

INTRODUZIONE ALLA DISABILITA'

**DIETRO OGNI DISABILITA'
C'E' SEMPRE UNA
DIVERSA ABILITA'**

LE CAUSE POSSONO ESSERE:

- **TRAUMATICHE**
- **CONGENITE**

E' FONDAMENTALE COMPRENDERE GLI ASPETTI:

- MEDICI
- FISIOPATOLOGICI
- NEUROLOGICI
- ENDOCRINOLOGICI
- RIABILITATIVI

FINO ALLE DISABILITA' SENSORIALI

FIGURE CHIAMATE A COLLABORARE:

- **FAMIGLIA**
- **MEDICI**
- **PSICOLOGI**
- **SOCIOLOGI**
- **TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE**
- **LOGOPEDISTI**
- **INSEGNANTI**

PIU' DI OGNI ALTRA COSA:

CONTRIBUIRE AL CAMBIAMENTO DELLE
ABITUDINI MENTALI E SOCIALI NEI
CONFRONTI DEI

DIVERSAMENTE ABILI

**OGNI DIVERSA ABILITA' NECESSITA DI UNA SPECIFICA
COMPETENZA E SENSIBILITA' DIDATTICA ...**

**E' COMPITO DELL'INSEGNANTE
APPLICARE METODOLOGIE EMPATICHE**

**L'INSEGNANTE E' ANCHE
CONSAPEVOLE
CHE MOLTO SPESSO
NON TUTTI RIUSCIRANNO
AD APPRENDERE E PRATICARE**

**ALCUNI POTREBBERO NON
IMPARARE NEANCHE A COLPIRE
UNA PALLINA**

**E' DOVERE DEONTOLOGICO
DELL'INSEGNANTE CONSENTIRE A BAMBINI,
ADOLESCENTI, GIOVANI E ADULTI,
LA PRATICA DI UNA DISCIPLINA SPORTIVA...**

**QUESTO PRINCIPIO
VALE ANCOR PIU' PER I
DIVERSAMENTE ABILI**

**IL MOVIMENTO HA
CAPACITA' POLIVALENTE
SOLO SE SI RICONOSCE ALLA
MOTRICITA'
UNA BASE DECISIVA ED UNA
PREMESSA ALLO SVILUPPO MENTALE
ED ALLA CAPACITA' DI PRESTAZIONE
DELL'UOMO**

**PER LO STATO MODERNO
LO SPORT DEVE ESSERE
UN COMPARTO
FONDAMENTALE
DELLA VITA SOCIALE E
DELLA CRESCITA CIVILE**

**LO SPORT E' IGIENE PSICO-FISICA,
CIVILTA'
DI AMPIA PORTATA SOCIALE ...**

**DEVE ESSERE APPRESO SOTTO
FORMA DI
EDUCAZIONE FISICA**

**IL LUOGO NATURALMENTE
PREPOSTO PER QUESTO
DOVEROSO INSEGNAMENTO
DOVREBBE ESSERE**

LA SCUOLA

**IL FINE DELLA SCUOLA
DEVE ESSERE L'INTEGRAZIONE
TRA LE DIVERSE FORME DI
PRESTAZIONE**

**LA SCUOLA,
PER LE SUE FINALITA' EDUCATIVE,
RAGGIUNGE IL MASSIMO
DELL'INTEGRAZIONE QUANDO PRIVILEGIA
COLLABORAZIONE E SOLIDARIETA'
ATTRAVERSO PERCORSI DIDATTICI PER FAR
CONDIVIDERE L'ESPERIENZA SPORTIVA AI
DIVERSAMENTE ABILI**

**E' NECESSARIO ANDARE
OLTRE
LA DISABILITA'
NELLA CONVINZIONE CHE
SIAMO TUTTI
SPORTIVAMENTE
E DIVERSAMENTE ABILI**

**LO SPORT NELLA SCUOLA
E' EDUCAZIONE DISCIPLINARE
MA ANCHE E SOPRATTUTTO
EDUCAZIONE
ALLA CONVIVENZA CIVILE,
AL RISPETTO DELLE REGOLE,
ALLA RECIPROCA TOLLERANZA,
ALLA NON VIOLENZA ED ALLA
CONSIDERAZIONE DELLE
DIVERSE INDIVIDUALITA'**

REGOLE PER LO SPORT INTEGRATO

- CURARE LA CONTINUITA' MOTORIA NEI DIVERSI GRADI DI SCUOLA
- CONDIVIDERE LE ESPERIENZE MOTORIE CON IL GRUPPO CLASSE O SQUADRA
- COINVOLGERE SEMPRE IL DISABILE IN TUTTE LE ATTIVITA' SPORTIVE
- RENDERE COMPATIBILE ALL'ALUNNO DISABILE LE ATTIVITA' PROPOSTE
- FAVORIRE LA TOLLERANZA ED IL RISPETTO DELLE DIVERSITA'

- TRASFORMARE LA DISABILITA' DELL'INDIVIDUO IN CRESCITA PER IL GRUPPO
- TROVARE SEMPRE UN RUOLO ATTIVO AI DISABILI NELLE ATTIVITA' PROPOSTE
- STIMOLARE LA COLLABORAZIONE FRA GLI ENTI LOCALI, LE ASSOCIAZIONI SPECIFICHE, LE AZIENDE PRIVATE, L'ASL, PER MONITORARE IN ITINERE E CORREGGERE IL PERCORSO FORMATIVO

**IL PIANO DI OFFERTA FORMATIVA NELLA SCUOLA
(P.O.F.)**

**CONSENTE L'INFORMAZIONE DELLE DIVERSE
ATTIVITA' CHE LA SCUOLA PROPONE.**

**LE ATTIVITA' MOTORIE SPORTIVE, GRAZIE ALLA
VALENZA PEDAGOGICA ALL'INTERNO DEL P.O.F.
SONO STRUMENTO PRIVILEGIATO
PER LA CRESCITA CULTURALE E SOCIALE**

LE ATTIVITA' MOTORIE SPORTIVE FAVORISCONO

- LO SVILUPPO MOTORIO
- LA PRATICA SPORTIVA SPECIE PER CHI NON NE USUFRUISCE NELLE STRUTTURE EXTRASCOLASTICHE
- LA CONSUETUDINE ALLA PRATICA SPORTIVA COME FATTORE DI FORMAZIONE UMANA CIVILE E SOCIALE
- L'INTEGRAZIONE FRA I GIOVANI DI DIVERSA PROVENIENZA CULTURALE E GEOGRAFICA

LE ATTIVITA' MOTORIE SPORTIVE COINVOLGONO

- UN GRAN NUMERO DI ALUNNI ANCHE QUELLI DISABILI

LE ATTIVITA' MOTORIE SPORTIVE PREPARANO

- AI GIOCHI DELLA GIOVENTU'
- AI CAMPIONATI STUDENTESCHI

LE ATTIVITA' MOTORIE SPORTIVE PRODUCONO

- EFFETTI POSITIVI IN ALTRI AMBITI EDUCATIVI
COME LA TUTELA DELLA SALUTE ATTRAVERSO
CONOSCENZE SULL'EDUCAZIONE
ALIMENTARE, LOTTA AL DOPING,
PREVENZIONE, TOSSICODIPENDENZE,
ALCOLISMO

LE ATTIVITA' MOTORIE SPORTIVE CONTRASTANO

- LA VIOLENZA ATTRAVERSO LA
DIFFUSIONE DEI VALORI POSITIVI DELLO
SPORT
- L'ILLEGALITA'
- L'ABBANDONO E LA DISPERSIONE
SCOLASTICA

NORMATIVE SULL' HANDICAP

REGIO DECRETO 1928

**SCUOLE SPECIALI;
CORSI AI DOCENTI DI
FISIOPATOLOGIA;
CLASSI DIFFERENZIATE.**

**1962 - LEGGE ISTITUTIVA SCUOLE
MEDIE; CLASSI DI RECUPERO SEZIONI
SPECIALI.**

1968

SCUOLA MATERNA STATALE

**PREVISTE ANCHE SEZIONI PER ALUNNI
IN DIFFICOLTA'**

1971 (Lg. 118)

- **L'ISTRUZIONE DELL'OBBLIGO DEVE AVVENIRE NELLE CLASSI NORMALI DELLA SCUOLA PUBBLICA;**
- **DIRITTO ALLO STUDIO DEL SOGGETTO "H"**

D.P.R. 1975

- **CORSI MONOVALENTI PER GLI INSEGNANTI;**
- **COMPETENZE SANITA' E ASSISTENZA DELLO STATO ALLE REGIONI;**
- **INSEGNANTE SPECIALIZZATO.**

D.P.R. 1977 - LEGGE 517

- **MINI RIFORMA SCUOLA DELL'OBBLIGO:
INTEGRAZIONE ALUNNI "H", SCHEDA
VALUTAZIONE, GIUDIZI E
PROGRAMMAZIONE.**

D.M. 1986

- **CORSI DI SPECIALIZZAZIONE POLIVALENTI PER DOCENTI**

D.P.R. 1987

- **FREQUENZA ALUNNI “H” NELLA SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO**

D.P.R. 1992 - LEGGE 104

LEGGE QUADRO

- **PER L'ASSISTENZA, L'INTEGRAZIONE SOCIALE E I DIRITTI DELLE PERSONE "H".**

CON LA DIAGNOSI FUNZIONALE SONO INDIVIDUATE, OLTRE ALLA SITUAZIONE DI HANDICAP, ANCHE LA CAPACITA' E LE POTENZIALITA' EDUCATIVE E FORMATIVE SVILUPPABILI NELL'INTEGRAZIONE.

SOGGETTI IN SITUAZIONI DI

- **MINORAZIONE
DISABILITA'
HANDICAP**

MINORAZIONE

- Le minorazioni sono rilevabili rispetto ad uno standard di completezza fisico, psichico, sensoriale.
- La minorazione in se non è sempre fonte di difficoltà, cioè non è sempre handicap.
- Dalle minorazioni possono derivare disabilità, cioè carenze funzionali riconosciute rispetto ad una completa abilità, concepita sperimentalmente osservando un elevato numero di persone.

DISABILITA'

- La disabilità non è fonte di difficoltà quando ben compensata, o quando di entità trascurabile.

HANDICAP

- Quando la persona con minorazione e conseguente disabilità si trova di fronte ad una richiesta di prestazione, alla quale non le è possibile dare una risposta, allora si trova in situazione di handicap.
- Tutte le situazioni di impossibilità di risposta, indipendentemente dalle condizioni personali di chi non risponde (minorazioni, svantaggio, disadattamento, blocco di apprendimento), sono situazioni di handicap.

