

# PARTE I

## L'HANDICAP VISIVO

### **Definizione di handicap**

Il termine *handicap* è piuttosto complesso; la sua origine è legata allo sport: nel XIX secolo veniva usato in Gran Bretagna per indicare “ il peso reale che i cavalieri più abili dovevano sopportare durante le corse con i cavalli ”. Questo per fare in modo che tutti i corridori fossero nelle stesse condizioni di partenza e la prova sportiva fosse più giusta (Canevaro, Gaudreau, 1988).

Oggi invece, è interessante notare che il termine indica il peso sopportato dai più deboli e meno abili nel loro vivere quotidiano.

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1981) dà la seguente definizione di handicap: “Condizione di svantaggio risultante da un danno o disabilità, che limita o impedisce lo svolgimento di un ruolo normale in rapporto all'età, sesso, fattori sociali e culturali ”.

A causa di questa disabilità, cioè della ridotta capacità di svolgere una determinata attività, il soggetto handicappato è limitato nella sua efficienza, o meglio nella sua “autosufficienza”, cioè nel potere avere il totale controllo del proprio corpo e della propria capacità mentale.

L'handicap ha non solo una connotazione biologica, ma innanzi tutto sociale, cioè non è una malattia, ma la risultante di un confronto con le

aspettative di una data società. Ecco perché è difficile darne una definizione univoca e assoluta.

Tra i vari tipi di handicap, quello visivo ha un'incidenza abbastanza elevata in Italia rispetto ad altre nazioni industrializzate.

La vista ha un'importanza fondamentale per la vita di ogni individuo, da essa dipendono lavoro, studio e tempo libero (Giliberti Tincolini, Zilli, 1980).

Per introdurre i problemi connessi all'handicap visivo, è prima necessario fare qualche cenno sull'anatomia e sulle patologie dell'occhio.

## **Cenni fisiologici**

### *La struttura dell'occhio*

Nella vista sono impegnati una serie di organi e strutture collegati tra loro (fig.1)

La palpebra è la parte muscolo-cutanea che apre e chiude l'occhio, lavando la cornea con il liquido lacrimale.

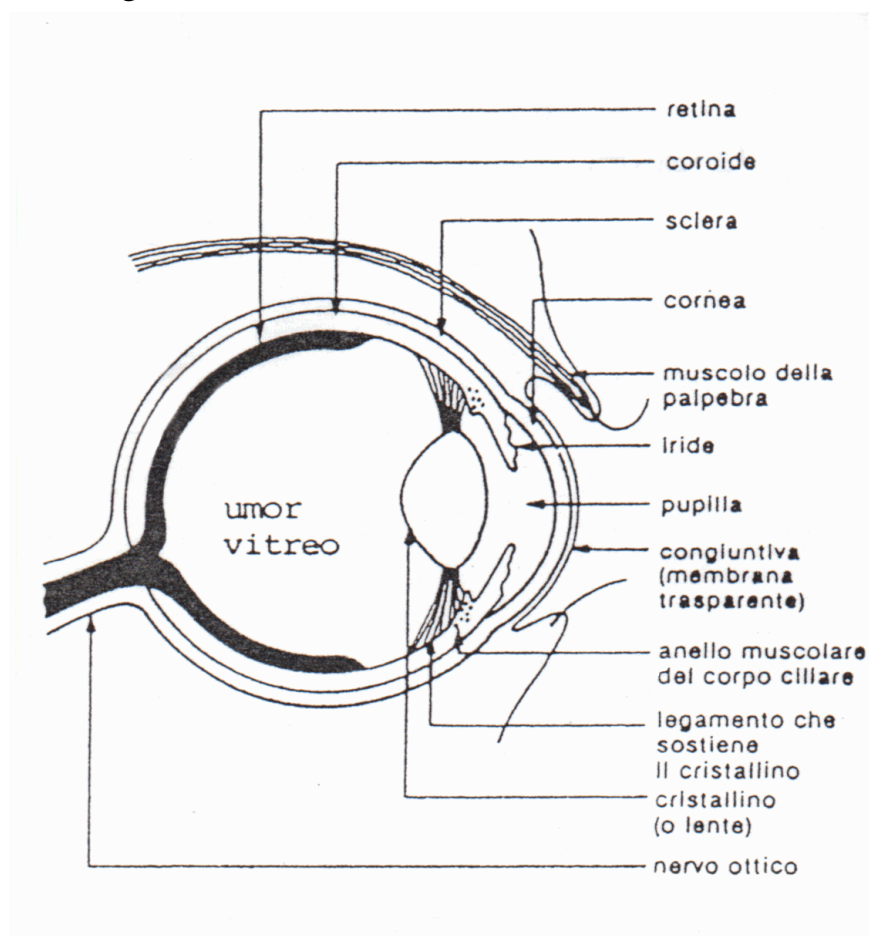
La pupilla e l'iride regolano la quantità di luce che entra nell'occhio, allargandosi e restringendosi.

La cornea è la parte anteriore e trasparente dell'occhio ed è rivestita dalla congiuntiva, mucosa esterna.

Il cristallino è il corpo trasparente a forma di lente biconvessa, che permette di mettere a fuoco l'immagine sullo sfondo interno dell'occhio.

La retina è la tunica interna del globo oculare, trasparente e sottilissima, che trasmette al cervello gli impulsi ricevuti.

Il bulbo oculare è sferico, di 2,5 cm di diametro e in esso le strutture sopra descritte formano tre cavità: la camera anteriore tra la cornea e l'iride, la camera posteriore tra l'iride e il cristallino, entrambe contenenti l'umor acqueo, sostanza liquida, ed infine la cavità ovoidale situata dopo il cristallino, molto ampia, riempita dall'umor vitreo, sostanza gelatinosa.



(FIG. 1) Da “Team Europeo, Sciare con i ciechi. Primo corso di formazione per accompagnatori, Cervinia, 1993, pp. 3.”

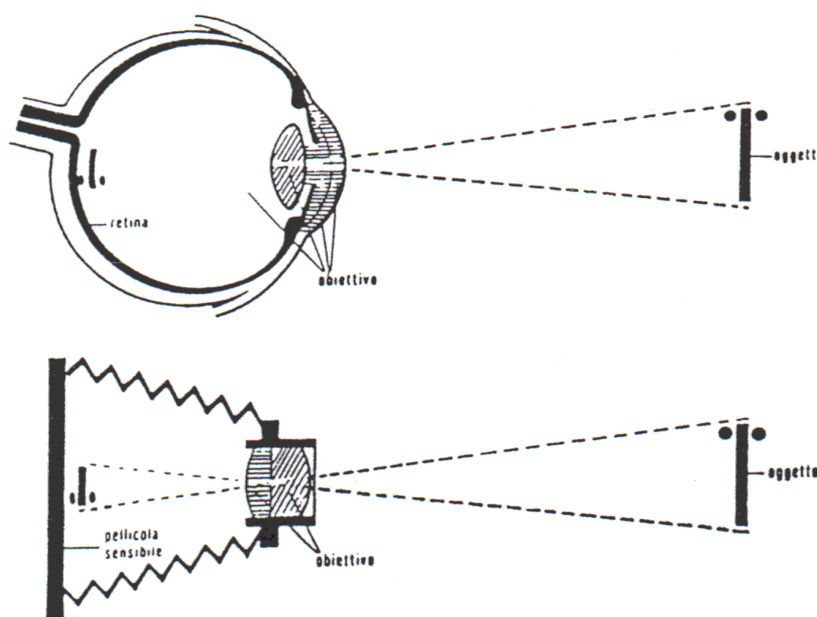
## Il funzionamento della vista

Il funzionamento dell'occhio è stato paragonato a quello di una macchina fotografica (fig. 2).

Infatti l'immagine viene capovolta e rimpicciolita: i raggi luminosi attraversano la cornea e il cristallino, che funge da "obiettivo" e mette a fuoco la figura, e si proiettano sulla retina che rappresenta la "pellicola sensibile".

Infine la retina trasforma l'impulso luminoso in impulso nervoso, che tramite il nervo ottico raggiunge l'area visiva, situata nella parte posteriore del cervello, diventando immagine.

Affinché la vista sia normale occorre che tutti gli organi, che compongono l'occhio, siano perfettamente funzionanti.



(FIG.2) Da "Team Europeo, Sciare con i ciechi. Primo corso di formazione per accompagnatori ,Cervinia, 1993, pp.3."

## Aspetti patologici

Qualsiasi patologia può portare come estrema conseguenza ad una situazione di ipovisione o addirittura di cecità.

I disturbi della vista sono davvero molti, qui ci limiteremo a considerare le principali patologie che insorgono nel bambino.

Innanzitutto possiamo distinguere tre gruppi di patologie: la cecità che può insorgere sin dalla nascita o nel corso dello sviluppo, la perdita parziale della vista e lo strabismo (Giliberti Tincolini, Zilli, 1980).

La cecità del bambino ha tra le cause principali malformazioni congenite, lesioni dell'occhio o delle vie ottiche. Nei paesi sviluppati il 50% dei casi di cecità è di natura congenita e spesso è il patrimonio genetico a provocare malformazioni dell'apparato visivo. Oltre alle forme ereditarie, le patologie più frequenti sono legate all'assunzione di particolari farmaci oppure provocate da malattie parassitarie.

Tra le patologie congenite più frequenti nel periodo neonatale troviamo:

- *Cataratta congenita*: perdita di trasparenza del cristallino; tra le cause principali vi sono malattie infettive e ipovitaminosi materne, predisposizione ereditaria.
- *Glaucoma congenito*: aumento della pressione all'interno dell'occhio a causa di un alterato filtraggio dell'umor acqueo, che non fuoriesce dal bulbo oculare e distende i tessuti; tra le cause vi sono malattie infettive della madre e predisposizione ereditaria.

- *Malformazioni congenite*: tra le più comuni ricordiamo l'aniridia (mancanza dell'iride), la microftalmia (occhio di minor volume),
- il coloboma (malformazione dell'iride e del cristallino), l'anoftalmia (assenza del globo oculare).

Nell'età infantile vi sono altre forme di cecità che dipendono anch'esse da infezioni o intossicazioni farmacologiche della madre, da malattie perinatali, da infezioni o tumori dell'occhio e dell'encefalo, da ferite oculari e da distacco della retina.

Alla cecità spesso si possono accompagnare altre minorazioni come la sordità, l'insufficienza mentale, le paralisi cerebrali infantili, ecc... .

La diminuzione parziale della vista è diagnosticata piuttosto tardi, avviene infatti nella prima infanzia o all'inizio dell'ingresso scolastico; eppure la sua incidenza è alta, 15-20% circa.

Molte delle cause che portano unicamente alla perdita parziale della vista sono le medesime che portano alla cecità, vi sono però alcuni disturbi che causano solo deficit parziali. Tra questi troviamo la *miopia* che non permette di vedere bene da lontano, l'*ipermetropia* che al contrario crea dei problemi per vedere bene da vicino, l'*astigmatismo* che rende le figure non ben definite, il *daltonismo* in cui non si distinguono certi colori e il *nistagmo*, che consiste in movimenti oculari ritmici e involontari con oscillazioni in direzioni opposte.

Anche lo strabismo è una patologia della vista; esso consiste in un difetto di posizione rispetto alla norma e può essere monoculare (un solo occhio) o binoculare (due occhi), fisso o intermittente, convergente o divergente.

L'*ambliopia* può precedere o seguire lo strabismo ed è dovuta ad una precoce inattività dell'occhio deviato; essa può raggiungere gradi estremi e mantenersi per tutta la vita.

