

RoS

RICERCHE E STUDI IN PSICOMOTRICITÀ



ANNO XXX – NUMERO UNICO - 2025

EDITORIALE

FRANCO BOSCAINI*

*Psicologo; psicoterapeuta e psicomotricista, PhD, CISERPP (VR),
franco.boscaini@ciserpp.com

Dopo la pausa delle pubblicazioni dal 2022 al 2024, dovuta all'impegno del CISERPP nell'organizzazione del X Congresso Mondiale di Psicomotricità, svoltosi a Verona dal 5 all'8 maggio 2023, in collaborazione con l'OIPR, il FEP, il CITAP e l'APPI, con l'anno 2025 la Rivista di Psicomotricità ReS riprende il proprio impegno nella pubblicazione di contributi di psicomotricisti a livello internazionale.

Entrambe le iniziative confermano il dinamismo della Psicomotricità sul piano scientifico e la crescente collaborazione tra psicomotricisti, una professione sempre più riconosciuta come fondamentale nella società contemporanea.

In questo numero, unico per il 2025, il lettore troverà cinque temi di grande attualità, che rappresentano il terreno per nuovi sviluppi della Psicomotricità e l'acquisizione di nuove competenze da parte degli psicomotricisti, al fine di rispondere in modo più efficace ai bisogni delle persone, delle istituzioni e di una società in continua evoluzione.

Il primo contributo è di **Silvia Cattafesta**, psicomotricista e sociologa, che affronta il tema del "NO" nel bambino da una prospettiva psicomotoria. L'autrice aiuta a comprenderne gli aspetti evolutivi normali e il valore positivo di questo comportamento, considerandolo come un indicatore di una crescente autonomia. Il lettore è così guidato a riflettere su un comportamento che necessita di essere adeguatamente valutato, per distinguere l'aspetto patologico da quello espressivo di una soggettività psico-corporea.

Segue un contributo di **Marina Pavesi**, psicomotricista e pedagoga, che racconta un'esperienza di lavoro durante il periodo del Covid. L'autrice descrive la realizzazione di un progetto di grafomotricità e psicomotricità svolto a distanza, attraverso strumenti digitali, e in presenza con bambini della scuola primaria. Il lavoro dimostra come iniziative di questo tipo siano possibili, evidenziando la capacità dello psicomotricista di adattarsi alle esigenze sociali.

Il terzo contributo è presentato da **Marielle Dechesne Dalhuisen**, psicomotricista formatasi nel programma MIP, e riguarda una ricerca quantitativa e qualitativa sull'interesse e sulle competenze dello psicomotricista nel lavoro con bambini che presentano problemi

psicomotori in presenza di problemi visivi e visuomotori. L'autrice sottolinea l'importanza della collaborazione interdisciplinare per affrontare queste sfide in modo efficace.

Un altro interessante studio di ricerca, anch'esso frutto della formazione MIP, è quello di **Aurélié Tivo**. L'autrice propone un'analisi esplorativa sul ruolo dello psicomotricista nel sostegno alla genitorialità all'interno delle istituzioni socio-educative per l'infanzia. Il lavoro evidenzia la necessità di nuove competenze per lo psicomotricista, sia in ambito preventivo che di supporto alle famiglie.

Infine, **Franco Boscaini**, psicomotricista e psicologo-psicoterapeuta, propone una riflessione teorica e operativa sulla disabilità mentale in un'ottica psicomotoria. L'autore introduce un nuovo concetto di diagnosi, in particolare psicomotoria, che non si concentra tanto sui sintomi e sul deficit, quanto sulle potenzialità di ciascun individuo.

Concludendo, auguriamo una buona lettura a tutti i professionisti che si avvicinano a questa Rivista, con la fiduciosa attesa di nuovi contributi da parte degli psicomotricisti e di altre figure professionali affini.

Franco Boscaini

INDICE

EDITORIALE	1
LE ESPRESSIONI PSICOMOTORIE DEL NO: RICONOSCERE IL LINGUAGGIO DELL'AUTONOMIA NELLO SVILUPPO DELLA PRIMA INFANZIA.....	4
PSICOMOTRICITA' E DIGITALE. UN PROGETTO GRAFOMOTORIO ALLA SCUOLA PRIMARIA TRA PRESENZA, DAD E DDI.....	17
INTERVENTO PSICOMOTORIO IN BAMBINI CON DISTURBI DELLA COORDINAZIONE OCULARE E SECONDARI DISTURBI EMOTIVI E COMPORTAMENTALI	25
L'INTERVENTO DEGLI PSICOMOTRICISTI A SOSTEGNO DELLA GENITORIALITÀ NELLE ISTITUZIONI SOCIO-EDUCATIVE PER LA PRIMA INFANZIA. UNO STUDIO ESPLORATIVO	39
APPROCCIO PSICOMOTORIO ALLA DISABILITÀ MENTALE. PRIMA DI TUTTO IL POTENZIALE INDIVIDUALE	51

ReS

LE ESPRESSIONI PSICOMOTORIE DEL NO: RICONOSCERE IL LINGUAGGIO DELL'AUTONOMIA NELLO SVILUPPO DELLA PRIMA INFANZIA.

SILVIA CATTAFESTA*

*Sociologa e Psicomotricista, PhD New University (SLO), CISERPP (VR)
silvia.cattafesta@ciserpp.com

ABSTRACT	
Questo studio, nell'ambito della linguistica intesa come sistema di segni per l'articolazione del pensiero, indaga gli indicatori precoci dello sviluppo dell'autonomia e dell'autodeterminazione nel bambino. L'analisi si concentra sul periodo sensomotorio e su tre attività fondamentali: la deambulazione bipede autonoma, la manipolazione fine (in particolare lo scarabocchio) e l'uso linguistico della parola "no". In prospettiva psicomotoria, il "no" non ha connotazione negativa, ma esprime un importante segnale di crescita cognitiva e affettiva, tipico del secondo anno di vita. L'intonazione e la forza con cui viene pronunciato rivelano la progressiva costruzione dell'identità e della volontà del bambino. Questi segnali, definiti "NO psicomotori", rappresentano i precursori della futura autonomia personale, consentendo al bambino di distinguersi dagli altri e di affermare le proprie	INFORMAZIONI EDITORIALI
	Ricevuto: gennaio 2025 Accettato: marzo 2025 Disponibile online: dicembre 2025 Come citare: Cattafesta, S. (2025). Le espressioni psicomotorie del no: riconoscere il linguaggio dell'autonomia nello sviluppo della prima infanzia. In ReS, Vol. XXX, N. unico, pp. 3-14.
	PAROLE CHIAVE
	Autonomia Autodeterminazione Scarabocchi Locomozione bipede autonoma Sviluppo psicomotorio Linguaggio

intenzioni attraverso modalità verbali e corporee specifiche. Uno studio pilota concettuale nel Nord Italia evidenzia la correlazione tra cammino autonomo, scarabocchio e uso del "no".	
--	--

Introduzione

Diversi studiosi nel campo della psicologia e delle scienze sociali hanno analizzato i modi in cui i bambini sviluppano la loro identità individuale fin dalla prima infanzia. La teoria dell'attaccamento di Bowlby (1989) e l'identificazione delle fasi dello sviluppo psicologico di Mahler (1981) gettano le basi per comprendere come la relazione diadica e fusionale con la madre o la figura di riferimento primaria possa essere determinante. Una relazione materna caratterizzata da attenzione e sensibilità contribuisce in modo significativo alla formazione di un'identità e di una personalità autonome e indipendenti. Fin dai primi mesi di vita, il bambino interagisce con la madre in modo reciproco e coordinato attraverso modalità non verbali, come il contatto visivo, la mimica e il dialogo tonico-emozionale. Queste prime interazioni sono fondamentali per lo sviluppo di un senso condiviso di sé e di una comunicazione affettiva, che costituiscono la base per la costruzione dell'identità personale (Trevvarthen, 1979). Ad esempio, le sottili sequenze di comunicazione facciale e vocale tra madre e figlio modulano il senso di sicurezza del bambino e la sua capacità di regolazione emotiva (Beebe & Lachmann, 2002). I ritmi e i tempi delle risposte reciproche nelle prime relazioni sono di fondamentale importanza per la crescita armoniosa del bambino. Il processo attraverso il quale un bambino impara a interpretare e reagire ai propri bisogni e a quelli degli altri è radicato nelle prime relazioni con i caregiver ed è fondamentale per lo sviluppo di una personalità integrata e della regolazione affettiva. (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Offrendo un ambiente favorevole e opportunità di progressiva indipendenza, la madre facilita lo sviluppo di un sé autentico, in contrapposizione a un sé falso che si limita a conformarsi alle aspettative degli altri (Winnicott, 1994).

Queste prospettive teoriche hanno gettato solide basi per comprendere le origini affettive e relazionali dell'autonomia. Tuttavia, l'aspetto psicomotorio di questo processo è stato meno esplorato, in particolare per quanto riguarda il modo in cui le azioni corporee ed espressive incarnano e trasmettono l'emergere dell'autonomia nei bambini.

Oltre a queste interazioni socio-affettive, è fondamentale considerare il patrimonio genetico che influenza lo sviluppo neuromotorio e neuropsichico nei bambini. Altrettanto importante è un ambiente che soddisfi le esigenze fisiche, fisiologiche e motorie del bambino, fornendo al contempo protezione, accettazione e libertà di espressione. Il bambino si sviluppa quindi

all'interno di una complessa interazione di fattori biologici e relazionali, che contribuiscono tutti alla sua identità unica.

Questo articolo esplora l'intersezione tra lo sviluppo psicomotorio e la costruzione dell'autonomia nella prima infanzia. In particolare, introduce ed esamina il concetto di "no psicomotorio", che viene concettualizzato come l'espressione corporea della differenziazione e dell'autodeterminazione.

Per chiarire questo quadro concettuale e fornire una base empirica, le sezioni seguenti esamineranno tre tappe fondamentali dello sviluppo psicomotorio che coincidono con le prime esperienze di autonomia del bambino: la deambulazione bipede autonoma, lo scarabocchio e l'uso verbale o gestuale della parola "no". Questi fenomeni sono discussi come indicatori interconnessi della capacità del bambino di agire, rappresentare e affermare la propria identità all'interno del processo di sviluppo.

1. Il "no" psicomotorio

Tra i bisogni fondamentali di un bambino, quali il bisogno di contenimento, rispetto, stimoli adeguati e interazione, quelli motori e rappresentativi sono particolarmente importanti. Anche prima dello sviluppo del linguaggio verbale, il bambino è attivo e mobile, solleva la testa (controllo della testa), si muove nello spazio e afferra oggetti. Inizialmente immerso in uno stato di confusione sensoriale, sviluppa gradualmente la consapevolezza del proprio corpo, distinguendo gli stimoli piacevoli da quelli spiacevoli. Attraverso il movimento, il bambino sperimenta e rappresenta sé stesso, passando dal rotolare al movimento quadrupede fino alla deambulazione bipede autonoma. Esplora il piacere del movimento e definisce la propria identità corporea. Il soddisfacimento dei bisogni motori facilita il processo di individuazione-separazione e l'acquisizione dell'autonomia nei bambini.

Il bambino successivamente dimostra il bisogno di rappresentare e simbolizzare le esperienze, trovando sbocchi attraverso il gioco, la parola e il disegno. Durante il secondo anno di vita, emerge il bisogno di esplorazione quando il bambino inizia ad allontanarsi dal legame materno per affermarsi come individuo autonomo. Anche inconsciamente, il bambino esprime distacco attraverso segnali quali il rifiuto fisico, indicando un attaccamento inadeguato o una dipendenza prolungata dalla figura di riferimento primaria.

Il secondo anno di vita è caratterizzato da una fase di transizione segnata da un'espansione della dominanza corticale e da un miglioramento delle capacità neuromotorie di base. Questi sviluppi facilitano la padronanza di tre attività umane fondamentali: la deambulazione bipede autonoma, la prensione fine e la produzione del linguaggio. Successivamente, dall'infanzia all'età adulta, la dominanza corticale è evidente e favorisce lo sviluppo delle capacità psicomotorie e l'adattamento alla realtà. Queste fasi costituiscono la base per

l'apprendimento e l'esperienza, favorendo una maggiore autonomia e adattamento. Le abilità che emergono durante queste fasi includono la deambulazione bipede autonoma, lo scarabocchio e l'uso della parola "no", come primi segnali psicomotori della differenziazione e dell'autonomia del bambino.

Il presente articolo esamina questi tre traguardi dello sviluppo non solo come pietre miliari cronologiche, ma anche come indicatori funzionali dell'autonomia emergente. Ogni azione rappresenta una forma di "no psicomotorio", un'affermazione implicita di sé attraverso il movimento, la creazione e l'espressione verbale. Le sezioni seguenti approfondiscono ciascuna di queste manifestazioni, sottolineandone il significato neuromotorio, relazionale e simbolico nel contesto più ampio della formazione dell'identità.

2. La deambulazione bipede autonoma come esplorazione del mondo

Tra l'undicesimo e il tredicesimo mese di vita, il bambino inizia a organizzare autonomamente la deambulazione bipede. Questo segna una fase cruciale nello sviluppo motorio, poiché la deambulazione bipede diventa il metodo principale attraverso il quale i bambini esplorano e interagiscono con il mondo. Prima di raggiungere questo traguardo, i bambini sperimentano movimenti autonomi, come rotolare e camminare a quattro zampe (Adolph & Berger, 2006). Tuttavia, la deambulazione bipede autonoma è un'esperienza importante che consente ai bambini di muoversi in modo indipendente ed esplorare attivamente l'ambiente circostante (Thelen & Smith, 1994).

Da un punto di vista neuromotorio, la deambulazione bipede richiede il soddisfacimento di tre condizioni fondamentali. Innanzitutto, il bambino deve essere in grado di stare in piedi da solo senza sostegno e mantenere una postura eretta stabile. In secondo luogo, deve coordinare i movimenti degli arti inferiori mentre sta in piedi. Inizialmente, il bambino può mostrare un'andatura instabile, con movimenti degli arti inferiori e del tronco non completamente coordinati. Per mantenere la stabilità, può allargare la base d'appoggio distendendo gli arti inferiori, ritraendo la cintura scapolare, inclinando il busto in avanti e tenendo gli arti superiori in posizione di guardia alta all'altezza delle spalle. Nel corso di alcuni mesi, gli arti inferiori si avvicinano gradualmente alla linea mediana del corpo e gli arti superiori si allineano lungo il busto, che diventa più eretto. L'appoggio del piede sul terreno evolve da digitigrado a plantigrado e infine a totale, con il piede completamente mobilitato durante la deambulazione. La terza condizione è l'acquisizione di un certo grado di equilibrio. Durante il primo anno di vita, il bambino inizia a sviluppare la consapevolezza del proprio equilibrio e la deambulazione diventa un modo importante per sperimentare e consolidare questa abilità. L'acquisizione della deambulazione non è sempre lineare e i bambini possono sperimentare regressioni, cadute e periodi di instabilità durante questo processo di apprendimento.

Da un punto di vista psicomotorio, la deambulazione autonoma è strutturata in modo efficace quando sono soddisfatte alcune condizioni di base (Boscaini, 2018). In primo luogo, è necessario che la separazione affettiva dalla madre avvenga in modo sereno e bilaterale, consentendo al bambino di esplorare autonomamente il mondo esterno. In secondo luogo, il bambino deve aver interiorizzato sufficientemente la figura materna, in modo da potersi separare temporaneamente senza ansia ed esplorare nuovi spazi con fiducia. La terza condizione è l'interesse del bambino per gli oggetti esterni e gli spazi sempre più ampi, che stimola la curiosità e l'esplorazione attiva dell'ambiente circostante. Il bambino dovrebbe sviluppare un sé parzialmente autonomo, con una propensione all'esplorazione e alla curiosità verso l'esterno, pur mantenendo un legame sicuro con la madre come fonte di conforto e sicurezza (Baniel, 2009; Stern, 1985). La deambulazione bipede autonoma rappresenta la prima tappa importante nello sviluppo psicomotorio del bambino, consentendogli di esplorare attivamente il mondo che lo circonda e promuovendo una maggiore indipendenza e autodeterminazione.

In questo contesto, camminare può essere visto come la prima espressione fisica del "no" da parte del bambino: una dichiarazione di indipendenza fisica che permette al bambino di lasciare l'abbraccio della madre e interagire con l'ambiente circostante. Segna l'inizio del passaggio dall'attaccamento dipendente all'autonomia esplorativa.

3. Lo scarabocchio come espressione di individualità

Scarabocchiare è un'attività fondamentale nello sviluppo di un bambino, che lo collega direttamente al senso di sé, alla nascita e alla formazione del proprio ego. Scarabocchiare permette ai bambini di interagire con l'ambiente esterno, gli adulti e il contesto sociale che li circonda. Attraverso questa interazione, esprimono sé stessi e acquisiscono consapevolezza della propria capacità di espressione e differenziazione. Intorno ai 15 mesi di età, i bambini sviluppano la capacità di tenere in mano una matita grazie al graduale miglioramento delle capacità motorie fini. Durante questo periodo, i bambini acquisiscono il controllo della pinza superiore, caratterizzato dall'opposizione dinamica delle punte di tutte e cinque le dita, in particolare del pollice, contro le altre dita.

Il bambino può manipolare intenzionalmente lo strumento grafico, creando tratti sulla carta che rappresentano le sue prime interazioni con l'ambiente esterno. Il bambino individua con precisione e raggiunge gli oggetti nello spazio, consentendogli di posizionare una matita su un foglio di carta, controllare il movimento a una certa velocità, applicare una pressione variabile ed eseguire gesti intenzionali con più o meno energia. Questo gli permette di compiere movimenti avanti e indietro per il piacere del movimento. Il bambino si rende immediatamente conto di aver creato qualcosa di tangibile, visibile e concreto. Osserva che le sue azioni hanno lasciato un segno o una traccia con una forma, un colore e una posizione

distinti sulla carta. I segni iniziali lasciati dalla matita sulla carta sono spesso tratti vigorosi e sfregamenti, che a volte causano persino strappi o buchi. In questa fase, il controllo motorio del bambino è relativamente limitato rispetto all'entusiasmo e all'energia che investe nell'attività. Questa attività non solo consente ai bambini di esprimersi, ma li aiuta anche a rendersi conto che possono esprimere la loro individualità e distinguersi dagli altri.

I primi scarabocchi rappresentano quindi un riflesso grezzo ma genuino dell'individualità in via di sviluppo di un bambino, fungendo da espressione visiva e motoria di autoaffermazione. Questo momento segna anche il primo passo lontano dal conosciuto e dal sicuro, offrendo un'opportunità di esplorazione e di allontanamento dall'ambiente familiare. Diversi autori hanno identificato fasi distinte dello sviluppo dello scarabocchio, sottolineando l'importanza di questa attività nella formazione dell'individualità del bambino (Baker & Kellogg, 1967; Bernson, 1973; Longobardi et al., 2015). Dalla fase iniziale vegetativa-motoria, in cui il bambino vede gli oggetti esterni come estensioni del proprio corpo, alla fase rappresentativa e comunicativa-sociale, in cui i disegni rispecchiano le esperienze vissute e le emozioni interiori, lo scarabocchiare funge da mezzo per i bambini per esplorare e rappresentare il mondo che li circonda. Non si tratta quindi solo di un atto artistico grafico ma di un processo psicomotorio attraverso il quale il bambino realizza "lo agisco, lascio una traccia, esisto".

Inoltre, lo scarabocchio può essere visto come un riflesso del rapporto madre-figlio, poiché le interazioni con la madre e le cure ricevute influenzano le impressioni personali del bambino e le sue espressioni artistiche. Attraverso lo scarabocchio, il bambino raffigura non solo la realtà esterna, ma anche la propria interazione con essa, rivelando le sue differenze individuali. In conclusione, lo scarabocchio costituisce un mezzo significativo attraverso il quale i bambini coltivano la loro individualità, comunicano e si distinguono dagli altri, esprimono emozioni e riflettono sulle esperienze vissute. In altre parole, lo scarabocchio funge da indicatore psicomotorio distintivo dell'inizio del processo di autonomia, riflettendo in modo veritiero le capacità motorie, affettive-relazionali e parzialmente cognitive del bambino (Boscaini, 2008; García Núñez & González de León, 2017; Ortega Truillo & García Núñez, 2023).

4. La parola "no" come segnale di autonomia

Nel contesto dello sviluppo infantile, il significato concettuale e funzionale della parola "no" svolge un ruolo importante nella transizione del bambino dal rapporto primario con la madre all'interazione con il mondo esterno. La parola "no" stessa, attraverso la sua espressione, indica la consapevolezza di sé e l'inizio del riconoscimento della propria fisicità.

Essa funge da strumento fondamentale per entrare nel regno delle relazioni, dove il bambino, per partecipare a nuove interazioni e coltivare connessioni sociali più ampie, deve affermare la propria individualità e stabilire una differenziazione dalla figura materna, sia fisicamente che emotivamente.

In questo contesto, il "no" verbale può essere visto come l'equivalente linguistico dei precedenti atti psicomotori di separazione, come camminare o scarabocchiare. Tutti e tre trasmettono una funzione evolutiva unificata: l'affermazione di sé attraverso l'azione, la rappresentazione o il linguaggio.

Il processo di transizione inizia ancora prima dell'acquisizione del linguaggio verbale. Intorno ai dieci mesi di età, i bambini iniziano a mostrare gesti referenziali o rappresentativi nella loro comunicazione, che servono come espressioni di intenti comunicativi. Questi gesti hanno lo scopo di coinvolgere le intenzioni e gli obiettivi di un altro individuo. Questi gesti, caratterizzati dall'assenza di contatto fisico diretto, dalla loro natura triadica e dall'implicazione del contatto visivo, fungono da elementi fondamentali nell'avvio delle prime interazioni sociali del bambino.

