi nella scuola che cambia*, Ed. del Noce, Villa del Conte 1990, da pag. 95 a pag. 97.
14. AA.VV., *Team teaching*, Loescher Torino 1973, Cap. V.
15. F. De Bartolomeis, *La ricerca come antipedagogia*, Feltrinelli Milano 1975, pag. 284, *La pratica del lavoro di gruppo*, Loescher Torino 1978, pag. 75 e *Lavorare per Progetti*, La Nuova Italia Firenze 1989.
16. R. Dunn e K. Dunn, *Programmazione individualizzata*, Armando Roma 1979.
17. G. Lai, *Gruppi di apprendimento*, Boringhieri Torino 1976
18. R. Zavalloni, *La pedagogia speciale e i suoi metodi*, La scuola Brescia 1969.
19. R. Vianello e G. Bolzonella, *Il bambino portatore di handicap*, Juvenilia Bergamo 1988
20. M. Cannao e G. Moretti, *Dinamiche dell'apprendimento ed aree disciplinari nella normalità e nella disabilità*, e *Problemi clinici dell'handicappato preadolescente*, in "Scuola e didattica" n. 9 dell'1 febbraio 1989, e G. Moretti, *Il disadattamento scolastico: le dinamiche dell'apprendimento* in "Scuola e didattica".
21. G. Paci, *L'educazione dei non vedenti*, Armando Roma 1983.
22. AA.VV., *L'integrazione scolastica dei minorati della vista in Italia e in Europa: esperienze, problemi e prospettive*. A cura del Consiglio Regionale Veneto e dell'UIC Padova 1985.
23. M.G. Guglielmi, *L'alunno ipovedente: aspetti programmatico-educativi*, in "Ricerche didattiche", n. 319/20 annata 1988.

24. H. G. Furth, *Pensiero senza linguaggio*, Armando Roma 1971.
25. A. Maxia, *L'educazione linguistica degli alunni portatori di handicap*, in "Ricerche didattiche" n. 305 di maggio/giugno 1987 da pag. 165 a pag. 180.
26. G. Moretti, *Fenomenologia dell'handicap e situazione socio-antropologica dell'alunno handicappato*, in AA.VV., *L'integrazione scolastica degli handicappati. Situazione e prospettive*. Uciim Roma 1985, pag. 53 e seg.
27. M.C. Caselli e L. Pagliari Rapelli, *La competenza linguistica di bambini e adulti sordi nella lingua parlata e scritta*, in "Scuola e didattica".
28. S. Maragna, *La programmazione educativa e didattica per un alunno sordo*, e *Riflessioni sull'integrazione degli alunni sordi*, in "Scuola e didattica".
29. M. Panti, *La scuola e i sordi gravi: per una revisione dell'inserimento indiscriminato*, in "Scuola e didattica", n. 15 dell'annata 1991/92.
30. J. Le Boulch, *Atti del primo e del secondo corso di psicocinetica*, Unief Roma 1981 e Formia 1982, e *Atti del corso di informazione sulla Psicocinetica*, ULSS 15-San Donà 1985.
31. T. Di Natale, *Senso-percezione e motilità negli handicappati*, SSS. Roma 1983.
32. H. Bucher, *Turbe psicomotorie nel bambino*, Armando Roma 1974.
33. G.S. Subiran e J.S. Coste, *Psicomotricità e rilassamento psicosomatico*, Armando Roma 1983.
34. A.M. Wille, *Il bambino ipercinetico e la terapia psicomotoria*, Armando Roma 1989.
35. L. Cottini, *Psicomotricità*, Carrocci Roma 2003.
36. S. Genzini, *Andicappati: esperienze e proposte attraverso l'educazione psicomotoria*, in "Scuola e didattica" n. 14 annata 85/86
37. D. Calvi, *Educazione psicomotoria e andicappati*, in "Scuola e didattica", n. 5 e n. 8 annata 86/87.
38. P. Parlebas, *La motricità ludico-sportiva, psicomotricità e sociomotricità*, in AA.VV., *Corpo e movimento*, Borla Roma 1989.
39. B. Aucouturier et Alii, *La pratica psicomotoria*, Armando Roma 1986
40. A cura di P. Rollero e M. Faloppa, *Handicap grave e scuola*, Rosemberg e Sellier Torino 1988, da pag. 165 a pag. 195.
41. M. Cannao e G. Moretti, *Il grave handicappato mentale*, Armando Roma 1982, a pag. 96.
42. G. Benincasa e L. Benedetti, *Programmazione e integrazione scolastica degli handicappati*, Ed. La Scuola Brescia 1981.
43. A. Canevaro, a cura di, Op. Cit.
44. Cottini L. e Rosati L., a cura di, *Per una didattica speciale di qualità: dalla conoscenza del deficit all'intervento inclusivo*. Perugia, Morlacchi 2008.