- La situazione di handicap non è causata dalla minorazione, dalla disabilità, dallo svantaggio, dal disadattamento o dal blocco di apprendimento, ma, dal *dislivello* in quel momento insuperabile fra domanda di prestazione e capacità di risposta.
- In situazioni di handicap si trova unicamente chi non sa rispondere, se chi domanda può e/o deve fare solo quella domanda; in situazioni di handicap si trovano entrambi se chi domanda deve e non sa individuare l'argomento più adatto alla capacità del suo interlocutore

- Non ci sono quindi gli handicappati ma coloro che si trovano in situazione di handicap.
- Non è la minorazione che porta l'handicap nella relazione ma l'inadatta proposta relazionale; pertanto la persona svantaggiata dovrà essere indicata come “ *colui che viene a trovarsi in situazioni di handicap in quella relazione* ”.
- L'uso della parola “H” e “handicappato” è entrato nella normativa in forma scorretta, causando distorsioni molto rilevanti:
 - o notevole medicalizzazione di un problema prevalentemente relazionale e pedagogico;
 - o esclusivo interesse verso i *diversamente abili* a prescindere dalle diverse situazioni di handicap.
 - o scarsa considerazione delle altre forme di disagio a cui, invece, l'integrazione scolastica dovrebbe provvedere.

TIPI DI INVALIDITA'

INVALIDITA' FISICHE

- Quelle causate da un danno organico di esecuzione periferica, normalmente a carico dei muscoli.

Sono anomalie degli arti, delle strutture muscolari con conseguenti deficienze motorie anche a carico delle strutture ossee e articolari. Inoltre influiscono sulle regolazioni nervose centrali responsabili delle abilità prassiche*.

* *capacità di eseguire movimenti finalizzati per la coordinazione della motilità.*

INVALIDITA' DEGLI ORGANI SENSORI

- Sordità e sordastria, cecità e ipovisione, sono invalidità da danno organico sensoriale; lesioni dell'orecchio, dell'occhio e lesioni delle vie centrali che originano disturbi gnosico – percettivi senza danno dell'organo percettivo.

DISTURBI DELL'INTELLIGENZA

- Sono invalidità generate da danno organico encefalico, da cerebropatie genetiche (down) o acquisite durante la gravidanza (congenite), la natalità o post – natalità.

I disturbi dell'intelligenza possono manifestarsi con quadri di insufficienza mentale, con disturbi di codificazione e/o decodificazione e con disturbi motori centrali (paralisi cerebrale infantile) conclamati e non, pertanto difficilmente diagnosticabili.

DANNI FUNZIONALI SOCIO CULTURALI

- Causano disabilità ambientali indagabili prevalentemente con metodi sociologici.

DANNO FUNZIONALE AFFETTIVO RELAZIONALE

- Disabilità da distorsione delle dinamiche affettive: si manifesta prevalentemente con disturbi relazionali e comportamentali indagabili con metodo psicologico (scuola di Freud ed epigoni, behaviorismo*, scuola etologica**).

** ... o comportamentismo. Teoria relativa all'analisi del comportamento; si limita all'esame dei dati osservabili del comportamento esterno, scartando l'introspezione o ipotesi sui processi psicologici.*

***...deriva da "éthos" costume; studio del comportamento animale, le relazioni animali e l'adattamento all'ambiente; ramo della psicologia che studia e classifica i caratteri.*

MANCANZA DI DANNO SIA ORGANICO CHE FUNZIONALE NONOSTANTE UNA DEVIANZA COMUNICATIVA

- Sono devianze non patologiche di realtà che il più delle volte evolvono spontaneamente in modo favorevole.

LESSICO DIFFERENZIALE

- **LESIONE:** alterazione organica anatomopatologica di una o più strutture dell'organismo. Sono presenti nell'individuo indipendentemente dalla sua collocazione relazionale (lesioni della chiocciola nei sordi, lesioni della corteccia cerebrale negli insufficienti mentali).

- **DISABILITA'**: conseguenza funzionale della lesione (non udire, non vedere), oppure un disturbo funzionale obiettivamente documentabile di cui non è nota la lesione ma che risulta stabilmente presente indipendentemente dalle sue relazioni: disturbi disgnosici, auditivi o visivi come disturbi disprassici o disabilità motorie

- **HANDICAP:** è la conseguenza di una lesione e della relativa disabilità.

Questi effetti si manifestano solo in presenza di soggetti normodotati.

L'audioleso nei confronti dei normoudenti, in presenza di messaggi sonori; questo "H" scompare in assenza di messaggi sonori o in presenza di altri audiolesi -

l'insufficiente mentale è svantaggiato nei confronti dei non cerebrolesi per determinate abilità intellettuali, non è svantaggiato nei confronti di soggetti non cerebrolesi di età sufficientemente inferiore alla sua oppure, per prestazioni di non importante entità.

L'APPRENDIMENTO

L'apprendimento è l'acquisizione di nuove conoscenze (come la tecnica sportiva).

In psicologia significa: *modificazione relativamente durevole indotta in un organismo direttamente dall'esperienza*

L'apprendimento può essere condizionato dalla comunicazione; turbe comunicative linguistiche si ripercuotono negativamente sull'apprendimento o sugli apprendimenti.

L'apprendimento e la comunicazione dipendono dalle strutture:

- Gnosiche → *percettive - impulsive*
- Prassiche / Espressive
- Cognitive / Integrative
- Affettive / Relazionali.

L'apprendimento e la comunicazione condizionano la personalità ed il comportamento.

MODELLO TASSONOMICO DI BLOOM

TASSONOMIA DEGLI OBIETTIVI EDUCATIVI

(Taxonomy of Educational Objectives)

Area Psicomotoria

(R. Dave e A.J. Harrow, *Handbook III. Psychomotor Domain*, 1976)

- **Movimenti riflessi:**
- *Risposte ad uno stimolo senza volizione cosciente*
 - segmentali (fanno intervenire un segmento spinale),
 - intersegmentali (fanno intervenire più di un segmento spinale),
 - soprasedgmentali (richiedono la partecipazione del cervello);
- **Movimenti fondamentali di base:**
- *Patterns motori innati*
 - locomotori,
 - non locomotori (relativi ad una attività),
 - manipolativi;
- **Abilità percettive:**
- *Interpretazione degli stimoli e adattamento all'ambiente*
 - discriminazione cinestetica,
 - discriminazione visiva,
 - discriminazione uditiva,
 - discriminazione tattile,
 - capacità coordinate;
- **Qualità fisiche:**
- *Caratteristiche funzionali di carattere organico*
 - resistenza,
 - forza,
 - flessibilità,
 - agilità;
- **Movimenti di destrezza:**
- *Sviluppo di competenza e padronanza*
 - capacità semplice di adattamento (movimenti di base),
 - capacità composta di adattamento (uso di strumenti),
 - capacità complessa di adattamento (applicazioni di leggi fisiche);
- **Comunicazione non verbale:**
- *Continuum di espressività*
 - movimento espressivo,
 - movimento interpretativo.

- Con il termine **Tassonomia** (dal greco *ταξινόμια* (*taxinomia*) dalle parole *taxis* = ordine e *nomos* = regole) ci si può riferire sia alla classificazione gerarchica di concetti, sia al principio stesso della classificazione. Praticamente tutti i concetti, gli oggetti animati e non, i luoghi e gli eventi possono essere classificati seguendo uno schema tassonomico.
- Tassonomia significa ordinare, classificare; è un procedimento, è una classificazione in ordine di complessità gerarchica.

I sistemi di classificazione ovvero le tassonomie ci derivano dalle scienze naturali, poi adottati anche dalle scienze sociali.

Si basano su quattro principi:

1. **PRINCIPIO DIDATTICO.**

Deve fondarsi sugli obiettivi educativi generali.

2. **PRINCIPIO PSICOLOGICO.**

Non deve contraddire i principi fondamentali della psicologia dell'apprendimento.

3. **PRINCIPIO LOGICO.**

Le categorie tassonomiche devono articolarsi in modo logico.

4. **PRINCIPIO OBIETTIVO.**

La successione degli obiettivi non è legata ad una gerarchia dei valori ma al principio della complessità crescente.

- **Conoscenza:**
Riconoscere e ricordare.
Tipico apprendimento nozionistico.
- **Comprensione:** *Interpretare.*
Conoscenza consapevole.
- **Applicazione:**
Utilizzare le conoscenze.
Fase operativa (operazioni inferiori proprie dell'adolescenza insite in ogni disciplina).
- **Analisi:**
Individuare gli elementi e le loro reazioni.
Ricerca di procedure per soluzioni di problemi (operazioni superiori).
- **Sintesi:**
Costruire, come produzione personale e non come mera capacità di organizzare.
Creatività pensiero divergente.
- **Valutazione:**
Formulazione giudizi.
Scelta decisionale.

CRESCITA PSICOMOTORIA

- **La crescita psico – motoria entra in collegamento con le forme di organizzazione del pensiero e dell'attività intellettuale per l'acquisizione delle diverse abilità**

- Lo sviluppo dell'intelligenza è strettamente collegato all'esperienza, all'azione.

- La conoscenza del proprio corpo, l'avviamento all'apprendimento logico – matematico e al pre- calcolo si basano su attività di manipolazione e di confronto pratico.

- La conoscenza dello schema corporeo, la coordinazione oculo – manuale, l'organizzazione percettiva sono gli strumenti che consentono l'apprendimento

Lo schema corporeo
si completa a dodici anni;
è l'immagine che esiste nella
nostra mente
del nostro corpo in rapporto
alle sue diverse parti
e soprattutto con lo spazio e gli
oggetti;
è il risultato che si stabilisce
fra individuo e ambiente.

Le giuste percezioni del corpo,
le sensazioni relative ad esso,
l'equilibrio, la lateralità e la coordinazione
generano le capacità per dominare il
comportamento

Se l'organizzazione dello schema corporeo è cattiva o incompleta si avranno difficoltà a percepire esattamente le cose, si imparerà con difficoltà a leggere e a scrivere e si avranno incertezze nell'apprendimento logico matematico.

L'educazione psico – motoria consiste nel fare
esperienza attraverso il corpo per passare dal
concreto all'astratto
(concetto di leggero e pesante, corpo leggero e
pesante).

L'educazione psico – motoria
non è una tecnica ne una ginnastica
è un approccio didattico
per bambini
dai tre ai sei sette anni.

L'educazione motoria
va dai tre agli undici anni
e consiste in veri e propri esercizi.

Non esiste movimento volontario senza
implicazione dei centri nervosi.

Le prime forme di conoscenza sono legate al
movimento (neonato sviluppo secondo Piaget –
psicologia genetica)

IL CORPO COME STRUMENTO DI CONOSCENZA



Con il gioco corporeo il bambino si rinforza fisicamente e le prime abilità motorie, già sviluppate attraverso il gioco, gli consentono di avvicinare gli oggetti alla bocca per conoscerli.



Con la deambulazione inizia
la conoscenza dello spazio.



Attraverso le esperienze del corpo,
quando il movimento
è espressione del pensiero,
si riesce a passare dal concreto all'astratto

L'attività psico – motoria
è stata impiegata nel tempo
con finalità diverse:



Ajuriaguerra e Wallon

sono i primi che hanno fatto applicazioni sulla validità del movimento.

Lo hanno applicato sui disturbi del linguaggio e le insufficienze motorie.

