

PARTE QUARTA

Osservare per capire

11. L'osservazione come strumento professionale

Guardare un bambino mentre lavora sembra la cosa più naturale del mondo. Ma c'è una differenza enorme tra guardare e osservare. Guardare è un'attività passiva e involontaria: succede perché gli occhi sono aperti. Osservare è un'attività intenzionale, orientata da domande, guidata da una cornice teorica, finalizzata a produrre conoscenza professionale sul bambino.

Questa distinzione non è accademica. Un educatore che guarda può notare che un bambino «non collabora» o «è difficile». Un educatore che osserva raccoglie informazioni precise: in quali situazioni il comportamento compare, con quale frequenza, in relazione a quali stimoli, come il bambino risponde al supporto dell'adulto. Sono due livelli di lettura professionalmente incomparabili.

Osservazione occasionale vs osservazione sistematica

L'osservazione occasionale è quella che avviene naturalmente nel corso di una giornata educativa: l'educatore nota qualcosa, se lo ricorda o meno, raramente lo annota. È inevitabile e non è priva di valore, ma da sola non basta a costruire una conoscenza professionale del bambino.

L'osservazione sistematica è intenzionale, pianificata, strutturata. Ha un oggetto preciso (cosa osservo), un tempo definito (quando e per quanto), un metodo di registrazione (come lo annoto). Produce materiale che può essere confrontato nel tempo, condiviso con i colleghi, utilizzato nella progettazione delle attività successive.

Per un educatore nella scuola dell'infanzia, l'osservazione sistematica non è un'attività straordinaria: è parte del lavoro quotidiano, tanto quanto la cura e la conduzione delle attività. È il modo con cui la pratica diventa riflessiva — nel senso di Schön — e non rimane routine.

Il diario di bordo: come si tiene, cosa si scrive, quando

Il diario di bordo è lo strumento più semplice e più potente dell'osservazione educativa. È un quaderno — fisico o digitale — in cui l'educatore annota regolarmente ciò che osserva durante le attività e la giornata. Non è un registro ufficiale: è uno strumento professionale personale che alimenta la riflessione e la progettazione.

Tre principi fondamentali guidano la tenuta del diario di bordo:

PRINCIPIO	COSA SIGNIFICA	ESEMPIO
Descrivere, non interpretare	Annotare ciò che si vede e si sente — comportamenti, parole, gesti — senza aggiungere subito una spiegazione o un giudizio.	<i>CORRETTO: «Alle 10.15 Marco ha abbandonato l'attività dei chiodini dopo 3 minuti, si è alzato e ha guardato fuori dalla finestra.» ERRATO: «Marco oggi era annoiato e demotivato.»</i>
Immediatezza	Annotare il prima possibile dopo l'osservazione, mentre i dettagli sono ancora freschi. Le annotazioni fatte a fine giornata perdono precisione.	<i>Un foglietto di note durante o subito dopo l'attività, da trasferire nel diario nella pausa o a fine mattinata.</i>
Regolarità	Il diario è utile solo se tenuto con continuità. Un'annotazione isolata ha poco valore; una serie di annotazioni	<i>Almeno una annotazione significativa per ciascun bambino ogni settimana — non necessariamente su tutti i bambini ogni giorno.</i>

	nel tempo rivela pattern, progressi, difficoltà ricorrenti.	
--	---	--

PER APPROFONDIRE (TERZA) — Il modello Tavistock di osservazione infantile

La tradizione di osservazione infantile sviluppata dalla Tavistock Clinic di Londra risale agli anni '40-'50 e prende il nome da Esther Bick, che nel 1964 ha pubblicato il saggio fondativo *Notes on Infant Observation in Psycho-Analytic Training* (International Journal of Psycho-Analysis, 45). Il modello Tavistock prevede che il futuro professionista osservi un bambino piccolo in contesto familiare per un'ora alla settimana, per un periodo prolungato (di norma due anni nella formazione psicoanalitica), senza intervenire, senza prendere note sul momento, e scriva poi un resoconto dettagliato a memoria.