Uno dei gesti referenziali più significativi è scuotere la testa per indicare "no". Questo gesto, acquisito attraverso l'imitazione durante le attività quotidiane e il gioco con gli adulti, segna una tappa importante nello sviluppo del linguaggio del bambino. Intorno ai 12 mesi di età, i bambini utilizzano un'ampia gamma di gesti comunicativi, superando il numero di parole che sono in grado di produrre. La comparsa delle prime parole avviene in genere tra gli 11 e i 13 mesi, con la parola "no" che spesso svolge un ruolo significativo. Dire o gesticolare "no" rappresenta sia una tappa cognitiva che una sintesi motoria-linguistica, segnando un primo esempio in cui affetto, movimento e significato si uniscono per esprimere differenziazione.

L'emergere del linguaggio infantile è stato ampiamente analizzato (Bates, Bretherton & Snyder, 1988; Bruner, 1983; Piaget, 1952; Tomasello, 2003; Vygotsky, 1978), portando all'identificazione di due categorie principali di parole: le parole funzionali, che regolano l'interazione sociale e trasmettono significato nelle relazioni tra gli eventi, e i nomi delle esperienze quotidiane dei bambini. La parola "no" appartiene alla categoria delle parole funzionali, che rappresentano la prima forma di interazione sociale verbale del bambino. Serve come strumento per esplorare i confini e testare l'autonomia, entrambi aspetti cruciali di questa fase dello sviluppo cognitivo del bambino. L'acquisizione e l'utilizzo del linguaggio non solo rispecchiano il processo di sviluppo cognitivo, ma indicano anche la personalità del bambino e il suo rapporto con la madre. Diversi studi (Gopnik & Meltzoff, 1997; Nelson, 1986) hanno dimostrato che il vocabolario utilizzato dai bambini, modellato dalle loro madri e dall'ambiente circostante, può rivelare le diverse percezioni del bambino sull'uso del linguaggio e i suoi interessi individuali. In particolare, Nelson (1986) ha delineato due categorie di bambini in base al loro stile linguistico: i bambini referenziali e quelli espressivi. I bambini referenziali acquisiscono tipicamente un vocabolario più ampio e orientato agli oggetti, mentre i bambini espressivi tendono a utilizzare espressioni personali e sociali. Queste discrepanze nel vocabolario riflettono anche il rapporto del bambino con la madre e la sua inclinazione ad esplorare il mondo esterno o le relazioni interpersonali.

Queste manifestazioni psicomotorie e linguistiche costituiscono collettivamente la base concettuale per la successiva esplorazione empirica, che esamina la frequenza e l'interrelazione tra il "no", il cammino bipede autonomo e lo scarabocchio come indicatori dello sviluppo dell'autonomia.

5. Studio esplorativo nel Nord Italia

Basandosi sull'impostazione metodologica di tipo esplorativo e facendo riferimento a letteratura scientifica preesistente, è stato condotto uno studio nel corso dell'anno scolastico 2023-2024 nell'ambito geografico del Nord Italia. L'indagine si è focalizzata sull'analisi correlazionale tra lo sviluppo delle primordiali capacità linguistiche in un gruppo di 28 bambini con sviluppo tipico, di età compresa tra i 12 e i 18 mesi, e l'interesse per l'attività di scarabocchio nonché sull'espressione no. La ricerca ha posto particolare attenzione sulla frequenza di impiego del termine no, sul cammino autonomo e sullo scarabocchio, con l'obiettivo di evidenziare possibili parallelismi funzionali.

I risultati, riassunti nella tavola 1, hanno evidenziato e confermato l'esistenza di tre processi fondamentali e strettamente interconnessi durante questo lasso temporale:

1. Un incremento graduale nell'uso delle parole funzionali-espressive, sintomo dell'apertura di ciascun bambino verso forme di socializzazione più variegata rispetto al solo legame materno.
2. Un simultaneo aumento nella frequenza d'uso del termine no. Tra i quindici e i diciassette mesi, la parola no veniva pronunciata in media ogni cinque enunciati; questa frequenza cresce a oltre una volta ogni tre enunciati a diciotto mesi.
3. La correlazione tra i tre elementi psicomotori studiati.

Il 91% dei bambini coinvolti nello studio ha mostrato la capacità di deambulare in maniera autonoma entro i quattordici mesi, consolidando tale abilità intorno ai quindici-sedici mesi. Prima di tale intervallo, il lessico dei piccoli risulta prevalentemente circoscritto all'ambito familiare e orientato a individui in grado di soddisfare i loro bisogni immediati. Fino a dodici mesi, le uniche parole funzionali utilizzate sono 'là' e 'giù', impiegate per richiedere di essere spostati o di essere messi a terra per muoversi liberamente, segnali incipienti di una nascente indipendenza in presenza di limitate capacità motorie.

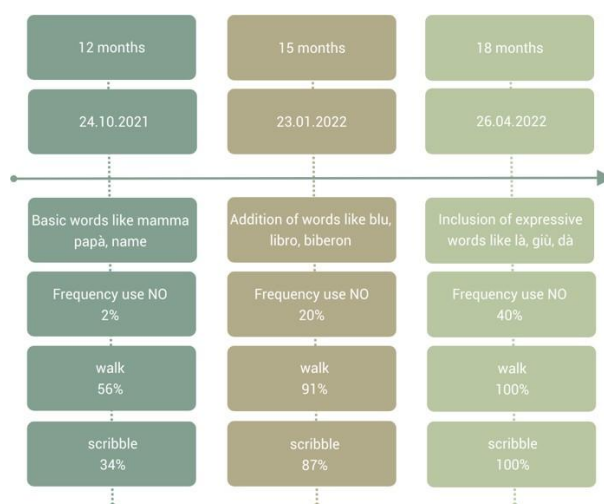


Tavola 1: diagramma temporale illustrante le tappe di sviluppo nei bambini a 12, 15 e 18 mesi, evidenziando la progressione nella frequenza del dire no, nel cammino autonomo e nello scarabocchio.

Da interviste condotte con i genitori, emerge il predominio di un attaccamento di tipo fisico e corporeo, con un attaccamento emotivo meno palpabile. Da parte dei genitori, si evidenzia il desiderio di assistere a una progressiva autonomia dei figli nelle fasi di sviluppo e nell'espressione dei propri bisogni. In questa fase, l'interesse per lo scarabocchio emerge attraverso gesti quali l'aprire e chiudere il tappo di un pennarello, manipolare il foglio, o portare il pennarello alla bocca.

Con l'acquisizione dell'autonomia nel cammino, si osserva un ampliamento degli interessi e dell'esplorazione dello spazio personale dei bambini, accompagnato da una rinnovata curiosità verso il mondo esterno. Il lessico si arricchisce sostanzialmente di parole funzionali, con una frequenza d'uso superiore rispetto a termini più referenziali. Intorno ai sedici-diciassette mesi, i bambini tendono a comunicare maggiormente tramite l'utilizzo di parole pro-sociali, mentre l'impiego del no diventa più isolato e frequente, variando in ritmo, volume, tono e velocità a seconda delle circostanze, dello stato d'animo e dell'interlocutore. Attraverso le parole acquisite il bambino inizia a dare una propria interpretazione allo scarabocchio.

Dall'età di diciotto mesi, si rileva un parallelo più marcato tra questi processi evolutivi. La maggior parte dei bambini inizia a esplorare spazi nuovi in modo autonomo, mostra gioia nei momenti di affetto, organizza la corsa e affronta piccoli ostacoli con maggiore indipendenza. Inoltre, l'uso del no diventa più frequente e articolato, riflettendo un'intenzionalità e una volontà sempre più consapevoli nell'uso del linguaggio. Lo scarabocchio si trasforma in disegno, seppur con pochi elementi, grazie anche ad una progressiva maturazione delle competenze visuo-motorie.

Lo studio, oltre a fornire una visione comprensiva dello sviluppo della prima infanzia usando una combinazione di intuizioni teoriche ed evidenze empiriche, apre nuove prospettive di ricerca.

La focalizzazione sulla parola “no” è particolarmente interessante poiché illustra l'interazione complessa tra lo sviluppo del linguaggio e le competenze psicomotorie, supportando il nuovo concetto di no psicomotori, ovvero i primi segnali psicomotori di autonomia e autodeterminazione del bambino. L'esplorazione del no sia come negazione sia come affermazione di sé riflette un'interpretazione avanzata dello sviluppo psicomotorio, allineandolo strettamente con la crescita psicologica ed emotiva. Questo approccio multi-sfaccettato sottolinea la complessità dello sviluppo infantile, fondendo l'analisi psicomotoria tradizionale con intuizioni psicologiche moderne (Boscaini, 2023).

A partire da una sintesi riflessiva di teoria e pratica nello sviluppo psicomotorio del bambino, sarebbe utile rafforzare l'analisi attraverso una più ampia validazione empirica senza tralasciare la considerazione dei fattori culturali che influenzano le traiettorie di sviluppo. Sebbene i dati empirici dall'Italia settentrionale offrano spunti preziosi, i risultati potrebbero essere più robusti se confrontati attraverso contesti geografici e culturali diversi per evidenziare i modelli di sviluppo universali rispetto a quelli locali.

Conclusioni

In conclusione, lo sviluppo dell'identità individuale e della personalità in un bambino è il risultato di un'interazione complessa tra fattori genetici, relazionali e ambientali. Gli studi interdisciplinari in psicologia, pedagogia, neuroscienze e genetica comportamentale continuano ad arricchire la nostra comprensione di questi processi, offrendo insights preziosi su come supportare al meglio ogni bambino nel suo unico percorso di crescita. Nello specifico di questo lavoro, lo studio esplorativo evidenzia l'importanza del termine no, del cammino autonomo e dello scarabocchio nell'ambito dello sviluppo psicomotorio dei bambini. Questi elementi non sono semplici fasi evolutive, ma rappresentano vere e proprie pietre miliari nella costruzione dell'autonomia e dell'indipendenza del bambino. Uno studio che conferma il rapporto stretto tra motricità e linguaggio (Ajuriaguerra, 1949, 1970).

L'uso del termine no non rappresenta solo un atto di negazione, ma è un'affermazione di indipendenza e un importante indicatore del desiderio del bambino di formare una propria identità separata da quella dei genitori. Questo termine inizia ad essere usato frequentemente a partire dai quindici mesi di età e simboleggia un aumento significativo nella capacità del bambino di stabilire limiti personali e di interagire con l'ambiente circostante.

Il cammino autonomo amplia il raggio di esplorazione del bambino e facilita una più ricca interazione con il mondo esterno. Questa competenza non solo promuove la curiosità e

l'interazione, ma sottolinea anche la crescente indipendenza del bambino dalla figura materna o del caregiver primario.

Lo scarabocchio è un'attività cruciale che si manifesta quando il bambino inizia a impugnare uno strumento grafico, esprimendo la sua individualità e creatività. Attraverso lo scarabocchio, il bambino non solo esplora le sue capacità motorie ed espressive, ma anche la sua iniziale capacità di rappresentare simbolicamente il mondo intorno a sé e non ancora compresa dagli altri.

Lo studio conferma una forte correlazione tra lo sviluppo delle capacità motorie e quelle linguistiche. Con la crescita dell'autonomia motoria si osserva un parallelo sviluppo del linguaggio, particolarmente evidente nell'uso più frequente e variato del termine no. Durante queste fasi di transizione critica, è essenziale che i bambini ricevano un supporto adeguato che rispetti il loro ritmo di sviluppo e riconosca i loro bisogni emergenti di autonomia e auto-affermazione.

L'intreccio di sviluppo motorio e linguistico nel primo anno di vita del bambino non è dunque solo una concomitanza di crescita ma una dinamica interdipendente che necessita di un ambiente ricco e stimolante per facilitare il percorso verso l'autonomia individuale. Questi risultati aprono nuove prospettive di ricerca e sottolineano l'importanza di considerare gli aspetti psicomotori come parti integranti del processo di sviluppo del bambino. Un nuovo spazio di ricerca che potrebbe, in futuro, essere svolto sinergicamente da psicomotricisti e logopedisti, al fine di meglio comprendere il significato dei disturbi del linguaggio congiuntamente ai disordini qualitativi della motricità, ambedue mezzi di espressione degli affetti e mediatori della comunicazione (Boscaini, 2023; Boscaini, Cachón Zagalaz & Díaz Suárez, 2022).

Bibliografia

1. Ajuriaguerra, J. de. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson.
2. Ajuriaguerra, J. de. (1949). Vue d'ensemble sur les troubles de l'évolution de la motricité, du langage et du caractère à dysfonctionnement conjoint. In F. Joly & G. Labes (Eds.), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité* (pp. 27-47). Papyrus.
3. Adolph, K. E., & Berger, S. E. (2006). Motor development. In W. Damon & R. M. Lerner (Series Eds.), D. Kuhn & R. S. Siegler (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 2. Cognition, perception, and language* (6th ed., pp. 161-213). Wiley.

4. Baker, H., & Kellogg, R. (1967). A developmental study of children's scribbles. *Pediatrics*, 40(3), 382–389. <https://doi.org/10.1542/peds.40.3.382>
5. Baniel, A. (2009). *Move into life: The nine essentials for lifelong vitality*. Harmony.
6. Bates, E., Bretherton, I., & Snyder, L. (1988). *From first words to grammar: Individual differences and dissociable mechanisms*. Cambridge University Press.
7. Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Analytic Press.
8. Bernson, M. (1973). *Dallo scarabocchio al disegno*. Armando Editore.
9. Bloom, L. (1970). *Language development: Form and function in emerging grammars*. MIT Press.
10. Boscaini, F. (2023). *Epistemologia storica della psicomotricità: Una metadisciplina*. CISERPP.
11. Boscaini, F. (2018). *Lo sviluppo psicomotorio*. Ediz. per la scuola. CISERPP.
12. Boscaini, F. (2008). Il grafismo come identità psicomotoria. *ReS*, XVI(1), 8-16.
13. Boscaini, F., Cachón Zagalaz, J., & Díaz Suárez, A. (2022). Del trastorno del diálogo tónico a la inestabilidad psicomotriz. Taxonomía diagnóstica. *SPORT TK-Revista Euroamericana de Ciencias del Deporte*, 11(4), 1-28.
14. Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books. (Original work published 1969)
15. Bruner, J. (1983). *Child's talk: Learning to use language*. W. W. Norton & Company.
16. Field, T. (2001). *Touch*. MIT Press.
17. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
18. García Núñez, J. A., & González de León, D. G. (2017). *Grafomotricidad, imagen y escritura*. CITAP.
19. Gibson, J. J. (1979). *The ecological approach to visual perception*. Houghton Mifflin.
20. Gopnik, A., & Meltzoff, A. N. (1997). *Words, thoughts, and theories*. MIT Press.
21. Longobardi, C., Quaglia, R., & Iotti, N. O. (2015). Reconsidering the scribbling stage of drawing: A new perspective on toddlers' representational processes. *Frontiers in Psychology*, 6, 1227. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01227>.
22. Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Basic Books.
23. Nelson, K. (1986). *Event knowledge: Structure and function in development*. Lawrence Erlbaum Associates.
24. Ortega Truillo, L., & García Núñez, J. A. (2023). *Corporalizar la mente*. CITAP.
25. Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. International Universities Press Inc. (Original work published 1936)

26. Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books.
27. Thelen, E., & Smith, L. B. (1994). *A dynamic systems approach to the development of cognition and action*. MIT Press.
28. Tinbergen, N. (1963). On aims and methods of ethology. *Zeitschrift für Tierpsychologie*, 20(4), 410-433.
29. Tomasello, M. (2003). *Constructing a language: A usage-based theory of language acquisition*. Harvard University Press.
30. Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In M. Bullock (Ed.), *Before speech: The beginning of interpersonal communication* (pp. 321-347). Cambridge University Press.
31. Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. W.W. Norton & Company.
32. Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.
33. Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. International Universities Press.

PSICOMOTRICITA' E DIGITALE. UN PROGETTO GRAFOMOTORIO ALLA SCUOLA PRIMARIA TRA PRESENZA, DAD E DDI

MARINA PAVESI*

*Pedagogista e Psicomotricista, studiolacapiola@gmail.com

ABSTRACT

In questo articolo vengono esposte alcune riflessioni epistemologiche scaturite dalla necessità di comprendere se sia possibile realizzare un progetto grafomotorio alla scuola Primaria, attraverso l'eventualità della Didattica a Distanza (DAD) e della Didattica Digitalmente Integrata (DDI), senza perdere, però, le peculiarità dell'intervento psicomotorio. Tali riflessioni che hanno riguardato i destinatari, gli obiettivi, le metodologie e il setting sono confluite nella decisione di realizzare il progetto. Alcuni incontri, poi, sono stati effettivamente svolti sia in DAD che in DDI, dimostrando concretamente come la psicomotricità nella sua specificità sia però contemporaneamente una disciplina molto duttile, capace di rispondere a bisogni psico-sociali in continuo mutamento. Nel caso trattato nell'articolo, infatti, a fronte del bisogno di garantire la continuità scolastica agli studenti nonostante la Pandemia da Covid-19, la psicomotricità ha saputo

INFORMAZIONI EDITORIALI

Ricevuto: gennaio 2025

Accettato: marzo 2025

Disponibile online: dicembre 2025

Come citare: Pavesi, M. (2025). Psicomotricità e digitale. Un progetto grafomotorio alla scuola primaria tra presenza, DAD e DDI. In ReS, Vol. XXX, N. unico, pp. 15-22.

PAROLE CHIAVE

Epistemologia psicomotoria

Grafomotricità

Didattica a Distanza (DAD)

Didattica Digitalmente Integrata (DDI)

Setting psicomotorio

modularsi anche rispetto all'erogazione digitalmente integrata.	
---	--

Introduzione

Nell'anno scolastico 2019/2020 per riuscire a mantenere il diritto allo studio, nonostante il Lock-Down per il contenimento della Pandemia da Covid-19, si è assistito alla comparsa della cosiddetta Didattica A Distanza (DAD) dove, tra numerose difficoltà legate alla connessione, al possesso dei device adeguati e alla scarsa competenza tecnica sia degli insegnanti che dei genitori, si è comunque riusciti a portare a termine l'anno scolastico. Con il mutare, però, della situazione pandemica e con il susseguirsi, quindi, delle modifiche ai provvedimenti emergenziali per le misure di contenimento, anche le conformazioni dei gruppi-classe si sono modificate.

Infatti, se nell'anno scolastico 2020/2021 hanno preso forma esperienze di DAD ad intermittenza, con il fenomeno di classi che entravano e uscivano dalla quarantena; con l'anno scolastico 2021/2022 al fenomeno delle quarantene di intere classi si è affiancato quello dell'entrare e uscire dalla quarantena di singoli alunni, dando vita così alla modalità della Didattica Digitalmente Integrata (DDI), con alunni connessi virtualmente da casa mentre i compagni svolgevano regolarmente la lezione in presenza in classe.

È all'interno di questa mutata modalità di erogare l'insegnamento al gruppo classe che si inserisce l'esperienza psicomotoria presentata in questo articolo.

1. Riflessioni epistemologiche

Le presenti riflessioni originano da un progetto grafomotorio realizzato dall'autrice nell'anno scolastico 2021/2022 con le classi seconde di una scuola primaria statale della provincia di Verona, in continuità con il progetto svolto con le stesse classi nell'anno scolastico precedente.

Con questo Istituto, da anni viene realizzato un progetto di psicomotricità per le classi prime e seconde della scuola primaria, il cui obiettivo è quello di promuovere l'armonioso sviluppo psicomotorio dei bambini e di aiutarli, attraverso l'attività psicomotoria, a identificarsi serenamente nel ruolo di studenti, imparando ad autoregolarsi rispetto ai ritmi e alle richieste sociali (Gobbi, 2002). All'interno degli incontri di questo progetto è sempre stato dato spazio anche ad attività specifiche per la promozione delle competenze grafomotorie. Considerato però che i bambini dell'anno scolastico 2020/2021, con l'avvento della Pandemia, avevano perso diversi mesi centrali per la preparazione dei prerequisiti scolastici (si pensi infatti che in molte scuole dell'infanzia, il laboratorio di pregrafismo viene svolto solitamente a partire dal

mezzo di gennaio dell'ultimo anno di frequenza), il Consiglio di Istituto aveva ritenuto opportuno proporre per i bambini delle nuove classi prime uno specifico progetto di grafomotricità da affiancare al già esistente progetto psicomotorio. Questo, allo scopo di fornire, ai bambini provenienti dall'ultimo anno della Scuola di infanzia nel periodo del Lock-Down, la possibilità di sperimentare e integrare maggiormente esperienze grafomotorie di prerequisite.

Tale progetto era stato realizzato attraverso sei incontri per ciascuna classe prima. Alla sua conclusione, dall'osservazione diretta della psicomotricista e dai questionari compilati dalle insegnanti, emerse che i nuovi studenti avevano ancora bisogno di implementare questo tipo di esperienze per consolidare le proprie abilità di scrittura. Per questo motivo, l'anno seguente è stato richiesto dall'Istituto di poter proseguire il progetto e di erogarlo prima della presentazione della scrittura in corsivo agli allievi delle classi seconde. Il progetto, quindi, è stato realizzato da novembre 2021 a gennaio 2022, periodo nel quale, a causa di una maggior diffusione del virus tra la popolazione infantile, la presenza degli alunni in classe è stata discontinua ma, spesso, possibile virtualmente attraverso il collegamento da casa.

Il fatto, quindi, che alcuni incontri potessero realizzarsi attraverso la DAD o addirittura la DDI era diventata, visto l'alto numero dei contagi in prossimità dell'inizio del progetto, una possibilità talmente probabile da richiedere una significativa riflessione sull'opportunità di iniziare o meno il percorso stesso.