Picq Vajer e Le Boulch
hanno sviluppato teorie pedagogiche.

Rosselle ha applicato i principi
dell'ed. psico – motoria nella rieducazione fisica.

La Pierre e Aucouturier hanno usato le loro
conoscenze sul movimento in ambito
psicoterapeutico ed espressivo

In Italia l'educazione psico – motoria
si è diffusa principalmente
come tecnica pedagogica
poi come tecnica riabilitativa
con Bollea e Levi.

Si valutano gli stili motori come prefigurazione degli stili cognitivi e di personalità secondo una doppia genesi di origine psico - neurologica e affettivo – sociale di immagine di sé; quindi non si può prescindere dalla psicologia genetica di Piaget e l'importanza che costui attribuisce all'azione come strumento di conoscenza, tra l'organismo e l'ambiente a partire dai primi schemi motori alle più evolute forme di pensiero, relazione fra azione e strutturazione del processo conoscitivo

Noi, con il nostro lavoro, abbiamo come oggetto
l'atto motorio finalizzato, intenzionale,
rappresentato:
la Prassia



La prassia è l'esecuzione dei movimenti finalizzati per la coordinazione della motilità. La motricità prassica va da dati percettivi – motori al campo della rappresentazione simbolica passando per l'organizzazione dello schema corporeo e delle coordinate temporali e spaziali fino agli aspetti della vita affettiva e sociale, del linguaggio e della concettualizzazione.

Il disturbo dello schema corporeo rappresenta le
difficoltà incontrate
dal soggetto nella ricerca
della propria identità,
nella costruzione
della propria personalità.

I disturbi dell'organizzazione prassica, traducono
la precarietà dell'inserimento
del soggetto nella realtà materiale e sociale.

Le perturbazioni della strutturazione spaziale e temporale sono un vero e proprio quadro di disprassia. Lo sviluppo psico-motorio entra in collegamento con l'organizzazione del pensiero, dell'attività intellettuale e per l'acquisizione delle diverse abilità.

SVILUPPO → INTELLIGENZA → ESPERIENZA → AZIONE → CORPO



APPRENDIMENTO LOGICO MATEMATICO

I
N
D
I
V
I
D
U
O

A
M
B
I
E
N
T
E

**CONOSCENZA DEL CORPO
COORDINAZIONE
ORGANIZZAZIONE PERCETTIVA**

Lo schema corporeo è il risultato che si stabilisce tra individuo ed ambiente

COORDINAZIONE OCULO - MANUALE

Si organizza lentamente attraverso
prove e tentativi.

La mano rappresenta uno dei mezzi
fondamentali di esperienza.

A scuola il bambino deve saper fare diverse cose
e piuttosto precise:
tenere la matita, dosare la forza,
orientarsi sul foglio

Cosa fare?

- Rendere il gesto preciso
- Saper dosare la forza
- Diversificare l'uso delle dita

ORGANIZZAZIONE SPAZIO – TEMPORALE

Sono le due dimensioni con cui l'uomo riesce a pensare e percepire gli oggetti.

Non si può definire la posizione di una cosa se non la confrontiamo con un'altra.

Non si può parlare di tempo senza prendere in esame la permanenza degli oggetti o la loro scomparsa

Il tempo esprime un movimento
che può essere
tempo fisico,
quando riguarda gli oggetti,
tempo vissuto,
quando riguarda l'individuo.

Tempo e spazio sono concetti
inseparabili; le tappe per la loro acquisizione
sono lunghe e iniziano subito dopo la nascita.

Turbe della strutturazione
spazio – tempo sono associate a problemi di
apprendimento,
delle tecniche lettura - scrittura.

Per imparare a scrivere bisogna avere:

- ❖ capacità di coordinazione,
- ❖ indipendenza segmentaria,
- ❖ lateralizzazione,
- ❖ capacità di visione nel senso sx - dx,
- ❖ orientamento spazio - grafico

Per imparare a leggere bisogna:
saper coordinare le relazioni nello spazio
lineare e nel tempo, comprendendo
immediatamente i raggruppamenti e la
serie delle lettere ordinate e i suoni.
Saper leggere non significa decifrare ma
vuol dire dominare.

Per imparare a leggere bisogna saper
coordinare le relazioni nello spazio lineare e
nel tempo,
comprendere i raggruppamenti,
le serie delle lettere e i suoni.
Saper leggere non significa decifrare
ma vuol dire dominare.

SINDROME DI DOWN

La sindrome di Down o “*Trisomia*” 21”
è la conseguenza di un’alterazione genetica
per mancata scissione di una coppia di
cromosomi (cromosoma 21) in fase di
meiosi che determina un corredo
cromosomico alterato di
47 cromosomi anziché 46.

Lo sviluppo cognitivo del soggetto Down è influenzato:

- da fattori genetici
- da fattori ambientali
- dalla famiglia

Gli atteggiamenti educativi dei genitori, la scolarità, il tempo libero e gli interventi socio – sanitari sono importantissimi per il suo sviluppo.

Fin dalla nascita i bambini Down hanno un aspetto caratteristico:

- Faccia tondeggiante e paffuta;
- Testa piccola (brachicefalia, diametro antero-posteriore ridotto);
- Fronte bassa, naso piccolo, narici allargate, occhi tipici della sindrome con rime palpebrali oblique e piega della pelle che copre l'angolo interno (epicanto);
- Zigomi alti e arrossati, bocca piccola, labbra carnose molli e ipotoniche con cicatrici per frequenti processi infiammatori, lingua grossa che spesso protende fuori dalla bocca per ipoplasia della mandibola, denti fragili e cariati;
- Collo tozzo e corto, alla nuca pelle abbondante per cui forma delle pliche;
- Arti superiori ed inferiori corti, mani tozze e dita piccole, specie il pollice ed il mignolo. Nel palmo della mano è presente una sola plica trasversale invece di due e si estende dalla falange del secondo dito al quinto;
- Sul piano anatomico sono state descritte nel cervello alterazioni limitate consistenti in una minore profondità dei solchi e una maggiore semplicità delle circonvoluzioni;
- Presentano malformazioni e/o insufficienza di apparati specie quello cardio vascolare, (cardiopatie congenite nel 40% dei casi). Il 2% dei soggetti Down si ammala di leucemie;
- Lo sviluppo somatico è rallentato;
- Lo sviluppo sessuale è ritardato specie nei maschi;

Il linguaggio è elementare e viene acquisito con ritardo e riflette le difficoltà cognitive.

Il vocabolario è ridotto,
a livello fonetico permangono aspetti dislabici
riferibili anche a difficoltà nella motricità oro-
faringea
e di maturazione.

La voce è rauca e nel maschio,
a causa dell'ipogenitalismo,
si può conservare il timbro eunucaudale.

Hanno un carattere dolce e gaio
anche se manifestano attacchi di collera
ma non creano problemi per la collettività.

Amano la musica

Il tono muscolare è soggetto a ipotonia diffusa,
notevole nella prima infanzia
che aggrava le acquisizioni motorie
che segnano lo sviluppo intellettuale
dei primi anni di vita.

Tuttavia il ritardo è più manifesto
nella seconda e terza infanzia.

La flessibilità degli arti è fuori dal normale
per marcato rilassamento muscolare.

L'età mentale media
raggiunta nell'adulto è di circa sei anni.

Esistono bambini con Q.I. di circa 70/75 %
capaci, se ben stimolati,
di raggiungere un discreto grado
di autonomia e l'acquisizione di un lavoro
manuale.

INTERVENTO EDUCATIVO PRECOCE

I soggetti che iniziano precocemente l'intervento educativo appaiono complessivamente più progrediti specialmente nella scala dello sviluppo mentale.

Anche l'esercizio fisico e la dieta fanno parte dell'intervento precoce e rappresentano l'elemento su cui maggiormente si può incidere.

Per l'ipotonia,
i giochi motori consentono
il rafforzamento generale
rendendo il soggetto Down
più tonico e sicuro fisicamente
in tempi più brevi come per esempio
il rafforzamento della lingua
per tenerla dentro.

I bambini Down stringono gli oggetti molto più tardi e anche la deambulazione avviene tardivamente.

Intervenire presto vuol dire anche mettere un freno all'apatia che li contraddistingue, mai si deve procedere velocemente altrimenti si ottiene un blocco totale.

IL TIPO DI INTERVENTO

L'intervento precoce sulle famiglie nei primi mesi, evita facili generalizzazioni e controproducenti, quanto comprensibili, stati d'abbattimento emotivo; migliora la percezione dei genitori rispetto al problema motivandoli e preparandoli ad un loro ruolo attivo indispensabile e comunque ben distinto da quello del terapeuta; permette infine la piena individualizzazione di percorsi personalizzati sul bambino.

Le esperienze senso–motorie emergono da un'interazione ambientale quindi occorre che il bambino Down instauri precoci relazioni affettive con persone per lui significative.

Questo vuol dire che il terapeuta, inizialmente e preferibilmente, si potrà recare a casa dove potrà contare anche sulla indispensabile collaborazione dei genitori
(ma sempre nella piena distinzione dei ruoli).

Il ruolo del terapeuta può favorire la miglior accettazione, da parte dei genitori, di un “figlio diverso”.

L'attività motoria va curata fin dai primi anni,
stimolando la curiosità,
mettendo in azione i suoi muscoli
ed i suoi sensi.

Curare la motricità globale e settoriale degli
arti inferiori e superiori,
degli occhi, piedi, mani e la motricità fine
come afferrare, premere, stringere.

Quando sar  in grado di camminare
occorre agire sugli spostamenti
controllati, le direzioni, il salire e
scendere, fare percorsi, saltare.

Nella scuola materna inizia il rapporto con le figurazioni, giocare con puzzle, manipolare materiale.

E' importante insegnare loro ad usare le mani e le dita e a manipolare gli oggetti con gradualità.

Va condotto a compiere la stessa analisi
sulle sue azioni ed esperienze; come
l'analisi delle caratteristiche spaziali: è qui, è
là, è sopra, sotto, vicino, lontano.
L'analisi delle caratteristiche temporali:
prima, dopo, ora, poi.

I primi apprendimenti scolastici sono legati agli esercizi psicomotori perciò l'evoluzione psicomotoria condiziona gli apprendimenti della scrittura e lettura.

La scrittura implica l'indipendenza del braccio in rapporto alla spalla; l'indipendenza delle dita in rapporto alla mano ed al contempo implica: prensione, pressione e coordinazione.

Tutto ciò necessita comunque conoscenza del proprio corpo e nei casi meno gravi, anche un'adeguata capacità intellettuale.

Si possono verificare casi di rifiuto, ma solo
in apparenza.

In realtà, il soggetto down, spesso ansioso,
vuole solo verificare la disponibilità dell'altro.

Si dovrà, quindi, soddisfare prima i bisogni
della sfera affettiva infondendo sicurezza e
successivamente quelli cognitivi.