Il principio chiave è la distinzione tra osservare e interpretare: l'osservatore deve resistere alla tentazione di dare spiegazioni immediate a quello che vede, lasciando che i significati emergano dal tempo e dall'accumulo delle osservazioni. Questo addestramento alla tolleranza dell'incertezza — non sapere subito cosa significa un comportamento — è prezioso per qualsiasi professionista che lavori con bambini o famiglie in difficoltà.

In Italia questo modello è stato adattato per la formazione degli educatori nei servizi per l'infanzia e nei consultori. Riferimento italiano: Miriam Polacco Williams, Il metodo Tavistock di osservazione del bambino, Borla, 1997.

12. Come si documenta ciò che si vede

Documentare non significa archiviare. Un cassetto pieno di foto dei bambini non è documentazione professionale: è un archivio sentimentale. La documentazione educativa è qualcosa di diverso: è la costruzione narrativa e riflessiva di ciò che è accaduto, con l'intenzione di capire meglio il processo di sviluppo del bambino e la qualità dell'intervento educativo.

La differenza cruciale: descrizione vs interpretazione

Il rischio più frequente nella documentazione è scrivere già un'interpretazione invece di una descrizione. Questa distinzione è fondamentale, soprattutto quando la documentazione potrebbe essere usata nel dialogo con la famiglia o con professionisti esterni.

DESCRIZIONE (corretto)	INTERPRETAZIONE PREMATURA (da evitare)
«Sara ha trascorso 18 minuti all'attività del pannello sensoriale senza mai alzare lo sguardo verso i compagni.»	«Sara è chiusa in sé stessa e non ha interesse per il gruppo.»
«Quando l'educatrice si è avvicinata, Luca ha smesso di manipolare la pasta di sale e ha posizionato le mani in grembo.»	«Luca ha paura dell'adulto.»
«Nel corso dell'attività di collage, Andrea ha cambiato tecnica quattro volte senza completare nessuna delle impostazioni iniziate.»	«Andrea non riesce a concentrarsi — probabilmente ha problemi di attenzione.»
«Al momento dell'ingresso, Giulia ha pianto per 12 minuti dopo la separazione dalla madre. Si è calmata quando l'educatrice le ha proposto i chiodini.»	«Giulia ha un attaccamento morboso alla madre e difficoltà di adattamento.»

La descrizione non esclude l'interpretazione: l'esclude solo in prima istanza. Prima si descrive con precisione ciò che si osserva; poi, dopo aver raccolto più osservazioni nel tempo, si può formulare un'ipotesi interpretativa — sempre come ipotesi da verificare, mai come certezza.

La documentazione fotografica come strumento narrativo

La fotografia nella scuola dell'infanzia non è documentazione del prodotto finito («il collage riuscito bene»); è documentazione del processo. Una foto che mostra il momento in cui un bambino porta la lingua fuori mentre concentra tutte le sue energie per infilare una perlina su un filo dice qualcosa di pedagogicamente prezioso — la concentrazione, lo sforzo, l'impegno corporeo totale nel compito. Una foto del collage finito non dice nulla di tutto questo.

Alcune indicazioni pratiche per la documentazione fotografica: fotografare i processi, non solo i prodotti; includere le mani, le espressioni del viso, la postura del corpo; fotografare anche le difficoltà e i tentativi falliti, non solo i successi; abbinare sempre una didascalia descrittiva alla foto, che contestualizzi il momento.

Attenzione: la documentazione fotografica di minori richiede sempre il consenso scritto delle famiglie, che deve essere acquisito all'inizio dell'anno scolastico. In assenza di consenso, non si possono scattare né conservare né condividere fotografie dei bambini, nemmeno per uso interno.