Lo strabismo ha molteplici cause e può insorgere sin dalla nascita oppure nei primi quattro anni di vita e per questo un intervento tempestivo è molto importante.

### **Estensione del deficit**

La minorazione visiva può andare dall'ipovisione (parziale capacità visiva), alla cecità legale (residuo visivo inferiore ad un minimo prestabilito), alla cecità totale.

Ipovedenti sono considerati coloro il cui *visus* è ridotto; per *visus* o *acutezza visiva* intendiamo la capacità di distinguere con precisione, ad una distanza definita, forme grafiche o punti tra loro ravvicinati, senza tenere conto del *campo visivo*, cioè lo spazio che l'occhio abbraccia guardando in avanti. Per misurare il *visus* sono utilizzati gli ottotipi, tabelloni con simboli di dimensioni decrescenti.

In Italia, la capacità visiva residua è espressa in frazioni numeriche, in decimi; gli ipovedenti sono coloro che hanno un *visus* di 2 o 3 decimi, cioè riescono a leggere ad una determinata distanza solo due o tre righe dell'ottotipo. Nei casi più gravi i soggetti riescono a percepire solo delle ombre.

Si parla invece di cecità quando il *visus* è ridotto ad 1 decimo o meno. L'estensione del deficit può essere quindi parziale o totale.

Dal punto di vista neuropsichico, più il deficit è lieve meno è disturbante; mentre sotto l'aspetto psico-relazionale molto dipende dal valore che il soggetto dà alla parte minorata (Minoja Zani, 1978).

Infatti la tolleranza al deficit è molto soggettiva, poiché ogni persona ha un modo di vivere il proprio corpo e di accettare i propri aspetti meno validi o deficitari, decisamente diverso. Talvolta il soggetto viene colpito da una minorazione minima, ma avendo investito molto sul settore leso, può insorgere in lui un serio problema psicologico che lo porta a chiudersi in se stesso ed a isolarsi; al contrario vi sono persone che tollerano gravissimi deficit, raggiungendo un buon equilibrio ed un sufficiente benessere.

L'estensione ha anche un'importanza rilevante per il processo d'integrazione dell'handicappato. Spesso, paradossalmente, più l'handicap è grave, minori sono le frustrazioni cui il soggetto è sottoposto, poiché essendo evidente la condizione di handicap, egli è accettato più facilmente.

Come dice Shakespeare (1976) “Coloro che sono totalmente disabili ritengono di non essere commiserati né rifiutati e di essere più accettati. Mentre se l'handicap è parziale è più facile nascondere la propria disabilità, ma proprio per questo i rapporti sociali saranno più ansiogeni”.

Nella nostra società “intellettualizzata” un deficit fisico è più tollerato rispetto ad un deficit mentale; nel caso dei non vedenti sembra infatti, che non suscitino repulsione o rifiuto e che siano considerati tra i disabili meno distanti (Galati, 1992).



## **Insorgenza del deficit**

Insieme all'estensione del deficit, il momento di insorgenza è un altro fattore importante.

La perdita della vista nei primi mesi di vita produce danni irreversibili; al contrario chi ha avuto la possibilità di vedere almeno 1 o 2 anni al di sotto dei 3 anni di età, può, in alcuni casi recuperare la visione anche molto tempo dopo (Zanobini, Usai, 1997).

L'ipotesi formulata da Bower (1977) è che “ questo si verifichi perché nel bambino non vedente dalla nascita le zone cerebrali destinate alla ricezione visiva vengono “occupate” da altre modalità sensoriali ”. In questo modo diventerebbe in seguito impossibile utilizzarle per la funzione visiva.

In questo senso quindi, possiamo affermare che il deficit che compare dopo i primi anni ha effetti meno drammatici.

Va, peraltro, fatta un'altra distinzione importante: quando il deficit visivo compare durante l'età evolutiva, le funzioni, che sono ancora in fase di sviluppo, sono ancora potenziali e il soggetto userà il più possibile altre funzioni per supplire al deficit.

Al contrario, se la lesione subentrerà in età più avanzata, difficilmente interverrà una situazione vicariante.

Vi è però un aspetto opposto da considerare, poiché colui che ha potuto vivere una situazione di sviluppo funzionale completa, avrà organizzato una percezione della realtà ed un modo di relazionarsi con gli oggetti e le persone completi, che rimarranno tali anche con la

funzione lesa; questo non accadrà se il deficit è insorto da piccolissimi.

Dal punto di vista psicologico, se la situazione minorante si presenta all'inizio dell'età evolutiva, il soggetto nasce e cresce con il deficit e lo riconosce come impotenza solo quando è in grado di confrontarsi con gli altri (Minoja Zani, 1978).

Se il soggetto ha invece goduto di una funzione e poi la perde, è in rapporto a se stesso, indipendentemente da quello con gli altri, che si trova in svantaggio, perché perde un livello d'organizzazione che prima aveva posseduto.

## LO SVILUPPO NEL NON VEDENTE

Gli studi effettuati sui bambini ciechi hanno dimostrato che il loro sviluppo è identico a quello dei bambini vedenti; la perdita o la riduzione della vista provoca un rallentamento o una lieve modifica del ritmo di sviluppo, ma è comunque guidato dalle stesse leggi naturali ( U.I.C., Unione Italiana Ciechi, 1981).

Fino all'età di un anno le differenze rispetto ad un bambino che vede risiedono unicamente nella quantità delle cose che vengono percepite. Ma lo sviluppo si complica quando il bambino acquista una maggior autonomia e mobilità nello spazio e quando iniziano i contatti con i bambini della stessa età. “Questo è il periodo di maggior disparità tra il bambino cieco e quello che vede e va dal primo al terzo anno di vita, in alcuni casi fino al quarto” (U.I.C., Unione Italiana Ciechi, 1981).

Sicuramente un bambino privato di una fonte d'informazione come la vista, incontrerà più ostacoli nella sua crescita; queste difficoltà

investiranno tutte le aree del suo sviluppo: motoria, cognitiva linguistica e sociale (Fugagnoli, 1997).

## **Lo sviluppo motorio**

La motricità è il mezzo fondamentale per esplorare il mondo. Nel bambino non vedente la carenza sensoriale porta ad un'esplorazione motoria più lenta ed il suo sviluppo sarà dunque in ritardo rispetto a quello di un normodotato.

Come sottolinea Bower (1977) si riscontra un ritardo nei due schemi psicomotori di base: la prensione e la deambulazione.

Infatti, la prensione incomincia a notarsi solo intorno all'undicesimo mese (secondo Hatwell (1966) ben più tardi, dai ventidue ai trentacinque mesi), mentre nel bambino normodotato intorno al quinto, sesto mese; questo perché il bambino cieco non utilizza le mani per esplorare l'ambiente, ma la conoscenza è rivolta maggiormente verso se stesso ed il proprio corpo.

“La prensione avviene tardi non per la cecità in sé, ma per il fatto che la cecità obbliga a far riferimento al sistema uditivo, che si coordina più tardivamente della vista con la motricità globale” (Hatwell,1966).

In pratica il bambino può afferrare solo un oggetto di cui sente il suono ed il sistema prensione-udito si sviluppa più tardi di quello prensione-vista anche nel normodotato.

Anche la deambulazione autonoma si verifica in ritardo (intorno ai 15 mesi); secondo la Hatwell (1966) intorno ai diciotto, venti mesi, rispetto ai dodici mesi del bambino vedente. Infatti, il bambino non avendo lo stimolo visivo è meno incuriosito, se non addirittura

spaventato dall'ambiente circostante, che si presenta pieno di ostacoli (Fugagnoli, 1997).

A questo proposito sono molto importanti le percezioni uditive, tattili e olfattive, che hanno una funzione vicariante rispetto alla vista.

Il bambino ha bisogno di essere molto stimolato sin dalla nascita affinché raggiunga delle buone capacità di autonomia, come nutrirsi e vestirsi.

“Perché lo sviluppo del bambino cieco avvenga normalmente è importantissima la partecipazione all'ambiente in cui vive” (U.I.C., Unione Italiana Ciechi, 1981).

Per quanto riguarda il piano posturale, il bambino intorno ai due, tre mesi muove molto di più le gambe rispetto alle mani; queste denominate “mani cieche”, hanno un'attività limitata, sono ritratte alle spalle e le dita si muovono nel vuoto.

Il bambino tende a diventare ipotonico, nel capo, che è in avanti, e nelle estremità inferiori. Spesso sono presenti condotte stereotipiche, come i pugni sugli occhi, dondolamenti ed ecolalia.

## **Lo sviluppo cognitivo**

Il ritardo motorio comporta un ritardo anche nello sviluppo cognitivo.

“La privazione precoce della vista si traduce sul piano psicologico in una alterazione del contatto del bambino con il mondo esterno ed in una minore costrizione percettiva esercitata dalla realtà esterna sull'individuo” (Hatwell, 1966).

Infatti, secondo l'autrice il deficit del bambino non vedente è globale ed indifferenziato e costituisce un ostacolo soprattutto per

l'organizzazione dei dati percettivi, oltre che una limitazione di contatto con gli oggetti della realtà esterna.

Nello stadio che Piaget (1936) definisce come sensomotorio, le “mani cieche” forniscono al bambino meno informazioni e questo influisce sulla qualità e quantità della sua conoscenza; infatti, egli utilizzerà soprattutto le sensazioni uditive e tattili (la prensione si verificherà grazie alla coordinazione udito-prensione, intorno ai 22-35 mesi), ma come ritiene la Hatwell (1966) il livello di organizzazione delle percezioni tattilo-cinestetiche è inferiore a quello delle percezioni visive. Infatti, il campo di apprendimento è limitato, successivo e frammentario, e necessita di una sintesi finale per ricostruire gli oggetti nella loro totalità.

Questo ritardo nella conoscenza comporterà un ritardo nello sviluppo della nozione piagetiana di “permanenza dell'oggetto” (l'oggetto esiste anche quando il bambino non lo percepisce più), che insorge nei bambini a 9 mesi ed è strettamente legato alla vista.

Per quanto riguarda il ragionamento logico, il cieco mostra un ritardo nelle operazioni infralogiche (conservazione di quantità e peso e tutte le operazioni che poggiano sulla relazione di vicinanza e di posizione relativa tra le differenti parti di un oggetto), più lieve nelle operazioni logico-matematiche (classificazioni, seriazioni, numerazioni) che implicano manipolazione di oggetti, e nessuna o minima differenza in quelle abilità che si basano sulla comunicazione verbale (Zanobini, Usai, 1997).

Nella rappresentazione spaziale il cieco avrà molti più problemi se il deficit è insorto in età precoce; il suo sistema di riferimento ed orientamento si basa sul proprio corpo e questo comporta una maggior

permanenza della posizione egocentrica. Tuttavia il bambino arriva, anche se tardivamente, ad una organizzazione logica dello spazio analoga a quella del vedente.

In conclusione gli handicap cognitivi che derivano dalla cecità comportano dei ritardi di acquisizione dovuti alla deprivazione visiva, che costringe il soggetto ad utilizzare processi vicarianti per ottenere informazioni dall'esterno.

## **Lo sviluppo linguistico**

Nello sviluppo del linguaggio non si riscontrano differenze nelle vocalizzazioni dei primi sei e sette mesi.

Successivamente invece, quelle che insorgono sono dovute prevalentemente ad un errato modo di comunicare da parte dei genitori, che spesso sovrautilizzano il linguaggio verbale (Fugagnoli, 1997).