La sindrome, dovuta ad alterazione cromosomica, provoca le seguenti problematiche:

- neuropatie;
- ritardo mentale;
- ipotonia;
- alterazioni muscolo–scheletriche;
- alterazioni sensoriali;
- alterazioni cardio–polmonari;
- alterazioni morfologiche della cute e delle mani;
- eccesso di cute nella regione sub-occipitale (nuca);
- profilo appiattito.

PROFILO MOTORIO

- Scarsa coordinazione motoria soprattutto dinamica nei movimenti complessi perciò difficoltà nell'eseguire abilità motorie aperte (open skill), discrete sono le abilità chiuse (closed skill);
- Non è in grado da un punto di vista organico e della resistenza fisica ad effettuare sforzi prolungati nel tempo;
- La forma delle mani tozza non consente di manipolare bene piccoli attrezzi perciò bisogna stimolarne l'uso al fine di migliorare la coordinazione fine-motoria;
- L'orientamento spaziale risulta inficiato non tanto dagli esiti della sindrome quanto dal ritardo in cui inizia il percorso motorio. Può però, se ben seguito, strutturare attraverso l'orientamento spaziale un buon livello di autonomia sia in piccoli che ampi spazi. Utili sono i circuiti sia in palestra che all'aperto, con il gruppo classe, nell'ambito del quartiere, e poi in città previo l'utilizzo di cartine e ricostruzione dei percorsi effettuati, orienteering e percorsi naturalistici con punti di riferimento (alberi, sentieri, costruzioni, ecc.);
- E' incapace di pensiero astratto (età mentale e cronologica), perciò è necessario che l'insegnante sia in grado di dare una sorta di imprinting con attività congrue alle sue capacità psichiche e funzionali;
- Necessitano sotto il profilo metodologico di rinforzo continuo;
- Hanno un buon senso ritmico perciò sono utili le attività motorie con sottofondo musicale o scandite dal ritmo;
- La palla di diverse dimensioni e peso, stimola la coordinazione degli arti superiori ed inferiori perché ha un buon impatto emotivo. Infine e cosa più importante, l'attività motoria deve mirare allo sviluppo dell'autonomia.

VALUTAZIONE DELLE CAPACITA'
E ABILITA' MOTORIE DI BASE
(non solo per le persone Down)

REPORT SCHEMA CORPOREO

- Riconosce le parti del corpo su sé stesso in posizione verticale?
- Riconosce le parti del corpo su sé stesso in posizione orizzontale?
- Riconosce le parti del corpo sugli altri?
- Riconosce le parti del corpo su una immagine?
- Nomina le parti del corpo umano? Su di sé?
- Su un compagno?
- Su una immagine?
- Ricostruisce l'immagine del corpo umano con pezzi staccati?
- Disegna in modo completo il corpo umano?
- Completa disegni del corpo umano?

REPORT ORIENTAMENTO SPAZIALE

- Riconosce dentro – fuori?
- Riconosce sopra – sotto?
- Riconosce davanti – dietro?
- Riconosce vicino – lontano?
- Riconosce primo – ultimo – in mezzo?
- Riconosce destra – sinistra?
- Riconosce di fronte: destra – sinistra?
- Riconosce sulle figure destra – sinistra?
- Pone su richiesta verbale oggetti in alto a destra?
- In basso a destra?
- In alto a sinistra?
- In basso a sinistra?
- Si orienta all'interno della palestra?
- Della casa?
- Della classe?
- Della scuola?

REPORT DI VALUTAZIONE IN ITINERE DELLE ABILITA' MOTORIE

- Riesce a camminare in una precisa direzione?
- Riesce a correre?
- Riesce a correre in una precisa direzione?
- Riesce a correre per un tempo stabilito?
- Riesce a camminare o correre per una distanza stabilita?
- Riesce a saltellare a due gambe?
- Riesce a saltellare con una gamba ds- sx?
- Riesce a superare piccoli ostacoli?
- Riesce a correre entro ostacoli regolarmente predisposti? (Cerchi, ecc?);
- Riesce a superare un ostacolo graduabile?
- Riesce a saltellare da un posto all'altro
- Riesce ad afferrare una palla?
- Riesce ad afferrare una palla dopo un rimbalzo?
- Riesce a palleggiare?
- Riesce a lanciare una palla con due mani?
- Riesce a lanciare a lanciare una palla con una mano?
- Riesce a lanciare una palla in una precisa direzione?
- Riesce a lanciare, palleggiare e rilanciare la palla?
- Riesce a lanciare un attrezzo?
- Riesce a calciare una palla?
- Riesce a calciare la palla in una precisa direzione?
- Riesce ad eseguire un rotolamento a terra?
- Riesce ad eseguire una capovolta avanti?
- Riesce a mantenere una posizione di equilibrio su una gamba?
- Riesce a mantenere un equilibrio dinamico? (traslocazione asse di equilibrio a terra).

NOZIONI FONDAMENTALI ALLA BASE DELL'ATTIVITÀ MOTORIA E SPORTIVA ADATTATA AI SOGGETTI AFFETTI DA SINDROME DI DOWN

- La coscienza del proprio corpo;
- Il controllo dell'equilibrio;
- Il controllo e l'efficacia delle diverse coordinazioni globali e segmentarie;
- Il controllo della respirazione;
- L'organizzazione dello schema corporeo;
- L'orientamento spazio – temporale;
- La capacità di adattamento al mondo esterno.

ORGANIZZAZIONE DELLO SCHEMA CORPOREO

- La percezione e il controllo del proprio corpo, vale a dire l'interiorizzazione delle sensazioni relative a questa o a quella parte corpo e la sensazione di globalità del corpo;
- Un equilibrio posturale economico;
- Una lateralità ben precisa;
- L'indipendenza dei diversi segmenti in rapporto al tronco e di un segmento rispetto all'altro;
- Il controllo delle pulsioni e delle inibizioni, che è strettamente associato sia con gli elementi precedenti sia con il controllo della respirazione.

PERCEZIONE E CONTROLLO DEL PROPRIO CORPO

Occorre iniziare con degli esercizi elementari, tramite i quali il bambino Down imparerà a conoscersi, a differenziare i propri segmenti, a valutare e poi a controllare i diversi tipi di messa in movimento, ad orientarsi prima di essere capace di sentire e di differenziare le proprie azioni.

Queste attività si effettua su due livelli:

- Quello della coscienza e della conoscenza; il bambino Down impara a conoscere le diverse parti del suo corpo, a differenziarle, a sentire la loro funzione.
- Quello del controllo di sé, che gli permette di arrivare all'indipendenza dei movimenti ed alla disponibilità del corpo per l'azione.

ESERCIZI

Di fronte allo specchio, poi senza specchio:

- Indicare, toccare gli elementi essenziali: testa, petto, braccia, gambe;
- Differenziare mano e braccio, petto e ventre;
- Trasferire sugli altri; indicare le spalle, le gambe, i piedi ... del compagno o dell'insegnante.
- Mano destra, mano sinistra; piede destro, piede sinistro;
- Gli stessi esercizi su se stessi, chiudendo gli occhi

Specchio e lavagna

- Di fronte allo specchio toccare, disegnare con il dito il contorno del viso, gli occhi, il naso; poi con il gesso alla lavagna, ripetere.
- Coscienza dei diversi elementi;
- Testa e collo: (da seduti) lasciar cadere la testa, raddrizzarla; lasciar cadere la testa a destra, a sinistra, raddrizzarla. Il collo si allunga (educazione posturale);
- Il petto: (da decubito supino) ceppo posato sul torace e tenuto con le due mani; sollevare, abbassare il ceppo.
- Le due mani posate sul torace: gonfiare il petto, soffiare. Constatore: il petto si solleva e si abbassa.

Il ventre: (da decubito) le due mani posate sul ventre: tirare in dentro il ventre.
Sollevare, appoggiare le gambe.
Constatare: il ventre si indurisce.
Flettere una gamba, l'altra gamba, distendere le gambe.

Il dorso: (*da seduti*) tenere il dorso aderente al bastone, alla spalliera.
Rivolgere il palmo della mani in avanti. Constatare: il dorso si raddrizza.
L'ampio uso di immagini, un'esecuzione lenta, la ricerca costante del minimo sforzo, la chiusura degli occhi, facilitano molto la presa di coscienza.

Controllo davanti allo specchio: fermo. Elevare le braccia - arrestarsi al segnale;

Controllo davanti allo specchio: stringere le mani – allentarle.

Stringere una mano (dx, sx) - allentarla. L'altra mano non si muove.

Stringere le mani - allentare la dx, la sx;

Una palla piccola in ciascuna mano: stringere la palla. Lasciarla andare.

Constatare: la palla cade.

Alzare le braccia: stringere le mani, allentare le mani, lasciar andare le braccia. Constatare: le braccia cadono (rilassamento segmentano);

Tenere – lasciar andare le braccia: Alzare le braccia (orizzontali, oblique, verticali).

Tenere alzate per un tempo abbastanza lungo da provocare una leggera fatica.

Lasciare cadere le braccia.

Alzare le braccia - tenerle alzate per un istante - lasciar cadere le braccia. Braccia alzate: lasciar cadere le braccia - frenare la caduta – lasciar cadere ad un segnale.

Con l'aiuto dello specchio:

elevare lateralmente le braccia in orizzontale.

Lasciar cadere le braccia.

Chiudere gli occhi: ripetere.

Allo stesso modo: elevare le braccia in modo asimmetrico.

Lateralmente allo specchio:

elevare le braccia stese in avanti.

Liberazione dell'arto superiore:

presa di coscienza dell'indipendenza fra il braccio e la spalla:

elevare lateralmente le braccia pensando al dorso che sta ben fermo.

Controllo davanti allo specchio: fermo. Elevare le braccia - arrestarsi al segnale;

Controllo davanti allo specchio: stringere le mani – allentarle.

Stringere una mano (dx, sx) - allentarla. L'altra mano non si muove.

Stringere le mani - allentare la dx, la sx;

Una palla piccola in ciascuna mano: stringere la palla. Lasciarla andare.

Constatare la palla cade.

Alzare le braccia: stringere le mani, allentare le mani, lasciar andare le braccia. Constatare: le braccia cadono (rilassamento segmentano);

Tenere – lasciar andare le braccia: Alzare le braccia (orizzontali, oblique, verticali).

Tenere alzate per un tempo abbastanza lungo da provocare una leggera fatica.

Lasciare cadere le braccia.

Alzare le braccia - tenerle alzate per un istante - lasciar cadere le braccia. Braccia alzate: lasciar cadere le braccia - frenare la caduta – lasciar cadere ad un segnale.

Con l'aiuto dello specchio:

elevare lateralmente le braccia in fuori.

Lasciar cadere le braccia.

Chiudere gli occhi: ripetere.

Allo stesso modo: elevare le braccia in modo asimmetrico.

Lateralmente allo specchio:

elevare le braccia tese in avanti.

Liberazione dell'arto superiore:

Presenza di coscienza dell'indipendenza fra il braccio e la spalla;

elevare lateralmente le braccia pensando al dorso che sta ben fermo.

Elevare le braccia in orizzontale, stringere le mani, allentare le mani, lasciar cadere le braccia.

