

Relazione presentata dal Prof. Paolo Raimondi * alla Giornata di Aggiornamento
del GSS del 25 ottobre 2008

* Professore associato Dipartimento di Ingegneria Meccanica Energetica e Gestionale. Facoltà di Scienze Motorie. Università degli Studi L'Aquila

Il laureato in scienze motorie: cosa fa, cosa non fa e cosa si aspetta dagli altri membri dell'équipe

UN PO' DI STORIA

Quando ancora in Italia non esisteva una figura professionale che si interessava (sotto ogni punto di vista) di *movimento e di motricità*, c'erano solo i "vecchi" *Insegnanti di Educazione Fisica della Farnesina (anni 50)* e successivamente, *fino agli anni 70, i diplomati ISEF (Laureati in Scienze Motorie in seguito)*, che "curavano" tutti i tipi di traumi e di handicap *in stretta collaborazione con i medici, producendo una vasta letteratura in campo scientifico, anche internazionale. Dopo gli anni 70, la figura del terapeuta della riabilitazione (Laureati in Fisioterapia in seguito)*, ha preso in carico la parte riabilitativa riferita alla motricità.

In questa sede mi sembra giusto ricordare che il GSS è nato nel 1978 ad opera di un manipolo di educatori fisici cultori della ginnastica medica, insieme ad alcuni terapisti che iniziavano allora i primi passi nel nostro settore. E' solo nel 1992, che il "*Gruppo di Studio della Scoliosi*" si trasforma in "*Gruppo di Studio della Scoliosi e delle patologie vertebrali*", diventando un'associazione scientifica interdisciplinare per tutti gli operatori, sanitari e non, interessati allo studio della colonna vertebrale: medici, fisioterapisti, chinesologi, tecnici ortopedici, ecc. Siamo nel 2008, e la "ginnastica" è cresciuta; è divenuta Educazione Motoria, Attività Motoria Preventiva, Attività Motoria Compensativa, Attività Motoria Adattata, Attività Motoria Sportiva, ecc., rispondente alle esigenze di tutti gli esseri umani normali o paranormali.

LE DISARMONIE STATO-CINETICHE E IL PARA-DISMORFISMO/ PAZIENTE LOMBALGICO NEL CONTESTO MOTORIO: QUALE ASPETTATIVA DEL LAUREATO IN SCIENZE MOTORIE

Fin dagli anni cinquanta, molti sono stati gli esperti di educazione fisica che hanno definito le disarmonie motorie stato-cinetiche come il confine motorio fra la normalità e l'inizio della

anormalità. In effetti, una disarmonia stato-cinetica è l'espressione morfologica del motorio della persona che, pur non sconfinando nell'area patologica, ha tutti i presupposti per creare una disarmonia del gesto, o una disarmonia nell'apparato locomotore, o una disarmonia nell'ambito posturale, o una disarmonia nell'ambito dell'equilibrio cinesiologico, ecc.

Le forme disarmoniche possono raggrupparsi in rapporto ai settori che investono e possono sorgere: nel campo prettamente meccanico del movimento con espressioni morfofunzionali che investono il soma e l'apparato locomotorio; nel campo dell'ergonomia imputabile a qualche handicap dei meccanismi biochimici e metabolici che determinano le capacità di rendimento aerobico e/o anaerobico di un individuo; nel campo omeostatico della motricità a causa di un disarmonico equilibrio neuro-vegetativo; nel campo neuro e psicomotorio.

Due esempi.

1) Prendiamo un soggetto che presenta una capacità inferiore allo standard medio nel sostenere uno sforzo fisico per un disordine dei meccanismi adattivi organici che ne stanno alla base. Un caso simile potrà essere annoverato fra le disarmonie a prevalente genesi omeostatica e di primo acchito la compromissione motoria che ne deriva potrà sembrare di carattere esclusivamente cinetico. In realtà sarà invece l'espressione motoria nel suo intero aspetto stato-dinamico ad essere alterata. (Riflettiamo un attimo sulle alterazioni posturo-cinetiche che sarà costretto ad adottare questo soggetto nel tentativo di prolungare le prestazioni oltre le sue capacità!).