È nata dunque una riflessione su una serie di domande:

1. Come vivono e si rapportano con il digitale i destinatari del progetto?
2. Gli obiettivi di questo progetto possono realizzarsi con una modalità integrata digitalmente?
3. Le metodologie specifiche della Psicomotricità possono adattarsi ad un eventuale setting virtuale?
4. La natura del setting psicomotorio può modificarsi a tal punto da diventare virtuale?

La prima riflessione ha riguardato i fruitori del progetto. Questi, erano gli alunni che, in quanto Nativi Digitali (Prensky, 2001) presentano, nell'interfacciarsi ad uno schermo per entrare in relazione con l'altro, un'attitudine sicuramente maggiore rispetto agli adulti. In effetti, dal punto di vista delle esperienze a cui i bambini sono abituati, la proposta di erogare alcuni incontri online non avrebbe implicato di certo una novità. D'altra parte, è anche vero che a fianco ai destinatari diretti ci sarebbero stati anche dei destinatari indiretti, ossia insegnanti e genitori. Gli insegnanti si configuravano infatti come destinatari in quanto le finalità psicomotorie che venivano perseguite nel progetto si rivolgevano anche a loro. In effetti, l'obiettivo di un progetto significativo non è mai quello di realizzare un'esperienza psicomotoria con gli studenti fine a sé stessa, quanto piuttosto permeare con il paradigma

psicomotorio l'agire dell'insegnante, cercando di sensibilizzare il corpo docente a mantenere uno sguardo e un'attitudine alla globalità psico-corporea dello studente ben oltre il termine del progetto (Pavesi, 2022). Per questo, in occasione degli incontri con le insegnanti per l'analisi dei bisogni formativi prima dell'inizio del percorso, avendo colto la loro difficoltà nel gestire queste ore di didattica integrata digitalmente, emerse l'idea di poter condividere tale difficoltà anche con la psicomotricista all'interno di questo progetto. Era, pertanto, un'occasione per trasmettere il messaggio che, al di là delle criticità connesse alla DAD, e ancor più alla DDI, questa esperienza non avesse solo un senso ma costituisse anche un potenziale per il mantenimento della continuità educativa e didattica. L'entrata, poi, di fatto nelle case degli alunni coinvolgeva un secondo destinatario indiretto, il genitore o comunque l'adulto responsabile del bambino. Se si considera, dunque, che questo progetto riguardava il consolidamento delle abilità grafomotorie, richiedenti costante esercitazione (Delaini, 2018, Benso, 2018, Veneroso et al., 2018), ecco che dall'ordinaria sporadicità di comunicazione tra famiglie e scuola, in questo caso si poteva realizzare un dialogo realmente costante. Sensibilizzare, dunque, i genitori sull'importanza di compiere alcune attività di gioco con regolarità sarebbe stato più semplice sia per la loro assistenza diretta alle attività dei figli, sia per la preparazione di qualche materiale psicomotorio e grafomotorio, di norma preparato a scuola dalla psicomotricista. Sicuramente questo li avrebbe indotti ad una maggiore conoscenza verso alcuni contenuti connessi all'argomento, ad esempio l'organizzazione dello spazio grafico.

Un'altra considerazione riguardava gli obiettivi di questa esperienza. Trattandosi di un progetto di grafomotricità destinato alle classi seconde, in continuità con quanto realizzato con le stesse classi l'anno precedente, tali obiettivi erano:

- Favorire i requisiti emotivo-relazionali indispensabili agli apprendimenti scolastici (Goleman, 2020, Lucangeli, 2020).
- Rinforzare le competenze grafomotorie per consolidare il processo di stabilizzazione della scrittura (Taverna et al., 2021, Delaini, 2018, Boscaini, 2008, Morin e Montésinos-Gelet, 2007).
- Individuare negli alunni possibili indicatori di rischio connessi alla Disgrafia, in ottemperanza con il Protocollo d'Intesa tra la Regione Veneto e l'Ufficio Scolastico Regionale per l'attività di individuazione precoce dei casi sospetti di Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA) (DGRV, 2014).

A partire dall'ipotesi di realizzare l'intervento con questa duplice modalità, in presenza e online, emergeva l'importanza di valorizzare la continuità dell'esperienza al fine di migliorare sia le competenze grafomotorie sia quelle emotivo-relazionali. Il dato centrale, tra gli obiettivi del progetto, veniva, così, configurandosi con la CONTINUITÀ delle esperienze, la cui

positività nei risultati costituisce la premessa per l'emergere del potenziale e dell'adattamento di ciascun alunno (Auzias, 1991).

Per rispondere alla questione riguardante l'adattamento delle metodologie psicomotorie al setting virtuale, è stato necessario far riferimento alla progettazione iniziale riguardante lo svolgimento tradizionale in presenza. Come metodologia psicomotoria principale in origine per raggiungere l'obiettivo di sviluppare una maggior coscienza corporea necessaria per consentire all'alunno di riconoscere i propri stati di tensione muscolare prima, durante e dopo la scrittura, era stato previsto di utilizzare il rilassamento muscolare progressivo di Jacobson (1938). Considerato questo il più adatto ed efficace per sperimentare direttamente e attivamente da parte dei bambini l'alternanza tensione-distensione. In effetti l'utilizzo di tale metodo risultava possibile, anche nell'eventualità della realizzazione in DAD o DDI, proprio perché in tale esperienza lo psicomotricista guida il bambino attraverso la parola senza toccarlo direttamente, salvaguardando allo stesso tempo la relazione di fiducia e la partecipazione all'esperienza. Altra metodologia specifica prevista sarebbe stata la mobilitazione volontaria globale e segmentaria del corpo e degli arti finalizzata al controllo, in particolare dell'arto e della mano scrivente (Boscaini, 2008; Soubiran & Mazo, 1991). Dunque, visto il carattere prettamente attivo della metodologia utilizzata, non apparivano particolari difficoltà di realizzazione a casa. Infine, trattandosi di un progetto grafomotorio ovviamente erano previste diverse esperienze grafomotorie (Soubiran & Coste, 2009), e anche se non fosse stato possibile condividere direttamente lo spazio del foglio con i compagni, sarebbe comunque stato possibile condividere lo schermo con la conseguente verbalizzazione delle produzioni grafiche. In definitiva, si poteva passare da una mediazione corporea e grafomotoria diretta in presenza ad una analoga in cui lo schermo diventava un ulteriore mediatore.

Rispetto alla questione riguardante la possibile modifica del setting psicomotorio, da reale a virtuale salvaguardandone la specificità, è stata importante partire dalla presa di coscienza delle caratteristiche abituali del setting psicomotorio in ambito scolastico. A questa dinamica lo psicomotricista che opera nelle scuole è già abituato in quanto, di fronte alla scarsità e mutevolezza degli spazi, alla poca disponibilità di materiale adeguato alle attività corporee, all'invasione dello spazio psicomotorio da parte di adulti e bambini non direttamente coinvolti e all'interferenza nelle attività da parte degli insegnanti, lo psicomotricista opera abitualmente ripensamenti e riadattamenti al setting. Tutte queste criticità già presenti prima del lock down hanno dunque facilitato nello psicomotricista l'individuazione di un nuovo setting semi-virtuale in cui il corpo acquista un valore totalmente diverso. La fattibilità del progetto in modalità semi-virtuale è venuta dunque dalla considerazione che, al di là della specificità psicomotoria dell'agire attraverso la mediazione corporea, la finalità dello psicomotricista rimane comunque quella di favorire il benessere psico-corporeo della persona in vista di un

sempre maggior adattamento all'ambiente (Boscaini, 2002), sia esso reale che virtuale in DAD o semi-virtuale in DDI.

Ecco, allora, che anche questo setting, costituito di presenza fisica e virtuale, costituiva un'opportunità richiedente comunque delle riflessioni non tanto intuitive quanto fondate su giustificazioni concettuali coerenti scientificamente. Nel rispetto della dimensione psicomotoria delle persone coinvolte nell'esperienza e tenuto conto dei limiti e delle nuove opportunità di questo particolare setting, si è ritenuto, dunque, importante consolidarne la dimensione relazionale (Grasso, 2010) in termini di continuità. In tal senso, si è cercato di costituire precisi confini, reali e simbolici, allo scopo di permettere ai bambini di esprimersi e rapportarsi con gli altri in modo differenziato e complementare all'interno di spazi ambedue sicuri. Questo si è concretizzato tramite due modalità:

- Da una parte l'uso del cerchio o circle time, riferendosi alla sua valenza educativo-didattica in termini di peer education (Pellai, 2002), per il saluto iniziale, per il passaggio da un'attività all'altra dell'incontro, per le verbalizzazioni post-vissuto e per il saluto finale. Tale collegamento concreto tra i bambini in classe e quelli a casa, ha rappresentato quindi il legame del gruppo e il contenitore simbolico di sicurezza.
- Dall'altra, la definizione di regole condivise, proposte dai bambini stessi. Questo ha permesso di valorizzare la ricchezza del rispetto e dell'ascolto reciproco, facilitandoli a tollerare gli inevitabili momenti d'attesa sia rispetto ai compagni più in difficoltà sia per i problemi di connessione.

Conclusione

Pur avendo optato per la fattibilità del progetto anche nel caso di erogazione in DAD o in DDI, questo è stato poi realizzato quasi esclusivamente con incontri in presenza. Tutte le classi, comunque, hanno svolto almeno un incontro in DDI, e due classi anche un incontro in DAD.

Al fine di svolgere in maniera efficiente il progetto è stata molto importante la fase di progettazione (Leone e Prezza, 2005), fornendo alle insegnanti con largo anticipo (almeno due settimane prima) il programma dell'incontro affinché i genitori, in caso DAD o DDI, potessero preparare il materiale necessario a casa. Ciò ha comportato la difficoltà di lasciare spazio alla libera espressione dei vissuti proposti a favore di attività strutturate e semi-strutturate per permettere a tutti di partecipare. Per sopperire a questa criticità si sono valorizzati molto i momenti di verbalizzazione personale realizzati nei vari circle time proposti in ogni incontro.

La realizzazione di questo progetto in modalità semi-virtuale ha comportato problematiche di tipo tecnologico, con rallentamento sia dei ritmi degli incontri, sia nella limitazione

dell'espressività personale dei bambini. Tuttavia, l'esperienza ha anche offerto delle opportunità, come:

- Dare la possibilità a tutti di lavorare sugli obiettivi prefissati, indipendentemente dalla Pandemia in corso.
- I bambini a casa sono stati emotivamente sostenuti facendoli sentire parte fondamentale del gruppo-classe.
- I bambini presenti in classe hanno aumentato la capacità di attesa imparando a rispettare il proprio turno.
- Per gli insegnanti è stata un'occasione per sentirsi supportati in un momento realmente complesso del loro lavoro.
- I genitori, attraverso la condivisione, hanno aumentato la consapevolezza della positività delle esperienze proposte ai fini non solo dell'uso corretto della scrittura, ma anche del benessere psico-corporeo dei loro bambini.

In sintesi, questa esperienza ha permesso a tutti di cogliere il valore del progetto e, allo stesso tempo, ha stimolato lo psicomotricista a migliorare e ampliare le proprie proposte adeguando la metodologia psicomotoria ai bisogni della società attuale.

Bibliografia

1. Auzias, M. (1991). *I disturbi della scrittura nel bambino*, Libreria Universitaria.
2. Benso, F. (2018). *Attenzione esecutiva, memoria e autoregolazione. Una riflessione neuroscientifica su funzionamento, assessment, (ri)abilitazione*. Hogrefe.
3. Bertolotti, G. (2005). *Il rilassamento progressivo in psicologia*. Carocci.
4. Boscaïni, F. (2008). *Psicomotricità e grafismo. Dalla grafomotricità alla scrittura*. AISIS.
5. Boscaïni, F. (2002). *Valorizzare le competenze dello psicomotricista. Dai bisogni formativi alla professionalità*. Edizioni ReS.
6. Cattafesta, S. (2018) (a cura di). *Psicomotricità*. Reverdito.
7. Delaini, C. (2018). *Dalla Grafomotricità alla scrittura*. CISERPP.
8. Delibera Giunta Regionale del Veneto n. 2315 del 09 Dicembre 2014. Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA): aggiornamento della DGR n. 2723 del 24 dicembre 2012 di recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 25 luglio 2012.
<https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=287936>
9. Gobbi, G. (2002). *Il corpo in gioco*. Edizioni ReS.
10. Goleman, D. (2020). *Intelligenza emotiva. Che cos'è e perchè può renderci felici*. BUR.
11. Grasso, M. (2010). *La relazione terapeutica*. Il Mulino.
12. Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. University of Chicago Press.

13. Leone, L., Prezza, M. (2005). *Costruire e valutare i progetti nel sociale. Manuale operativo per chi lavora su progetti in campo sanitario, sociale, educativo e culturale*. FrancoAngeli.
14. Lucangeli, D. (2020). *Cinque lezioni leggere sull'emozione di apprendere*. Erickson.
15. Morin, M.F., Montésinos-Gelet, I. (2007). Effet d'un programme d'orthographe approchées en maternelle sur les performances ultérieures en lecture et en écriture d'élèves à risque, *Revue des sciences de l'éducation*, 33(3), pp. 663–683. <https://doi.org/10.7202/018963ar>.
16. Pavesi, M. (2022). Psicomotricità e Disturbi Specifici dell'Apprendimento. Il bambino oltre il disturbo. *Orientamenti pedagogici*, 69(2), 73-80.
17. Pellai, A., Rinaldin, V., Tmborini, B. (2002). *Educazione tra pari. Manuale teorico-pratico di empowered peer education*. Erickson.
18. Prensky, M. (2001). Digital Natives, Digital Immigrants Part 2: Do They Really Think Differently?, *On the Horizon*, 9(6), pp.1-6. <https://doi.org/10.1108/10748120110424843>.
19. Ripamonti, D. (2016). Bambini e tecnologie digitali: opportunità, rischi e prospettive di ricerca. *Media Education-studi ricerche e buone pratiche*, 7(2), 143-147.
20. Soubiran, G.B., Coste, J.C. (2009). *Psicomotricità e rilassamento psicosomatico*. Armando.
21. Soubiran, G.B. & Mazo, P. (1991). *Disadattamento scolastico e terapia psicomotoria*. Libreria Universitaria.
22. Veneroso, C., Benso, F., Di Somma, A., Soria, M., Arici, M., Ardu, E. (2018). Favorire gli apprendimenti nella scuola primaria con l'utilizzo di tecniche di attivazione del sistema attentivo-esecutivo. *RicercAzione*, 10(2), 135-148. DOI: 10.32076/RA1020.
23. Taverna, L., Tremolada, M., Bonichini, S., Sangiuliano, I.F., Brighi, A. (2021). Assessing children's gross-motor development: parent and teacher agreement. Implication for school and wellbeing. *Journal of Physical Education and Sport*, 21(1), 560–566. DOI:10.7752/jpes.2021.s1063.

INTERVENTO PSICOMOTORIO IN BAMBINI CON DISTURBI DELLA COORDINAZIONE OCULARE E SECONDARI DISTURBI EMOTIVI E COMPORTAMENTALI

MARIELLE DECHESNE DALHUISEN*

*Psicomotricista, MIP, marielle.dechesnedalhuisen@psychomotricien.eu

ABSTRACT

Secondo Vision Atlas, 448 milioni di bambini e adolescenti hanno difetti di rifrazione: 339,4 milioni soffrono di miopia e 109,3 milioni di problemi alla vista. Esistono diversi tipi di disturbi oculari. Ci riferiamo ai bambini con disturbi oculomotori seguiti da psicomotricisti. Esistono 6 modelli teorici e 5 test utilizzabili in Psicomotricità con i bambini. Lo scopo dello studio è determinare in che misura la scarsa coordinazione visiva nei bambini dai 4 agli 8 anni può influenzare il loro comportamento e le loro emozioni. Dalla letteratura risulta che ci sono relazioni forti e deboli nel bambino con problemi oculomotori. Viene proposto un questionario destinato a psicomotricisti di 6 paesi europei. Vengono poi discussi i limiti di questo studio e i risultati. In conclusione, descriviamo 6 domande alle quali cerchiamo di dare risposta. Uno psicomotricista può sicuramente svolgere un ruolo importante in questo ambito, poiché formazione e competenze gli

INFORMAZIONI EDITORIALI

Ricevuto: gennaio 2025

Accettato: marzo 2025

Disponibile online: dicembre 2025

Come citare: Dechesne Dalhuisen, M. (2025). Intervento psicomotorio in bambini con disturbi della coordinazione oculare e secondari disturbi emotivi e comportamentali. In ReS, Vol. XXX, N. unico, pp. 23-36.

PAROLE CHIAVE

Oculista

Problematiche oculari

Valutazione visuo-motoria

Disturbi psicomotori

Presa in carico psicomotoria

consentono di avere un approccio olistico all'individuo. È importante anche collaborare con altri professionisti, come un optometrista.	
---	--

Introduzione

Attualmente, 1,1 miliardi di persone in tutto il mondo affrontano le conseguenze della perdita della vista. La maggior parte di queste persone non ha accesso ai servizi sanitari. Ma il numero di persone che hanno problemi alla vista appare più significativo. A livello globale, almeno 2,2 miliardi di persone soffrono di problemi alla vista da vicino o da lontano. In almeno 1 miliardo di casi, ovvero quasi la metà, il deficit visivo poteva essere evitato o non trattato (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2023). Secondo Vision Atlas, 448 milioni di bambini e adolescenti presentano errori di rifrazione: 339,4 milioni sono miopi e 109,3 milioni ipovedenti.

Esistono diversi tipi di disturbi oculari. I più noti sono (1) miopia, (2) ipermetropia, (3) strabismo, (4) ambliopia e (5) nistagmo. Notiamo diversi fattori genetici e ambientali che aumentano il rischio di sviluppare problemi alla vista (Factors for Vision Problems in Children, Prevent Blindness, n.d). Si tratta, quindi, di bambini con disturbi oculomotori che vengono presi in cura dallo psicomotricista.

Quali sono le indicazioni per uno psicomotricista in età evolutiva?

Sono 6 modelli e 5 test utilizzabili nell'ambito della Psicomotricità con i bambini.

E quali possono essere i segnali che permettono ad uno psicomotricista di riconoscere un bambino con questo problema?

Nella metodologia descriviamo la teoria e cerchiamo di trovare una risposta alla domanda di ricerca, i cui risultati cerchiamo di chiarire attraverso studi di casi clinici. Infine, approfondiremo la questione con alcune riflessioni e proposte finali.

1. Problematica

Questo studio si concentra sui bambini dai 4 agli 8 anni, che presentano disturbi oculomotori e ci si chiede cosa si può fare con costoro. Questa ricerca è rivolta agli psicomotricisti e a coloro che si prendono cura dei bambini. Abbiamo scelto di esaminare il problema da diverse angolazioni e di utilizzare il punto di vista del Forum Europeo di Psicomotricità sull'approccio psicomotorio nei bambini nelle aree preventivo-educative e terapeutiche finalizzate allo sviluppo delle competenze psicomotorie (Forum Europeo di Psicomotricità, 2024). Sono stati

contattati sei Paesi per ottenere i risultati del questionario loro inviato (Francia, Paesi Bassi, Italia, Portogallo, Belgio e Svizzera).

Pertanto, il problema di ricerca individuato è:

Una scarsa coordinazione visiva nei bambini dai 4 agli 8 anni potrebbe avere un impatto più o meno significativo sul comportamento e sulle emozioni?

Lo psicomotricista, per mancanza di formazione, non sempre lo individua e quindi non ne tiene conto nelle sue sedute.

Sulla base della letteratura, abbiamo scelto 6 domande di ricerca e stiamo utilizzando un metodo di ricerca misto i cui risultati saranno presentati e il caso clinico servirà poi come chiarimento.

2. Quadro teorico

Ci affidiamo a risorse qualitative provenienti principalmente dalla letteratura. Abbiamo scelto di escludere i bambini ciechi o ipovedenti così come le limitazioni del campo visivo. Cerchiamo di seguire una categorizzazione standard:

1. Sviluppo psicologico e relazionale, con difficoltà nel processo di costruzione dell'identità.
2. Sviluppo psicomotorio, con alterazione dell'esecuzione delle attività motorie.
3. Sviluppo cognitivo (Vachez-Gatecel et al., 2022).

Il nostro interesse concerne i bambini che arrivano allo psicomotricista e la modalità in cui lo psicomotricista può guardare un bambino. Lo psicomotricista può fare riferimento a modelli teorici specifici.

Identifichiamo 6 modelli su cui lo psicomotricista può fare riferimento nella presa in carico di bambini con disturbi della coordinazione oculo-motoria.

Questi modelli sono:

1. Il modello a tre componenti di Scheiman (2011) ha creato una modalità di visione con componenti ad albero:
 - Integrità visiva (acuità visiva, ottica dell'occhio e salute degli occhi);
 - Efficienza visiva (accomodazione, visione binoculare e movimenti oculari);
 - Elaborazione delle informazioni visive (abilità visuo-spaziali, analisi visiva e integrazione visuo-motoria).
2. Modello psicomotorio:
 - Aspetto oculomotore ("che aspetto ho?")
 - Aspetto visivo "come mi identifico?"