PER APPROFONDIRE (TERZA) — La documentazione nel modello Reggio Emilia

Nel Reggio Emilia Approach la documentazione pedagogica non è un'attività accessoria: è parte costitutiva del processo educativo. Loris Malaguzzi la definiva come uno strumento di ricerca — non per rendicontare ciò che è già avvenuto, ma per renderlo visibile, discutibile, trasformabile.

La documentazione a Reggio Emilia assume forme multiple: pannelli espositivi, libri di classe, video, trascrizioni di dialoghi tra bambini, produzioni grafiche e plastiche. Tutto questo materiale viene riesaminato dagli educatori in momenti collegiali — le cosiddette «riunioni di documentazione» — per estrarne significati pedagogici e progettare i passi successivi.

Riferimento: Carla Rinaldi, *In Dialogue with Reggio Emilia*, Routledge, 2006 (trad. it.: *Il dialogo con Reggio Emilia*, Reggio Children, 2009). Per la dimensione etica della documentazione con i minori: il Codice deontologico degli educatori professionali socio-pedagogici (ANEP, 2019).

13. Segnali di sviluppo tipico e atipico: le red flags

Il termine red flag — letteralmente «bandiera rossa» — è mutuato dalla pratica clinica e indica un segnale che, nel contesto dello sviluppo del bambino, merita attenzione professionale. Non è una diagnosi, non è una certezza: è un invito a osservare con più cura e, se necessario, a coinvolgere professionisti competenti.

L'educatore nella scuola dell'infanzia è in una posizione osservativa privilegiata: vede il bambino per molte ore al giorno, in contesti strutturati e non strutturati, da solo e in gruppo, in attività motorie e cognitive. Questa posizione lo rende potenzialmente il primo adulto — fuori dalla famiglia — in grado di notare comportamenti che si discostano dallo sviluppo tipico.

La parola chiave è «notare», non «diagnosticare». La diagnosi appartiene ai professionisti clinici — neuropsichiatri infantili, psicologi, logopedisti. L'educatore osserva, descrive con precisione, segnala attraverso i canali appropriati.

Variabilità normale vs segnale da approfondire

Prima di parlare di red flags è essenziale fare i conti con la variabilità normale dello sviluppo. I bambini non si sviluppano tutti allo stesso ritmo, e la variabilità individuale all'interno dello sviluppo tipico è molto ampia. Un bambino che a 3 anni non parla ancora in frasi complete potrebbe avere un semplice ritardo di linguaggio che si risolverà spontaneamente; oppure potrebbe avere un disturbo del neurosviluppo che richiede intervento precoce. Non è compito dell'educatore distinguere i due casi: è compito dell'educatore notare il comportamento, documentarlo e segnalarlo.

Il confine tra variabilità normale e segnale da approfondire non è una linea netta: è una zona grigia. Ciò che trasforma un comportamento in un segnale degno di attenzione è di solito la combinazione di tre fattori: persistenza nel tempo (il comportamento si osserva regolarmente, non è un episodio isolato), intensità (il comportamento è marcato, non lieve), impatto sul funzionamento (interferisce con la partecipazione alle attività, con le relazioni con i pari, con il benessere del bambino).

Tabella delle red flags per fascia d'età 3-6 anni

AREA	ETÀ DI RIFERIMENTO	SEGNALE DA OSSERVARE	COSA PUÒ INDICARE (da valutare clinicamente)
Motricità fine	3-4 anni	Assenza di presa a pinza (pollice-indice) per oggetti piccoli. Incapacità di infilare perline grandi su un filo rigido.	<i>Ritardo motorio. Ipotonia muscolare delle mani. Da segnalare per valutazione fisioterapica o neuromotoria.</i>
Elaborazione sensoriale	3-6 anni	Rifiuto sistematico e intenso del contatto con materiali di texture diversa (pasta di sale, pongo, sabbia, colla). Reazione di evitamento o di panico, non semplice preferenza.	<i>Profilo sensoriale atipico. Disturbo dell'integrazione sensoriale. Può essere associato a disturbi del neurosviluppo. Da non confondere con una semplice preferenza («non mi piace sporcarmi»).</i>
Gioco simbolico	30 mesi - 3 anni	Assenza totale di gioco simbolico: il bambino non usa mai un oggetto per rappresentarne un altro, non fa mai «finta di». Esplorazione degli oggetti esclusivamente ripetitiva e stereotipata.	<i>Segnale riconosciuto nei criteri DSM-5 per il disturbo dello spettro autistico. Importante che sia assenza totale, non ritardo: a 3 anni il gioco simbolico deve essere già presente.</i>