2) Una situazione abnorme a prevalente genesi bio-meccanica, quale può essere quella costituita da uno dei fatidici paramorfismi. Qui, ad una prima analisi, potrebbe apparire deficitario soprattutto il momento statico, cioè la postura. In effetti, invece, sono ambedue i momenti dell'atto esecutivo a mostrare le loro carenze e disarmonie funzionali. (Basti pensare alle compensazioni posturo-cinetiche che necessariamente deve compiere nei suoi gesti abituali o sportivi, ad esempio, chi presenta una rigidità scapolo-omerale o dorsale).

Nell'ambito del paradismorfismo/lombalgia, cioè in quello dove prevale una alterazione del fisico, il contesto educativo non si pone come cura riabilitativa per influire sull'andamento della forma morbosa, ma come un trattamento educativo per agire sui rapporti che legano il paradismorfismo/la lombalgia al contesto motorio nei suoi innumerevoli aspetti. Un esempio.

“Una prima frequente lacuna che caratterizza le disponibilità motorie del soggetto paradismorfico/lombalgico può essere costituita, ad es., dalla mancata acquisizione di gesti abituali o sportivi; ma assai spesso può essere compromessa la capacità di eseguire correttamente comuni movimenti come il correre, il saltare, afferrare, ecc. o il camminare stess, specie se queste capacità devono essere espletate in situazioni meno usuali delle solite. Ciò può accadere perché al paradismorfico/lombalgico sono venute a mancare quelle proposte educative a difficoltà crescente

che favoriscono l'affinamento, il perfezionamento e l'evoluzione di questi pattern elementari, nonché la loro integrazione in prassie più complesse e di più sofisticata esecuzione".

Questa lacunosa azione educativa determina una situazione di carente sviluppo delle potenzialità motorie della persona con un conseguente stato di grande limitazione del suo patrimonio cinetico. Vediamo allora i motivi per i quali la persona paradismorfica/lombalgica giunge a tale situazione. Per Cavelli il motivo predominante è rappresentato da " *un rilevante squilibrio nella valutazione e nell'applicazione del momento cinesiologico educativo e di quello terapeutico (rieducativo e riabilitativo). Ed aggiungiamo che, talora giustificatamente, ma più spesso solo per abitudine ormai inveterata, è il momento terapeutico che viene tenuto nella massima considerazione e che, in effetti, viene privilegiato, a tutto discapito del momento educativo, la cui valutazione ed applicazione è talvolta aprioristicamente ignorata o, tutt'al più, genericamente e distrattamente effettuata. E' superfluo dire che vi sono numerosi e concreti fattori che condizionano l'applicazione dei due momenti, primo fra i quali le caratteristiche nosologiche del difetto; ma pur nel massimo rispetto di tali fattori e degli spazi che questi concedono ai vari tipi di intervento, vorremmo qui stabilire un principio di base nel trattamento del paradismorfico/lombalgico; principio secondo il quale i due momenti cinesiologici devono trovare il massimo equilibrio consentito*". allo stesso modo in cui debbono trovarlo le figure professionali.

Noi crediamo che il massimo equilibrio consentito si raggiunge solo nell'integrazione del momento educativo e del momento riabilitativo in maniera tale che la persona non vivrà la sua realtà motoria nella dimensione strettamente terapeutica, spesso riduttiva, ma potrà partecipare, per quanto concesso, anche alle occasioni educative e sociali dei suoi simili.

Per quanto concerne **il ruolo dei singoli professionisti, il trinomio medico, fisioterapista, educatore, risulta fondamentale** e, siamo certi di non sbagliare se affermiamo che la mancanza di uno degli elementi può pregiudicare o quantomeno non realizzare pienamente il conseguimento di un risultato positivo.

QUALE MANSIONE SPETTA ALLE TRE FIGURE PROFESSIONALI?

- **Il medico** è il coordinatore responsabile della condotta terapeutica da seguire e il consulente della condotta educativa.