- Aspetto visivo-spaziale ("come mi oriento e mi localizzo?")
 - Aspetto visuo-motorio ("come faccio in relazione a ciò che vedo?")
 - Aspetto visuo-costruttivo ("come costruisco?") (d'Ignazio, 2020).
3. Modello neurovisivo che considera l'intero processo percettivo-motorio che, a partire dall'elaborazione periferica delle informazioni dell'ambiente, valuta la risposta motoria attraverso l'elaborazione corticale (Chaix et Albaret, 2013; d'Ignazio, 2020; Irani, 2011).
 4. Il modello di visione di Skeffington (Schrock, 1978), costituito di 45 sottosistemi: processo antigravitazionale, quello di centratura, di identificazione, di audizione e, infine, quello della visione emergente.
 5. Modello olandese O-G-M (Brands-Zandvliet et al., 2015). Esso considera l'Organismo (O), ossia il bambino stesso, il comportamento (Gedrag, in olandese) e l'ambiente (in olandese Milieu). L'emozione è considerata parte del comportamento, mentre gli occhi sono l'organismo per cui gli occhi malfunzionanti sono quindi un difetto del corpo. Un disturbo in una delle 6 componenti comportamentali può influenzare lo sviluppo del bambino. Le 6 componenti del comportamento sono le seguenti e si influenzano a vicenda: biologica, sensoriale, motoria, emozionale, cognitiva e sociale comportamentale.
 6. Il DIR, modello per lo sviluppo di sistemi dinamici (Wieder et al. (2012), evidenzia il potere delle relazioni e delle connessioni emotive per alimentare lo sviluppo. Con una comprensione approfondita del processo di sviluppo (D) e delle differenze individuali (I) di una persona, possiamo utilizzare le relazioni umane (R) per promuovere uno sviluppo sano e aiutare ognuno a raggiungere il suo completo potenziale.

In seguito, individuiamo i test utili per lo psicomotricista al fine di dare visibilità ai test standard utilizzati in francese (Paquet, 2019). In particolare, ci concentriamo sui sette test che vengono utilizzati in Psicomotricità e che qui descriviamo:

1. Il test Movement ABC-2 è un test internazionale. In questo caso specifico, Alves Bakkeetal (2017) ha adattato gli strumenti con l'obiettivo di valutare gli aspetti di validità e affidabilità dello stesso test Movimento ABC-2 per bambini non vedenti.
2. Il test di integrazione visuo-motoria di Beery-Buktenica è un test neuropsicologico che analizza le capacità di costruzione visiva. Identifica problemi con la percezione visiva, la coordinazione motoria e l'integrazione visuo-motoria, ad esempio la coordinazione occhio-mano. (Findlay et al., 2020).
3. Il test di sviluppo della percezione visiva di Frostig distingue i ritardi nella maturazione percettiva.
4. Il test visivo e motorio della Gestalt Bender-II valuta il funzionamento visuo-motorio, i disturbi dello sviluppo e i disturbi neurologici nei bambini.

5. Il test NP-MOT viene utilizzato per valutare i processi di sviluppo neuro-psicomotorio.
6. Il TGMD-2 è un test standardizzato a livello internazionale che combina le prestazioni motorie e il processo di sviluppo sottostante.
7. Il NEPSY-II consiste in una serie di subtest neuropsicologici.

Il ruolo dello psicomotricista con i bambini è quello di fare buone osservazioni. Un elenco di osservazioni può essere trovato su Psymot (Emck et al., 2010). Come regola generale, nei bambini è presente un segno premonitore di disturbi visivi (Bonmartin, A. et al., 2019) e, in ogni caso, è possibile rivolgersi ad un oculista.

In questo senso, a seconda dell'intensità, dividiamo in due gruppi i problemi legati al rapporto tra la coordinazione dell'occhio problematico e il suo impatto sul comportamento e sulle emozioni.

2.1. Stretta correlazione occhio-emozione e comportamento

Durante lo sviluppo, si possono incontrare problemi a diversi livelli di competenze:

- Coordinazione occhio-mano. Ciò è confermato da un recente studio che specifica che i bambini con problemi di coordinazione bio-oculare spesso hanno un ritardo nella coordinazione occhio-mano rispetto ai bambini che vedono bene (Kelly et al., 2022).
- Apprendimento della lettura. Spesso i bambini i cui occhi non si coordinano bene non hanno informazioni visive o sono più lenti nell'imparare a leggere. Ci vuole impegno, il che fa sì che questi bambini si stanchino prima in giovane età. Uno studio dimostra che i bambini affetti da ambliopia leggono più lentamente rispetto ai bambini senza ambliopia. (Kelly et al., 2015). In effetti, la comprensione della lettura richiede sei competenze (understood.org):
 1. Decodifica. La consapevolezza fonologica è la base per imparare a leggere come capacità di riconoscere e lavorare con i suoni nella lingua parlata.
 2. Fluidità. Per leggere fluentemente, i bambini devono riconoscere immediatamente le parole.
 3. Vocabolario. Per capire quello che si legge bisogna capire le parole.
 4. Costruzione e coesione delle frasi.
 5. Ragionamento e conoscenze di base.
 6. Memoria di lavoro e attenzione.

Ad esempio, cosa succede se un bambino non riesce a vedere in profondità e la coordinazione non è buona e sta imparando a leggere? In questo caso, le lettere potrebbero assomigliare alla figura seguente.

Pertanto, la prima riga della figura viene letta con gli occhi combinati, la seconda e la terza senza un lavoro d'insieme degli occhi.

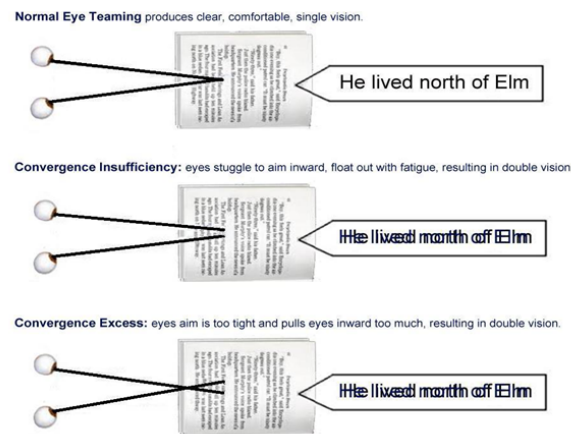


Figura 1. (<https://scheelzien.org> 2024)

2.2. Debole correlazione occhio-emozione e comportamento

Questo tipo di rapporto debole coinvolge la dimensione emotiva e lo stress. Per stress visivo si intende difficoltà di lettura, sensibilità alla luce e mal di testa, dovuti all'esposizione a meccanismi visivi disturbanti. Lo stress visivo può essere causa di affaticamento nella lettura (Young eye optometrists, n.d.).

Nei bambini ciechi si possono osservare disturbi psicologici e, soprattutto, ansia nei bambini ipovedenti (Bekmez et al., 2020).

Un'altra conseguenza riguarda il comportamento come chiarisce Barry (2020), che descrive una particolare reazione in classe: il bambino cerca di essere invisibile e non dimostra nulla pur conoscendo la risposta perché si ritiene stupido.

Inoltre, lo spazio è più fragile per i bambini con disturbi della coordinazione oculo-motoria, tanto che risulta difficile effettuare ricerche nello spazio. Ad esempio, un bambino non riesce a trovare la madre tra tutti i genitori al di fuori della scuola (Wieder et al., 2012).

3. La ricerca quantitativa: il questionario

I questionari sono stati inviati principalmente a psicomotricisti che lavorano con bambini in diversi paesi europei. Ha risposto un professionista dei Paesi Bassi. Per prima cosa abbiamo un'introduzione per descrivere l'argomento. Abbiamo posto le domande in base a ciò che volevamo sapere. L'obiettivo è quello di acquisire maggiori informazioni su questo argomento dagli psicomotricisti.

Cosa fa o sa già un professionista in materia?

Abbiamo deciso di utilizzare un questionario per comprendere meglio i seguenti elementi:

- Vogliamo saperne di più sul numero di bambini che vengono visitati con questo problema in uno studio condotto da uno psicomotricista.
- Quali test vengono utilizzati durante la valutazione di questi bambini. In questo modo, avremo più dati sull'utilizzo dei test relativi ai problemi di coordinazione visiva dei bambini.
- Dove indirizzano il bambino gli psicomotricisti?

In totale, ci sono 15 domande e ci vogliono 10 minuti per rispondere. Le domande sono aperte e chiuse. Alle domande chiuse è possibile rispondere rapidamente con "sì" / "no"; quelli aperti impiegano un po' più tempo. Abbiamo utilizzato i moduli Microsoft per questo questionario perché è facile, in seguito, elaborare le risposte. Il questionario è anonimo.

Per prima cosa abbiamo creato un questionario pre-test. È stato possibile compilare il questionario da metà marzo a metà maggio 2024. È stato possibile compilare il questionario al computer o per telefono dove il testo può essere tradotto. Per Portogallo e Svizzera abbiamo realizzato un formato A4 con un testo sull'argomento.

3.1. Raccolta dati

Abbiamo ricevuto 63 risposte al questionario. La maggior parte delle risposte è arrivata dall'Italia e dai Paesi Bassi. Nello specifico: Italia, 26 risposte; Paesi Bassi, 20; Francia, 8; Svizzera, 5; Portogallo, 3; Belgio, 1.

Abbiamo deciso di rendere la ricerca più chiara con 4 casi clinici. Si tratta di una breve descrizione del bambino il cui quadro clinico è connesso alla dimensione emotiva e comportamentale.

3.2. L'insieme dei dati

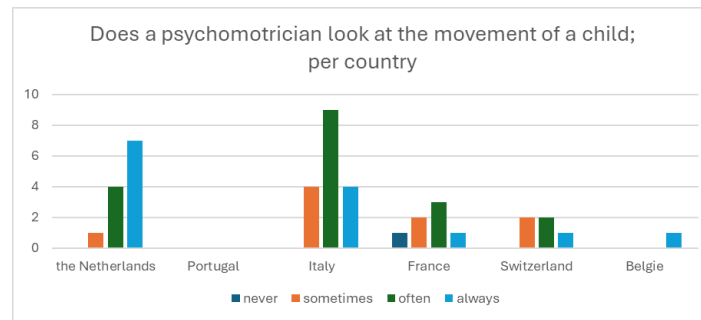
Ecco il primo risultato ottenuto dal questionario:

- 23 psicomotricisti affermano di non aver "mai" avuto in studio un bambino con questo problema.
- Mentre da 1 a 5 bambini vengono visti ogni anno da 32 psicomotricisti.
- In questi paesi, ogni anno vengono visti da 6 a 8 bambini da 8 psicomotricisti.
- E 1 psicomotricista vede più di 11 bambini con problemi visivi.

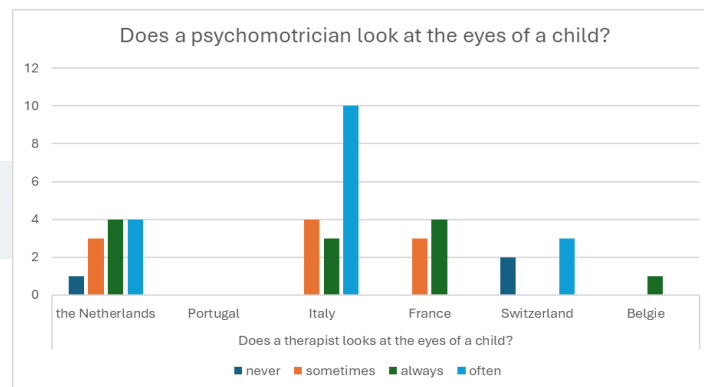
Quando uno psicomotricista vede un bambino con disturbi della coordinazione visuo-motoria, cosa cerca di valutare?

Le tre seguenti tabelle riportano le risposte al questionario a tre diversi livelli:

- I movimenti del bambino, osservati dallo psicomotricista in ciascun paese.



- Il problema oculo-motorio: uno psicomotricista osserva gli occhi di un bambino per paese.

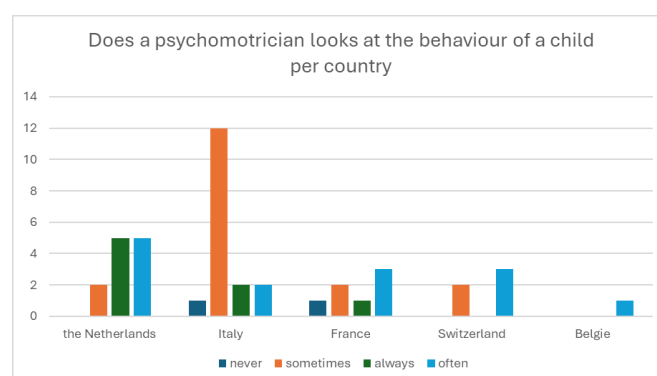


- Il comportamento di un bambino. Uno psicomotricista esamina il comportamento di un bambino per paese.

È interessante osservare il comportamento di un bambino i cui occhi non si coordinano bene. Come lo osservano gli psicomotricisti che hanno risposto al questionario:

- 2 non lo osservano mai,
- 18 lo osservano qualche volta,
- 8 lo osservano sempre,
- 14 psicomotricisti lo osservano spesso.

Ciò significa che meno della metà degli psicomotricisti osserva il comportamento dei bambini i cui occhi non sono ben coordinati.



È chiaro che uno psicomotricista si interessa del comportamento del bambino quando ha l'idea che i suoi occhi non funzionino correttamente. La maggior parte delle risposte ottenute rientrano nelle classi "sempre" e "spesso".

La maggior parte degli psicomotricisti osserva gli occhi del bambino, atteggiamento assunto "spesso" da 17 professionisti. Quasi la metà degli psicomotricisti "qualche volta" (18) osserva il comportamento dei bambini con problemi visivi.

Più della metà degli psicomotricisti non utilizza il test ABC-2 (55%) e la maggioranza di loro (30%) non utilizza il test di sviluppo Beery-Buktenica VMI. Gli altri test sono descritti, ma non sono richiesti nel questionario.

La maggior parte degli psicomotricisti fa riferimento all'ortottista (16).

L'ultima richiesta del questionario riguarda lo scambio di informazioni tra le due professioni, l'ortottista e lo psicomotricista. E questo è confermato da 16 psicomotricisti.

3.3. I risultati in ciascun Paese

Se consideriamo i risultati per paese vediamo che l'Italia ha avuto molte risposte. Ne specifichiamo qui le più significative:

Tabella 1: distribuzione delle risposte

	Totale
Olanda	20
Francia	7
Italia	26
Portogallo	3
Svizzera	5
Ignoto	1
Belgio	1
Totale	63

Ecco alcuni risultati significativi:

- Il test movement ABC-2 "mai" è stato utilizzato dagli psicomotricisti italiani (13) così come loro (15) non hanno «mai» utilizzato il test di Beery.
- In Italia, gli psicomotricisti "talvolta" si interessano del comportamento (12).
- Lo psicomotricista si rivolge principalmente all'ortottista (in Italia) e all'optometrista (nei Paesi Bassi e in Italia).

- E, in Italia lo psicomotricista “spesso” (9) scambia informazioni con l'oculista.

4. Discussione

La discussione che potrebbe sorgere è se i disturbi oculomotori di un bambino abbiano un effetto sulle sue emozioni e sul suo comportamento.

Dalla letteratura si può dedurre che esistono correlazioni strette e deboli con il comportamento e le emozioni del bambino, se lo sviluppo del bambino viene esaminato attentamente. A questo scopo, possono essere utilizzati anche modelli, come il modello O-G-M (Brands-Zandvliet et al., 2015), in cui viene osservato il bambino nel suo insieme, e quello di Wieder et al. (2012) che esamina anche l'intero sviluppo.

La seconda domanda nasce dal questionario e dal metodo di lavoro di uno psicomotricista. Quando si lavora con i sensi, gli occhi ne fanno parte.

Tutti i recettori sensoriali hanno soglie di sensibilità. Trasmettono quindi un messaggio nervoso solo quando queste soglie vengono superate e possono tendere al dolore nocicettivo. Inoltre, sono anche in grado di amplificare questo segnale, così come possono abituarsi alla sua presenza costante. Le funzioni sensoriali vengono elaborate e analizzate utilizzando in particolare funzioni percettive per effettuare elaborazioni complesse, ma sono anche legate a funzioni emotive, cognitive e motorie che consentono all'individuo di produrre risposte comportamentali adeguate. L'integrazione sensoriale fornisce, quindi, i dati necessari per una comprensione completa della realtà, dei cambiamenti e degli eventi (Barker et al., 2019).

In un mondo costruito sulla capacità di vedere, la vista, il più dominante dei nostri sensi, è vitale in ogni momento della nostra vita. Il neonato dipende dalla vista per riconoscere e legarsi alla madre; il bambino piccolo, per padroneggiare l'equilibrio e imparare a camminare; lo scolaro, per andare a scuola a piedi, leggere e imparare; la giovane donna a partecipare al mondo del lavoro; e la donna più anziana, per mantenere la sua indipendenza. Tuttavia, come mostra questo rapporto, le patologie oculari e i disturbi della vista sono molto diffusi e troppo spesso non vengono trattati. A livello globale, almeno 2,2 miliardi di persone hanno problemi alla vista e, di questi, almeno 1 miliardo hanno un problema alla vista che avrebbe potuto essere prevenuto o che deve ancora essere affrontato.

Questo, è quanto scrive Ghebreyesus (2019) nella prefazione del Magazine World Health Organization.

Il questionario mostra che il comportamento e le emozioni sono presi in considerazione. Ma la questione rimane:

Questi bambini ne beneficiano abbastanza?

Per un ragazzo, oggetto dello studio, ciò significava che avrebbe potuto frequentare una scuola normale.

Ulteriori ricerche dovrebbero rivelarlo. Inoltre, sarebbe interessante poter testare o intervistare i bambini in collaborazione con i genitori per comprendere meglio questa ricerca sugli effetti della coordinazione oculare.

4.1. Limiti

Le domande sono state inviate a psicomotricisti che lavorano con bambini senza alcuna possibilità da parte nostra di lavorare comunque con i bambini o con i genitori. Ciò potrebbe essere possibile e quindi utile per fare ancor più luce sul problema.

A proposito del questionario, è stato necessario richiedere le risposte affinché questo fosse compilato.

Tuttavia, è stato bello ricevere aiuto da persone diverse che lo condividono tra loro. In secondo luogo, è stato difficile confrontare il numero di risposte. Gli psicomotricisti italiani hanno dato più risposte rispetto, ad esempio, a quelli svizzeri o portoghesi. È quindi difficoltoso fare un effettivo confronto.

Oltre a ciò, possiamo comunque individuare alcuni aspetti positivi.

L'opportunità di formazione continua attraverso un Master Internazionale è l'occasione per approfondire i contenuti della Psicomotricità, per estendere la conoscenza ad altri Paesi e per effettuare scambi, sulla base della piattaforma sviluppata dal Forum Europeo di Psicomotricità.

Conclusione

Abbiamo 6 sub-domande, che sono derivate dalla domanda principale.

1. Come si percepisce un bambino che utilizza un solo occhio? E qual è l'effetto?

Una doppia immagine è complicata dal cervello, che porta il bambino a trascurare l'uso di uno dei suoi occhi, soprattutto in giovane età se non esiste tale coordinazione (Leids Universitair Medisch Centrum, 2016).

Ciò si riscontra nel primo caso di studio, in cui un ragazzo vede due palle quando ce n'è solo una, situazione citata anche nella pubblicazione di Barry (2020).

2. Come sta il bambino nella stanza? Può non considerare questo spazio o è caotico per lui? Per esempio, può trovare un giocattolo in uno spazio pieno di giocattoli e quale è la sua reazione (Wieder et al., 2012)?

3. Un bambino reagisce abbastanza in fretta per prendere una palla quando è vicina agli occhi (Peerlings, 2024)? Come migliorare la coordinazione occhio-mano del bambino?

Come scrive Peerlings, la coordinazione oculare è un movimento che esige un molto da un bambino. Ma se un bambino non vede arrivare correttamente la palla, a causa della profondità, la sua reazione è sempre troppo tardiva, quindi è difficile da apprendere.

4. Il comportamento e le emozioni sono differenti tra quelle di un bambino che ha problemi di coordinazione oculare rispetto a quelli di un bambino che non ha problemi di coordinazione oculare?

Può determinarsi ansia nei bambini che non vedono bene, ansia più frequente nei maschi rispetto alle femmine. Inoltre, possono essere riscontrati i problemi psicologici (Bekmez et al., 2020). È certo che un buon funzionamento di questi diversi aspetti è basato su un'armonia delle funzioni psicomotorie durante lo sviluppo del bambino.

5. Scrivere o imparare a leggere è diverso per i bambini che non vedono bene rispetto agli altri bambini? E se è differente, che genere d'emozione mostrano?

Si tratta di integrare le informazioni provenienti dai due occhi. In effetti, le informazioni possono essere contraddittorie, due immagini possono entrare nel gioco e ciò può perturbare la capacità di lettura tanto da indurre il bambino a pensare di rendersi invisibile (Barry, 2020).

6. Quali sono i segni che uno psicomotricista può cogliere o conoscere per verificare se gli occhi di un bambino non si coordinano correttamente?

L'osservazione è qui importante. Ad esempio, se un bambino legge e chiude un occhio o guarda un oggetto di lato, ancora, ma ha difficoltà a valutare la distanza e sbatte spesso contro qualcosa.

Tutte queste domande, a cominciare dalla principale domanda iniziale, sono state trovate in questo lavoro delle risposte parziali, richiedenti certamente delle indagini più approfondite che potrebbero essere perseguite in seguito da parte dell'autore o di altri psicomotricisti, esperti dello stesso problema.

Di sicuro, la risposta più completa potrebbe venire se fosse possibile testare anche i bambini con la partecipazione dei genitori nella compilazione del questionario.

Tuttavia, in conclusione, possiamo dire che uno psicomotricista può certamente ricoprire un ruolo importante in questo campo in quanto, grazie alla sua formazione e alle sue competenze, è dotato di un approccio olistico alla persona. Ciò significa non solo la capacità di correlare le diverse funzioni e competenze della persona, ma anche collaborare con altri professionisti e, in questo caso, anche con oculisti e ortottisti.