“Il linguaggio è una delle aree che essi maggiormente stimolano in quanto la verbalizzazione permette loro di superare la frustrazione vissuta per l'handicap del figlio, che ha impedito lo stabilirsi di un dialogo visivo e mimico” (Galati,1992).

Infatti, il bambino non vedente si serve di un sistema di comunicazione diverso da quello del vedente; egli si limita spesso all'espressione delle emozioni fondamentali, poiché non è in grado di cogliere molti messaggi come quelli gestuali per esempio. Proprio per questo motivo il bambino cieco appare spesso inespressivo e silenzioso (Galati, 1992).

Ma possiamo affermare che un bambino cieco sviluppa il linguaggio con gli stessi processi e con lo stesso risultato di un bambino normale; infatti, a partire dai 3 anni non vi sono più notevoli differenze tra i due.

Certamente, però, il bambino cieco non è indotto a parlare perché manca delle impressioni visive, e “quando l’occhio non coglie un oggetto non si avverte il bisogno di nominarlo o di chiederlo”(U. I. C., Unione Italiana Ciechi, 1981); infatti, gli stimoli visivi sono importanti soprattutto nell’ “età del perché”, che va dal terzo al sesto anno.

Sicuramente il bambino senza vista deve compiere un percorso più lungo e difficile per costruirsi il mondo degli oggetti, dare loro un nome e attribuire qualità di cui non ha esperienza diretta (Galati, 1992).

Un’altra difficoltà consiste nel fatto che il bambino sa molte cose di un oggetto, senza avere mai avuto la possibilità di toccarlo; questo porterà ad una conoscenza astratta, non legata alla realtà. L’acquisizione del linguaggio deve al contrario essere legata il più possibile a cose concrete.

Comunque il divario nell’ambito della comunicazione tra vedenti e non vedenti tende a diminuire man mano che i soggetti privi della vista ampliano il campo delle loro esperienze e affrontano situazioni nuove.

## **Lo sviluppo sociale e affettivo**

La cecità influenza direttamente lo sviluppo psico-fisico e indirettamente quello psicologico e affettivo.

Il bambino non è in grado di stabilire un contatto visivo e questo non favorisce un legame di attaccamento con la madre. Nel bambino cieco o ipovedente si riscontra un ritardo nella comparsa del sorriso e nella capacità di distinguere i familiari dagli estranei. (Infatti, nel bambino normale questo avviene intorno al settimo-nono mese, invece nel cieco soltanto a sedici-diciotto mesi) (Fugagnoli, 1997).

Secondo Vianello (1988) anche il processo di separazione e individuazione avviene più tardi, perché il bambino acquista la sua autonomia in ritardo.

Nella relazione con gli adulti, questi cercano di adattarsi il più possibile alle diverse modalità di comunicazione del bambino cieco, utilizzando di più il contatto corporeo e la stimolazione vocale.

Con i pari invece si presentano più problemi, infatti le tendenze egocentriche possono ostacolare il rapporto.

## **La psicologia del non vedente**

Il soggetto cieco tende ad essere emotivamente dipendente e vulnerabile rispetto alle persone che lo circondano.

La situazione più frequente è caratterizzata da un soggetto ansioso, che rifiuta la competizione, teme nuove esperienze ed è più sensibile alla frustrazione.



Secondo Shakespeare (1976) è controverso se l'handicappato esiga molto o poco da se stesso. Si ritiene comunque che tra gli handicappati in genere prevalga la tendenza ad evitare gli insuccessi in quanto vi è spesso alle spalle una lunga storia di fallimenti. Quindi le loro aspirazioni non sarebbero particolarmente elevate.

Talvolta è l'atmosfera iperprotettiva familiare a mantenere il soggetto in uno stato di immaturità: soltanto con l'esperienza diretta, commettendo anche errori il soggetto può crescere e diventare più sicuro di sé.

## I PROCESSI PERCETTIVI

### **La vista e gli altri sensi**

Un tempo molti pensatori erano convinti che un cieco non potesse distinguere un cubo da una sfera, poiché si riteneva che soltanto la vista fosse il senso capace di consentire la concezione dello spazio e delle sue forme ( Mazzeo, 1999).

In seguito furono i fatti stessi a dimostrare la falsità di queste affermazioni.

Il soggetto cieco è infatti in grado di supplire alla carenza visiva con il supporto degli altri sensi residui, o vicarianti, “utilizzando interamente le risorse provenienti dalla loro multimedialità complementare” (Mazzeo,1999).

Secondo Alliegro (1991) tra i sensi vicarianti troviamo:

- il senso tattile che viene considerato generalmente il più importante dei sensi residui ed è collegato alla prensilità della mano e alla motricità
- il senso uditivo che tramite le fonti sonore individua e localizza gli oggetti
- il senso olfattivo che riconosce luoghi e cose dagli odori
- il senso del gusto che è un po' meno importante degli altri
- il senso termico che permette di percepire i cambiamenti di luogo grazie alla diversa temperatura
- il senso aptico che consiste nelle impressioni avvertite su tutta la superficie del corpo
- il senso anemestesico che percepisce l'aria in movimento e permette di orientarsi
- il senso muscolare legato alle varie sensazioni muscolari.

Non bisogna credere che i ciechi abbiano degli strani poteri rispetto ai vedenti; in realtà è la necessità a portare il non vedente ad utilizzare nel migliore dei modi i sensi residui (Monti Civelli,1980). Sono proprio questi che permettono al bambino non vedente di conoscere la realtà, anche se con limitazioni.

Analizziamo ora i due sensi vicarianti più importanti : il tatto e l'udito.

## **Il senso tattile**

Il tatto permette la conoscenza di quasi tutte le proprietà degli oggetti: forma, grandezza, localizzazione spaziale, rigidità dei materiali, peso, temperatura, fatta eccezione per i colori.

Ma a differenza della vista la percezione tattile ha un campo percettivo molto ridotto e procede per successione di frammenti spaziali (Mazzeo,1999). Inoltre il tatto richiede un contatto diretto con gli oggetti.

“La percezione tattile comporta sempre una componente cinestetica, cioè la percezione può avvenire soltanto mediante il movimento dell'apparato sensoriale e si sviluppa in modo sequenziale ” (Hatwell, 1966). Al contrario la vista è il senso della simultaneità.

Molte sono state le teorie formulate da filosofi, psicologi e vari studiosi, sul rapporto esistente tra tatto e visione.

Accanto alle teorie che separano nettamente la visione (senso che percepisce la simultaneità delle forme) dal tatto (senso che percepisce la sequenzialità delle forme) come quella di Revezs (1950), se ne affiancano altre che ritengono che tatto e visione abbiano meccanismi comuni, come quella di Piaget (1950) ad esempio.

Insieme a Piaget, anche la scuola russa ed altre, partono da una separazione iniziale delle due modalità sensoriali; in queste teorie si pone il problema della ricodifica nel passaggio da una modalità all'altra.

Possiamo riassumere le teorie in tre gruppi principali:

- le teorie associazioniste, in cui il tatto è subordinato alla vista
- le teorie in cui la vista e il tatto sono autonomi l'uno dall'altro
- le teorie in cui vi è un parallelismo dei mondi sensoriali, cioè i sensi seguono leggi analoghe.

Il tatto è un'importante modalità sensoriale, ma sarebbe erroneo ritenere che possa sostituire la vista; infatti la superiorità del tatto del

non vedente rispetto a quello del normodotato è un mito. In realtà, nel cieco il senso tattile è più allenato a causa della necessità.

Inoltre il tatto oltre ad essere uno strumento di conoscenza ha anche una valenza etica più complessa. Infatti secondo Malaroda e Zanobini (1991) vi è un contrasto tra *toccare = conoscere* e *toccare = sconvenienza* ; per questo è importante come il bambino non vedente investe emozionalmente il proprio corpo e quello altrui.

Comunque il non vedente deve compiere un notevole sforzo per percepire la realtà che lo circonda. Come dice Romagnoli (1973) “ Le immagini ottiche sono come fotografie belle e fatte; quelle tattili sono come pietruzze di mosaico, che la immaginazione attenta deve comporsi da sé”.

## **Il senso uditivo**

Anche per quanto riguarda l’udito, si è soliti pensare che i non vedenti abbiano questo senso particolarmente raffinato. Ma in realtà non è così, poiché è soltanto il “forzato” allenamento che porta il cieco ad avere un udito particolarmente attento.

L’udito, rispetto alla vista, possiede un campo percettivo notevolmente più esteso, ma offre scarse informazioni sulle caratteristiche degli oggetti stessi.

Tuttavia esso gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo del cieco poiché permette di localizzare le sorgenti sonore nello spazio e di apprendere il linguaggio (Hatwell, 1966); inoltre è uno dei mezzi che mette il bambino in relazione con la madre fin dai primi momenti di vita.

Secondo Romagnoli (1924) l'udito è più attento nel cieco, tanto da permettergli di riconoscere le persone dalla voce, dalle forme, cioè dall'altezza e la magrezza, e di distinguere ambienti diversi, poiché ogni luogo ha una sonorità differente.

Le immagini del cieco sono colte in modo diverso rispetto ai vedenti ma possono dare le medesime sensazioni (Romagnoli, 1924).

Al contrario Romagnoli non è d'accordo nel ritenere che i ciechi siano più portati per la musica; secondo l'Autore questo risalirebbe ad un'antica credenza che associava il termine "caecitas" a Santa Cecilia, che secondo la leggenda era suonatrice di flauto.

Troppo spesso l'udito viene sottovalutato, ma sicuramente potrebbe aumentare le nostre possibilità percettive se fosse educato adeguatamente (Malaroda, Zamboni, 1991).

## RAPPRESENTAZIONI SPAZIALI

I primi studi per comprendere l'esperienza spaziale dei non vedenti risalgono al XVII secolo, quando Locke e Berkley formularono le prime ipotesi nel caso in cui un cieco dalla nascita avesse riacquisito la vista (Mazzeo, 1988).

Questo portò a presupporre l'esistenza di un organo sensoriale generatore del concetto di spazio, che per alcuni era la vista, per altri il tatto.

Nel 1938 Revesz compì il primo studio comparato tra il tatto (dimensione aptica) e la vista (dimensione ottica), arrivando alla conclusione che la vista contribuirebbe al processo di creazione della forma, mentre il tatto identificherebbe la struttura dell'oggetto.

Come già detto il tatto è adatto alla conoscenza delle proprietà sostanziali degli oggetti, ma è molto meno efficace della vista nel campo spaziale. Per questo i ciechi rischiano di essere handicappati proprio in questo ambito (Hatwell, 1966).

Infatti, il campo delle percezioni spaziali è quello in cui si riscontrano maggiori differenze tra bambini ciechi e normodotati, rispetto agli altri ambiti cognitivi. Nella percezione delle proprietà degli oggetti, qualunque sia la capacità di vicarianza del tatto o dell'udito, il cieco incontrerà delle notevoli difficoltà soprattutto nella percezione delle forme geometriche; questo si verificherà anche negli adulti ciechi molto esercitati, poiché l'esercizio intensivo del tatto non migliora le soglie di discriminazione sensoriale (Axelrod, 1959).

In altri termini il tatto non basta a compensare l'assenza delle rappresentazioni visive.

Comunque, gli errori che i ciechi compiono nella percezione delle proprietà spaziali sono dello stesso tipo di quelli che si osservano nei vedenti, solo che sono più numerosi. In pratica il processo discriminatorio è identico, e l'handicap investe solo l'ambito quantitativo delle percezioni (Hatwell, 1966).