Imitazione motoria	3-4 anni	Difficoltà marcata a imitare gesti semplici dimostrati dall'adulto (aprire e chiudere la mano, tamburellare le dita). Il bambino guarda ma non riesce a replicare il movimento.	<i>Il deficit di imitazione è un indicatore precoce di difficoltà di apprendimento procedurale. Può essere associato a disprassia (disturbo della coordinazione motoria) o ad altri disturbi del neurosviluppo.</i>
Attenzione e concentrazione	4-5 anni	Incapacità persistente di rimanere su un'attività per più di 1-2 minuti, anche quando il materiale è adeguato e l'ambiente è tranquillo. Distrazione costante e molto difficile da contenere.	<i>Possibile ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività). Importante distinguere da normalissima vivacità: a 4-5 anni un bambino riesce a concentrarsi su attività di suo interesse per 10-15 minuti.</i>
Linguaggio	3-4 anni	Vocabolario molto limitato per l'età (meno di 50 parole a 2 anni; assenza di frasi a 3 anni). Linguaggio incomprensibile ai non familiari dopo i 3 anni. Regressione linguistica dopo periodo di sviluppo normale.	<i>Disturbo dello sviluppo del linguaggio. Da segnalare a logopedista. L'intervento precoce sul linguaggio ha efficacia dimostrata: non aspettare.</i>
Relazione con i pari	4-5 anni	Assenza totale di interesse per i coetanei. Nessun tentativo di interazione, contatto visivo molto ridotto o assente nelle interazioni sociali. Preferenza esclusiva per gli oggetti rispetto alle persone.	<i>Insieme ad altri segnali, può far parte del profilo del disturbo dello spettro autistico. Da valutare nel contesto globale del bambino.</i>
Regolazione emotiva	4-5 anni	Crisi di pianto o rabbia di intensità e durata sproporzionate allo stimolo, molto difficili da calmare. Comportamento autolesivo (mordere sé stesso, battersi la testa) durante le crisi.	<i>Difficoltà di regolazione emotiva che può richiedere supporto psicologico per il bambino e la famiglia. L'autolesionismo, anche minimo, va sempre segnalato.</i>

ATTENZIONE! — Come si usa questa tabella

Questa tabella non è uno strumento diagnostico. È una guida all'osservazione professionale. La presenza di uno o più segnali in un bambino non significa che abbia un disturbo: significa che vale la pena osservare con più attenzione e, se i segnali persistono, coinvolgere professionisti competenti.

Un segnale isolato, osservato in un giorno particolare, in assenza di altri indicatori, raramente ha significato clinico. I segnali che meritano attenzione sono quelli persistenti, intensi, che impattano sul funzionamento del bambino. La valutazione del peso di un segnale richiede tempo, più osservazioni, confronto con i colleghi.

14. Il contributo dell'educatore alla diagnosi precoce e il lavoro di rete

La scuola dell'infanzia è, nei fatti, il primo contesto strutturato di osservazione sistematica nella vita di un bambino. Prima di essa, gli unici adulti che osservano il bambino in modo continuativo sono i familiari — che però, per vicinanza affettiva, possono non accorgersi di certi segnali, oppure possono accorgersene ma minimizzarli. Il pediatra vede il bambino pochi minuti l'anno in un contesto fortemente artificiale. L'educatore vede il bambino tutti i giorni, per ore, in situazioni naturali.