Bibliografia

1. Barry, S. (2020). *Diepte leren zien /Fixing my Gaze: a scientist's journey into seeing in three dimensions*. Basic Books.
2. Barker, A., Cicchetti, F. et Robinson, E.S. J. (2019). *Neuroanatomie et neurosciences*.
3. Chapter 3 p.47 Wiley-Blackwell.
4. Bekmez, S., Eris, D., et Perente, I. (2020). Anxiety in Children with Low Vision Secondary to Refractive Errors. *Beyoglu Eye Journal* 5(3):194-198. doi: 10.14744/bej.2020.76993.
5. Brands – Zandvliet, W. et Eisenga – Oppenoorth, A. (2015). Psychomotorische kindertherapie. En *theoretische onderbouwing*. <https://www.bewegenderwijs.com>
6. Chaix, Yves & Albaret, Jean-Michel. (2014). Trouble de l'Acquisition de la Coordination et déficits visuo-spatiaux. *Développements*. 15. 32-43. <https://doi.org/10.3917/devel.015.0032%20>
7. D'Ignazio, A. (2020). Regard psychomoteur sur les processus neurovisuels: de la prise d'information à l'action. Regard psychomoteur sur les processus neurovisuels : de la prise d'information à l'action - cabinetpsychomot (psychomotricienliberal.com)
8. European Forum of Psychomotricity. (s.d.). EFP. <https://psychomot.org/> + article: Psychomotricion professional competences in Europe (2012).
9. Emck, C., Bosscher, R. (2010) PsyMot: An instrument for psychomotor diagnosis and indications for psychomotor therapy in child psychiatry.
10. Ghebreyesus (2019) World Health Organisation [https:// who.int: foreword of the magazine: World report on vision. Oct 8 2019](https://who.int:foreword%20of%20the%20magazine%3A%20World%20report%20on%20vision%20Oct%208%202019).
11. The International Agency for the Prevention of Blindness (s.d.). 1.1 billion people live with vision loss. 90% of vision loss is preventable or treatable. <https://www.iapb.org/learn/vision-atlas/>
12. The International Council on Development and Learning. (s.d.). Home of DIRFloortime® (Floortime) (icdl.com) <https://codexperutrade.com> DIR floortime
13. National Center Prevent Blindness. (s.d.). Risk Factors for Vision Problems in Children. Risk Factors for Vision Problems in Children - Prevent Blindness.
14. Clinical Assessments: <https://www.pearsonclinical.co.uk> <https://www.pearsonclinical.fr> and Frostig Development test of visual perception and <https://www.pearsonclinical.fr/np-mot-batterie-devaluations-des-fonctionsneuropsychomotrices-de-lenfant> <https://www.pearsonclinical.ca/storecaassessments/fr/lemagasin/professional-assessments/apprentissageacademique/complet/NEPSY>
15. Kelly, K., Jost, R., De la Cruz, A., Birch, E. (2015) Amblyopic children read more slowly than controls under natural, binocular reading conditions. *Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus* 19(6):515-20. doi:10.1016/j.jaapos.2015.09.002. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26610788/>

16. Kelly, K., Mir Norouzi, D., Nouredanesh, M., Jost, R., Cheng- Patelm, C., Beauchamp, C., Dao, L., Luu, B., Stager Jr, D., Tung, J., et Niechwiej-Szwedo, E. (2022) Temporal Eye-hand coordination during visually guided reaching in 7- to-12- year-old children with strabismus. *Investigative Ophthalmology & Visual Science* 63(10). <https://doi.org/10.1167/iovs.63.12.10>
17. Peerlings, W. (2021). *Psychomotorische ontwikkeling en remediërend leren. Effectief leren door te doen*. Lannoo Campus.
18. Understood. (s.d.). I am a daughter with ADHD, a friend who struggles with reading, a student with dyslexia, a dad who has trouble with math, a co-worker who struggles to focus...I am Understood. <https://www.understood.org>
19. Wieder, S., Wachs, H. (2012) Visual/Spatial portals to thinking, feeling and movement. *Profectum Foundation*, Mendham, New Jersey.
20. Young eyes (s.d.). Why do some children have difficulty learning to read and write? https://www.youngeyes.com.au/blog/why-do-some-children-have-difficultylearning-to-read-and-write_126s92 .
21. World Health Organisation s.d." Blindness and vision impairment" <https://www.who.in>

L'INTERVENTO DEGLI PSICOMOTRICISTI A SOSTEGNO DELLA GENITORIALITÀ NELLE ISTITUZIONI SOCIO-EDUCATIVE PER LA PRIMA INFANZIA. UNO STUDIO ESPLORATIVO

AURELIE TIVO*

* Psicomotricista DE, Master International Psychomotricité

ABSTRACT

Il rapporto Ispettorato Generale Affari Sociali (2023) evidenzia notevoli difficoltà nell'accoglienza dei bambini piccoli e nel sostegno alla genitorialità all'interno delle Istituzioni socio-educative per l'infanzia, dovute alla mancanza di professionisti e ad una formazione inadeguata. Lo psicomotricista è identificato come un potenziale attore chiave per contribuire a migliorare queste condizioni grazie alle sue competenze specifiche nello sviluppo del bambino e nel sostegno alla famiglia (Collin-Betheuil, 2019). Uno studio esplorativo ha permesso di stilare un inventario del sostegno genitoriale attraverso un questionario con 11 psicomotricisti e un'intervista semistrutturata con un dirigente degli Istituti socio-educativi per l'infanzia. I risultati mostrano che lo psicomotricista svolge un ruolo essenziale nel sostegno alla genitorialità, grazie alla sua competenza e alla collaborazione con équipe multidisciplinari. Tuttavia, questo

INFORMAZIONI EDITORIALI

Ricevuto: gennaio 2025
Accettato: marzo 2025
Disponibile online: dicembre 2025
Come citare: Tivo, A. (2025). L'intervento degli psicomotricisti a sostegno della genitorialità nelle istituzioni socio-educative per la prima infanzia. Uno studio esplorativo. In ReS, Vol. XXX, N. unico, pp. 37-46.

PAROLE CHIAVE

Genitorialità
Sostegno psicomotorio alla famiglia
Infanzia
Équipe multiprofessionale
Formazione professionale

ruolo è spesso scarsamente riconosciuto nella descrizione del lavoro e le lacune nella formazione genitoriale iniziale o specifica ne limitano l'impatto. Nonostante la ricchezza di dati raccolti, la dimensione limitata del campione riduce la portata delle conclusioni, evidenziando la necessità di studi più ampi.	
---	--

Introduzione

In Francia, gli Istituti socio-educativi per la prima infanzia, come asili nido, micro-asili nido, asili nido in famiglia, asili nido e strutture multi-accoglienza, svolgono un ruolo cruciale nello sviluppo motorio, sociale ed emotivo e negli effetti cognitivi dei bambini di età inferiore a 6 anni. Offrono, anche, un prezioso supporto ai genitori fornendo loro uno spazio per condividere le loro preoccupazioni e scoperte. Tuttavia, lacune significative nella qualità dell'accoglienza, come la carenza di professionisti qualificati e una formazione inadeguata, sono state evidenziate in un rapporto dell'Ispettorato generale degli affari sociali (2023). In questo contesto, gli psicomotricisti, grazie alle loro competenze specifiche, sembrano essere attori chiave nel rispondere a queste sfide. La loro esperienza non solo migliorerebbe la qualità delle pratiche professionali all'interno dei Centri socio-educativi, ma rafforzerebbe anche il sostegno alla genitorialità e il sostegno alle famiglie.

Questo studio analizza le pratiche degli psicomotricisti all'interno di queste strutture al fine di individuare gli strumenti per ottimizzare l'accoglienza dei bambini piccoli. Basato su una metodologia mista, combina un questionario destinato agli psicomotricisti e interviste semi strutturate condotte con i direttori di tali Istituzioni. L'obiettivo è chiarire il loro ruolo nel sostegno alla genitorialità e proporre percorsi concreti per arricchire le pratiche professionali.

1. La costruzione del legame genitori-figli nella letteratura

I primi 1000 giorni del bambino, periodo che va dal 4° mese di gravidanza fino all'età di 2 o 3 anni, sono cruciali per il suo sviluppo e per l'instaurarsi del legame genitore-figlio. Questa fase delicata è segnata da grandi sfide, sia per il bambino che per i genitori, che richiedono interventi precoci e pratiche preventive (Commissione per i primi 1000 giorni, 2020). Il coinvolgimento dello psicomotricista è particolarmente significativo in questo supporto globale, che comprende il sostegno alla genitorialità e la stimolazione precoce del bambino (Raynal e Alonso-Bekier, 2022). Le Istituzioni socio-educative per l'infanzia svolgono un ruolo centrale durante il periodo postpartum, offrendo un supporto essenziale alle famiglie al di fuori del campo medico (Santé Publique France e Ministero della Solidarietà e della Salute,

2021). Le interazioni genitore-figlio durante questo periodo influenzano profondamente lo sviluppo emotivo, cognitivo e sociale del bambino, ponendo le basi per il suo attaccamento e incidendo sulla sua salute mentale a lungo termine. Un ambiente sicuro e relazioni positive durante i primi 1000 giorni promuovono una crescita armoniosa e un migliore adattamento alle sfide future (Santé Publique France, 2024).

Lo sviluppo armonico del bambino si fonda su un sentimento di sicurezza emotiva, coltivato attraverso le interazioni quotidiane con i suoi genitori in un ambiente stabile e caldo. I primi 1000 giorni, periodo critico per lo sviluppo di un bambino, influenzano profondamente la sua futura salute fisica e mentale. Durante questa fase, il cervello del bambino continua a svilupparsi e le sue connessioni neurali vengono plasmate da esperienze positive, come le interazioni rassicuranti e la stimolazione sensoriale, o negative, come lo stress o l'insicurezza (Santé publique France, 2024). Creare un legame di attaccamento sicuro con un adulto, solitamente il caregiver primario, è essenziale per la sopravvivenza e lo sviluppo emotivo e sociale del bambino. I diversi tipi di attaccamento (sicuro, insicuro evitante, insicuro ambivalente, disorganizzato) determinano la qualità di questa relazione (Tereno et al., 2007; Dugravier e Barbey-Mintz, 2015).

Le prime interazioni, siano esse fisiche, visive o vocali, svolgono un ruolo cruciale nello sviluppo affettivo. Secondo Winnicott (1975), l'holding e l'handling sono fondamentali, mentre Ajuriaguerra (1977) parla di "dialogo tonico-emozionale" per designare lo scambio di emozioni tra madre e bambino. A livello visivo la madre funge da "specchio" (Winnicott), facilitando gli scambi emotivi, soprattutto durante l'allattamento. Le interazioni vocali, come il pianto del bambino e la prosodia della voce della madre, aiutano a esprimere i bisogni del bambino e a rafforzare l'armonia della relazione (Glatigny-Dallay e Bayle, 2017). Le interazioni affettive, basate sulla reciprocità tra il bambino e i suoi genitori, riflettono le emozioni del bambino, come gioia, tristezza o disagio. Il bambino condivide questi affetti, sia avviando l'interazione o meno. Stern (1989) si riferisce alla "sintonizzazione affettiva", in cui i genitori adattano le loro reazioni, come la voce o lo sguardo, in risposta alle emozioni del bambino, mantenendo la sincronizzazione emotiva e comportamentale (Glatigny-Dallay e Bayle, 2017). Inoltre, anche le interazioni fantasmatiche dei genitori, che proiettano le loro aspettative sul bambino, influenzano questa relazione. Prima di incontrare il loro bambino reale, durante tutta la gravidanza, i genitori immaginano il loro bambino sotto quattro aspetti: il "bambino immaginario", il "bambino fantasmatico", il "bambino mitico" e il "bambino narcisistico" (Lebovici e Moro, 2009). Infine, le pratiche e i valori genitoriali, guidati da queste dinamiche emotive, modellano il legame genitore-figlio durante tutto lo sviluppo del bambino (Delion, 2011, p. 15).

2. La genitorialità

La genitorialità è un processo dinamico che comprende una trasformazione psicologica, emotiva e sociale, che consente a una persona di diventare genitore (Ravier e Pedinielli, 2015). Questo concetto, studiato in vari ambiti, si presenta sotto diversi aspetti:

- In psicoanalisi è visto come un processo psicoaffettivo che aiuta gli adulti a soddisfare i bisogni fisici, emotivi e psicologici del proprio bambino;
- In sociologia viene differenziata la parentela biologica da quella sociale, evidenziando la diversità delle funzioni genitoriali e delle strutture familiari;
- Sul piano giuridico la genitorialità è legata ai diritti e ai doveri dei genitori, in particolare attraverso le recenti leggi sulla potestà genitoriale;
- Infine, in ambito sociale e psicoeducativo, il concetto di genitorialità comprende azioni e interventi educativi volti al sostegno e alla tutela degli interessi del bambino (Lamboy, 2009).

Il sostegno alla genitorialità ha lo scopo di supportare i genitori nello svolgimento dei loro compiti. Un Documento nazionale che definisce otto principi chiave che i servizi di sostegno alla genitorialità devono rispettare, come la promozione delle competenze genitoriali, l'accessibilità universale dei Servizi, il rispetto dell'uguaglianza di genere e la garanzia della competenza dei professionisti coinvolti (Légifrance, 2022). Questo sostegno mira a rafforzare le competenze dei genitori fornendo strumenti per gestire meglio i comportamenti dei bambini, a promuovere il benessere emotivo dei genitori aiutandoli a gestire lo stress e l'ansia, a facilitare l'accesso alle risorse sociali ed educative e a promuovere lo sviluppo complessivo dei bambini incoraggiando pratiche genitoriali appropriate (Clark e Davidson, 2019; McCarthy e Grant, 2021). Creando una partnership tra i professionisti della prima infanzia e i genitori, questo sostegno svolge un ruolo cruciale nella creazione di un ambiente familiare sano, favorevole allo sviluppo armonico del bambino.

3. I professionisti nelle istituzioni socio-educative per l'infanzia

Lo psicomotricista, nelle Istituzioni socio-educative per l'infanzia, ha diverse missioni cruciali, che riguardano i bambini, i genitori, l'équipe multidisciplinare e i partner esterni. Osserva lo sviluppo psicomotorio dei bambini e propone laboratori per stimolare la loro motricità, la socializzazione e il linguaggio. Il suo ruolo con i genitori è quello di promuovere le loro competenze, rispondere alle loro domande e aiutarli a trovare il posto giusto, soprattutto in caso di disabilità del figlio, dove il sostegno dei genitori diventa essenziale. Con l'équipe, lo psicomotricista contribuisce alla formazione sullo sviluppo psicomotorio e co-conduce laboratori (Collin-Betheuil, 2019).

Lo psicomotricista in queste Istituzioni svolge un ruolo chiave nello sviluppo globale dei bambini offrendo un supporto specializzato e collaborando con genitori, professionisti dell'infanzia e partner esterni (Collin-Betheuil, 2019; Cochet, Z, 2022). Contribuisce non solo

all'educazione precoce, ma anche al sostegno genitoriale, aiutando i genitori a rafforzare il proprio ruolo e ad affrontare le sfide, in particolare in caso di disabilità del bambino. Grazie ad un approccio multidisciplinare e ad una competenza nello sviluppo psicomotorio, aiuta a creare un ambiente favorevole al benessere dei bambini e al sostegno delle famiglie. (Albaret et al., 2018a; Collin-Betheuil, 2019).

I professionisti della prima infanzia di tali istituzioni provengono da varie professioni con diversi livelli di formazione. Tra questi troviamo l'educatore dei bambini piccoli, l'assistente per l'infanzia, l'infermiera per l'infanzia, così come altre figure professionali come educatori sociali e i direttori. Ciascuno di questi professionisti contribuisce, con le proprie competenze specifiche, al benessere e allo sviluppo dei bambini (France Compétences, 1990, 2020; Légifrance, 2017, 2018, 2021). Il ruolo di referente sanitario e di accoglienza inclusiva, creato nel 2021 nelle Istituzioni per l'infanzia, è occupato da un professionista sanitario qualificato. Informa e sensibilizza le équipes sulla salute dei bambini piccoli, gestisce l'accoglienza dei bambini con disabilità o malattie, presenta protocolli di somministrazione dei farmaci e collabora con partner assistenziali ed educativi (Légifrance, 2021b). La loro collaborazione multidisciplinare crea un ambiente sicuro e arricchente, dove i bambini possono prosperare e dove i genitori ricevono il sostegno necessario nel loro ruolo educativo.

All'interno di queste Istituzioni, i professionisti della prima infanzia svolgono un ruolo essenziale nel garantire non solo l'assistenza, ma anche lo sviluppo globale dei bambini. La loro esperienza, sia nel campo dell'istruzione, della sanità o del sostegno sociale, garantisce un quadro di coeducazione in cui ogni bambino è supportato in base alle sue esigenze individuali. Le diverse competenze di queste figure professionali, che vanno dall'educazione alla salute, vengono messe in sinergia per offrire ai bambini un ambiente favorevole al loro sviluppo, supportando i genitori nelle loro responsabilità educative.

4. Uno studio: dalla problematica agli obiettivi della ricerca

Il sostegno alla genitorialità è fondamentale nei primi anni di vita di un bambino e le strutture per l'infanzia svolgono un ruolo centrale in questa missione. Lo psicomotricista, specialista dello sviluppo psicomotorio, fornisce un contributo essenziale supportando sia le famiglie che le équipes professionali. Questa ricerca mira a esplorare il ruolo dello psicomotricista nel sostegno genitoriale nelle Istituzioni socio-educative per l'infanzia, esplorando le sue interazioni con i genitori e il suo ruolo all'interno dei team multidisciplinari.

Questo porta alla problematica del nostro studio:

- Come si colloca lo psicomotricista nel sostegno genitoriale alle famiglie e all'équipe di queste Istituzioni socio-educative per la prima infanzia?

Per questo, verrà utilizzata una metodologia mista, che combina questionari proposti a psicomotricisti e interviste con i dirigenti di Istituzioni socio-educative per l'infanzia al fine di raccogliere dati sia qualitativi che quantitativi sulle pratiche e sulle dinamiche in atto.

Un lavoro che si fonda su degli obiettivi precisi.

In un contesto in cui lo sviluppo armonico del bambino dipende molto dai primi anni di vita, lo psicomotricista in queste Istituzioni socio-educative infantili occupa una posizione strategica per supportare le competenze genitoriali. Il suo ruolo specifico nel sostegno alla genitorialità, sia nelle famiglie che nelle équipes professionali, merita un approfondimento. Questo studio si propone, quindi, di chiarire come lo psicomotricista si integra e collabora in questo quadro, tentando di rispondere a queste domande:

- Qual è lo spazio dello psicomotricista nelle problematiche del sostegno alla genitorialità nelle Istituzioni socio-educative infantili?
- Qual è la realtà sul campo per quanto riguarda il sostegno alla genitorialità?
- Con quali modalità vengono realizzate le azioni di sostegno alla genitorialità?
- Quali rapporti esistono tra le famiglie, le équipes e lo psicomotricista?

5. L'approccio metodologico

La ricerca metodologica utilizzata in questo studio si articola in diversi approcci complementari.

L'approccio esplorativo è stato scelto per chiarire il ruolo dello psicomotricista nelle Istituzioni socio-educative infantili ed esplorare la realtà sul campo relativa alle pratiche di sostegno alla genitorialità in assenza di riferimenti specifici. Questo approccio promuove la scoperta di nuove dimensioni del problema, facilitando così una comprensione più profonda e la preparazione di ricerche future più strutturate (Saunders et al., 2016).

Una metodologia mista, che combina questionari e interviste semistrutturate, viene implementata per ottenere una panoramica arricchita del fenomeno studiato (Creswell, 2014; Aguilera e Chevalier, 2021; Tzagkarakis e Kritas, 2023).

Questo approccio pragmatico combina i vantaggi dei dati descrittivi, qualitativi e quantitativi, offrendo un'analisi più completa catturando sia le variazioni interpretative che le invarianti nelle rappresentazioni e nei comportamenti dei partecipanti (Nagels, 2022).

6. La popolazione

Questo studio si concentra innanzitutto sugli psicomotricisti che lavorano nelle Istituzioni socio-assistenziali per la prima infanzia nella Francia metropolitana e nei territori francesi

d'oltremare, con almeno due anni di esperienza negli ultimi cinque anni. Sono esclusi gli psicomotricisti in formazione, che hanno esercitato da più di cinque anni o che lavorano all'estero. Successivamente, vengono condotte interviste semistrutturate con i direttori delle Istituzioni socio-educative infantili in Francia e nei territori francesi d'oltremare, a condizione che siano attualmente in carica. I candidati attualmente non occupati o che lavorano al di fuori di queste aree non sono ammissibili.

7. La progettazione del questionario

Il questionario, strutturato in tre sezioni con 25 domande, mira ad esplorare il supporto genitoriale da parte degli psicomotricisti nelle Istituzioni socio-educative per l'infanzia. È suddiviso in sezioni dedicate alle informazioni generali, al sostegno alla genitorialità e alle relazioni tra psicomotricisti, équipe e famiglie.

Il campione target è di circa 217 psicomotricisti su una stima di 500, per garantire un margine di errore del $\pm 5\%$ e un grado di affidabilità del 95%. I dati, resi anonimi e conformi al GDPR, sono stati convalidati da tre professionisti prima della distribuzione tramite moduli Google, social network ed e-mail. Il periodo di distribuzione di sei settimane, nonostante i solleciti, ha consentito di raccogliere solo 11 risposte.

8. L'elaborazione dell'intervista semistrutturata

L'intervista semi-strutturata è predisposta attorno a quattro aree principali per esplorare il sostegno genitoriale all'interno dell'Istituzione infantile. La prima area serve a introdurre il colloquio, permettendo all'intervistato di presentarsi e di specificare se nella struttura opera uno psicomotricista. La seconda area affronta le azioni e le sfide legate al sostegno ai genitori, nonché la percezione del ruolo degli psicomotricisti. Il terzo ambito esplora le relazioni tra équipe, famiglie e psicomotricisti, nonché le aspettative dei dirigenti rispetto alle loro competenze. L'ultima area riguarda le prospettive di sviluppo delle pratiche degli psicomotricisti nelle Istituzioni socio-educative per l'infanzia. L'intervista si conclude con una domanda a risposta aperta per consentire all'intervistato di condividere ulteriori idee.