Il disturbo nella nozione di spazio è tanto più grave, se la cecità è insorta precocemente.

## **La percezione delle localizzazioni e l'orientamento**

Il bambino normale acquisisce le diverse nozioni di spazio secondo una successione cronologica.

Lo spazio è il luogo in cui noi ci muoviamo e che impariamo a distinguere e a rappresentare nella nostra mente; “è un quadro astratto in cui collochiamo oggetti e persone in relazione al nostro corpo e alla sua immagine. Lo spazio psicologico è una costruzione dell’uomo” (Farneti e Carlini, 1981).

Le nozioni di natura dello spazio vengono così suddivise:

- lo *spazio topologico* che riguarda i rapporti di posizione degli oggetti (i rapporti di contatto e separazione, di ordine, d’inclusione ed esclusione).
- lo *spazio metrico o euclideo* che riguarda i rapporti tra le diverse parti di un oggetto o fra diversi oggetti.
- lo *spazio proiettivo o rappresentativo* che riguarda i rapporti che mutano con il mutare del punto di osservazione e del modo di osservarli.

Secondo Piaget (1950) la prima tappa dell’organizzazione dello spazio nel bambino normale è quella topologica, seguita da quella metrica insieme a quella proiettiva. Per il raggiungimento della prima tappa è indispensabile la formazione dello schema del corpo e degli schemi delle relazioni del corpo con gli oggetti; nel primo caso gli schemi utilizzati sono di *natura propriocettiva*, cioè costituiti con l’esperienza cenestesica e con il movimento; nel secondo vengono utilizzati schemi di *natura estero-cettiva*, che si costituiscono con l’esperienza legata agli oggetti che ci circondano.

Il cieco non possiede lo schema dello spazio visivo e quindi non potrà costruire quegli schemi spaziali che si ricollegano al senso della vista, ma con una buona educazione potrà sostituirli con acquisizioni spaziali di altra natura (Terzi, 1983).

Nella localizzazione di un oggetto è necessario metterlo in relazione con una serie di altri punti, che servono da sistema di riferimento. Nel bambino normale, fino all'età di 8-9 anni, persiste il cosiddetto egocentrismo, cioè la tendenza a prendere se stesso come punto di riferimento per organizzare il suo spazio circostante (Piaget,1936). Nel cieco questa tendenza permane, poiché la sua capacità di localizzare gli oggetti avviene tramite il tatto e in relazione al proprio corpo.

Per l'orientamento nello spazio sono necessari una serie di prerequisiti:

- conoscenza della corporeità, acquisizione dello schema corporeo
- l'educazione del senso tattile
- conoscenza dei rapporti topologici, proiettivi ed euclidei
- capacità di localizzazione uditiva, olfattiva ed anemestesica
- capacità attentiva e di memoria
- conoscenza del linguaggio per identificare gli oggetti

“ L'orientamento è sempre dinamico e consiste nella capacità di rappresentarsi mentalmente percorsi e realtà e nel localizzarli” (Alliegro, 1991).

Nell'orientamento è fondamentale la rappresentazione mentale, che è la capacità del soggetto di riprodurre a livello mentale le impressioni sensoriali provenienti dal mondo esterno: è, dunque, fondamentale una buona educazione dei sensi, soprattutto di quello tattile e uditivo.

La costruzione immaginativa dello spazio, sempre secondo Alliegro (1991) è fondamentale per l'autonomia motoria e per la deambulazione, infatti un corretto orientamento è fondamentale per muoversi in un modo finalizzato nell'ambiente.



## IL CORPO

Il corpo è lo strumento privilegiato dell'uomo per entrare in relazione con il mondo esterno. Nella cultura occidentale, fino al Rinascimento, era viva la concezione dell'unitarietà della persona, cioè dell'uomo come unità psicosomatica: “ ogni cambiamento interiore influisce sul cambiamento corporeo e il corpo diventa dunque espressione dell'intera persona “ (Dropsy, 1973).

Questa concezione si è persa in seguito, a partire da filosofi come Cartesio che proponevano la separazione dell'anima dal corpo, mentre è rimasta più viva nei paesi orientali, come la Cina ad esempio.

Attualmente è riaffiorata l'idea dell'unità psicosomatica dell'uomo, tanto che il corpo con i suoi gesti e i suoi movimenti, diventa espressione dell'interiorità umana . “ Il corpo fisico che assume certe posture e certi atteggiamenti, racconta la storia emozionale di un altro corpo inconscio, che vive scompensi e complessi affettivi” (Cascino, Marino,1998).

Secondo questi autori è possibile comprendere tramite la postura e gli atteggiamenti corporei, la storia affettiva del soggetto e le difficoltà incontrate in questo ambito.

## **Lo schema corporeo**

Alla fine dell'800, primi del '900 furono alcuni neurologi ad utilizzare per primi il concetto di schema corporeo, come costruito ipotetico utile per spiegare i sintomi di alcune malattie.

La novità del concetto era quello di rifarsi ad una nozione topologica, cioè di considerare i caratteri spaziali come fondamentali nella nozione di corpo (Monti Civelli, 1980).

E' stato Schilder (1950) ad ampliare la nozione di schema corporeo, considerandolo in stretta relazione con l'ambito affettivo, emozionale e sociale, quindi sottolineandone l'aspetto psicologico. " Lo schema corporeo è l'immagine tridimensionale che ciascuno ha di sé e cioè il modo in cui il corpo appare a noi stessi " (Schilder, 1950).

Il concetto di schema corporeo fonda la distinzione di sé dall'altro, ed è il primo nucleo del processo di costituzione dell'identità personale. La costruzione di questo segue una evoluzione che incomincia dalla nascita sino al raggiungimento della coscienza di sé, che avviene quando il bambino è in grado di riconoscere la propria immagine allo specchio. Su quando questo avvenga esattamente, gli autori sono discordi, alcuni sostengono già a nove mesi, altri soltanto verso i tre anni (Farneti, Carlini, 1981).

Lo schema corporeo si trasforma costantemente grazie alle nostre esperienze relazionali con il mondo esterno, quindi è in continua evoluzione.

Nel bambino non vedente la formazione dello schema corporeo avviene tramite sensazioni corporee egocentriche; ma senza la vista le

percezioni non riescono ad essere organizzate in un tutt'unico e per questo lo schema corporeo è disorganico (Schilder, 1950).

“Il bambino non vedente impiega un tempo più lungo rispetto al coetaneo vedente per raggiungere la stabile percezione di se stesso come individuo in una realtà di altri individui ” (Galati, 1992).

Per il bambino non vedente è difficile integrare i vari dati del concetto unitario di “io corporeo” e di “io psichico”, cosicché egli usa a lungo per riferirsi a se stesso il pronome di seconda persona “tu”, che viene poi sostituito da quello di terza persona e l’“io” a volte non viene ancora utilizzato all’ingresso nella scuola elementare (Galati, 1992).

## **Il concetto di sé**

Un concetto elementare del sé si costituisce già verso i due anni, grazie a progressivi stadi di differenziazione. Il bambino inizialmente è un tutt'uno con la madre, poi gradualmente impara a distinguere il suo corpo da quello di lei e degli altri e raggiunge il “senso del corpo” (Monti Civelli, 1980).

Nel bambino non vedente la costituzione del sé è molto lenta, poiché egli non ha la possibilità di esplorare l’ambiente come il normodotato e quindi di distinguersi da esso. Il corpo è il punto di riferimento stabile per il cieco e la sua conoscenza si basa sul sé piuttosto che sul “non sé”. Infatti, se la vista permette fin dai primi giorni di vita, di percepire la figura umana e in seguito di sentirla come altro da sé, questo è impossibile nel non vedente.

“E’ difficile per il bambino con handicap visivo attuare la distinzione tra sé e non sé. Il non sé infatti è qualcosa di non definito, diffuso, che sopraggiunge e poi passa” (Monti Civelli, 1980).

## **Il corpo nella relazione**

Il primo mezzo di comunicazione per il bambino fin dalla nascita è il corpo; è tramite un “dialogo tonico”, cioè tramite il movimento e la postura che il bambino entra in relazione col mondo.

Addirittura, secondo Gentili (1965), già a livello prenatale il rapporto tra madre e bambino si basa sulle attese e le immagini che la madre ha della corporeità di suo figlio.

Il corpo mette in relazione con l’altro e con il mondo ed è importante, per il benessere dell’individuo, la qualità di questa relazione. “Per gli uomini, come per gli animali toccarsi è di importanza vitale: il contatto fisico dà sicurezza, calore, piacere e ci dice che non siamo soli ” (Cascino e Marino,1998).

Il corpo ha un suo linguaggio particolare, detto gestuale, che il bambino sa utilizzare e capire prima delle parole. Il normovedente verso la fine del primo anno di vita utilizza dei comportamenti ritualizzati per comunicare. Anche nel non vedente si riscontrano questi comportamenti, ma secondo Monti Civelli (1980) non hanno uno scopo comunicativo, bensì evidenziano l’handicap della cecità. Questi movimenti, detti “blindisms” consistono in movimenti ritmici del corpo, come dondoli, esplorazioni del viso con le mani e strofinamento degli occhi, ma sono gesti non facilmente interpretabili da parte dei normodotati.

Nel non vedente c'è un sovrainvestimento del corpo, infatti esso diventa l'unico mezzo di contatto anche con i genitori, non essendoci quello visivo.

Nello stesso tempo però il linguaggio gestuale del non vedente è piuttosto povero, poiché questo si apprende per imitazione. Perciò è molto importante un'adeguata educazione in modo che questo tipo di linguaggio possa integrarsi con quello verbale (Alliegro,1991).

## L'INTEGRAZIONE DEL NON VEDENTE

Il concetto di integrazione di un soggetto portatore di handicap è strettamente legato a quello di normalizzazione.

Per *normalizzazione* si intende “rendere disponibili a tutte le persone portatrici di handicap percorsi di vita e condizioni del vivere quotidiano che siano il più vicino possibile alle normali circostanze di vita reale della società” (Ianes, 1988).

L'*integrazione sociale* si riferisce alle relazioni che le persone instaurano tra loro e che si basano sul riconoscimento reciproco del valore e dei diritti dell'altro; se questo non si verifica vi è una situazione di segregazione e di isolamento (Wehman, Renzaglia, Bates, 1984).

Secondo gli autori l'integrazione può avvenire a vari livelli:

- l'integrazione fisica: l'handicappato condivide gli ambienti fisici normali (casa, lavoro, ...) con i normodotati
- l'integrazione funzionale: l'handicappato fa uso degli ambienti fisici normali (mangiare in un ristorante, ...)

- l'integrazione personale: l'handicappato ha una vita privata soddisfacente
- l'integrazione sociale: l'handicappato ha relazioni stabili e gratificanti con gli altri (genitori, amici...)
- l'integrazione dei servizi: l'handicappato usa i servizi utilizzati dai normodotati ed il meno possibile quelli speciali, esclusivi per lui.

Da una buona integrazione sociale dipende anche la *qualità della vita*, cioè quanto realmente il soggetto è attivo nella società, quanto può scegliere autonomamente le attività che pratica e i suoi modi di essere. Più il soggetto è autonomo e maggior controllo ha sulle sue decisioni e sull'ambiente circostante, maggiore è "il senso di soddisfazione" personale (Ianes, 1988).

Perché il soggetto sia il più possibile autonomo nella vita quotidiana è necessario che abbia acquisito alcune abilità sociali e funzionali, ma è anche importante il sostegno della società e l'accettazione da parte dell'ambiente.