- **Il fisioterapista** è corresponsabile della condotta terapeutica, realizza le indicazioni del medico e mette in atto tutte le applicazioni che mirano alla riabilitazione del paziente.

- **L'educatore** è il responsabile del motorio della persona e, pur subordinato al momento terapeutico, applica tutti i contenuti motori educativi per avviare il paradismorfico/lombalgico a tutte quelle opportunità "ginnastiche" o "sportive" necessarie alla persona normale.

EDUCAZIONE MOTORIA ADATTATA E PREVENZIONE, FINALIZZATA A SOGGETTI DISABILI: QUALE ASPETTATIVA DEL LAUREATO IN SCIENZE MOTORIE

L'ICIDH (international classification of impairments, disabilities and handicaps), definisce il disabile una persona portatrice di disabilità e la disabilità è definita ***"qualsiasi limitazione o perdita...delle capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali", per cui educazione e prevenzione in questi soggetti è legittima.***

Per quanto sopra, appare chiaro che il laureato in Scienze Motorie può operare nell'ambito della prevenzione e dell'educazione in soggetti portatori di limitazioni funzionali (nel caso specifico nell'ambito del motorio) che impediscono di compiere normale attività.

Ciò è rafforzato proprio dalla parola **"riabilitazione"** della quale l'O.M.S. specifica il significato, senza equivoci, qualificando la riabilitazione come *"insieme di interventi professionali mirati allo sviluppo della persona, al suo più alto potenziale sotto il profilo psicologico, sociale, occupazionale ed educativo in relazione al deficit fisiologico o anatomico e all'ambiente"*.

Se **l'educativo** fa parte del complesso **"riabilitazione"** e il laureato in Scienze Motorie opera nell'ambito educativo-motorio del disabile, anch'esso opera nell'ambito della riabilitazione (intesa come processo globale per migliorare le funzioni) e non abusa della professione di altra categoria. Ne abuserebbe se facesse fisioterapia manuale, strumentale, rieducazione della motricità patologica, consentita solo al fisioterapista, invece che prevenzione o educazione o sport nell'ambito del motorio fisiologico o adattato al disabile.

Nella persona normodotata che ha mal di schiena (es.lombalgia) a causa della sedentarietà o della cattiva postura lavorativa, o perché non "usa" correttamente il suo corpo, ecc.(o ha un dolore muscolare, o una limitazione scapolo-omerale, o un dolore dovuto a pregresso trauma distorsivo, o un cambiamento nell'espressione motoria dovuto all'età, o un disallineamento dell'assetto corporeo, o una limitazione nella destrezza, ecc.), il laureato in scienze motorie effettua un adeguato trattamento preventivo, educativo, funzionale, per migliorare il motorio o per prevenire ulteriori limitazioni delle capacità motorie che genera il mal di schiena (o la

distorsione, ecc.) e per migliorare la limitazione della vita di relazione che scaturisce da queste disabilità.

CONCLUSIONI

Il Laureato in Scienze Motorie (“Fisioeducatore”), per l’area della prevenzione e dell’educazione motoria adattata, finalizzata a soggetti di diversa età e a soggetti disabili, ha facoltà di operare nell’ambito dell’emergenza motoria delle capacità umane con strategie educativo-motorie rivolte agli aspetti qualitativi del movimento, alle abilità motorie relazionali e a quelle sportive, alla coordinazione motoria, alla prevenzione motoria, alla scarsa coordinazione, alle espressioni relazionali, ai disequilibri stato-cinetici, alla dinamica motoria nel suo complesso, ecc..., applicando attività motoria normale o attività motoria adattata in rapporto allo stato di normalità o disabilità della persona (perché questa è l’area del motorio).

In sintesi, deve mettere in atto tutte le sue conoscenze per migliorare ogni capacità del motorio che risulta deficitaria, somministrando alla persona attività motoria, più “volgarmente” ginnastica, anche con attrezzature e/o apparecchiature strumentali che non siano classificate mediche o fisioterapiche