Lo schema dell'intervista è stato attentamente rivisto da persone esterne per garantire la chiarezza e la pertinenza delle domande. È stato effettuato anche un colloquio di prova con uno psicomotricista per familiarizzare con le domande e stimare la durata del colloquio.

Per gestire le interviste, i dirigenti delle citate Istituzioni sono stati contattati tramite social media, LinkedIn e telefonicamente per concordare le date. Nonostante una ventina di richieste, sono pervenute solo tre risposte positive, che hanno consentito di effettuare un colloquio il 21 agosto, in videoconferenza tramite Teams. Questa intervista, della durata media di 30 minuti, è stata condotta utilizzando la terza persona per garantire la formalità degli scambi.

9. Trattamento dei dati

L'elaborazione dei dati inizia con l'esportazione delle informazioni da Google Forms in un file .CSV, seguita dalla loro importazione in Excel e da un'attenta verifica. L'analisi dei dati include l'ordinamento ponderato e i riferimenti incrociati dinamici delle risposte, con i risultati presentati in tabelle e grafici. Le domande vengono prima esaminate individualmente prima di essere incrociate per un'analisi più dettagliata.

L'intervista semistrutturata si basa su una guida strutturata in quattro temi principali, con dieci domande principali e quattro domande di follow-up. Dopo la registrazione e la trascrizione integrale con l'accordo del dirigente intervistato, viene utilizzata una griglia di analisi per individuare gli elementi chiave del discorso e ottimizzare la comprensione dei dati. La sezione successiva presenterà i risultati della raccolta dati e un'analisi approfondita delle principali tendenze e conclusioni.

10. Analisi dei risultati dello studio

Lo studio sul ruolo dello psicomotricista nel sostegno alla genitorialità nei Servizi socio-educativi per l'infanzia ne evidenzia il ruolo cruciale, sebbene questa funzione non sia sempre ufficialmente riconosciuta. Nonostante un campione limitato, i risultati mostrano che gli psicomotricisti contribuiscono in modo significativo al sostegno delle famiglie attraverso diverse iniziative, come i genitori caffè e i laboratori genitori-figli. Per fornire sostegno su larga scala è essenziale una stretta collaborazione con altri professionisti, come gli educatori della prima infanzia e gli assistenti per l'infanzia. Tuttavia, criticità come la mancanza di formazione specifica, la mancanza di tempo e le barriere emotive e linguistiche familiari limitano l'efficacia di questo sostegno.

11. Limiti dello studio

Questo studio presenta diverse importanti limitazioni. Le dimensioni ridotte del campione (11 psicomotricisti intervistati e un dirigente intervistato) e la distribuzione geografica sbilanciata limitano la rappresentatività dei risultati e presentano una distorsione regionale. Il campione è composto prevalentemente da psicomotricisti degli asili nido collettivi, limitando l'analisi ad altre tipologie di strutture. Inoltre, l'unica intervista condotta con un dirigente che aveva anche una formazione in psicomotricità non coglie la diversità delle prospettive e potrebbe introdurre pregiudizi.

Le difficoltà incontrate includono probabilmente la mancanza di motivazione degli intervistati, la scarsa accessibilità dei dirigenti e problemi di tempistica, soprattutto a causa delle vacanze e dell'inizio dell'anno scolastico.

Per migliorare i risultati sarebbe utile ampliare il campione, in modo da raggiungere l'intera popolazione target e diversificare le tipologie di strutture censite. Sarebbe interessante anche intervistare un campione più ampio di dirigenti con altra formazione iniziale e, infine, sarebbe anche importante raccogliere risposte da altri professionisti delle Istituzioni socio-educative per l'infanzia sulla loro formazione e sulle pratiche di sostegno alla genitorialità.

12. Prospettive dello studio

Per migliorare i risultati sarebbe vantaggioso ampliare il campione in modo da rappresentare meglio l'intera popolazione target e diversificare le tipologie di strutture censite. Sarebbe inoltre opportuno includere un campione più ampio di amministratori con una formazione iniziale diversificata. Inoltre, sarebbe importante raccogliere le opinioni di altri professionisti delle Istituzioni per l'infanzia sulla loro formazione e pratiche in termini di sostegno alla genitorialità.

Sebbene questo studio presenti diverse distorsioni che limitano la possibilità di ottenere risposte concrete alle nostre domande, ha tuttavia aperto nuove prospettive di ricerca su un argomento attuale e controverso di sanità pubblica. Inoltre, ha suscitato l'interesse dei professionisti per il ruolo cruciale degli psicomotricisti nel sostegno alla genitorialità, sottolineando così l'importanza di approfondire questo tema.

Questa ricerca, inoltre, ha evidenziato aree che richiedono maggiore attenzione, come la formazione continua dei professionisti e il riconoscimento formale del loro ruolo, offrendo così indicazioni per migliorare le pratiche e le politiche negli istituti di cura dei bambini piccoli.

Conclusioni

Questa indagine mirava ad esaminare il ruolo degli psicomotricisti nel sostegno alla genitorialità all'interno delle Istituzioni socio-educative per la prima infanzia e a stilare un inventario di queste pratiche. L'analisi dei dati ha rivelato l'importanza del loro contributo, anche se spesso segnato dalla mancanza di riconoscimento formale e da ostacoli istituzionali.

Lo studio delle pratiche e delle criticità incontrate ha evidenziato anche il valore aggiunto degli psicomotricisti nel sostegno alle famiglie, nonostante l'assenza di una formazione specifica. Sebbene i risultati siano limitati dalle dimensioni ridotte del campione e dalle disparità geografiche, questa ricerca esplorativa apre strade per rafforzare la formazione continua e migliorare le pratiche all'interno delle Istituzioni socio-educative per i bambini della prima infanzia. Questi risultati evidenziano la necessità di ulteriori ricerche per ottimizzare il supporto genitoriale, affinare le pratiche professionali e contribuire, così, a migliorare la qualità dell'accoglienza delle Istituzioni socio-educative per l'infanzia.

Bibliografia

1. Aguilera, T., & Chevalier, T. (2021). Les méthodes mixtes : Vers une méthodologie 3.0 ? *Revue française de science politique*, 71(3), 361-363. *Cairn.info*. <https://doi.org/10.3917/rfsp.713.0361>
2. Albaret, J.-M., Scialom, P., & Giromini, F. (2018a). Chapitre 5. Manifestations psychomotrices du prématuré. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (Vols. 1-4, p. 361-377). De Boeck Supérieur ; *Cairn.info*. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0361>.
3. Albaret, J.-M., Scialom, P., & Giromini, F. (2018b). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. 5. Examen psychomoteur et tests*. De Boeck Supérieur; *Cairn.info*. <https://www.cairn.info/manuel-d-enseignement-de-psychomotricite--9782807321311.htm>
4. Clark, D. M., & Davidson, E. B. (2019). Supporting Parents : The Role of Parenting Programs and Interventions. *Family Relations*, 68(2), 225-240. <https://doi.org/10.1111/fare.12342>.
5. Cochet, Z. (2022). Le repérage précoce des enfants présentant un développement psychomoteur atypique de 0 à 3 ans en Etablissement d'Accueil de Jeunes Enfants (EAJE) : Enquête sur la place donnée au repérage précoce des enfants présentant un développement psychomoteur atypique dans les pratiques des professionnels de petite enfance en EAJE et l'accompagnement que le psychomotricien D.E. peut apporter à ces équipes. [Mémoire de Master International en Psicomotricidad, Universidad de Murcia—ISRP].
6. Collin-Betheuil, N. (2019). Chapitre 7. Rôle du psychomotricien en prévention et en petite enfance. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p. 69-79). Dunod.
7. Commission des 1000 premiers jours. (2020). Les 1000 premiers jours. Là où tout commence.
8. Creswell, J. W. (2014). *A concise introduction to Mixed Methods Research*. Sage Publications.
9. Delion, P. (2011). La fonction parentale. Fabert. <https://www.yapaka.be/content/la-fonction-parentale>
10. Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66(2), 14-22. *Cairn.info*. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>
11. France Compétences. (1990). RNCP34861-DE- de Puériculteur.
12. France Compétences. (2020). RNCP37679-DE- Éducateur de Jeunes Enfants. <https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/37679/>
13. Glatigny-Dallay, E., & Bayle, B. (2017). 5. Les interactions parent-enfant. In *Psychiatrie et psychopathologie périnatales* (p. 41-49). Dunod; *Cairn.info*. <https://doi.org/10.3917/dunod.bayle.2017.01.0041>

14. Lamboy, B. (2009). Soutenir la parentalité : Pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept. *Devenir*, 21(1), 31-60. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dev.091.0031>
15. Lebovici, S., & Moro, M. R. (2009). Les interactions fantasmatiques. In *L'arbre de vie* (p. 73-86). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.lebov.2009.01.0073>.
16. Légifrance. (2017, février 22). Arrêté du 22 février 2017 portant création de la spécialité « Accompagnant éducatif petite enfance » de certificat d'aptitude professionnelle et fixant ses modalités de délivrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034413570>
17. Légifrance. (2018). Arrêté du 22 août 2018 relatif au diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants.
18. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037324590/2023-06-12/>
19. Légifrance. (2021a). Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture.
20. Légifrance. (2021b). Décret n° 2021-1131 du 30 août 2021 relatif aux assistants maternels et aux établissements d'accueil de jeunes enfants. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043990581>
21. Légifrance. (2022, juillet 29). Arrêté du 29 juillet 2022 modifiant l'annexe de l'arrêté du 9 mars 2022 portant création d'une charte nationale de soutien à la parentalité. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046138948>.
22. McCarthy, P. L., & Grant, L. M. (2021). The Effectiveness of Parenting Programs on Parenting Skills and Child Outcomes: A Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(3), 325-350. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00349-0>.
23. Nagels, M. (2022). Chapitre 4. Les méthodes mixtes, une perspective pragmatique en recherche. In *Enquêter dans les métiers de l'humain : Vol. 2e éd.* (p. 396-411). Éditions Raison et Passions; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rp.alber.2022.01.0396>.
24. Ravier, A., & Pedinielli, J.-L. (2015). Prématuration et parentalité. *Enfances Psy*, N° 65(1), 145-157.
25. Raynal, N., & Alonso-Bekier, S. (2022). L'implication des psychomotriciens dans le projet des 1000 premiers jours. <https://www.pearsonclinical.fr/mwddownloads/download/link/id/1383>.
26. Santé publique France. (2024). Soutenir la construction des premiers liens. 466, 1-47.
27. Santé Publique France, & Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). Colloque «les 1000 premiers jours ». Les 1000 premiers jours : des données de la science à l'élaboration des politiques publiques. <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/evenements/colloque-les-1000-premiers-jours-23-septembre-2021#block-373758>.

28. Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2016). *Research methods for business students* (7th ed.) (7th éd.). Pearson Education.
29. Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement: Son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>
30. Tzagkarakis, S., & Kritas, D. (2023). Mixed research methods in political science and governance: Approaches and applications. *Quality & Quantity*, 57, 1-15.



APPROCCIO PSICOMOTORIO ALLA DISABILITÀ MENTALE. PRIMA DI TUTTO IL POTENZIALE INDIVIDUALE

FRANCO BOSCAINI*

*PhD, Direttore CISERPP (VR), Presidente OIPR, franco.boscaini@ciserpp.com

ABSTRACT

Lo statuto epistemologico della Psicomotricità è fondato sulla nozione di unità mente e corpo della persona; Una disciplina che valorizza il corpo come luogo primario di espressione e di realizzazione di ciascun individuo. In particolare, la dimensione psichica si esprime prevalentemente sul piano corporeo nei primi anni e nel periodo involutivo della vita. E questo, spesso, è ancor più vero nelle persone portatrici di una disabilità A partire da questi presupposti, in questo lavoro, l'autore intende proporre un approccio psicomotorio alla disabilità in generale, e in particolare a quella mentale. Ne deriva l'importanza di una revisione del concetto di intelligenza, di una formulazione della diagnosi basata non tanto sul deficit quanto sul potenziale e sulle competenze comunicative e operative corporee. Da qui, coerentemente anche con l'evoluzione delle conoscenze, la necessità di fornire risposte a tutti i bisogni dei singoli	INFORMAZIONI EDITORIALI
	Ricevuto: gennaio 2025 Accettato: marzo 2025 Disponibile online: dicembre 2025 Come citare: Boscaini, F (2025). Approccio psicomotorio alla disabilità mentale. Prima di tutto il potenziale individuale. In ReS, Vol. XXX, N. unico, pp. 47-64.
	PAROLE CHIAVE
	Persona Disabilità Diagnosi umana Presa in carico pluriprofessionale Psicomotricità

soggetti con l'esigenza di prevedere nuove professioni, come lo psicomotricista.	
--	--

Introduzione

Secondo le stime dell'OMS (2011) le persone disabili nel mondo approssimativamente si collocano fra 110 e 190 milioni, cioè circa il 15% della popolazione mondiale. Una popolazione alquanto eterogenea, per cause diverse, che genera una molteplicità di problematiche a tutti i livelli.

Considerata la complessità dei bisogni, fisici e psichici - e prima di tutto di vita e di benessere - la disabilità costituisce uno spazio comune di interventi sanitari, di esigenze educative, di particolari attenzioni pedagogiche e psicologiche, di processi adeguati di insegnamento e di apprendimento, di ricerca tecnologica e urbanistica, di politiche per l'inclusione e l'integrazione, di interessi economici tali da richiedere una legislazione coerente che si cali poi nell'organizzazione operativa professionale e socio-istituzionale.

Essendo cambiato negli ultimi tempi il significato culturale della disabilità, compreso il modo di guardare le persone disabili, e prima di tutto tramite il loro corpo, ne deriva l'importanza di una riflessione sul come affrontare tale realtà sotto tutti i punti di vista in coerenza con i bisogni individuali e sociali.

Valorizzare la persona disabile significa passare dalla dicotomia corpo-mente ad una visione globale, integrale del soggetto, un presupposto fondamentale in Psicomotricità nel momento in cui si formula una diagnosi e si prevede una presa in carico personalizzata. Ciò significa superare la dicotomia tra scienze biologiche e scienze umane. Ne consegue una influenza sulle teorie eziopatogenetiche dei disturbi motori, mentali, comportamentali e di personalità nonché sulla formazione professionale. In particolare, oggi è l'approccio psicomotorio (Ajuriaguerra, 1970; Bergès, 1985; Boscaini, 1979, 1981, 1990, 2008, 2013, 2022, 2023; Canevaro, 2015; Soubiran, 1971, 1975) che cerca di favorire tale dialogo tra neuroscienze, psicologia e psicoanalisi.

Le ricerche attuali dimostrano che sia il programma neurobiologico del soggetto, geneticamente predeterminato, sia le esperienze di vita delle persone agiscono ambedue sul cervello modificandone il funzionamento, favorendo nuove connessioni sinaptiche o interrompendone altre di esistenti (Le Doux, 2002; Damasio, 2017). Cioè, se l'uomo è frutto sia della natura e biologia sia della cultura e dell'esperienza, allora c'è un rapporto stretto tra plasticità cerebrale e stimolazioni ambientali.

Questo ci porta a comprendere oggi in modo diverso il concetto di disabilità, di diagnosi e di intervento preventivo, educativo, terapeutico e socio-istituzionale.

1. Un concetto in evoluzione

Sino a circa cinquant'anni fa la disabilità era considerata solo come espressione di un deficit, frutto di un disordine della natura, per cui la parte biologica diventava preponderante sulla persona. Essa, allora, era percepita dagli altri come qualcosa che non li riguardava. In pratica, la menomazione metteva in discussione la stessa dignità ontologica del disabile. Menomazione come 'disgrazia, di cui si doveva occupare solo il medico, qualcosa che riguarda solo il corpo fisico e non il corpo psichico e sociale (Gardou, 1999; Schianchi, 2009).

Finalmente, negli ultimi decenni si è passati dalla nozione di disabilità come una parte della persona, da cui deriva il concetto di defettologia e la relativa professione di defettologo, ancora presente in molti paesi, a quella di individuo che si esprime con tutto sé stesso, compresa la sua patologia, cioè persona con disabilità (Boscaini, 1983; Canevaro, 2015; Carraro, 2018). Cioè, si è passati dalla logica del deficit, della mancanza e dello scarto a quello di educabilità, recupero, potenzialità, competenza in divenire, apprendimento.

Parlare di dignità ontologica del disabile, alla pari delle altre persone, significa che tale dignità non è una questione "di natura" quanto del legame e dell'affetto che due genitori sentono verso il proprio figlio, dove è solo l'amore dei genitori a costituire il fondamento della pari dignità ontologica (Gardou, 2006). E la natura umana, a partire dal corpo e sin dal primo giorno di vita, è eminentemente relazionale, comunicativa, sociale per cui la dignità umana non è mai acquisibile nell'isolamento. Si tratta, allora, di passare dalla tradizionale cultura basata sul modello medico-individuale e nosografico a quella del modello bio-psico-sociale e biografico. Ciò significa superare in riabilitazione, ma soprattutto in pedagogia, l'approccio medico della disabilità, che interpreta la caratteristica in termini prevalentemente, se non esclusivamente, biologici.

In ultima analisi, trattandosi non solo di patologia ma di persona con problemi, si tratta di considerare sempre in modo congiunto l'aspetto antropologico e quello scientifico (Boscaini, 2021, 2023).

1.1 Modello medico-individuale

Da tale modello deriva l'idea che nella persona, in quanto organismo meccanico, tutto funzioni in modo uguale per tutti; e, se c'è un'anomalia, questa deve essere riparata. Quindi, disabilità come equivalente di malattia, e disabile come malato da curare (Dovigo, 2017). Da qui l'idea di intervento educativo speciale finalizzato a "normalizzare" la persona con disabilità, correggere i 'difetti', perché si comporti come tutti gli altri. Da qui, specie nei Paesi Europei, sin dai primi decenni del 1900, la creazione di strutture speciali per sordi, per ciechi,

disabili motori, intellettivi e per qualsiasi altra patologia (Boscaini, 2023). Ciò significa considerare i bisogni 'speciali' dimenticando i bisogni 'normali' e comuni a tutti di queste persone, costringendole a vivere in contesti separati dagli altri.

La nozione di 'disabilità', quindi, è connessa a quella di salute-malattia e basata sull'idea dualistica platonica e cartesiana di persona, le cui soluzioni sono di conseguenza analoghe a quelle esclusivamente sanitarie.

1.2 Modello sociale

A ciò, negli anni 1980 in Europa, si contrappose il modello sociale della disabilità (Barnes, 2012, Medeghini, D'Alessio, Marra, Vadalà & Valtellina, 2013), in antitesi a quello medico. Da un lato veniva criticata la visione sanitaria del problema e dall'altro si dava massima rilevanza al ruolo del contesto, personale e ambientale, considerato come facilitatore o di ostacolo.

Tale modello, specialmente in Italia, ha facilitato i cambiamenti sul piano educativo, ma allo stesso tempo ha messo in discussione l'utilità dell'intervento riabilitativo-sanitario e, in un secondo momento, i bisogni soggettivi (Boscaini, 1990, 2018; Cattafesta, 2018). In questo caso, veniva enfatizzata la struttura sociale come una causa del problema, mettendo in secondo piano gli eventuali, e spesso utili e necessari, interventi riabilitativi e terapeutici.

1.3 Modello biopsicosociale

È il modello adottato nel 2001, con la pubblicazione dell'ICF dall'OMS, Organizzazione Mondiale della Salute, e successivamente esteso anche all'età evolutiva (2007). In questo caso, esiste un nuovo concetto di disabilità, dove l'attenzione non è più sulle variabili biologiche, secondo il modello medico, o sulle variabili sociali, secondo il modello sociale. Al contrario, il modello biopsicosociale considera l'interazione tra condizioni di salute, fattori personali e fattori ambientali.

Ne deriva qui la nozione di prevenzione delle condizioni di malattia, basata sulla logica del risultato in termini di prevenzione primaria e secondaria; ma, soprattutto, la nozione dei fattori che hanno consentito che da una determinata condizione di salute si generasse una determinata disabilità, un concetto che fa riferimento alla comprensione del processo. Una logica nuova, quindi, di interazione tra condizioni di salute e fattori di contesto, personali e ambientali. Tutto ciò ha determinato la comparsa di nuove forme di problematiche: prematurità, autismo, iperattività, disprassie, disturbi di apprendimento scolastico e altri nuovi disturbi (Boscaini, 2001, 2013; Habib, 2018; Restrepo & Venet, 2022). Questo, di conseguenza, ha indotto la scienza ad individuare nuovi modelli e strumenti diagnostici, a migliorare le competenze delle professioni esistenti nonché l'emergenza di nuove professioni (Boscaini, 2002, 2021).

Oggi, è per tutti evidente che la persona disabile va aiutata su più dimensioni.

- **Biologica.** Le ricerche e la tecnologia oggi, con la disponibilità di nuovi strumenti diagnostici e di protesi, permettono di comprendere meglio le difficoltà del singolo, intervenire precocemente e individuare nuovi percorsi di aiuto più adeguati integrando supporti tecnologici e deficit delle competenze neurobiologiche.
- **Psicologica.** Una dimensione che si estende ad aspetti personali, familiari, culturali. Queste possono modificare, sostenere, migliorare o aggravare il funzionamento delle competenze oggettive, frutto della natura, in cui sono interessati aspetti emotivi e cognitivi, stili di apprendimento, immagine di sé e sentimenti di stima e sicurezza, processi motivazionali, capacità di costruire legami affettivi ed esprimere sentimenti (Ajuriaguerra, 1970; Boscaini, 2001, 2013; Ianes & Camerotti, 2011; Restrepo & Venet, 2022).
- **Sociale.** Al di là della disabilità specifica ed oggettiva, si possono considerare anche delle condizioni più o meno elevate di disagio, la cui eziopatogenesi non è dovuta a stati di salute, ma da carenze della relazione educativa e degli ambienti educativi e sociali o da eventi significativi nel corso della storia individuale, i quali possono incidere negativamente sullo sviluppo del singolo individuo o rinforzare una disabilità già presente. È il caso di alcuni disturbi psicomotori e psicopatologici (Boscaini, 2013, 2021, 2023), frutto di vissuti particolari, come la situazione del Covid e dell'immigrazione.