L'integrazione può essere insegnata ed appresa; soprattutto nel caso del soggetto non vedente è necessaria una prassi di insegnamento e di abilitazione sin dalla più tenera età.

Il non vedente può raggiungere dei livelli di autonomia e di autosufficienza veramente notevoli, tanto da consentirgli di affrontare la vita in un modo soddisfacente.

## **L'integrazione scolastica e lavorativa**

La scuola e il lavoro sono i due momenti più importanti per l'integrazione e il riconoscimento dell'individuo nella società.

Infatti, la famiglia ha un ruolo determinante, perché è lei stessa a dare il sentimento di fiducia al bambino cieco, sempre che abbia accettato prima di tutto il suo handicap, ma è molto importante che il soggetto entri in contatto con altre realtà (Malaroda, Zamboni, 1991).

Gli Istituti per i ciechi, fondati a partire dall' '800, incominciano a vacillare negli anni '70, quando inizia a diffondersi il diritto di tutti i cittadini disabili a frequentare scuole comuni di ogni ordine e grado nelle istituzioni di tutti. I due fattori ideologici che contribuiscono maggiormente, sono la convinzione dell'eguaglianza delle persone indipendentemente dalla condizione economica, sociale e fisica e inoltre l'idea che la cecità non costituisca un ostacolo insormontabile per l'integrazione scolastica dei ciechi (Galati, 1992).

Le istituzioni chiuse destinate ai ciechi entrano così in crisi e vengono apertamente criticate come esperienze di segregazione.

Nei primi anni '70 si verificano le prime esperienze di integrazione di soggetti non vedenti nelle scuole comuni, che grazie al supporto di sussidi didattici e a personale opportunamente preparato, hanno successo.

A partire dal 1971 si susseguono una serie di Decreti legge e leggi che tutelano l'integrazione del soggetto non vedente nella scuola di tutti e promuovono la formazione di personale specializzato di sostegno.

A partire dalle esperienze fatte si può affermare che l'integrazione scolastica è possibile, ma non bisogna dimenticare che essere uguali sul piano dei diritti, non è lo stesso che esserlo nelle capacità e negli strumenti, per questo è necessario non volere integrare ad ogni costo compromettendo l'integrità psicologica ed emozionale del non vedente (Galati, 1992).

Comunque, molti rimangono gli ostacoli nel settore dello studio per i non vedenti, tanto che molti abbandonano lo studio per dedicarsi alla formazione professionale. Certamente la minorazione visiva riduce molto l'autonomia e la possibilità di impiego nel mondo del lavoro, e gli sbocchi possibili rimangono quelli di attività come il centralinista il massofisioterapista, e il programmatore elettronico.

Anche l'attività di insegnante si addice ai non vedenti, ma ultimamente tale impiego è in diminuzione.

## **La relazione con gli altri**

La minorazione è il primo elemento visibile che segna la diversità del portatore di handicap; egli, infatti, si discosta da un modello ideale e per questo rischia di essere emarginato (Minoja Zani, 1978).

Raramente il normodotato comunica esplicitamente al portatore di minorazione i propri sentimenti sulla minorazione stessa, perché questi sono negativi, ma pur controllandoli, li lascia trasparire dai suoi comportamenti, anche se involontariamente.

La relazione che si instaura è basata sull'ambiguità e su messaggi contraddittori. Ma l'interazione sociale ha un ruolo fondamentale, poiché è solo dal confronto con gli altri che noi possiamo dare un valore a noi stessi, in rapporto alla somiglianza o alla differenza. Ne deriva che il portatore di handicap, proverà un sentimento di dissonanza tra sé e il mondo esterno (Minoja Zani, 1978).

Il bambino non vedente, in gruppo, ha un atteggiamento statico, sia motorio sia relazionale; molti studi dimostrano che egli ha relazioni sociali limitate e di minor continuità e intensità rispetto agli altri



bambini (Malaroda, Zamboni, 1991). Probabilmente la stessa gestualità stereotipata può essere vista come espressione di un senso di isolamento e della mancanza di stimoli esterni.

Ma di solito nei bambini minorati, le componenti istintive lo portano a raggiungere il miglior grado di adattamento; mentre nell'adulto, sono le motivazioni coscienti, che se ostacolate dal confronto con gli altri, lo portano al fallimento (Minoja Zani, 1978).

Per il non vedente è quindi molto importante quanto le persone intorno a lui sono disposte ad accettarlo. Solitamente i normodotati hanno diverse reazioni di fronte ai portatori di handicap e si possono verificare le seguenti situazioni secondo l'autrice:

- l'alienazione del minorato, cioè la divisione dei contesti di vita
- la scissione mentale e affettiva tra l'individuo minorato e la minorazione, che dipende dal valore che il normodotato dà alla minorazione stessa
- il sentimento di colpa, che porta al pietismo e all'iperprotettività
- il "muro del silenzio", quando non si fa alcun riferimento alla minorazione.

Il modo migliore per promuovere l'integrazione sociale è quello di favorire contatti e di far sentire gli individui appartenenti al gruppo; questo dipende in gran parte dagli atteggiamenti, dalle convinzioni e dalla cultura della società.

E' importante attribuire al portatore di handicap un ruolo attivo e questo dovrebbe essere fatto in base alla minorazione (ad esempio un non vedente può lavorare come centralinista) (Minoja Zani, 1978).

## L'EDUCAZIONE DEI NON VEDENTI

La scienza che si occupa della cecità è la tiflogia; il suo studio metodico iniziò negli ultimi decenni dell'800.

Non in tutti i paesi le ricerche si svilupparono nello stesso modo; in Francia, Valentin Haüy fondò a Parigi nel 1784 il primo istituto per ciechi e fu poi imitato in molti paesi europei. Questi istituti avevano carattere assistenziale, erano infatti un domicilio di soccorso dai pericoli e dal vagabondaggio, occasione di alfabetizzazione in alcuni casi e di apprendimento di ripetitivi lavori manuali (Mazzeo,1988).

“Il cieco era ancora considerato come un essere ai margini della normalità, confinato in un mondo privo di forme e di dimensioni e con cui si poteva tenere un colloquio fondando l'incontro sulla pietà e sull'aiuto costante” (Ceppi,1969).

L'istruzione era inizialmente orientata all'insegnamento della scrittura e della lettura, che avveniva tramite forme di scrittura in rilievo, come il codice Braille, usato già in Francia dal 1824.

Nel resto d'Europa si sentì l'influenza francese e sorsero i primi istituti un po' ovunque: in Germania, in Austria, Russia e in seguito anche in Olanda. Nel 1832 sorgeva anche il primo istituto negli Stati Uniti (Ceppi,1969).

In Inghilterra si cercò di dare una soluzione soprattutto sul piano sociale, mentre l'Italia rimase un po' indietro in questo campo; il primo istituto per ciechi sorse nel 1818 a Napoli, sotto l'influenza degli istituti nati in Francia.

Ma fu soprattutto nei primi anni del 1900 che, grazie a personaggi come Augusto Romagnoli, Pietro Stoppani (direttore dell'Istituto

ciechi di Milano) e Aurelio Nicolodi (primo presidente dell'Unione Italiana Ciechi, U.I.C.), il dibattito tra le varie posizioni teoriche si fece vivo.

Fu proprio Romagnoli ad ottenere nel 1923 l'estensione dell'obbligo scolastico per alunni non vedenti grazie ad un Regio Decreto, in cui si stabiliva anche la formazione di personale specializzato.

Secondo Giraldi (1961) però durante gli anni '60, periodo in cui egli scrive, ci fu come un periodo di stallo nella tiflogia.

Sicuramente da allora molti altri passi sono stati fatti, possiamo affermare però che autori come il Romagnoli hanno posto i pilastri della tiflogia moderna (Giraldi,1961).

## **L'educazione fisica**

Già Romagnoli (1924) riteneva che il principio fondamentale dell'educazione dei ciechi "consistesse nel riconoscere che, poiché l'uomo è sensorialità, si deve avviare ogni educazione dell'anima a partire dal corpo". Infatti, soltanto dopo aver rieducato il cieco al movimento, lo si può indirizzare all'apprendimento scolastico.

L'educazione fisica diventa dunque momento fondamentale dell'educazione completa del non vedente.

Secondo Giraldi (1961) i benefici derivanti dalla pratica dell'educazione fisica sono gli stessi di quelli per i vedenti, ma in più vi è il beneficio sociale, cioè se il cieco acquista una buona padronanza del proprio corpo (postura, portamento), è più facile la sua integrazione. Inoltre, l'autore distingue l'educazione fisica, che

interesserebbe tutto il corpo, dall'educazione sensoriale, che si occuperebbe di una parte soltanto di esso.

L'educazione fisica susciterebbe un'azione psicopedagogica che apporterebbe i seguenti benefici (Ceppi, 1969):

- una migliore conoscenza dello schema corporeo, permettendo un miglior rapporto tra sé e l'ambiente
- una migliore coordinazione immaginativa della realtà oggettiva, favorendo la rappresentazione dei rapporti di grandezza esistenti tra le cose
- la possibilità di organizzare efficaci interventi correttivi.

L'educazione fisica può quindi favorire la normalizzazione del soggetto e favorire un'azione ambientale coordinata e proporzionata e diventa fondamentale nell'educazione del non vedente.

## LA RIABILITAZIONE

La riabilitazione deve attivare e migliorare funzioni che permettano al portatore di handicap di utilizzare al meglio le sue potenzialità per vivere nel modo più normale possibile.

Secondo Zanobini (1997) un giusto approccio riabilitativo deve tenere conto di 5 elementi:

- la *storicità*: la vita e l'esperienza del soggetto
- la *globalità*: tenere conto sia della sfera cognitiva che affettiva
- la *partecipazione attiva*: coinvolgere il soggetto e la sua famiglia
- la *qualità della vita*: tenere conto dei bisogni e delle risorse, e delle potenzialità del soggetto

- *un programma puntuale*: utilizzare un modello teorico scientificamente fondato.

Per riabilitazione dei soggetti con disabilità visiva si intende un intervento volto ad ottimizzare il grado di autonomia dell'interessato favorendone l'adattamento o il riadattamento alla propria realtà personale lavorativa e sociale (Galati, 1992).

Il reinserimento sociale si persegue mediante il miglioramento delle abilità carenti, l'induzione di nuove abilità, anche mediante l'addestramento all'utilizzo di ausili protesici ed un adeguato sostegno psicologico. Gli interventi possono essere a livello della funzione visiva, dell'autonomia personale e dell'autonomia di movimento.

Il bambino cieco può raggiungere gradi di autonomia personale davvero stupefacenti, se educato correttamente sin dalla più tenera età, già dalla famiglia. Infatti, "se la vista rappresenta un fattore importante nella realizzazione di sé, essa non è sempre un elemento essenziale" (U.I.C., Unione Italiana Ciechi, 1981).

Sicuramente il bambino avrà bisogno di una maggiore attenzione e di una maggior quantità di tempo.

La riabilitazione può rivolgersi ad un ambito specifico: motorio, linguistico, ecc..., oppure interessare più ambiti insieme.

Vedremo ora alcune forme di riabilitazione.

## **L'attività motoria**

Il movimento è la prima forma di espressione di vita: ciò che non si muove non è vivo.

Un uomo considerato nella sua completezza non può essere scisso dalla parte materiale che lo caratterizza, e questa a sua volta non può essere separata dall'aspetto spirituale.