Constatare: le braccia cadono e rimbalzano.

Elevare un braccio solo (destra o sinistra): stesso esercizio.

Elevare le braccia, fermarsi, lasciar cadere le braccia.

Elevare le braccia, fermarsi, far cadere un braccio, poi l'altro.

Sentire le mani che pendono all'estremità delle braccia, le braccia che si appesantiscono.

Sorvegliare il tronco nello specchio:

le braccia eseguono dei cerchi davanti al corpo.

L'insegnante è dietro all'allievo, tiene fermo il tronco ed aiuta a far muovere il braccio.

L'insegnante è dietro all'allievo: eseguono insieme.

L'insegnante fa la dimostrazione, poi il bambino esegue da solo.

Oscillazioni laterali e alternate delle braccia.

Oscillazioni simultanea avanti – indietro delle due braccia.

Indipendenza funzionale delle due braccia.

Davanti allo specchio: circonduzione ritmata di un braccio e parallelamente: sorvegliare l'altra mano che non si muove.

Seduto sulla panca:

Oscillazioni ritmate di un braccio e parallelamente: sorvegliare l'altra mano che non si muove.

Le tecniche di rilassamento

Costituiscono un mezzo insostituibile di educazione, che conduce progressivamente al controllo dei movimenti e di conseguenza alla disponibilità di tutto l'essere.

Il rilassamento globale

Prima di arrivare, attraverso il loro controllo, alla soppressione totale delle contrazioni muscolari, è necessario percorrere una lunga e minuziosa progressione.

Occorre partire da esercizi concreti e incamminarsi lungo una progressione attraverso la quale il bambino diventerà capace di sentire e di precisare le nozioni di distensione, di peso, di contatto.

Il rilassamento globale permette il decondizionamento, favorendo così l'equilibrio emozionale e la disponibilità mentale.

IL RILASSAMENTO SEGMENTARIO

Attuato dapprima in posizione supina e progressivamente nelle varie posizioni, questa attività permette al bambino di dominare lo spazio corporeo

e lo prepara direttamente all'azione.

Nella presa di coscienza e nell'educazione progressiva delle sensazioni di concentrazione e di rilasciamento localizzate in questa o in quella parte del corpo, un elemento che deve essere educato in modo particolare è l'indipendenza del braccio in rapporto alla spalla e al tronco. Questa indipendenza braccio-spalla è la condizione di tutti gli esercizi di coordinazione degli arti superiori, della prensione, dell'educazione della mano e,

di conseguenza dei mezzi di espressione grafica.

Il rilassamento segmentario è un'educazione dell'attenzione interiorizzata portata sulla percezione dei diversi elementi del corpo ed è quindi un'educazione del controllo corporeo.

Esercizi elementari

Presenza di coscienza della distensione, del rilassamento: Posizione di decubito supino con i piedi leggermente divaricati, le palme delle mani il suolo, gli occhi chiusi (interiorizzazione delle sensazioni).

Opposizione stringere-allentare:

Stringere le mani, stringere i pugni, allentare le mani, allentare le braccia. Sentire le dita che si allungano, i gomiti che si appoggiano.

Estensione della sensazione di rilasciamento a tutto il corpo: rilasciare i piedi, rilasciare le gambe.

Opposizione contrazione – distensione:

Flessione dei piedi; lasciare andare i piedi e le gambe. Sentire i piedi che si allargano.

Contrarre le dita e le braccia, distendere il collo. Lasciare andare le mani e le braccia. Sentire le spalle che si distendono, il dorso che si schiaccia.

Associazione con la respirazione:

Inspirazione: leggera tensione;

Espirazione: distensione, sollievo.

Rilasciamento globale e sensazioni di pesantezza:

Accentuazione dell'appoggio al suolo:

Appoggiare con forza le mani, le braccia al suolo – allentare l'appoggio delle mani e delle braccia.

Sentire le spalle che si estendono. Estensione del rilasciamento a tutto il corpo.

Caduta dei segmenti del corpo:

Sollevare leggermente la testa – tenerla così. Sentire che diventa più pesante, lasciarla ricadere.

Sollevare leggermente una gamba tesa: tenerla così. Sentire che diventa sempre più pesante lasciarla andare.

Sollevare leggermente un braccio teso: tenerlo così. Sentire che diventa sempre più pesante, lasciarlo andare.

Rilasciamento suggerito:

Presenza di coscienza dei contatti e degli appoggi:

Il bambino viene guidato verso le sensazioni di contatto: dita e gomiti, tallone e polpaccio, testa e spalle.

IL RILASSAMENTO SEGMENTARIO

Esercizi

Rilassamento delle braccia; presa di coscienza del rilassamento.

Decubito supino: alzare le braccia in verticale, lasciare andare le braccia all'indietro.

Alzare le braccia in verticale: le braccia ricadono allargandosi.

Alzare le braccia in verticale: le braccia ricadono davanti.

Associare l'innalzamento delle braccia all'inspirazione, la caduta all'espiazione.

Rilassamento delle gambe: seduti, dorso appoggiato.

Gambe flesse: lasciar scivolare prima una gamba, poi l'altra.

In decubito supino: dopo innalzamento delle gambe, lasciar andare le gambe simultaneamente.

Lasciar scivolare, lasciare andare prima una gamba, poi l'altra.

Esercizi combinati

Rilasciamento simultaneo delle braccia e delle gambe.

Rilassamento delle braccia e successivamente delle gambe.

Rilassare il braccio e gamba dello stesso lato (destro o sinistro), poi dall'altro lato.

Rilassamento braccio e gamba incrociati.

Rilassamento segmento per segmento e rotazione;
per esempio: braccio destro, braccio sinistro, gamba sinistra, gamba destra.

Invertire la rotazione.

EQUILIBRIO

L'educazione ad un atteggiamento equilibrato ed economico è strettamente associata agli esercizi di coscienza e di controllo del proprio corpo (equilibrio posturale).

Un equilibrio corretto è la base essenziale di qualsiasi coordinazione dinamica generale, come pure di qualsiasi azione differenziata degli arti superiori.

Più l'equilibrio è difettoso, più assorbe energia utile ad altri lavori e ciò affatica la mente e distrae involontariamente l'attenzione.

Essa spiega in parte i movimenti abitualmente maldestri ed imprecisi, le sincinesie.

Qualunque sia il tipo di handicap presente nel bambino, la capacità di mantenere l'equilibrio di solito è insufficiente.

Esistono degli stretti rapporti fra i disturbi come le insufficienze dell'equilibrio statico e dinamico e gli stati latenti di ansietà o di insicurezza.

Le emozioni sono collegate con il tono di base e non si può contestare che l'equilibrio di un soggetto sia in relazione con la sua psiche; un atteggiamento è anche uno stato umorale.

I fisiologi riducono a quattro classi principali le impressioni periferiche che intervengono nel mantenimento e nella modificazione dell'equilibrio del corpo: impressioni tattili, cinestetiche, visive e labirintiche.

Nei soggetti Down, come del resto in tutti i disadattati, l'insufficienza di queste sensazioni periferiche è evidente.

Esercizi dinamici

- Gli esercizi dinamici sono di gran lunga i più usati in quanto gli spostamenti in condizione di equilibrio sono molto vicini alla realtà;
- il materiale da utilizzare è rappresentato da blocchi di legno, ceppi, sacchi di sabbia, panca svedese; questi attrezzi ci offrono gli elementi di una progressione quasi illimitata.

Gli esercizi statici

- in particolare quelli che riguardano una sola gamba, anche se sono poco utilizzati, possono tuttavia essere presentati in forma piacevole;
- gli esercizi, che consistono nel portare oggetti in equilibrio sulla testa, come gli esercizi dinamici, **hanno il vantaggio di piacere ai bambini.**

Tutti questi esercizi sono strettamente collegati. Si presentano e si completano reciprocamente e si prestano a numerose combinazioni tra loro.

Quanto alla fiducia, essa si stabilisce progressivamente, grazie a:

- Una progressione lenta, precisa e minuziosa;
- L'educazione alla caduta;
- L'abitudine all'altezza;
- Una diminuzione progressiva dell'aiuto che viene dato al bambino Down.

Sacchi di sabbia

- Salire su un sacco, su due sacchi. Rimanervi. Chiudere gli occhi. Salire. Chiudere gli occhi. Mezzo giro. Ritorno.
Sacchi messi distesi, uno di seguito all'altro:
Spostamento di equilibrio.
Spostamenti:
Camminare sulla punta dei piedi.
Camminare sui talloni.
Camminare sul bordo esterno dei piedi.
Camminare portando oggetti sulla testa: ceppi, sacchetti di sabbia.
Linea bianca: camminare con i piedi in fuori.
Camminare in linea retta guardando l'insegnante.
Camminare sulla linea bianca con gli occhi chiusi. Aprire gli occhi.
Constatare.
- *Esercizi di equilibrio su una sola gamba.*

RESPIRAZIONE

La respirazione è strettamente associata alla percezione del proprio corpo. Esistono dei rapporti evidenti fra la respirazione del bambino e il suo comportamento generale.

L'insufficienza respiratoria è una delle caratteristiche dei soggetti Down. Nella totalità dei casi la respirazione (tenuta respiratoria, ampliamento toracico, possibilità di apnea) è insufficiente. L'educazione respiratoria è un elemento essenziale dell'attività motoria adattata ai disabili. Agli inizi la respirazione si limita all'apprendimento ed al controllo dell'espiazione. Occorre che il bambino sia capace di soffiare a lungo con la bocca per poter infine espirare dal naso e imparare vivacemente a soffiarselo. Soltanto quando il bambino è divenuto capace di controllare l'espiazione si può cominciare una vera e propria educazione della respirazione: la respirazione nasale.

Infine, man mano che prosegue il miglioramento del controllo di sé, vengono introdotti gli esercizi toracici e toracico-addominali; nel caso dei soggetti Down si darà particolare importanza agli esercizi fondamentali il cui effetto calmante è sicuro. Gli esercizi di educazione respiratoria devono essere preceduti da un esercizio di rilassamento globale.

Esercizi

Concretizzazione dell'espirazione:

“Dammi la mano”, l’insegnante soffia; “senti l’aria?”

Il bambino si soffia sulla mano.

Palla di ping pong:

soffiare, far rotolare la palla sulla tavola, sul suolo.

Davanti allo specchio:

Inspirazione, arresto. Espirazione libera.

Inspirazione, arresto (trattenere progressivamente sempre più a lungo).

Espirazione libera.

Davanti allo specchio:

Inspirazione. Otturare una narice. Espirare dall'altra narice.

Inspirare da una narice. Espirare dall'altra narice.

Espirazione seguita da inspirazione attraverso una narice, poi attraverso l'altra.

Automatizzazione della respirazione nasale e rilassamento delle braccia e delle spalle; da seduti:

Inspirazione, rilasciare le braccia e le spalle, espirazione libera.

Inspirazione, rilasciando le braccia e le spalle, espirazione.

Davanti allo specchio:

Inspirazione abbassando le spalle. Espirazione.