Ne consegue la necessità di un approccio diagnostico pluridisciplinare e, quindi, professionisti maggiormente formati, comprese nuove professionalità emergenti, quale quella di psicomotricista, per poter proporre interventi sempre più coerenti ed efficaci in ragione dei bisogni personali e delle esigenze sociali (Boscaini, 2021, 2023).

2. La persona, oltre alla disabilità

Se la nozione e la definizione di disabilità è cambiata negli ultimi decenni, si può allora capire quanto essa sia dipendente dall'idea di persona che hanno il singolo, le istituzioni e la società e dal contesto culturale in cui si vive. In effetti, è il modo con cui si guarda il disabile a creare opportunità od ostacoli all'espressione di sé, al suo sviluppo e alla sua autonomia. Cioè, non è questione solo di pregiudizi, ma anche di categorie culturali. Si tratta, quindi, di guardare alla disabilità in modo olistico, psicomotorio, considerando allo stesso tempo gli aspetti biologici, psicologici e sociali, quindi oggettivi e soggettivi.

Nel momento della diagnosi, nella riabilitazione o nella pedagogia scolastica, molto spesso i pazienti, specie il bambino, il disabile e l'anziano, si trovano in una posizione di oggetto, non solo nei confronti dei professionisti ma anche dei loro familiari. Cioè, si parla molto di costoro

e dei loro problemi dando ad essi poco spazio per esprimersi e condividere desideri, scelte e progetti (Bergès, 1985, 2005). In effetti, se sul piano diagnostico vengono etichettati - ad esempio, iperattivo, disgrafico, dislessico, emiplegico, schizofrenico, affetto da Alzheimer - quando si parla di ciascuno di costoro, per prima cosa ci si riferisce alla diagnosi in quanto il sintomo viene generalizzato a tutta la persona (Boscaïni, 1981, 1983). Ciò significa che l'approccio biologico e nosografico fa da filtro nella percezione del disabile e risulta del tutto insufficiente nel comprendere la complessità dei suoi bisogni (Boscaïni, Cachón Zagalaz & Díaz Suárez, 2022).

3. Revisione del concetto di intelligenza

In tal senso, ad esempio, va rivisto il concetto di intelligenza. Sino a qualche anno fa, questa era considerata in modo restrittivo nei suoi contenuti, misurati solo in quanto prodotto finale dovuto a fattori biologici: una visione statica ed immutabile. Oltre, poi, a non esserci una definizione univoca e comune di intelligenza, spesso si constata che il termine intelligenza appare come sinonimo di quello di apprendimento. Quindi, uno scarso apprendimento di un'abilità viene visto come segno di poca intelligenza. Pensiamo agli attuali DSA, disturbi specifici di apprendimento scolastico.

Nel suo lavoro sullo studio storico della Psicologia, Houdé (2016) precisa che, già verso la metà del XX secolo, Vygotskij e Lurija affermavano i limiti dello studio delle capacità mentali qualora si fossero valutate solo le proprietà innate e naturali di un individuo. In effetti, l'apprendimento è un fenomeno complesso dove si intersecano più dimensioni:

- Filogenetica: il potenziale neuroevolutivo con il suo substrato interno individuale,
- Sociogenetica: il potenziale mediatizzato, espresso dal substrato esterno proprio della cultura e della scuola,
- Ontogenetica: il potenziale individuale, dove le relazioni affettive costituiscono le basi dell'autonomia e degli apprendimenti (Ajuriaguerra, 1970; Ajuriaguerra & Soubiran, 1959).

In relazione a questo, va precisato che, mentre l'intervento pedagogico e quello riabilitativo agiscono su alcuni di questi aspetti, al contrario la presa in carico psicomotoria, fondata sulla pluridisciplinarietà, sull'interdisciplinarietà e la transdisciplinarietà, agisce sull'insieme integrato di questi aspetti (Boscaïni, 2021, 2023).

3.1 Funzionamento cognitivo e/o intellettuale dell'apprendimento?

Saper fare una diagnosi corretta e fare un programma adeguato funzionale agli apprendimenti e all'autonomia psico-sociale richiede una maggior comprensione del concetto di intelligenza rispetto al ritardo cognitivo (Lolli, 2008).

Vi sono delle persone con deficit cognitivo molto grave che riescono a raggiungere in modo ostinato un obiettivo, cioè, dimostrano di “capire” qualcosa, una situazione evidenziando una ‘furbizia’ in alcune occasioni: ottenere un cibo, una bevanda, cercare situazioni piacevoli, incontrare una persona particolare da cui ottenere qualche forma di riconoscimento. In pratica, costoro dimostrano buone capacità di orientamento spazio-temporale, comunicativo e relazionale, finalizzate a soddisfare concretamente alcuni dei propri bisogni. Cioè, pur avendo un deficit cognitivo riguardante l’acquisizione di concetti fondamentali, allo stesso tempo sono capaci di cogliere “un senso nascosto di ciò che succede attorno a loro, presupposto fondamentale alla base della competenza cognitiva” (Lolli, 2011, p. 144). Questo significa che un eventuale ritardo cognitivo non significa automaticamente un impedimento ad una certa autonomia sul piano intellettuale, cioè alla ricerca di soluzione di problemi (Gibello, 2009).

Per questo, nel momento della diagnosi e del progetto di intervento è importante comprendere il funzionamento dell’intelligenza, sapendo fare una distinzione tra deficit cognitivo e deficit intellettuale. Ma la competenza diagnostica, riabilitativa e didattico-pedagogica e di aiuto alla persona migliorano se si cerca di comprendere maggiormente i processi implicati nel funzionamento dell’intelligenza e nei processi di apprendimento.

Possiamo pensare agli studi sulle intelligenze multiple (Gardner, 1995), sull’intelligenza emotiva e sociale (Goleman, 2004) e sull’intelligenza pratica (Sternberg, 1987). Molte di queste ricerche spiegano la capacità di risolvere i problemi pratici, reali e quotidiani. I disabili con deficit cognitivi gravi non hanno la competenza conoscitiva oggettiva, know what/cosa conoscere. Tuttavia, possono acquisire delle conoscenze pratiche, know how/come conoscere, non esplicite, che diventano possibili se hanno l’occasione di fare esperienza diretta. Essi, cioè, hanno l’intelligenza procedurale del saper fare.

Tuttavia, i loro comportamenti sono più sorprendenti se c’è non soltanto un interesse pratico, ma anche una motivazione ed una emozione che sottende l’azione. Cioè, il poter fare, aspetto che risulta centrale in Psicomotricità. Un poter fare che dal punto di vista semiologico non riguarda solo il poter fare in termini di competenze funzionali, ma anche il poter fare in termini relazionali e sociali (Boscaini, 2002; Vianello, 2020).

Si sa che l’apprendimento, per essere tale, richiede che prima siano soddisfatti i bisogni di sopravvivenza e quelli emotivi della sicurezza e delle relazioni affettive primarie, le quali determinano le competenze attentive e mnemoniche fondamentali per il funzionamento cognitivo. Si sa poi, oggi (Barkley & Russel 1997), come tutti i moduli cognitivi sono subordinati alle funzioni attentive, affettive ed esecutive. Il tutto confermato anche dalle teorie cognitive delle emozioni (Wells & Matthews, 1994; Damasio, 1994, 2017). Inoltre, è dimostrato che il controllo emozionale sta alla base, in modo progressivo, della capacità

attentiva, successivamente degli apprendimenti e, infine, delle funzioni esecutive e delle performances (Gestrepo, 2022; Hughes & Devine, 2019; Sarma & Thomas, 2020; Tyng, Amin, Saad & Malik, 2017).

3.2 Comunicazione, intersoggettività e apprendimento

L'uomo è per sua natura un essere sociale e, al di là di qualsiasi patologia egli presenti, è impossibile che non possa comunicare (Watzlavick, 1967). In effetti, la comunicazione avviene non solo a livello verbale, ma anche non verbale e preverbale, quest'ultima espressa non solo con gesti ed altri elementi corporei visibili, ma anche tramite le posture e modulazioni toniche.

Modalità comunicative diverse e di norma integrate tra loro secondo un processo ontogenetico. Mentre la parola, connessa con la dimensione temporale, permette una comprensione immediata e precisa dei contenuti espressi, quelli del linguaggio gestuale, fondato su criteri spaziali, sono espressi in modo più o meno preciso. E, infine, il linguaggio tonico-emozionale costituisce ancor di più un mezzo di comunicazione impreciso tanto che il codice diviene comprensibile solo a persone familiari, se non solo alla madre con il figlio (Ajuriaguerra, 1962; Boscaini, Cachón Zagalaz & Díaz Suárez, 2022).

Il disabile, specie mentale, ha difficoltà a comunicare con le parole, ma ha sempre e comunque a disposizione quello gestuale e tonico-emozionale. E la sua comunicazione può sembrare contraddittoria tanto da essere spesso mal interpretata, anche dagli stessi famigliari e vari operatori.

Questo aspetto riguardante la comunicazione induce a riflettere sulla complessità di ciò che è umano (Ceruti, 2018; Heschel, 2005; Morin, 2001), il che richiede di andare oltre alle considerazioni di regole e convenzioni universalmente applicabili, ma è necessario riscoprire una "grammatica dell'umano" (Manicardi, 2023, p. 22), che richiede di capire anche gli aspetti più soggettivi della comunicazione umana, cioè il linguaggio del singolo individuo, costituito a volte solo da espressioni toniche e gestuali.

Ne deriva che il professionista con chiunque, ma soprattutto con il disabile, non può più comunicare e comprendere il linguaggio in modo improvvisato, ma gli è richiesto un apprendimento, in particolare un approccio interdisciplinare, una formazione particolare e specifica. Ecco allora, oggi, l'importanza di un professionista, come lo psicomotricista, che abbia professionalmente questa competenza concernente il linguaggio primitivo.

Ma la comunicazione, ancora, si attiva e si organizza nei costanti rapporti con gli altri, dove ambiente e biologia interagiscono vicendevolmente. In effetti, è solo nella relazione con l'altro che la comunicazione diviene sempre più intenzionale e cosciente nella trasmissione dei propri contenuti affettivi e cognitivi così come nella comprensione di quelli altrui (Rizzolatti, Fadiga, Gallese, & Fogassi, 1996).

Apprendimento e autonomia, quindi, si costruiscono in un contesto sociale aperto, frutto dell'incontro tra il corredo biologico e gli apporti dell'ambiente. Due variabili, due forze che vanno riconosciute e che devono essere costantemente attivate entrambe. Tuttavia, questo diviene produttivo ed efficace e soddisfacente da parte degli interlocutori se, nell'interazione, tutti gli individui vengono reciprocamente considerati soggetti. E questo a partire dalla costruzione delle prime relazioni affettive nei primi giorni di vita (Stern, 1977) e quelle successive, indipendentemente dall'età e dalla gravità della patologia, per cui l'intervento precoce è allo stesso tempo prevenzione di possibili problematiche maggiori in seguito.

3.3 Apprendimento tra ragione e desiderio

In quest'ottica, allora, una maggior comprensione dei problemi di apprendimento e dei relativi processi implicati risulta possibile se questi vengono affrontati in un'ottica globale che tenga conto di tutti i bisogni dell'individuo.

A tal proposito, attualmente sia le scienze neuropsicologiche sia le scienze umane ci aiutano a comprendere meglio la problematica. Le prime, proponendosi di studiare i meccanismi che permettono l'acquisizione delle conoscenze, cercano di comprendere le cause e gli ostacoli all'apprendimento (Cornoldi, 1995; Stella, 2018). Ma anche le scienze umane, in particolare quelle psicomotriche, permettono di comprendere alcune variabili favorevoli o meno gli apprendimenti. In particolare, esse si propongono di comprendere le dinamiche intra ed interpersonali connesse al desiderio di sapere (Bergès, 1974; Gibello, 2009).

L'apprendimento, e di conseguenza l'autonomia, è il risultato di una sintesi tra questi due aspetti. In effetti, ci sono delle conoscenze oggettive che il bambino acquisisce perché gli vengono proposte dall'esterno tramite immagini e parole. Tutte conoscenze, già costruite a priori, alle quali il bambino si deve adeguare. Ma l'apprendimento da parte del bambino è frutto anche di un sapere che nasce spontaneamente da lui stesso in quanto pulsione; pulsione come movimento vitale che ha le sue origini nel corpo nel suo rapporto con quello materno e progressivamente con gli oggetti, dentro uno spazio vissuto e sperimentato tramite l'azione e nella relazione con gli altri. Pulsione come energia che si trasforma in desiderio sino a oggettivarsi nell'azione e nella prassi con un risultato soddisfacente per il soggetto e gli altri.

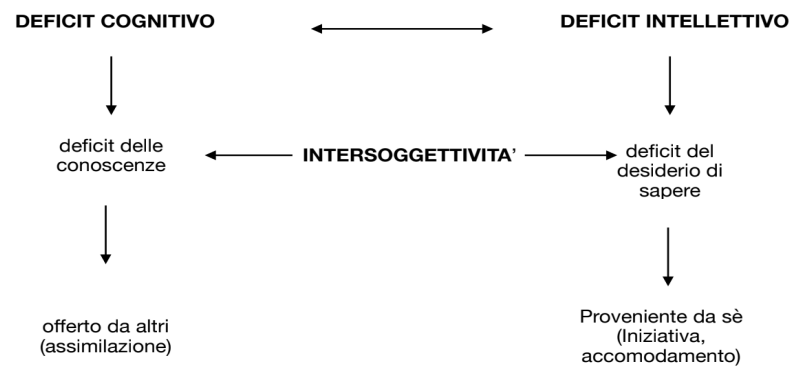


Fig. 1: L'apprendimento tra conoscenze soggettive e oggettive

L'apprendimento, quindi, è il risultato di conoscenze oggettive, uguali per tutti, provenienti dall'ambiente a cui bisogna adeguarsi ed un sapere proveniente dal corpo, dal desiderio, dalle emozioni del soggetto, inducendo il bambino a trasformare la realtà, e dalle sue identificazioni alle figure adulte (Bullinger, 2004; Gibello, 2009; Piaget, 1937).

L'autonomia, pertanto è frutto di un apprendimento implicito, soggettivo, ed uno esplicito, oggettivo; e di questi, comunque, bisogna saper fare una sintesi. E il corpo, con tutte le sue funzioni psicomotorie più o meno disordinate, è la prima spia delle difficoltà di apprendimento che si andranno evidenziando nel tempo (Boscaini, Dalla Bernardina, Delaini & Giacomazzi, 1998).

Se, dunque, un'abilità cognitiva non si integra con un desiderio soggettivo, questa rimane poco produttiva. Al contrario, il desiderio può sostenere e rinforzare i pochi contenuti cognitivi presenti in un disabile e, allora, i processi intellettivi potranno essere da lui utilizzati in modo efficace. In pratica, possiamo organizzare meglio i dati cognitivi quando un progetto è sostenuto da un desiderio soggettivo. È come dire che il piano cognitivo ci aiuta a conoscere e ordinare in modo logico la realtà, mentre la dimensione intellettuale personale opera sul cognitivo per sostenerlo e finalizzarlo. Ciò significa che i miglioramenti del funzionamento mentale di una persona con disabilità intellettiva non sono i training di addestramento cognitivo, i quali obbligano la persona ad apprendere concetti che ancora non possiede e per i quali ha poco interesse e che dopo non sa usare nella pratica. È meglio, invece, un 'comportamento intelligente' rispetto ad un deficit cognitivo da riempire. Ma questo comportamento intelligente diventa possibile solo se c'è un 'interesse situazionale' da parte del soggetto, cioè, legato al contesto dove egli vive, con la possibilità di soddisfare i propri desideri ed esercitare la propria curiosità.

Appare, quindi, utile uno sguardo pluridimensionale nella clinica dei disturbi specifici di apprendimento.

Si comprende, di conseguenza, la necessità, sia in pedagogia sia in terapia, di attivare legami affettivi, stimolare le esperienze corporee, favorire l'espressione delle emozioni e crearne la

coscienza, sostenere la coscienza delle intenzioni e delle azioni dentro l'intersoggettività (Ammaniti & Gallese, 2014; Stern, 2003). E questo il più precocemente possibile proprio perché i legami corporei si creano nel periodo della massima crescita cerebrale. Le ricerche dimostrano come la crescita dell'emisfero destro e della corteccia orbito-frontale (Schrmer & Adolph, 2017) sia determinata e modellata dall'interazione con l'ambiente e queste esperienze rimangono come substrato di modelli operativi interni per comportamenti successivi.

Dal punto di vista operativo, quindi, ne deriva l'importanza di valorizzare il linguaggio non verbale - il come, la conoscenza implicita, la ricerca qualitativa - come base per l'emergenza di quello verbale - il cosa, la conoscenza esplicita, la ricerca quantitativa. E solo successivamente appare utile integrare i due tipi di conoscenze.

4. Una diagnosi umana, oltre il funzionale

Come raccogliere i sintomi e i segni per una diagnosi al fine di proporre un adeguato intervento e successivamente valutarne gli effetti terapeutici?

È importante considerare che i comportamenti non costituiscono solo un dato oggettivo stabile e sempre confrontabili tra di loro, ma sono anche caratterizzati da una dimensione soggettiva ed intersoggettiva che determina la variabilità individuale. In questo senso, i contenuti di una persona sono a volte sconosciuti e non misurabili direttamente tramite una osservazione sistematica per cui il processo terapeutico, pur con i suoi limiti e la sua ricchezza, costituisce sempre un processo unico e costantemente in cambiamento.

Necessità, allora, di adattare metodi e tecniche di ricerca, sul piano quantitativo e qualitativo, (Moccia & Solano, 2009; Cannella & Merciai, 2009) per cui, al di là di certi parametri standardizzati del quadro, l'esperienza clinica è sempre un processo unico (Philips, 2006), in quanto scarsamente riproducibile per l'imprevedibilità dei comportamenti umani, l'atmosfera emotiva e la qualità della relazione.

D'altra parte, una diagnosi, più costruita sui sintomi e sul causale, deve individuare i processi alla base dei sintomi basandosi anche sul criterio evolutivo e in una prospettiva di vita. Necessità, dunque, di valutare non solo i bisogni di salute fisica, assistenziale, relazionale, ma complessivi all'interno di una progettualità esperienziale di vita. Inoltre, bisogna soprattutto saper individuare la priorità specifica di ogni momento evolutivo ed in funzione degli interventi e della definizione degli obiettivi. Ciò significa anche trovare un senso nell'uso di una prova. La stessa prova, ad esempio le diadococinesie, può cogliere aspetti diversi a seconda del modello teorico di riferimento: neurologico classico, neurologico minore, neuropsicologico, psicologico, psicodinamico o psicomotorio (Boscaini, 2005).

Ne deriva la necessità di costruire una semiologia basata sulla complessità della persona nella quale si coniugano aspetti medici e psicosociali.

Considerato, poi, che la disabilità non è una malattia, si tratta di costruire una diagnosi che sappia cogliere non solo le competenze deficitarie, ma anche quelle sane e, soprattutto, individuare il potenziale, lo spazio in cui effettivamente si può intervenire con notevoli conseguenze sul piano dell'autostima.

Il disturbo, quando non è una malattia, va sempre visto come un ponte tra neuroscienze e psicologia e la persona non deve essere proprietà né di una disciplina o di una professione né dell'altra. Se il disabile si esprime e parla prevalentemente con il proprio corpo, quindi in modo implicito, un approccio diagnostico ed un intervento, pedagogico o riabilitativo, deve essere in grado di comprendere i sintomi anche come linguaggio, il quale poi va esplicitato nella pratica ai genitori, agli insegnanti e agli altri professionisti, competenza definita da Bion "funzione 'alfa' (1962).

5. Pedagogia dell'inclusione

Una nuova pedagogia della disabilità deve sollecitare un pensiero critico, riflessivo e senza pregiudizi come capacità di individuare i bisogni, progettare in modo sinergico interventi e azioni da parte di tutti gli attori.

Negli ultimi anni in molti Paesi, non solo europei ma a livello mondiale, si andati verso il superamento della defettologia e dell'educazione speciale per adottare il modello dell'integrazione del disabile nella scuola di tutti. Questo significa che il bambino, pur trovandosi istituzionalmente con tutti, segue un percorso didattico da solo nel rapporto con il suo insegnante, in Italia, a seguito della Legge 104/92 chiamato "insegnante di sostegno".

Oggi, invece, in alcuni Paesi si cerca di passare dal modello dell'integrazione (il singolo bambino con il suo insegnante educatore) a quello dell'inclusione (riguarda tutti i bambini e il coinvolgimento di tutti gli insegnanti)

L'adozione, quindi, di un nuovo modello interpretativo del processo di inclusione richiede il superamento della visione tradizionale di intervento "centrato sul singolo" (l'integrazione), dove si fa una classificazione delle difficoltà con attivazione, anche nella scuola di tutti, di interventi speciali. Ciò rischia di delegare a qualcuno l'educazione del disabile con il rischio di micro-esclusioni od espulsioni. Il modello basato sull'inclusione è basato sul valore della "comunità, dell'appartenenza" dove si valorizzano il profilo di funzionamento al fine di sviluppare capacità di modifica e di uso del contesto in funzione dei bisogni del soggetto.