“Il movimento è l'esteriorizzazione di complessi e molteplici fattori concomitanti fra loro, più o meno correlati che lo determinano e che rappresentano l'unità integrale dell'uomo” (Ferrauto, 1953).

E' dunque importante che l'uomo venga educato nella sua integrità e per questo la pedagogia non può ignorare l'educazione motoria, che è fondamentale fin dalla più tenera età.

La riscoperta del valore della corporeità ha fatto sì che nei Programmi della scuola elementare sia lasciato ampio spazio all'educazione motoria ( Gori, Gamba, Rossini, 1987).

Gli obiettivi perseguiti sono:

- lo sviluppo delle funzioni senso-percettive
- il consolidamento degli schemi motori statici e dinamici
- lo sviluppo dei comportamenti relazionali
- il collegamento della motricità con altre forme espressive.

Secondo Coppa (1956) il movimento, investendo sia la sfera fisica che quella mentale, porta nel bambino benefici fisiologici e psicologici, rendendolo più robusto e permettendogli di recuperare più rapidamente la fatica di un lavoro mentale, quale può essere quello scolastico.

Anche secondo Frostig e Maslow (1977) l'attività motoria favorisce non solo il benessere fisico, ma anche la salute emotiva “che influenzano positivamente la capacità di concentrazione sui compiti assunti e la resa nell'apprendimento”.

L'attività motoria favorisce un buono sviluppo dello schema corporeo e della consapevolezza spazio-temporale; lo spazio e il tempo sono, infatti, fusi nel movimento e sono indispensabili per un'adeguata percezione del mondo.

E' anche favorito l'adattamento sociale, infatti il bambino diventa consapevole degli altri, impara a rispettare i turni e a collaborare; assumendo ruoli sociali, di leader e di pari, è in grado di adattarsi agli altri e a situazioni nuove (Frostig, 1977).

Nel movimento trovano espressione i sentimenti più diversi, tra cui anche l'aggressività.

“Il movimento è un piacere in se stesso: il piacere d'essere, di esistere nella mobilità del proprio corpo” (Lapierre, Aucouturier, 1968).

## **L'attività motoria e l'handicap**

Gli handicappati hanno bisogno di muoversi, perché spesso il loro handicap, soprattutto nelle città, li porta a muoversi sempre di meno.

L'educazione motoria oltre ad essere funzionale, cioè a riabilitare le funzioni residue, deve essere globale, cioè tenere conto del valore psicosociale del movimento. Infatti, secondo Cratty (1974), che ha condotto degli studi sul ritardo mentale, l'attività motoria migliora la motilità stessa, ma si riscontrano effetti positivi soprattutto sulla personalità del bambino ritardato.

Secondo Frostig (1977) l'educazione al movimento si ripercuote positivamente sul comportamento dei bambini con problemi di apprendimento.

Nella premessa dei Programmi delle Scuole Elementari vi è una parte dedicata agli alunni in difficoltà di apprendimento e all'integrazione di soggetti portatori di handicap.

L'educazione motoria viene vista come utile strumento di recupero e d' integrazione, che secondo Gori (1987) può essere totale e variare secondo il tipo di handicap e della sua gravità.

L'educazione motoria permette all'individuo, aumentando la coscienza di sé, di dare risposte più adeguate rispetto all'ambiente e quindi di agire più intenzionalmente verso una sempre maggiore autonomia.

Già il Romagnoli (1924) riteneva che il primo momento dell'educazione di un bambino cieco dovesse essere quello motorio per imparare ad orientarsi nello spazio, per vincere il timore degli ostacoli, per migliorare la coordinazione motorio gestuale e per esplorare l'ambiente.

Nel soggetto cieco l'educazione motoria può migliorare il tono muscolare favorendo una postura corretta, correggendo soprattutto gli effetti secondari della cecità (capo chino e torace flesso in avanti); aiuta a rendere consapevoli del proprio corpo e favorisce l'autonomia. Inoltre le attività motorie ritmiche aiutano a migliorare la nozione di tempo (Alliegro, 1991).

## **La psicomotricità**

La psicomotricità è l'educare tramite il movimento.



“L’educazione psicomotoria è un’azione pedagogica e psicologica che utilizza i mezzi dell’educazione fisica allo scopo di rendere normale e migliorare il comportamento del bambino” (Picq, Vayer, 1968).

Il presupposto principale dell’educazione psicomotoria è la visione dell’uomo nella sua totalità: non separazione tra corpo e mente, ma una reciproca interrelazione tra i due.

Molti autori hanno sostenuto un parallelismo tra sviluppo delle funzioni motorie e mentali; nel corso della prima infanzia (0-3 anni) è molto forte il legame tra motricità e psichismo: il bambino sviluppa le sue funzioni mentali a partire dalle sue “esperienze vissute”. Nella seconda infanzia (3-4 / 7-8 anni) questo legame sussiste sempre, anche se con minor interdipendenza (Vayer,1968).

L’uomo è quindi un’unità psicosomatica in cui ogni emozione traspare dal corpo e ogni movimento di questo trasmette anche un linguaggio affettivo. Da qui nasce l’esigenza di un’educazione al movimento, oserei dire, per tutti.

Secondo Le Boulch (1971) “L’educazione del movimento permette di accettare meglio se stessi, di raggiungere una migliore autonomia e di accedere alle responsabilità sociali”.

Gli obiettivi che si perseguono sono prevalentemente di natura psicologica e come dice Pesci (1991) l’educazione psicomotoria aiuta a stare bene al mondo con se stessi e con gli altri e ad agire sulla realtà, dato che il soggetto diventa più sicuro di sé.

L’educazione psicomotoria utilizza diverse tecniche e prevede una programmazione accurata con sedute periodiche strutturate in diversi esercizi specifici con materiali appositi, a seconda del problema.

La psicomotricità può essere un'ottima riabilitazione per l'handicap in generale.

Secondo Vayer (1968) la psicomotricità è la base dell'educazione per gli insufficienti mentali gravi; infatti permette di raggiungere la coscienza del proprio corpo e le acquisizioni motorie, mentre per gli insufficienti mentali lievi si sono visti risultati notevoli soprattutto nel comportamento.

Gli approcci alla psicomotricità sono diversi e non tutti sono d'accordo con la visione di Vayer, cioè con la psicomotricità classica; Lapierre (1968) ad esempio, ritiene che non vi siano esercizi prestabiliti secondo il deficit, perché in questo modo si agisce sul sintomo e non sulla causa che è di origine affettiva. "Non è sufficiente mobilizzare la muscolatura volontaria, se il movimento non viene integrato nella sfera emozionale" (Lapierre, Aucouturier, 1968).

Insomma la psicomotricità non è una semplice ginnastica, ma è "vissuta" perché agendo sulla sfera tonica si ripercuote anche su quella affettiva e comportamentale. Il portatore di handicap è prima di tutto una persona che ha un corpo che è "soggetto".

Possiamo distinguere tre filoni di interventi psicomotori:

- *l'educazione psicomotoria*: fanno parte di questa tutte le attività in cui il corpo e i suoi movimenti diventano lo strumento per conoscere e vivere meglio i rapporti con se stessi, gli altri e gli oggetti. In questo caso la pratica psicomotoria non costituisce un vero e proprio intervento riabilitativo condotto da esperti, ma si propone come educazione rivolta a tutti
- *la riabilitazione psicomotoria*: la pratica psicomotoria diventa vera e propria riabilitazione condotta da operatori specifici nel caso di

disturbi psicomotori dei soggetti portatori di handicap sensoriali, motori, intellettivi o nel caso di altri disturbi

- *la psicomotricità come psicoterapia*: vi sono infine certe forme di psicomotricità che pongono l'accento sul vissuto affettivo e sul coinvolgimento relazionale e si configurano come delle vere forme di psicoterapia, cercando di ottenere la liberazione emotiva e la presa di coscienza dei propri conflitti (Vianello, 1988).

## IL TEMPO LIBERO

Attualmente nella nostra società il tempo libero aumenta e quindi la gestione di questo diventa uno degli aspetti importanti del nostro modo di vivere.

La “ricreazione” ha un ruolo importante nello sviluppo sociale, fisico e psicologico della persona ed ha un valore soggettivo.

Lawler (1966) dà la seguente definizione di ricreazione: “Qualsiasi forma di esperienza o di attività nella quale un individuo impiega il proprio tempo libero perché ne ottiene divertimento e soddisfazione”.

L'importante è che l'attività sia adeguata all'individuo e non viceversa, cioè che questa venga scelta secondo le possibilità del soggetto e, dove è possibile, delle sue preferenze, senza che venga imposta o che non sia gradita. L'individuo è il punto di partenza per la scelta della “ricreazione”.

Se la gestione del tempo libero ha un grande valore formativo sia per il bambino che per l'adulto, lo ha ancor di più per i soggetti portatori di handicap; in questo caso è più difficile che l'attività si svolga

spontaneamente e diventa necessario progettare la ricreazione e riuscire a creare una motivazione.

La partecipazione ad attività ricreative può favorire la normalizzazione dei soggetti portatori di handicap; questi dimostrano ai normodotati di poter partecipare, come loro, a molte attività e quindi la diversità viene meglio accettata; inoltre molte attività favoriscono l'interazione tra soggetti handicappati e normali, mettendoli a diretto contatto (Wehman, Renzaglia, Bates, 1984).

L'importante è favorire la massima partecipazione in modo che nessuno rimanga escluso e per questo modificare o adattare le varie attività ricreative alle necessità dei soggetti.

## **Il gioco**

Sul gioco esiste una vasta letteratura; molti autori sottolineano la "realtà biologica" del gioco, cioè il fatto che il gioco sia una manifestazione di molte specie viventi, che si manifesta in un meccanismo fisiopsichico in una fase della crescita degli individui (Petrini e Desinan, 1984).

Nel bambino, il gioco è la prima forma di espressione, il suo linguaggio e il suo modo di conoscere il mondo.

Anche l'adulto continua a giocare, anche se in modo diverso; infatti il gioco del bambino è più "creativo": le regole vengono spesso modificate con la massima disinvoltura, comportamento estraneo al gioco dell'adulto (Petrini e Desinan, 1984).

L'attività ludica è fondamentale per uno sviluppo equilibrato e armonico del soggetto. Secondo Le Boulch (1971) il gioco umano è

caratterizzato dalla simulazione, cioè dall'evasione dal reale; l'uomo può in questo modo scaricare l'energia accumulata dall'organismo e mantenere il suo equilibrio, agendo in una situazione immaginaria.

Se per il bambino il gioco è indispensabile, per l'adulto riveste tre funzioni principali: il rilassamento, il divertimento e il completo sviluppo della persona.

Nel gioco emergerebbero quindi l'inconscio, l'affettività e l'emotività; esso diventa dunque un linguaggio simbolico (Pesci, 1991).

Inoltre il gioco è un'ottima preparazione alla vita perché "l'uomo utilizza le sue capacità sociali e personali in una scena fittizia, senza responsabilità, migliorandole progressivamente" (Loisel, 1960).

La situazione di "sicurezza", in cui l'uomo agisce, gli permette di associare sentimenti positivi agli apprendimenti che si verificano durante l'esperienza ludica (Petrini e Desinan, 1984).

Il soggetto che non sa giocare avrà sicuramente una personalità rigida, poco disponibile ad accettare gli imprevisti e i cambiamenti nel comportamento degli altri.

## **Il gioco e i non vedenti**

Come abbiamo visto, il gioco è un importante momento sia per il bambino che per l'adulto, perché ha un significato psicofisico e anche sociale.