Presenza di coscienza del movimento toracico:

Ceppo posato sul torace e tenuto fermo con le due mani: inspirazione lenta, espirazione lenta. Sentire il torace che si alza e che si abbassa.

Le due mani postate sul torace: inspirazione lenta, espirazione lenta.

Sentire il torace che si alza e che si abbassa.

Esercizi diaframmatici: presenza di coscienza.

Le due mani posate sul ventre: inspirazione, espirazione.

Constatare la funzione del ventre nella respirazione.

Ceppo e sacco di sabbia posati sull'addome e tenuti fermi con le mani: sollevare il sacco con il ventre (ventre in fuori), lasciarlo scendere (ventre in dentro).

Ceppo o sacco di sabbia posati sull'addome: inspirazione, sollevare, lasciar scendere il sacco, espirazione.

Le due mani (del bambino), posate sull'addome; inspirazione, ventre in fuori, ventre in dentro, espirazione.

COORDINAZIONE DINAMICA GENERALE

Gli esercizi di coordinazione dinamica generale sono un mezzo per educare gli automatismi, sopprimere l'ansia, la mancanza di volontà, diminuire le sincinesie, le contratture.

Qualsiasi esercizio motorio globale, anche il più semplice, è al tempo stesso un esercizio cinestesico, tattile, labirintico, visivo, spazio-temporale.

Gli esercizi dinamici globali hanno una funzione importante nel migliorare i comandi nervosi, nell'affinare le sensazioni e le percezioni.

Il modo di camminare viene sistematicamente educato attraverso gli esercizi di equilibrio.

La corsa è una coordinazione motoria istintiva e globale e non bisogna cercare di sviluppare questa coordinazione dinamica unicamente facendo ricorso ad esercizi specifici; essa migliorerà parallelamente all'equilibrio generale ed alla fiducia in sé stessi.

Gli esercizi di arrampicarsi e sospendersi hanno indubbiamente soltanto un valore neuro-motorio secondario, ma sono in compenso un mezzo eccellente per lottare contro la paura.

I progressi avvengono facilmente e anche se il bambino Down non dimostra la stessa sicurezza e agilità del bambino normale, l'esercizio gli è altrettanto gradito.

Il salto è l'esercizio di coordinazione globale per eccellenza.

Come gli esercizi precedenti dell'arrampicarsi, suscita l'interesse del bambino Down, ma è anche una lotta contro la paura, associata ad una coordinazione neuro-motoria precisa ed un'educazione della volontà legata alla nozione di sforzo.

Esercizi

*Tutti gli spostamenti, portando oggetti sulla testa:
ceppo, blocchi.*

Tutti gli spostamenti in equilibrio.

Adattamento allo spazio:

Camminare a passi corti.

Camminare a passi lunghi.

Corsa rapida.

Corsa lunga.

Correre seguendo la linea direttrice.

Adattamento del bambino ad una cadenza esterna:

Marcia ritmata dal tamburello.

Interiorizzazione della cadenza:

L'insegnante batte al tamburello una cadenza di marcia; il bambino ascolta, poi batte insieme all'insegnante.

Sospensione:

Correre sui blocchi messi a piatto.

Correre senza toccare i blocchi.

Arrampicarsi alla spalliera.

Gli esercizi di salto:

Dal plinto: saltare in basso a piedi uniti.

In piedi sul sacco di sabbia, sul plinto: saltare in avanti a piedi uniti.

Saltare all'indietro a piedi uniti.

Saltare lateralmente a piedi giunti (a destra, a sinistra).

Al suolo: saltare come un coniglio; andare avanti con dei balzi con l'appoggio delle mani.

Saltare su un piede solo.

Saltare a piede uniti al di sopra dei blocchi o dei sacchi di sabbia.

Camminando, poi corrodo, superamento più ostacoli ravvicinati.

Camminando, poi corrodo, superamento più ostacoli distanziati.

Saltare successivamente a piedi uniti.

Sul posto: saltelli ritmati.

Tre saltelli sul posto, al quarto tempo: accoccolato.

Con la stessa struttura: divaricare.

Nozione di altezza:

Lanciare il pallone al di sopra della testa, riceverlo.

Lanciare il pallone al di sopra della testa, lasciarlo rimbalzare, riceverlo.

Far rimbalzare il pallone al suolo, riceverlo al di sopra della testa.

Lanciare la palla in aria e battere le mani quando raggiunge il punto più alto (o quando tocca il suolo).

Coordinazione oculo–manuale

Pur perfezionando gli elementi che costituiscono la base della coordinazione oculo–manuale, gli esercizi del lanciare–ricevere sono per i bambini Down degli eccellenti esercizi di controllo di sé e di precisione:

- Gli esercizi del ricevere sono i tipici esercizi di adattamento sensoriale–motorio: coordinazione delle sensazioni visive, tattili, cinestesiche; coordinazione dei tempi di reazione.
- Gli esercizi del lanciare sono al tempo stesso un adattamento allo sforzo muscolare e soprattutto un adattamento ideomotorio, cioè la rappresentazione mentale dei gesti da compiere per giungere all'atto desiderato.

Esercizi

Educazione della vista:

Seguire con gli occhi gli spostamenti del pallone gonfiabile. E' molto leggero, scende e risale lentamente; il bambino ha il tempo di vederlo arrivare. Inoltre affina la prensione del bambino Down in quanto va preso delicatamente. Evitare che scoppi in mano al bambino.

Associare la vista agli esercizi del ricevere:

Dal pallone gonfiabile al pallone leggero.

Il pallone cade verticalmente. Riceverlo con le due mani preparate davanti al petto.

Il pallone cade verticalmente. Riceverlo man mano sempre più basso.

Il pallone arriva davanti al viso: gli stessi esercizi.

Fermare con due mani, poi con una mano sola, il pallone che rotola lentamente al suolo.

Il bambino è seduto di fronte al muro: far rotolare il pallone al suolo, far rimbalzare sul muro e riceverlo.

Gli esercizi di lancio:

Far rotolare la palla, sulla linea bianca.

Lanciare in tre modi:

- Le due braccia tese in basso;
- Le due braccia tese al di sopra della testa;
- Le due braccia flesse all'altezza del petto.

Lanciare con una mano sola:

Lanciare con il braccio teso in basso (per le distanze corte e per gli esercizi di precisione);

Lanciare a braccio flessa sopra la spalla (per le distanze lunghe).

Addestramenti davanti al muro:

Tutti i lanci con due mani e con una mano.

Lanciare e ricevere a due a due:

Tutti gli esercizi a due a due, faccia a faccia, di lanciare e di ricevere, dal pallone leggero a quello più pesante (dopo il rimbalzo al suolo, al volo, ecc.).

Pallone gonfiabile:

Mantenere il pallone in aria colpendolo con due mani;

Mantenerlo colpendolo con una mano;

Mantenerlo colpendolo con la mano indicata al comando.

LATERIZZAZIONE

Mentre nel bambino normodotato le difficoltà non sono costanti in quanto egli riesce a risolvere più o meno felicemente i problemi neuro – motori posti dall'uso della mano sinistra, gli stessi disturbi “paralizzano” addirittura il bambino Down, che non riesce mai a trovare in sé stesso i mezzi per adattarsi.

Esercizi

L'attività motoria mira a dare al bambino Down l'abitudine di disporre in serie, di vedere, di trascrivere da sinistra verso destra, liberando il braccio dalla spalla, associando agli esercizi di rilassamento dell'arto superiore le rotazioni del braccio davanti al corpo e progressivamente la rotazione della mano in senso levogiro.

ORGANIZZAZIONE ED ORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE

Progressivamente la rappresentazione del corpo si estende a quella del corpo in movimento e la nozione di spazio, di relazione e di orientamento spaziale che si elabora con il progredire della maturazione nervosa strettamente legata alle esperienze vissute.

Le turbe e le insufficienze dell'orientamento e dell'organizzazione spaziale sono a volte considerevoli nei soggetti affetti da Sindrome di Down.

Per Piaget la costruzione progressiva dei rapporti spaziali avviene su due piani ben distinti: il piano percettivo o sensorio-motorio e il piano rappresentativo o intellettuale. Tuttavia queste due costruzioni presentano un fattore comune: la motricità.

L'attività motoria mirerà a fare acquisire alcuni elementi di base:

- Nozione di velocità, strettamente collegata con l'azione personale del bambino;
- Nozione di durata: rapporto con lo spazio e con lo sforzo;
- Nozione di continuità;
- Creare l'attesa di continuità;
- Creare l'attesa paziente;
- Prendere coscienza dei diversi momenti del tempo: l'istante, prima, durante, dopo, e dei loro rapporti reciproci;
- Arrivare alle nozioni di simultaneità e di successione;
- Coordinazione dei diversi elementi.

Esercizi

Nozioni di destra, sinistra, avanti, indietro, alto basso:

L'insegnante e il bambino sono faccia a faccia: ciascuno dei due tiene un pallone, prima seduti, poi in piedi. L'insegnante esegue a specchio e parla: a destra, a sinistra, in alto ... Il bambino copia e ripete.

L'insegnante esegue a specchio:

Il bambino copia e parla (da solo). Il bambino esegue da solo.

Il bambino sta in piedi sul sacco, sul blocco:

Saltare a destra, a sinistra, avanti e indietro.

Automatizzazione delle nozioni di destra e di sinistra:

Con il pallone gonfiabile:

Il pallone cade verticalmente.

Al comando il bambino deve colpirlo con la mano richiesta (destra o sinistra);

Il pallone arriva di fronte:

Colpirlo con la mano destra o con la sinistra;

Il pallone arriva di lato:

Colpirlo con la mano destra o con la sinistra;

Mantenere il pallone in aria colpendolo con una sola mano (destra o sinistra).

Mantenere il pallone in aria colpendolo con la mano richiesta;

Palle leggere, poi palle grosse e palle piccole;
si spostano lentamente e progressivamente
più in fretta:

- Fermare il pallone con la mano destra, con la sinistra;
- Fermare il pallone con il piede destro, con il sinistro;
- Fermare il pallone con la mano destra o con la sinistra, con il piede destro o con il sinistro.

Palle piccole di vari colori:

- 2 palle (rossa e blu): prendere la palla rossa nella mano destra, la palla blu nella mano sinistra;
- 2 palle (rossa e blu): *“devi riportare la palla rossa con la mano destra, la palla blu con la mano sinistra”*;
- Il bambino ripete a comando;
- L'insegnante lancia le palle. Il bambino va a prenderle e le riporta.

Indipendenza fra il braccio destro e il sinistro:

- Far rimbalzare il pallone contro il suolo colpendolo con la mano destra, con la sinistra;
- Lo stesso esercizio. Colpire alternativamente con la mano destra o con la sinistra;
- Lo stesso esercizio. Colpire 2 volte con la mano destra, 2 volte con la mano sinistra;
- Lo stesso esercizio. Colpire con la mano comandata dall'insegnante, la destra o la sinistra;

Ricevere una sola palla:

- Ricevere la palla che rotola, con la mano destra o con la mano sinistra;
- Ricevere la palla dopo rimbalzo, dal basso (mano destra o sinistra);
- Ricevere direttamente la palla lanciata in aria (mano destra o sinistra).