Quindi, il processo di inclusione sposta l'attenzione da un approccio al disturbo in quanto struttura o funzione da codificare in termini puramente nosografici agli aspetti di attività e

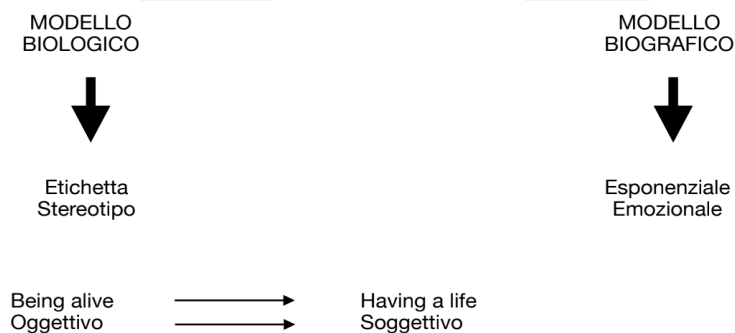
partecipazione nel rapporto con il mondo esterno; cioè passa dal modello medico a quello biopsicosociale.

Programmare tutto sulla base della diagnosi significa pensare per etichette, per categorie diagnostiche rigide identificando il negativo della persona col rischio di:

- Vedere solo problemi stereotipati senza riuscire a percepire nuove problematiche;
- Avere in anticipo previsto tutti i problemi della vita, soluzioni e ricette già precostituite.

C'è, allora, il rischio che i professionisti della salute siano schiavi delle categorie diagnostiche e di concetti tecnici monotematici rischiando di non vedere più la persona come sistema di relazioni, riducendone l'individualità.

L'approccio diagnostico, rinforzato dalla riabilitazione, sin dalla nascita o dai primi anni di vita, se non integrato subito da quello biografico, rischia di contrapporre biologico e ambiente mettendo da subito nella famiglia e nella società in primo piano l'aspetto medico riducendo gli spazi mentali della famiglia rispetto ad altri bisogni (Boscaini, 2023; Mortari, 2017).



Dal punto di vista educativo non è sufficiente to be on life/essere vivo nel suo significato biologico, ma occorre riconoscere to have life/avere una vita. Allora, di fronte alla realtà biologica, vanno integrati sin dall'inizio i due aspetti, soggettivi e oggettivi (Shalock, Gardner & Bradley, 2007; WHOQOL Group, 1995).

Nella prospettiva del soggetto, la percezione di 'esistere, avere una vita' si costruisce nel tempo, dove, grazie alla memoria, si stabilizzano e si organizzano le esperienze. Un senso della continuità nel tempo, al di là dei cambiamenti, non solo legati alla logica e al pensiero astratto, ma è un'esperienza soggettiva basata sull'emozione.

Quindi:

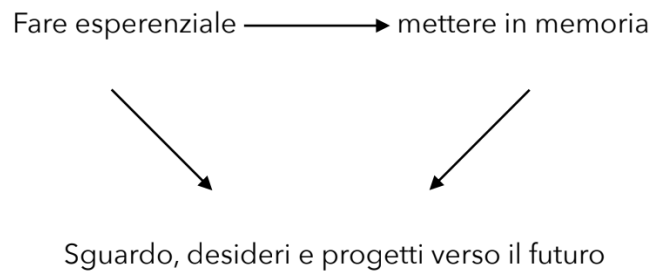


Fig. 3. Il corpo, integrando spazio e tempo, alla base degli apprendimenti

Nella pratica bisogna evitare l'impedimento o la riduzione di ogni canale espressivo tramite l'iperprotezione familiare e istituzionale oppure la totale sostituzione assistenziale.

Il bisogno di esperienze, cioè di stimoli sensoriali, cognitivi, affettivi è sempre presente sia nei deficit motori sia in quelli cognitivi in quanto attivano meccanismi di compenso nello sviluppo delle capacità attentive e percettive.

Uno sguardo biografico, che tutti gli educatori dovrebbero avere, sa cogliere non solo i bisogni primari e di sicurezza (Maslow, 1973), ma anche quelli di appartenenza sociale, di stima e autorealizzazione. È una questione della dignità della persona di viverli umanamente con le proprie disabilità in un contesto accogliente e non solo come categoria medica.

6. Prevenzione, educazione e riabilitazione integrale della persona

Se risulta scontato oggi il ruolo della diagnosi e dell'intervento precoce, considerata la presenza di alcuni periodi 'sensibili' nel corso dell'età evolutiva, non per questo va messa in secondo piano una pedagogia per tutti e la riabilitazione in tutto il percorso di vita al fine di salvaguardarne l'equilibrio e prevenire il più possibile l'involuzione nell'età adulta e nella terza e quarta età.

Rispetto alle conoscenze del passato, oggi sappiamo che il nostro cervello non invecchia mai! A tal proposito è interessante una recente ricerca condotta da Boldrini con il suo gruppo della Columbia University (2018). Questa dimostra che le persone di oltre 75 anni hanno la capacità di produrre migliaia di nuovi neuroni dell'ippocampo da cellule base allo stesso modo dei giovani e con lo stesso volume (pur se minore vascolarizzazione e connessione interneuronali), i quali sappiamo costituiscono un'eccellente sorgente di emozioni, utili per la cognizione (Damasio, 2017).

Feldman Barret (2017), con la sua ricerca su un gruppo di superages, dimostra che quegli anziani che, oltre ad attività fisica e cognitiva, vivono, grazie all'attivazione del sistema limbico, emozioni intense e costanti, sono favoriti nell'aumento della memoria e dell'attenzione. Quindi, sono le cellule emotive, e non cognitive, quelle che danno maggiori successi. E l'emozione è per sua natura un elemento psicomotorio in quanto strettamente connessa al corpo, una necessità per la sopravvivenza dell'individuo e la stabilità di un gruppo sociale

(Darwin, 1872), un sentimento orientato all'azione e alla relazione. Quindi, non si tratta solo di stimolare la motricità strumentale o la cognizione, ma anche le emozioni in quanto esiste una causalità reciproca tra emozione e cognizione (Wells-Matthews, 1994; Damasio, 1994, 2018), le quali si attivano e si intersecano con la motricità.

Per questo, la riabilitazione deve prevedere progetti di intervento che sappiano rispondere a qualsiasi bisogno specifico della persona: motorio, cognitivo, affettivo, relazionale, comunicativo. Ma sappiamo che la motricità nei primi anni di vita è rappresentativa di tutti gli aspetti della persona, i quali si vanno differenziando nel corso dello sviluppo. La motricità, quindi, specie nei primi tre anni di vita, non va vista solo nella sua dimensione strumentale, ma rappresentativa di tutta la persona: una motricità che ha sempre anche un valore psichico, tanto da dover essere vista nella persona umana come metamotricità (Boscaïni, 2021, 2023).

Per questo, bisogna in Riabilitazione prevedere sin dall'inizio il maggior ventaglio possibile di risposte riabilitative onde rispondere precocemente e sempre a qualsiasi bisogno del disabile onde evitare che alla patologia iniziale si vadano ad aggiungersi ulteriori problematiche, naturalmente con maggiori costi sul piano individuale, familiare, istituzionale e sociale. Attualmente le terapie a disposizione sul piano mondiale sono molteplici: fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale, psicomotricità, ortottica, pet therapy, musicoterapia, danzaterapia, psicoterapia, e altre. Se la maggior parte degli interventi sono finalizzati a lavorare su qualche specifica funzione, va qui, soprattutto, sottolineato che la Psicomotricità, per la sua peculiarità, interessandosi della persona tramite il suo corpo in relazione, va oltre il sintomo. Cioè, al fine di aiutarla, essa tiene conto di tutti i suoi bisogni valorizzandola a partire dal suo corpo, considerato prima di tutto mezzo di relazione con l'ambiente (Ajuriaguerra, 1970; Bergès, 1985, 2005; Boscaïni, 2023).

Naturalmente, in questo intervento non vanno trascurati i genitori che, sin dal momento della prima diagnosi, sono i primi ad avere il problema.

Conclusione

I bisogni della singola persona, disabile o meno, delle comunità delle istituzioni e della società sono molteplici; alcuni sempre uguali sin dall'inizio dell'umanità, altri nuovi e altri ancora da prevedere nella considerazione di una società in continuo cambiamento.

E oggi è possibile comprendere meglio i bisogni globali di ciascun individuo, delle istituzioni e della società purché si tenga conto dei notevoli apporti di tutte le discipline - mediche, psicologiche, pedagogiche e tecnologiche. Altrettanto, oggi e un domani è sempre possibile fornire maggiori e migliori risposte.

Nel passato le conoscenze erano limitate e, di conseguenza, le professioni erano poche. Oggi, al contrario, di fronte a nuove conoscenze e strumenti, le risposte non possono essere fornite

esclusivamente da poche professioni, dalle professioni tradizionali, ma anche da quelle nuove e quelle che verranno, capaci di cogliere ed anticipare i bisogni della società. Pertanto, qualsiasi professione è utile purché, sulla base di solide e scientificamente valide conoscenze, metodi e tecniche, sia coerente con i bisogni sociali e si proponga in termini di un'etica umana.

Allora, compreso nella propria singolarità, ciascun individuo, pur con i propri limiti, avrà la possibilità di attivare e mettere in risalto il proprio potenziale in quanto individuo sociale. E ogni istituzione potrà fornire nuove risposte a qualsiasi richiesta dell'utenza anche sul piano qualitativo stando a passo con i tempi. Un riconoscimento, quindi, alle professioni tradizionali! Ma ben vengano altre di nuove perché, se tutte finalizzate al benessere individuale e sociale, tutte sono di pari importanza.

Bibliografia

1. Ajuriaguerra, de J. (1970). *Manuel de Psychiatrie de l'enfant*. Masson.
2. Ajuriaguerra, J. & Soubiran, G. (1959). Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile. *La psychiatrie de l'enfant*, 2 (2), 423-494.
3. Ammaniti, M. & Gallese, V. (2014). The birth of intersubjectivity. *Psychodynamics, Neurobiology and the Self*. Foreword by Allan N. Shore.
4. Arango, V.; Boldrini, M.; Dwork, A.; Fulmore, C.; Helen, R.; Liu, Y.; Mann, J.; Rosalia, G.; Tartt, A. (2018). Considerations for Assessing the Extent of Hippocampal Neurogenesis in the Adult and Aging Human Brain. *Cell Stem Cell*, Dec 6;23(6):782-783; doi: 10.1016/j.stem.2018.10.025.
5. Barkley, Russell A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 1997, 65-94-.
6. Barnes C. (2012), The social model of disability: Valuable or irrelevant? In N. Watson, A. Roulstone e C. Thomas (Eds), *The Routledge Handbook of Disability Studies* (1-29. Routledge.
7. Barrett, L.F. (2017). *How emotions are made. The secret life of the brain*. Pan Macmillan.
8. Bergès, J. (1985). Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. In S. Lebovici, R. Diatkine & S. M. Soulé (Eds), *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (vol. 2, 366-368). Presses Universitaires de France.
9. Bergès, J. (2005). *Le corps dans la neurologie et la psychanalyse. Leçons cliniques d'un psychanalyste d'enfants*. Érrès.
10. Bion, W. (1962). *Apprendere dell'esperienza*. (2009). Armando.
11. Boscaini, F. (1979). Il bambino e il suo corpo. *AIAS per l'integrazione*, 1 (1), 13-4.

12. Boscaini, F. (1981). *La triade handicappata: il 'diverso', la famiglia, la società*. Libreria Universitaria.
13. Boscaini, F. (1983) *Elementi di Psicomotricità*. Libreria Universitaria Editrice.
14. Boscaini, G. (1990). Dall'autonomia del terapeuta all'autonomia del paziente. *Riabilitazione Oggi*, 7(9), 1-4.
15. Boscaini, F. (2001a). Nuovi bisogni e nuove risposte, Il ruolo della Psicomotricità. *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 7(3) 30-41.
16. Boscaini, F. (2001b) Funzione tonico-emozionale e processi di cambiamento in psicomotricità(coautore) Il corpo tonico-emozionale. In G. Gobbi (Eds), *La conoscenza come desiderio in Psicomotricità* (152-1719: Ciserpp.
17. Boscaini, F. (2002). *Valorizzare le competenze dello psicomotricista*. Ciserpp.
18. Boscaini, F. (2005). Pourquoi une sémiologie psychomotrice spécifique aux psychomotriciens ? *Évolutions psychomotrices*, 17 (68), 88-100.
19. Boscaini, F. (2008). Le risposte dello psicomotricista ai bisogni psico-corporei del paziente. *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 16 (2), 6-10.
20. Boscaini, F. (2013). *Clínica psicomotriz*. Ciserpp.
21. Boscaini, F. (2018a). Processi psico-corporei e difficoltà di apprendimento. *ReSXXXVI*, 3, 8-21
22. Boscaini, F. (2018b). Postfazione. In S. Cattafesta Eds), *Psicomotricità* (110-127). Reverdito Editore.
23. Boscaini, F. (2021a). Epistemologia storica della Psicomotricità. Multidisciplinarietà o metadisciplina ?. *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 2-3(29), 27-34
24. Boscaini, F. (2021b). *Formare alla professione di psicomotricista*. Ciserpp.
25. Boscaini, F. (2023). *Epistemologia storica della Psicomotricità Una metadisciplina*. Ciserpp
26. Boscaini, F. (2024). Domaine de la psychomotricité. In F. Giromini & Chen (Eds), *La psychomotricité: aspects théoriques, pratique et cliniques*. Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice (in press).
27. Boscaini, F., Cachón Zagalaz, J. & Díaz Suárez, A. (2022). Del trastorno del diálogo tónico a la inestabilidad psicomotriz. Taxonomía diagnóstica. *SPORT-TK-Revista Euroamericana del Ciencias del Deporte*, 11(3), 1-28.
28. Boscaini, F.; Dalla Bernardina, B.; Delaini, C. & Giacomazzi, D. (1009. Il corpo: specchio delle difficoltà di apprendimento. *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 6(2), 10-21.
29. Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. vol. 1 e 2, 2017). Érès.
30. Canevaro, A. (2015). *Buone prassi di integrazione scolastica: 20 realizzazioni efficaci*. Erickson.
31. Cannella, B. & Merciai, S. A. (2009). *La psicoanalisi nelle terre di confine. Tra psiche e cervello*. Raffaello Cortina.

32. Carraro, S. (2018). *Aleter-Habilitas. Percezione della disabilità tra i popoli*. Alteritas.
33. Ceruti, M. (2018). *Il tempo della complessità*. Raffaelli Cortina.
34. Corriero, E.C. (2011). *Volontà d'amore. L'estremo comando della volontà di potenza*. Rosenberg & Sellier.
35. Damasio, A. (2017). *The Strange Order of Things: Life, Feeling, and the Making of Culture*. Raffaello Corina.
36. Darwin, C. (1872). *L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali* (2012). Bollati Boringhieri.
37. Dovigo, F. (2017). *Pedagogia e didattica per realizzare l'inclusione. Guida all'«Index»*. Carrocci Faber.
38. Fauché, S. (1993). *Du corps au psychisme. Histoire et épistémologie de la psychomotricité*. PUF.
39. Gadaner, H.G. (2002). *La responsabilità del pensare. Saggi ermeneutici*. Vita e Pensiero.
40. Gardner, H. (1983). *Formae mentis. Saggio sulla pluralità dell'intelligenza* (1987). Feltrinelli.
41. Gardou, C. (2006). *Diversità, vulnerabilità e handicap*. Erikson.
42. Gibello, B. (2009). *L'enfant a l'intelligence troublée*. Dunod.
43. Goleman, D. (1995). *Intelligenza emotiva*. BUR rizzoli.
44. Habib, M. (2018). *La constellation des dys. Vases neurologiques de l'apprentissage et des ses troubles*. Debooeck.
45. Heschel, A, J. (2005). *Chi è l'uomo?* SE.
46. Heyer, G. (1914). *Enfants anormaux et délinquants juvéniles : nécessité de l'examen psychiatrique dews écoliers*. [Tesi di Dottorato in Medicina].
47. Houdé, O. (2016). *Histoire de la psychologie*. Presses Universitaires de France.
48. Hughes, C. & Devine, R. T. (2019). For better or for worse? positive and negative parental influences on young children's executive function. *Child Development*, 90(2), 593–609. <https://doi.org/10.1111/cdev.12915>.
49. ICF-CY (2007). International classification of functioning, disability and health : children & youth version. ICF-CY. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
50. Ianes, D. & Camerotti, S. (2017). *Usare l'ICF nella scuola. Spunti operativi per il contesto educativo*. Feltrinelli.
51. Le Doux, J. (2002). *Il Sé sinaptico. Come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo*. Raffaello Cortina.
52. Lévinas, E. (1976). *Difficile liberté*. Albin.
53. Lolli, F. (2008). *Percorsi minori dell'intelligenza. Saggio di clinica psicoanalitica dell'insufficienza mentale*. Franco Angeli.
54. Lolli, F. (2011). Le depressioni contemporanee. Clinica psicoanalitica della disabilità. In M. Recanati, *Il soggetto vuoto. Clinica psicoanalitica delle nuove forme del sintomo*. Erickson.
55. Manicardi, L. (2023). *La passione per l'uomo*. Vita e Pensiero.

56. Maslow, A. H. (1973). *Teoria della motivazione umana*. Pirelli.
57. Medeghini R. (2015). *Norma e normalità nei Disability Studies. Riflessioni e analisi critica per ripensare la disabilità*. Erickson.
58. Medeghini R. & Valtellina E (2006). *Quale disabilità?* FrancoAngeli.
59. Medeghini, R., D'Alessio S., Marra A., Vadalà G. & Valtellina E. (2013). *Disability Studies e Emancipazione, inclusione scolastica e sociale, cittadinanza*. Erickson.
60. Moccia, G. & Solano, L. (2009). *Psicoanalisi e neuroscienze. Risonanze interdisciplinari*. Franco Angeli.
61. Morin, E. (2001). *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*. Raffaello Cortina.
62. Mortari, L. (2017). *La sapienza del cuore. Pensare le emozioni, sentire i pensieri*. Raffaello Cortina.
63. OMS (WHO) (2011). Word Report on Disability. World Health Organization & World Bank.
64. Philips, S. (2006). *Storia di Chloe*. Einaudi.
65. Piaget, J. (1937). *La nascita dell'intelligenza nel bambino* (1968). Giunti Barbèra.
66. Restrepo, G. & Venet, M. (2022). *Cerveau, développement et apprentissage*. Jed.
67. Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3, 443-458
68. Sarma, U. A. & Thomas, T. M. (2020). Breaking the limits of executive functions: towards a sociocultural perspective. *Culture and Psychology*, 26(3), 358–368. <https://doi.org/10.1177/1354067X19898673>.
69. Schianchi M. (2009). *La terza nazione del mondo. I disabili tra pregiudizio e realtà*. Feltrinelli.
70. Schirmer, A. & Adolph, R. (2017). Emotion, perception from face, voice and touch: comparisons and convergence. *Trends in Cognitive Sciences*, 21(3), 221-228.
71. Schalock, R., Gardner, J. & Bradley, V. (2007). Quality of life for people with intellectual and other developmental disabilities: Applications across individuals, organizations, communities, and systems. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
72. Soubiran, G. & Mazo, P. (1965). *La réadaptation scolaire des enfants intelligents par la rééducation psychomotrices*. (1971, 2^e). Doin.
73. Soubiran, G. & Coste, J.-C. (1975). *Psychomotricité et relaxation psychosomatique*. Doin.
74. Stern, D.N. (2003). *Le moment présent en psychothérapie. Un monde dans un grain de sable*. Odile Jacob.
75. Sternberg (1987). *Teorie dell'intelligenza*. Bompiani.
76. Vianello, R. (2020). *Potenzialità di sviluppo e di apprendimento nelle disabilità intellettive. Indicazioni per gli interventi educativi e didattici*. Erikson.
77. Watzlawick, P., Bavelas, J.B. & Jackson, D.D. (1967) *Pragmatics of Human Communication, A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. Norton & Company.

78. Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective* Hove (UK): Lawrence Erlbaum.
79. WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment: position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* November 41(10):1403-9. ; doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-k.

ReS

Anno XXX - Numero unico - Prezzo € 20,00 - Autorizzazione del tribunale di Verona n° 1098 del 28 settembre 1993 e n°1601 R.S. del 17 giugno 2004

Direttore responsabile e editoriale: Franco Boscaini

Comitato di redazione: Flavio Boscaini, Silvia Cattafesta, Dina Giacomazzi, Laura Neri

Grafica editoriale: Giulia Cocchi e Iris Gualtieri

Comitato scientifico: Franco Boscaini, Flavio Boscaini, Silvia Cattafesta, Bernardo Dalla Bernardina, Arturo Diaz, Laris Gaiser, Gemma Gebrayel Matta, Dina Giacomazzi, Rui Martins, Juan Mila, Alexandrine Saint-Cast

Amministrazione e segreteria: ReS - Via Adriano Garbini, 17 - 37135 VR - Tel. 045 8307801 - ciserpp@ciserpp.com

E-mail: ciserpp@ciserpp.com

Hanno collaborato a questo numero: Boscaini, F., Cattafesta, S., Pavesi, M., Dechesne Dalhuisen, M., Tivo, A.

Corrispondenti esteri: M. Canizares Hernandez (Cuba), J.A. Nunez (Spagna), A. Saint-Cast (Francia), C.D. Ngo Nguè (Camerun), K. Karfò (Burkina Faso), P. Hazoume (Gabon), R. Martins (Portogallo), B. Suárez (Messico), E. Maldonado (Colombia), B. Loureiro (Brasile), P. Ruiz Mendez (Paraguay), P. Bottini (Argentina), D.M. Post (Danimarca), G. Gebrayel Matta (Libano), G. Pesántez Cuesta (Ecuador), J. Mila (Uruguay), T. Gurovich (Cile), C. Pinedo (Perù).

In copertina: foto di Milad Fakurian