Nel caso dell'handicap, il gioco è inoltre un ottimo strumento terapeutico e riabilitativo perché agevola la relazione soggetto-ambiente.

Il bambino cieco ha bisogno di giocare proprio come gli altri bambini, anche se spesso incontra delle difficoltà a giocare da solo; per questo è necessario che sia stimolato e seguito molto, soprattutto dai genitori.

Secondo Alliegro (1993) il gioco per il bambino cieco ha tre funzioni fondamentali:

- una funzione *liberatoria*, per superare la paura dello spazio
- una funzione *compensatoria*, perché vengono utilizzati i sensi vicarianti
- una funzione di *rimozione* e *riduzione* degli effetti secondari della cecità.

Molti autori sono d'accordo nel ritenere che, anche per il bambino cieco, il gioco possa favorire la socializzazione.

I giochi del non vedente sono i medesimi di quelli dei normodotati; durante i primi due anni di vita, si tratta di giochi funzionali, che prevedono la manipolazione di oggetti. Seguono i giochi di simulazione, in cui viene interpretata una parte, e in seguito i giochi di costruzione (U.I.C., Unione Italiana Ciechi, 1981).

Sono molto importanti i giochi che emettono dei suoni, perché favoriscono nel bambino lo sviluppo del coordinamento udito-prensione.

Si è soliti pensare che per i non vedenti siano più indicati i giochi sedentari; al contrario, i bambini hanno bisogno di muoversi per esplorare l'ambiente che li circonda.

Romagnoli (1912) affermava che è vero che i bambini ciechi non amano il moto perché hanno paura ed è per loro faticoso, ma era comunque necessario stimolarli con giochi nuovi e adattare le difficoltà al loro sforzo. I primi giochi da proporre erano la corsa,

inseguendo qualcuno o essendo inseguiti, e tutte quelle attività che favorivano l'orientamento, miglioravano il senso degli ostacoli e la localizzazione dei suoni.

Secondo Monti Civelli (1980) le maggiori difficoltà che i non vedenti incontrano nell'attività ludica, sono quelle di impersonare ruoli che non li coinvolgono direttamente. Questo è dovuto al fatto che la conoscenza dell'ambiente da parte del bambino cieco avviene lentamente e quindi egli incontra più difficoltà soprattutto nei giochi con regole prestabilite che non nel gioco spontaneo.

## **Il gioco e lo sport**

Secondo Alliegro (1993) sono importanti i giochi di gruppo che permettono ai ciechi di interagire con soggetti vedenti.

“In un gruppo di soggetti vedenti il bambino cieco acquisterà più celermente tutti quei modelli comportamentali che gli consentiranno di poter accedere nel mondo di tutti” (Alliegro,1993).

Tra le attività che favoriscono “l'associazionismo”, lo sport ha sicuramente un posto rilevante perché permette al soggetto cieco di uscire dall'isolamento. Inoltre possiede un grande valore formativo perché migliora la struttura psicofisica del soggetto.

Lo sport è una di quelle attività che permettono di scaricare grandi quantità di tensione e aggressività in un modo socialmente accettabile (Le Boulch,1971).

Anche secondo Loisel (1960) lo sport è un bisogno organico del corpo e dello spirito ed è un ottimo esercizio per migliorare le capacità che serviranno poi nella vita.

I non vedenti non solo possono, ma devono praticare uno sport per il proprio benessere, naturalmente adeguato alle proprie possibilità.

## LO SPORT

### **Il valore educativo e riabilitativo dello sport**

Lo sport è scuola di vita, terreno su cui formare e rafforzare la propria personalità: imparare a conoscersi con i propri limiti, imparare a superare ostacoli e difficoltà e anche se stessi (Antonelli, 1963).

Inoltre può essere un ottimo strumento educativo e riabilitativo sia sul piano fisico che su quello psicologico, favorendo un miglioramento della qualità della vita (Porciani, 1995).

In alcuni casi lo sport è anche un ottimo strumento di prevenzione.

La legge n°104/92, all'articolo n°7, prevede per l'handicap una riabilitazione "globale", nel senso che lo sport può essere un ottimo strumento di riabilitazione non solo fisica, ma anche psicologica.

Per quanto riguarda la riabilitazione fisica, l'obiettivo da raggiungere è quello di portare la persona verso il recupero di funzioni perdute, motorie e cognitive, trovando compensi adeguati e sostituendo le capacità perse con altre abilità.

La riabilitazione psicologica consiste nel fatto che il soggetto ritrova la fiducia in se stesso e accresce la sua autostima.



## **Sport e salute**

Lo sport è fondamentalmente salute. Non ci riferiamo allo sport professionistico, che riguarda un discorso più complesso, ma allo sport che noi stessi possiamo praticare ogni giorno.

Lo sport permette di mantenere una buona condizione fisica ad ogni età, che è indispensabile per una buona salute.

“Ci sono varie prove che la pratica sportiva regolare migliora le prestazioni intellettuali dei bambini e rallenta il decadimento neuronale dell’anziano (Carzana e Del Prete, 1996).

Chi pratica sport ha meno possibilità di fumare e fare uso di alcool e farmaci, e più difficilmente è in sovrappeso (Carzana e Del Prete, 1996).

Ma l’attività sportiva favorisce anche una buona condizione psichica; l’uomo, infatti, scarica nello sport non solo energia fisica, ma anche psichica, che necessita di essere liberata.

Lo sport favorisce così un buon equilibrio psicofisico (Antonelli, 1963); esso può apportare una serie di benefici, che se sono validi per i normodotati, lo sono ancor di più per i portatori di handicap.

### **I benefici fisici**

I benefici fisici sono i più evidenti. Lo sport permette di migliorare la muscolatura, di rafforzare l’apparato scheletrico e favorisce la coordinazione.

Soprattutto per certi portatori di handicap costretti all’immobilità, lo sport permette di tenere in movimento parti che rischiano di perdere

completamente la loro funzionalità, oppure permette di compensare queste con il funzionamento di altre, salvaguardando le funzioni residue (Porciani, 1995).

Ma anche negli handicap in cui le funzioni motorie sono poco compromesse, il deficit porta i soggetti a muoversi poco e in questo caso lo sport può apportare molti benefici.

## **I benefici sociali**

Secondo Porciani (1995) l'attività sportiva permette di sentirsi "attori" all'interno della società; nel caso dei portatori di handicap, essi si sentono protagonisti della propria vita.

Nello stesso tempo la società non perde un individuo, che nella maggior parte dei casi rimarrebbe emarginato e quindi passivo.

"Nella pratica dello sport l'uomo impara a stare con gli altri in un gruppo, a svolgere un ruolo, a seguire delle regole; il poter condividere un'attività in comune migliora la comunicazione, accresce il sentimento di affiliazione e favorisce l'integrazione sociale" (Castelli, 1995).

Infatti lo sport offre momenti di integrazione, mettendo a contatto i portatori di handicap non solo tra loro, ma anche con i normodotati.

## **I benefici psicologici**

I benefici psicologici sono molto importanti. L'associazionismo che lo sport favorisce, permette ai portatori di handicap di entrare in contatto con altre persone; il confronto, ma ancor di più la comunicazione

permettono di interagire su di un piano paritario, favorendo l'integrazione, che è già stata considerata anche tra i benefici sociali. Lo sport è, infatti, una delle occasioni migliori per incontrare gente nuova e trovare nuove amicizie; l'attività sportiva è dunque un ottimo strumento di socializzazione.

Inoltre il soggetto, praticando un'attività adatta alle proprie capacità, accresce la stima e la fiducia in se stesso, che lo fanno sentire padrone della propria vita (Porciani, 1995).

## **Lo sport per tutti**

L'articolo n°23 della legge 104/92 afferma che “bisogna favorire l'accessibilità e la fruibilità delle strutture sportive e dei connessi servizi da parte delle persone handicappate”.

Vengono dunque riconosciuti allo sport i suoi numerosi benefici ed esso diventa un diritto per i soggetti handicappati; esso infatti non è più precluso a questi ultimi, ma può essere praticato, naturalmente con le dovute precauzioni, cioè valutando attentamente le potenzialità fisiche e non del soggetto.

Lo sport deve essere per tutti e non solo per pochi privilegiati.

## **Storia e legislazione dello sport per disabili**

Lo sport per i disabili ha incominciato a diffondersi dopo la prima guerra mondiale per la riabilitazione degli invalidi che erano stati feriti durante i combattimenti.

Ma è soltanto dopo la seconda guerra che lo sport per i disabili ha riscosso molto successo. Tra i primi ad utilizzare lo sport come mezzo di riabilitazione per i disabili, troviamo sir Ludwig Guttman, medico inglese che si occupò di lesioni midollari (Porciani, 1995).

Negli anni '60 ci fu un grande “boom” dello sport e da questo ne trassero benefici anche i disabili, anche se lo sport per questi ultimi non veniva ancora sufficientemente riconosciuto.

Infatti, la società accettava il valore dello sport per i tipi di handicap fisici, ma più difficilmente per quelli di altro tipo, come le paralisi cerebrali, gli handicap sensoriali e i ritardi intellettivi.

Oggi, al contrario, viene riconosciuto il beneficio che lo sport può apportare anche per gli handicap più gravi, come le malattie progressive e la maggior parte delle nazioni possiedono delle direttive per i disabili con legislazioni che tutelano il diritto allo sport e allo svago di questi ultimi (In Italia abbiamo la legge 104/92).

A livello europeo il C.D.D.S. (Comitato per lo Sviluppo dello Sport) ha fatto molto a partire dagli anni '80 per dare priorità allo sport per i disabili. Questo lavoro di anni ha portato alla approvazione della Carta Europea per tutti, da presentare ai vari governi europei.

In questo documento, e più precisamente nella Raccomandazione n° R. (86) 18, le nazioni europee devono mettere nelle condizioni di praticare lo sport, sia come riabilitazione che come svago o professione, le persone portatrici di ogni tipo di handicap, tutelando i loro diritti. Viene inoltre ribadito “il concetto di uno sport per tutti”, cioè esteso ad un maggior numero di persone possibili.

## Quale tipo di sport?

Per la scelta dello sport adatto al tipo di handicap si deve partire dalle potenzialità del soggetto, cioè da ciò che egli fa o è in grado di fare.

Nel 1989 i ministri europei della CEE (Comunità Economica Europea), riunitisi a Berlino, hanno stabilito che l'attività fisica e sportiva per disabili è "qualsiasi movimento, attività fisica e sport che parta da interessi, capacità o attitudini individuali".

Con il termine che è stato usato per denominare queste attività A.P.A. (Activité Physique Adaptée), ci si riferisce al fatto che l'attività, per essere educativa, deve essere adattata alla situazione specifica dei disabili affinché possa essere fruibile, utile e sicura.

L'adattamento può avvenire a diversi livelli:

- metodologico, cioè a livello didattico e comunicativo
- tecnico, a livello degli strumenti e dei regolamenti
- strutturale, nella creazione di attività diverse e specifiche.

In Europa vi sono diversi programmi di adattamento dell'attività sportiva:

- programmi paralleli, in cui i diversi tipi di handicap svolgono attività diverse le une dalle altre, ma all'interno dello stesso centro
- programmi di inclusione, in cui diversi tipi di handicap praticano le stesse attività
- programmi di integrazione, in cui handicappati e normodotati svolgono le stesse attività a diretto contatto.