Ricevere due palle di colore diverso:

- Dopo aver precisato, mano destra: palla rossa, mano sinistra: palla blu;
- Fermare le 2 palle che rotolano una in ritardo rispetto all'altra;
- Fermare le 2 palle che rotolano insieme;
- Ricevere le 2 palle che rimbalzano l'una dopo l'altra;
- Ricevere le 2 palle che rimbalzano insieme;
- Ricevere le 2 palle lanciate in aria, una in ritardo rispetto all'altra.

Azione collettiva

- Collocarsi sul lato lungo;
- Collocarsi sul lato corto;
- Collettivamente: disperdersi nella sala. Arrestarsi al segnale. Fare delle constatazioni sulla propria posizione, su quella degli altri allievi: ci sono degli allievi davanti, dietro, a destra, a sinistra.
- Occupare tutto lo spazio: camminare in tutti i sensi senza toccarsi. Arrestarsi al segnale. Indicare i posti dove non c'è nessuno.

RITMIZZAZIONE

L'esercizio ritmato è più economico ed è più facile da eseguire perché esige un minore sforzo intellettuale; la fatica cresce infatti con la complessità del lavoro neuro – muscolare e con l'accrescimento della concentrazione, dell'attenzione sul gesto.

Perché un esercizio sia educativo occorre che sia volontario, occorre che la mente vi si applichi rigorosamente. Il movimento ritmato diventa educativo quando fa intervenire l'attenzione del bambino per seguire la cadenza proposta ed è interessante quando permette, in un esercizio di marcia, per esempio, di materializzare la successione temporale e le sue variazioni.

Il ritmo permette la flessibilità, il rilassamento, l'indipendenza segmentaria, elemento indispensabile per il controllo motorio. Intervenendo per "liberare" il braccio dalla spalla, ad esempio, l'esercizio ritmato sta alla base degli esercizi di coordinazione degli arti superiori, come pure degli esercizi che preparano l'educazione della mano, perciò anche il grafismo e la scrittura.

Materiale classico della palestra e materiale specializzato

- Spalliere fissate al muro;
- Panca svedese;
- Specchi ortopedici;
- Asse graduabile;
- Bastoncini e bastoni;
- Ceppi;
- Sacchi di sabbia (per gli esercizi di equilibrio, per l'educazione dei piedi, per le posizioni sedute al suolo, da portare sulla testa ...);
- Palloni normali o grosse palle multicolori;
- Palloni di plastica molto leggeri;
- Palle medie;
- Palline multicolori;
- Cubi di legno;
- Corda per il salto;
- Tamburelli;
- Corda per il salto;
- Lavagna.

SINDROME AUTISTICA

L'autismo è un disturbo **pervasivo** dello sviluppo che coinvolge la capacità di interazione sociale, la comunicazione verbale, non verbale e l'immaginazione.

L'autismo, rientra nella categoria delle malattie “pervasive dello sviluppo” o disturbo generalizzato dello sviluppo che comprende la Sindrome di Rett (nelle bambine) e o di Asperg (nei bambini).

Tra le due la più frequente, diagnosticabile solo dopo i 6 anni, è la sindrome di Asperg.

**Nella grande maggioranza ha basi
genetiche e porta ad
un'insufficienza permanente.**

A volte è regressiva ed interviene dopo uno sviluppo normale dei primi mesi di vita.

Al mancato sviluppo delle abilità, utili all'autonomia, si accompagnano gravi comportamenti come: aggressività, distruttività, agitazione incontenibile.

**Ormai è accertata in modo inequivocabile
la
“causa organica”**

**E' stata accertata l'inadeguatezza
dell'approccio "psicogenetico" che
attribuiva alla madre la causa
dell'autismo.**

**Nessuno può negare che i maltrattamenti
danneggiano lo sviluppo della
personalità,
ma le gravi patologie psichiatriche come
l'autismo non possono essere causate da
fattori
psicogeni o relazionali.**

CAUSE

Si definisce sindrome perché evidenzia diversi sintomi.

Nel caso dell'autismo segni osservabili, comportamenti.

**Le cause
sono a tutt'oggi
poco conosciute.**

Il disordine dello sviluppo è causato da anomalie biochimiche.

Nel 10% dei casi si riconosce la malattia che provoca la sindrome:

- Sclerosi tuberosa;**
- X fragile;**
- Carenze enzimatiche.**

Tutte comunque genetiche.

**Per il restante 90% dei casi
l'eziologia è sconosciuta
ma la componente genetica
o meglio poligenica
(più geni combinati tra loro),
è la più accreditata.**

**Il Dott. Kanner nel 1943
ed
il Dott. Asperg nel 1944
avevano ipotizzato che l'autismo
fosse una sindrome dovuta a
fattori organici.**

**Si tratta pertanto di
cause multifattoriali.**

Multifattoriale

in medicina significa presenza di diversi fattori causali oltre a quello genetico, ma tutti organici come:

Infezioni, in particolare encefaliti;

Sofferenze perinatali;

Intossicazioni;

Intolleranze alimentari.

Inoltre l'osservazione dei dati spesso rileva fra i membri della stessa famiglia una prevalenza della sindrome tre, quattro volte superiore nei maschi che addirittura diventa venti volte superiore per la sindrome di Asperger.

**Alla base della sindrome
c'è un deficit neurologico.**

**La sindrome si può evidenziare
attraverso risonanza magnetica.
Il cervelletto risulta ridotto con
disposizione abnorme dei neuroni messi
a forma di pile.**

Cosa si può fare?

**Trattamento psico – cognitivo:
vale a dire tutto ciò che si fa anche per il
ritardo cognitivo,
per la dislessia ecc.**

E' di fondamentale importanza attuare un trattamento precoce perché si devono favorire le connessioni tra le cellule cioè le connessioni inter – sinaptiche (sinatogenesi precoce).

L'autismo associato ad altri disturbi può essere diagnosticato precocemente entro i 2 anni di età, perché i bambini che ne sono colpiti non sanno giocare, compiono gesti ripetitivi (stereotipie) e privi di senso, e sono estremamente solitari.

I bambini riconosciuti autistici, hanno delle abilità particolari:

Sorprendente capacità mnemonica;
Velocità di calcolo matematico;
Precisione nel disegnare non
tralasciando nessun particolare anche se
l'oggetto che vanno a rappresentare
graficamente è stato visto solo per pochi
minuti;
Notevole abilità nell'arrampicarsi o
nell'orientarsi.

Tutto ciò induce molte persone a fantasticare su chi è affetto dalla sindrome autistica, perché sovente l'autistico possiede tratti somatici belli, è fisicamente armonico e ben strutturato, quindi il contrasto tra l'aspetto ed il comportamento "drammaticamente disabile" ne fanno una persona affascinante e misteriosa.

**Gli autistici non parlano,
mal sopportano gli spostamenti degli
oggetti che li circondano, spesso fanno
scenate per futili motivi aventi come
spiacevole epilogo comportamenti
autolesionistici.**

1/3 dei bambini autistici viene colpito da crisi epilettiche, (si ha quindi un danno neurologico), e tutti presentano problemi di motricità fine.

**ESISTE UNA SOSTANZIALE
DIFFERENZA TRA IL
RITARDO MENTALE
E L'AUTISMO:**

**il ritardo mentale è dato dalla
diminuzione omogenea delle facoltà
intellettive e cognitive;**

**l'autismo provoca
sviluppo disomogeneo e quasi sempre
ritardato.**

Al bambino autistico deve essere insegnato tutto.

Dall'autonomia personale, alla gestione del luogo dove vive e lavora.

**Il gioco non è un mezzo
ma un fine.**

Ai bambini autistici bisogna insegnare a sopravvivere.

CARATTERISTICHE COGNITIVE DELL'AUTISMO

Abilità visive maggiori delle abilità verbali;
Eccessiva attenzione ai dettagli, pignoleria;
Difficoltà a generalizzare;
Difficoltà nel combinare o interagire ;
Difficoltà nella organizzazione e
sequenzializzazione;
Difficoltà di concentrazione ed accentuata
sensibilità agli stimoli (sovrastimolato)

Gli autistici denotano un'immensa gamma di differenze individuali che vanno tenute in attenta considerazione nella progettazione di qualsiasi intervento.

DIFFICOLTA' DI INTERAZIONE SOCIALE

Marcata compromissione nell'uso dei comportamenti non verbali;

Incapacità a sviluppare relazioni con i coetanei;

Mancanza di ricerca spontanea, di esperienza, di condivisione;

Mancanza di reciprocità sociale o emotiva.

DIFFICOLTA' COMUNICATIVE

Ritardo o totale mancanza del linguaggio parlato;

Marcata compromissione nella capacità di sostenere una conversazione;

Gestualità ed uso di linguaggi e comportamenti stereotipati, ripetitivi o eccentrici;

Mancanza di giochi di simulazione o di imitazione sociale:

COMPORAMENTI RIPETITIVI

Dedizione o interessi ristretti e anomali per intensità e focalizzazione;

Sottomissione rigida ad inutili abitudini o rituali;

Manierismi motori;

Persistente ed eccessivo interesse per parti di oggetti.

Ai bambini autistici bisogna insegnare a sopravvivere tenendo conto delle loro difficoltà di apprendimento e del loro diverso modo di pensare e percepire.

Bisogna aiutarli a rendersi conto del significato che si attribuisce ai compiti in un ambiente strutturato che permetta ai bambini di sentirsi rassicurati.

Per favorire lo sviluppo della comunicazione è determinante creare situazioni di routine che il bambino sperimenta nella vita quotidiana e nel rapporto con le figure di riferimento.

Solo all'interno di queste esperienze
assumono significato
i segnali comunicativi che il bambino
produce e divengono tali da poter essere
trasferiti ad altri contesti con il
raggiungimento di un'adeguata capacità di
simbolizzazione.

Si cerca di promuovere la motivazione ad incontrare e a riferirsi all'altro, ad inviare e ricevere messaggi.

In termini operativi la giornata di vita quotidiana del bambino autistico verrà organizzata in una successione fissa di attività per rendere prevedibili gli avvenimenti, dominare meglio gli spazi e gli eventi.

E' utile pensare all'organizzazione di un "tempo" e di uno "spazio", progettati appositamente per creare possibilità di gioco con il bambino autistico dove gli insegnanti utilizzano giochi di sensazione, percezione e movimento.

ORGANIZZAZIONE DELL'AMBIENTE

FISICO:

Delimitazione di spazi facilmente individuabili per ogni attività;

Evitare troppe distrazioni in modo da focalizzare l'attenzione su compiti rilevanti (stimolare la capacità di concentrazione);

Gli spazi di lavoro devono essere vicini agli scaffali per agevolare l'accesso ai materiali.

SCHEMI VISIVI:

Oggetti, immagini o scritte che illustrino al bambino, con una modalità visiva, le attività programmate che dovrà effettuare (data la scarsa capacità di memorizzare informazioni trasmesse verbalmente) e che preannunciano le attività da effettuare, la sequenza delle stesse e lo aiutano a strutturare la nozione di tempo.

SISTEMI DI LAVORO

Questi schemi danno informazioni sul tipo di compito da svolgere.

Il lavoro da portare a termine viene presentato in modo chiaro e visibile.

Viene indicata la successione dei compiti da eseguire ad ogni livello del programma quotidiano.

ORGANIZZAZIONE DEI COMPITI E DEL MATERIALE:

Per favorire attraverso linee guida visivamente chiare i rapporti tra le esecuzioni parziali ed il completamento del compito.

Per chiarire le richieste dei compiti attraverso l'enfatizzazione dei messaggi visivi.

IPOSTESI DI LAVORO

Es: narrazione e rielaborazione guidata di un racconto attraverso la drammatizzazione e la rappresentazione grafico - pittorica, tenendo come obiettivo la promozione dell'interazione.

Iniziare con un'osservazione;
Avere una cornice strutturata;
Coinvolgere il corpo;
Utilizzare l'imitazione verbale e fisica;
Basarsi sull'amplificazione percettiva e la ripetizione;
“Agganciare” il bambino attraverso il riconoscimento dei suoi interessi;
Stimolare e verificare la partecipazione attiva del bambino.

**SUGGERIMENTI SUGLI
APPROCCI RIABILITATIVI CHE
HANNO RISCOSSO MAGGIORE
SEGUITO:**

1. NEOCOMPORTAMENTALE

2. EVOLUTIVO – INTERATTIVO

TEACCH

*(TREATMENT AND EDUCATION OF
AUTISTIC AND RELATED
COMMUNICATION HANDICAPPED
CHILDREN)*

E' un programma di Stato, iniziato trent'anni fa nella Carolina del Nord (USA), che prende in considerazione l'intero arco della vita del soggetto autistico, dall'infanzia all'inserimento sociale nel lavoro e alla vecchiaia.

Prevede un insegnamento strutturato sull'approfondita valutazione dei punti di forza e debolezza di ciascun bambino e su alcuni principi di carattere generale. L'obiettivo è il potenziamento dell'autonomia del soggetto e il miglioramento della sua qualità di vita personale.

Teacch viene indicato come strategia educativa generale ottimale in molte parti del mondo e la sua applicazione nel nostro Paese si può tradurre con la filosofia dell'accordo di programma, che coinvolge e coordina scuola, comune, provincia, regione, A.S.L. e anche ditte private, presso le quali si svolge l'esperienza lavorativa dei giovani adulti. Il maggior vanto della strategia Teacch consiste nell'aver drasticamente ridotto il numero dei ricoveri in istituto, migliorando la qualità degli autistici e delle loro famiglie.

DENVER MODEL AT THE
UNIVERSITY OF COLORADO
HEALTH SCIENCES CENTER
(ROGERS ET AL., 2000).

Utilizza strategie che rientrano
nell'approccio evolutivo enfatizzando il ruolo
del gioco inteso come modalità di
apprendimento.

LA SORDITA'

Un deficit uditivo, presente fin dalla nascita o
che insorge nei primi anni di vita,
compromette inevitabilmente
l'apprendimento del linguaggio.

La limitazione verbale è tanto più manifesta
quanto più grave è l'alterazione uditiva.

Una valutazione quantitativa del deficit rivela solo quanto non si è in grado di udire e non ciò che si può percepire con il residuo, né le potenzialità mnemoniche, fasiche, e gnosiche.

Dire che il bambino sordo è come tutti gli altri bambini vuol dire semplificare il problema.

La sordità è una condizione patologica caratterizzata da carenza funzionale elevata, stabile ed irreversibile. Si manifesta per cause diverse ed impedisce la normale evoluzione psico – sensoriale e l'acquisizione spontanea del linguaggio verbale limitando l'inserimento sociale.

Il termine “sordomuto” riservato ai portatori di sordità grave, oggi è in disuso perché con l'intervento terapeutico precoce (protesico e logopedico) si evita il mutismo.

Anche altri termini come sordastro o sordo parziale sono in disuso perché quasi tutti i sordi dispongono di un residuo uditivo.

Meglio invece usare i termini audioleso, ipoacusico e non udente, perché prescindono dall'entità del deficit.

L'aspetto clinico – funzionale dipende da tre elementi:

- epoca d'insorgenza
- eziopatogenesi
- entità e tipo del deficit

INSORGENZA

Sia per la diagnosi che per il trattamento
conoscere l'epoca d'insorgenza
è fondamentale.

L'insorgenza postnatale,
per es. consente di escludere cause
eziopatogeniche ereditarie o congenite.

Ma l'epoca d'insorgenza è importante
soprattutto
per la riabilitazione.

Diversa è la situazione di chi
è divenuto sordo a tre anni
da chi è nato con il deficit.

A tre anni si sono già maturate
un certo numero di esperienze sensoriali –
percettive,
schemi gnosici
e verbo – acustici.

Spesso la definizione dell'epoca di insorgenza viene fatta dal “fonoiatra” in base ai dati anamnestici, non sempre attendibili, forniti dai famigliari.

Il deficit sensoriale non sempre coincide con
l'epoca in cui
ha agito la causa lesiva.

Per esempio, nella sordità ereditaria o in
altri processi di tipo degenerativo, che
iniziano nella vita intrauterina, si assiste a
deficit uditivi evidenti solo dopo la nascita.

La suddivisione della sordità in
congenita ed acquisita,
presenta scarsa validità.

CAUSE

Sono particolarmente numerose e vanno da
quelle di ordine
igienico – sanitario a quelle di ordine
epidemiologico e sociale.
Sono di quattro tipi:

GENETICHE

- eredofamigliare,
- eritroblastosi,
- cromosomiche,
- sindromi malformative;

INFETTIVE

Pre natale: ereditaria, complesso di Torch
(toxoplasmosi, rosolia,
cytomegalovirus, herpes simplex)

Post – natale: meningite, tifo, pertosse,
scarlattina, morbillo, parotite, varicella,
herpes Zoster

TOSSICHE:

Endogene

affezioni dismetaboliche

affezioni disendocrine

Esogene

farmaci otossici

TRAUMATICHE PRENATALE

traumi indiretti

traumi parto

TRAUMATICHE NEONATALE

anossia

TRAUMATICHE POST NATALE

traumi cronici

EREDITARIETA'

Sordità ereditaria labirintica (dominante) si evidenzia dopo la terza infanzia e dopo l'apprendimento del linguaggio ed ha un'evoluzione progressiva

Sordità ereditaria familiare (recessiva) sporadica si evidenzia fin dalla nascita è stabile, è grave e deriva da un arresto dello sviluppo embrionale dell'orecchio interno. Si può trasmettere anche ereditariamente una predisposizione altrimenti non si spiegherebbero i deficit uditivi conseguenti a banali infiammazioni, processi nevritici dell'ottavo paio causati da virus influenzale.

ERITROBLATOSI FETALE

(Fattore RH alterazione iso – immunizzazione passiva)

L'ipoacusia spesso è compresa nella sindrome multiforme denominata paralisi - celebrale – infantile.

Dai globuli rossi che si disgregano si formano bilirubina ed ematoidina che si depositano in alcune strutture del S.N.C. (Nuclei cocleari, vie nervose extra piramidali e piramidali, corteccia cerebrale e cervelletto).

ANOMALIE CROMOSOMICHE

Sindrome di Down

FATTORI INFETTIVO

Infezione luetica della madre

- arresto sviluppo
- arresto orecchio interno

Complesso Torch

ovvero un danno o una malformazione a carico del sistema nervoso centrale, cuore e orecchio.

Il fattore infettivo è importante anche nei primi anni di vita come in tutte le malattie esantematiche, meningite, tifo.

FATTORE TOSSICO

Malattie dismetaboliche, come le nefropatie

Malattie disendocrine, come l'ipertiroidismo
e diabete;

Inoltre la tossicità può essere indotta da
farmaci e loro dosaggio oltre che dalla
sensibilità individuale.

FATTORE TRAUMATICO

- Parto (uso del forcipe durante il parto)
- Cadute che ledono il timpano o il labirinto

DEPISTAGE AUDIOMETRICO

Il Depistage Audiometrico è un esame diagnostico della prima infanzia.

Si possono attuare altri tipi di indagine:

- Elettroencefaloaudiometria;
 - Elettrococleografia;
 - Impedenziometria.

E' chiaro che le alterazioni del linguaggio nei sordi variano in rapporto all'entità.

Se c'è sordità totale fin dalla nascita c'è un'assenza di linguaggio. Se c'è sordità parziale fin dalla nascita si ha una limitazione quantitativa e qualitativa delle capacità fonoarticolari, cioè difficoltà a riprodurre le consonanti specie quelle *fricative* (ca – sa – za - scia' - cia' - da – ra - ga - fa), che vanno verso frequenze acute quindi “ta”, “sta”, “per”, “sa”, “pa”, “me”.

Dopo setto otto anni, la capacità fonoarticolare non subisce modificazioni perché gli schemi verbomotori e verboditivi sono ormai registrati nei centri nervosi.

Tuttavia, l'interruzione della mediazione uditiva impedisce l'arricchimento linguistico e il graduale deterioramento del timbro della voce.

TERAPIA

Metodo orale: solo in caso di cofosi quando l'ausilio protesico risulta inutile, la labiolettura ed accorgimenti pratici visivo – tattici.

Occorre un periodo di preparazione basato su esercizi di respirazione, di soffio e su ripetizioni di fonemi semplici come vocali e consonanti labiali.

Anche dopo una rieducazione costante e prolungata, si evidenziano caratteristiche inconfondibili come:

- Scarsa modulazione;
- Cadenza monotona;
- Frasi concise e prive di verbi e articoli;
- Povertà di vocabolario.

ATTIVITA' MOTORIA

L'attività motoria fondamentale per un soggetto ipoacusico è la ginnastica respiratoria.

Educazione respiratoria attraverso apnee per un'economia dell'energia, però eccessive sollecitazioni di moto esauriscono subito i soggetti a livello nervoso.

La ginnastica preventiva

per gli ipoacusici e anacusici è importante perché esiste sempre un guasto nella statica e dinamica posturale, vale a dire un adattamento corporeo in funzione della minorazione, e cioè:

- Alterazioni delle curve fisiologiche della colonna;
- Esitazioni nel deambulare;
- Difetti cingoloscapolare dovuti alla posizioni asimmetrica assunta dal capo per la ricerca della fonte sonora;
- Contrazioni isometriche dello sterno – cleido – mastoideo controlaterale, alterazione del muscolo oculo – motore che agisce in senso contrario alla rotazione del capo;
- Accentuazione della lordosi cervicale per protusione del capo verso la fonte sonora;
- Anomalie conseguenti alla funzione alterata dell'atlante e dell'epistrofeo;
- Riduzione del campo visivo nei portatori di protesi.