Le aree d'intervento dell'attività fisica adattata sono state suddivise in quattro (Dettori, 1995):

- le attività senso/percettivo/motorie; tutte le attività di educazione alla discriminazione visiva, uditiva, iconica, prassica e verbale (ad esempio la psicomotricità)
- l'esplorazione attiva dell'ambiente e l'adattamento pratico funzionale all'ambiente stesso, per una migliore autonomia
- l'educazione motoria come programma operativo di base per le attività sportive (ad esempio l'educazione fisica)
- l'attività sportiva vera e propria, competitiva e non. In quest'area d'intervento si ritiene che possa essere molto favorita l'integrazione, sempre che la disabilità non limiti il confronto con i normodotati.

In ogni caso lo sport viene considerato come un potente mezzo educativo per ogni livello di gravità dell'handicap.

Nella scelta dello sport per i diversi tipi di handicap è importante, come già è stato sottolineato, considerare le potenzialità del soggetto: cercare innanzi tutto sport adatti alle funzioni residue e a seconda del tipo di handicap scegliere uno sport individuale o di gruppo.

## **L'agonismo**

Se lo sport è evasione, divertimento e occupazione per il tempo libero, non bisogna dimenticare un altro lato di esso che è l'agonismo; questo richiede impegno, sacrificio e dedizione.

L'agonismo non è necessariamente professionistico, infatti accanto ad un'attività esasperata che richiede elevate prestazioni, vi è un "agonismo povero" fatto di piccoli e grandi sacrifici (Porciani,1995).

In questo caso non si può non considerare la forte valenza educativa di un agonismo sano, in cui si lotta contro se stessi e i propri limiti.

L'essenza stessa dell'agonismo è riuscire a superare un altro individuo, in un certo senso "sottometterlo". Secondo Antonelli (1963), l'agonismo è un mezzo di difesa che permette di scaricare le frustrazioni e l'aggressività in un modo socialmente accettabile, conservando un sano equilibrio affettivo e sociale.

"Lo sport è competitivo per definizione" (Antonelli, 1963).

Per i disabili, lo sport agonistico diventa un mezzo di riscatto e un modo per essere protagonisti. La competizione che porta al continuo confronto con se stessi e con gli altri aiuta ad accettare i propri limiti ed il proprio handicap. In alcuni casi essa può diventare una forte motivazione, dare un nuovo valore alla vita e dare stimoli per affrontare le difficoltà (Porciani,1995).

Le competizioni possono essere di due tipi: tra disabili oppure tra disabili e normodotati; nel primo caso, lo sport è occasione di incontro e della nascita di relazioni di amicizia, nel secondo caso, in più la situazione può favorire processi di integrazione.

Sicuramente la gara in sé può essere anche il coronamento di una riabilitazione sportiva e quindi la verifica degli obiettivi raggiunti; in ogni caso, come afferma Porciani (1995), il valore che domina sul "campo" è la correttezza e il rispetto dell'avversario, spesso assenti nelle competizioni tra soli normodotati.

Per praticare uno sport a livello agonistico è necessario per i disabili, come stabilito dal D.M. 4marzo 1993, effettuare una visita di idoneità da ripetere annualmente che prevede differenti esami a seconda dello sport praticato e dell'impegno da questo richiesto.

Il certificato di idoneità è indispensabile per il tesseramento agli enti di promozione sportiva riconosciuti dal C.O.N.I. (Comitato Olimpico Nazionale Italiano).

## **Gli organismi che regolano lo sport per disabili**

Il primo organismo per importanza è senz'altro l'*International Paralympic Committee* che sovrintende le attività di tutti gli altri organismi.

In Italia la federazione che sostiene e promuove lo sport per i disabili è la F.I.S.D (Federazione Italiana Sport Disabili); essa è nata nel 1990 dall'unione di tre Federazioni sportive che si occupano dello sport per l'handicap:

- F.I.S.H. (Federazione Italiana Sport Handicappati)
- F.I.C.S. (Federazione Italiana Ciechi Sportivi)
- F.S.S.I. (Federazione Silenziosi Sportivi Italiani)

La federazione è un organismo del C.O.N.I. e ad essa si possono affiliare tutte quelle società che svolgono attività sportive per i disabili.

I fini principali della F.I.S.D. sono: “promuovere e disciplinare lo sport dei disabili e le attività ad esso connesse; indire, patrocinare, organizzare gare sportive per disabili; organizzare, partecipare a manifestazioni ed attività socio-medico-sportive, al fine di propagandare le problematiche dei disabili; studiare poi le questioni tecniche attinenti alla pratica realizzazione degli sport per disabili” (Statuto F.I.S.D., 1990).



A partire dal 1996 la F.I.S.D. è suddivisa in tre diversi settori:

**1. l'handicap fisico**

**2. l'handicap mentale**

**3. l'handicap sensoriale** (non vedenti)

Inoltre la F.I.S.D. comprende due discipline associate:

- **F.I.S.S.**( Federazione Italiana Sport Silenziosi, per lo sport dei non udenti)
- **F.I.S.A.P.S.** (Federazione Italiana Sport Automobilistici per Patenti Speciali, per lo sport automobilistico per i disabili fisici).

Per quanto riguarda l'handicap mentale, i suoi affiliati non sono considerati atleti propriamente agonisti e le loro competizioni vengono denominate "Giochi", non "gare".

Il motivo è che i ritardati mentali gareggiano in situazioni particolari e per questo si cerca di estendere la soddisfazione della vittoria al maggior numero di partecipanti.

La categoria degli handicap psichici comprende tutti i casi in cui la patologia non interessa le capacità motorie, ma solo quelle mentali.

Lo sport per i disabili fisici è invece considerato agonistico ed è suddiviso in due gruppi:

- Gruppo A (sport in cui è richiesto un basso impegno cardio-circolatorio)
- Gruppo B (sport che richiedono un elevato impegno cardio-circolatorio)

Per i portatori di handicap fisici è necessario suddividere i diversi quadri patologici in gruppi, affinché gli atleti competano in condizioni di uguale potenzialità; le classificazioni funzionali si basano su criteri

connessi al gesto sportivo specifico svolto dall'atleta (Introduzione e Cenni Storici F.I.S.D., 1996).

Gli handicappati fisici sono gli atleti più numerosi all'interno delle competizioni per disabili e il maggior numero di loro si colloca tra i 16 e i 30 anni.

Il settore handicap mentale, all'interno della F.I.S.D. è denominato **S.O.I.** (Special Olympics Italia); gli obiettivi principali del S.O.I. sono: incrementare il numero dei portatori di handicap mentale che praticano attività sportiva, aumentando il numero di strutture e promuovendo i vari tipi di attività sportive.

## **Le manifestazioni sportive per disabili**

Dopo il confronto con gli amici e con gli altri disabili della propria nazione si è sentita la necessità di confrontare le proprie esperienze con quelle di altri paesi.

Sono state così create competizioni riservate ai disabili; l'organismo che sovrintende i Giochi Olimpici per disabili è l'International Paralympic Committee, nato grazie all'iniziativa di sir Guttmann, e che permette lo svolgimento della competizione quadriennale a cui partecipano tutti gli atleti portatori di handicap, esclusi i non udenti che svolgono dei Campionati a parte.

E' stato proprio in Inghilterra, grazie sempre a sir Guttmann, che si sono svolte le prime gare internazionali per paraplegici, più precisamente a Stoke Mandeville nel 1948 (Porciani,1995).

Dopo questi Giochi, che hanno avuto un ruolo molto importante nella diffusione dello sport per disabili, si sono svolte a Roma nel 1960 le prime Paraolimpiadi riservate ai paraplegici.

A partire dal 1976 alle Paraolimpiadi hanno incominciato a partecipare anche altre categorie di disabili, come gli amputati e i non vedenti; nello stesso anno si sono svolte in Svezia le prime Paraolimpiadi Invernali.

A partire dalle Paraolimpiadi di Seul del 1988, queste manifestazioni si svolgeranno sempre dopo e nelle stesse località delle Olimpiadi, siano esse estive o invernali.

## **La F.I.C.S.**

Lo sport per i non vedenti si praticava sin dagli anni '30 negli Istituti specializzati.

Il primo Gruppo Sportivo per non vedenti nasce a Bolzano nel 1969; in seguito vi sono vari accordi tra l'U.I.C. (Unione Italiana Ciechi) e il C.S.I (Centro Sportivo Italiano).

La F.I.C.S. (Federazione Italiana Ciechi Sportivi) nasce ufficialmente a Modena nel 1980, anche se operava già da più di un anno. Questa Federazione nasce dalla collaborazione dell'U.I.C., del C.S.I. e del C.O.N.I..

Nell'Art.1 vengono menzionati gli scopi della Federazione, che riconoscendo allo sport un valore educativo e di maturazione umana, si impegnano a promuovere, diffondere, propagandare e disciplinare la pratica delle attività sportive tra i non vedenti.

“Lo sport deve essere riconosciuto come necessità fisiologica primaria, in quanto aiuta la deambulazione, educa l’udito, aumenta la fiducia del cieco nelle proprie facoltà psico-fisiche, oltre ad evitare malattie che ridurrebbero il soggetto un peso morto gravante sulle spalle della collettività” (F.I.C.S., 1980).

Viene inoltre riconosciuta l’importanza di avviare i ciechi alla pratica sportiva sin dalla più tenera età, poiché oltre ai benefici già menzionati, lo sport ha un forte valore di socializzazione.

Tra le attività comprese nella programmazione tecnica della F.I.C.S., troviamo:

- L’attività ludica
- Centri di Sport terapia per i giovani da inserire nello sport
- Giochi della Gioventù
- Attività motoria per anziani e pluriminorati
- Camminate e corse non competitive
- Corsa campestre
- Atletica leggera
- Sollevamento pesi
- Judo e lotta
- Canottaggio
- Ciclismo (tandem) e cyclette
- Nuoto
- Calcio
- Goalball
- Torball
- Sci (fondo e discesa)

- Tennis da tavolo
- Attività sportiva con ausili elettronici

## **Gli sport dei non vedenti**

La storia dello sport per i non vedenti è piuttosto recente ed ha ricevuto un impulso soprattutto negli ultimi anni.

Infatti, è difficile poter immaginare che un cieco possa sciare, pattinare o giocare a calcio come tutti gli altri.

La pratica sportiva per il non vedente è importante perché permette di migliorare il senso dell'orientamento e aiuta a superare le proprie paure (Gheza, Dell'Acqua, Brugnolli, 1982).

Gli sport per i non vedenti si possono distinguere in due gruppi:

- sport ideati e attuati esclusivamente per i non vedenti, come il Torball (sport praticato in palestra su di un campo delimitato in cui si scontrano due squadre; scopo del gioco è segnare nella rete avversaria lanciando un pallone sonorizzato)
- sport praticati anche dai normodotati cui il soggetto non vedente si deve adattare; questi favoriscono in modo maggiore l'integrazione dei non vedenti.

Tra gli sport praticati dai non vedenti possiamo elencare:

- atletica leggera
- calcio
- ciclismo/tandem
- goalball
- judo
- nuoto

- sport invernali
- torball
- duathlon
- ginnastica artistica
- bowling

Inoltre vi sono una serie di sport “sperimentali”, cioè nuovi che sono in fase di diffusione:

- il baseball
- la canoa
- il pattinaggio
- lo sci nautico
- il tiro a segno
- il tiro con l’arco
- la vela

Nelle competizioni i non vedenti vengono suddivisi in due classi separate:

- la classe A: cecità totale e coloro che possono distinguere fra chiaro e scuro ma non possono distinguere figure e forme
- la classe B: atleti che conservano un minimo residuo di vista.

La classificazione è basata sull’acutezza visiva e non sul campo visivo.