Questo non trasforma l'educatore in un clinico. Ma significa che la sua osservazione documentata è clinicamente rilevante: può contribuire a costruire il quadro su cui il professionista clinico baserà la propria valutazione. Un'osservazione educativa precisa, sistematica e ben documentata è uno strumento di lavoro per il neuropsichiatra infantile — non un'opinione personale.

Come e a chi si segnala: i canali appropriati

Quando un educatore osserva segnali che ritiene meritino attenzione, il percorso corretto non è andare direttamente dalla famiglia con un'ipotesi diagnostica. Il percorso professionale prevede passaggi precisi:

PASSO	AZIONE	PERCHÉ È IMPORTANTE
1	Documentare con precisione le osservazioni nel diario di bordo. Raccogliere più osservazioni nel tempo prima di procedere.	<i>Una segnalazione fondata su osservazioni documentate e ripetute nel tempo ha ben altro peso di una segnalazione basata su un'impressione. La documentazione protegge anche l'educatore.</i>
2	Confrontarsi con i colleghi e con il coordinatore pedagogico. Verificare se anche altri hanno osservato gli stessi comportamenti.	<i>Il confronto collegiale riduce il rischio di interpretazioni soggettive. Se solo un educatore nota il segnale, vale la pena osservare ancora. Se lo notano in più, la segnalazione è più fondata.</i>
3	Informare le famiglie in modo descrittivo, non diagnostico. Usare il linguaggio delle osservazioni («ho notato che...»), mai quello clinico («suo figlio ha...»).	<i>La famiglia ha diritto di essere informata e deve essere coinvolta attivamente. Ma la comunicazione deve essere fatta con cura: un'informazione mal comunicata genera allarme ingiustificato o, al contrario, negazione difensiva.</i>
4	Suggerire alle famiglie di consultare il pediatra di base, che può fare una prima valutazione e indirizzare verso la NPIA se necessario.	<i>Il pediatra è il primo livello del sistema sanitario per i bambini. È il punto di accesso appropriato, meno stigmatizzante di un invio diretto alla neuropsichiatria infantile.</i>
5 (se necessario)	In casi di segnali gravi o di famiglie non collaborative, il coordinatore pedagogico può attivare una segnalazione diretta ai servizi competenti (NPIA, Servizi Sociali).	<i>Nei casi gravi, l'interesse del bambino prevale sulla riservatezza. La segnalazione ai servizi è un atto di tutela, non un'accusa alla famiglia.</i>

Il lavoro di rete come pratica professionale ordinaria

Il lavoro di rete — la collaborazione tra l'educatore, la famiglia, il pediatra, la NPIA, i Servizi Sociali — non è un'eccezione riservata ai casi difficili. È una pratica professionale ordinaria che caratterizza il lavoro nei servizi educativi e socio-assistenziali. Non si fa rete solo in emergenza: si fa rete come modo abituale di lavorare.

Per l'educatore questo significa saper comunicare con professionisti di altre discipline, usare un linguaggio comprensibile e non tecnico con le famiglie, e conoscere i servizi del territorio a cui indirizzare. In Sardegna e su tutto il territorio italiano il riferimento per i problemi del neurosviluppo in età evolutiva è la Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA), accessibile tramite il pediatra o, in certi territori, anche con accesso diretto.

IN PRATICA (TERZA) — Cosa portare a un incontro con la famiglia su un bambino con segnali

Scenario: hai osservato per tre settimane che Matteo, 4 anni, non mostra gioco simbolico nelle attività libere e ha difficoltà di contatto visivo nelle conversazioni one-to-one. Hai confrontato le tue osservazioni con la collega, che ha notato le stesse cose. Il coordinatore ti ha chiesto di incontrare la famiglia.

Cosa prepari per l'incontro:

- Le annotazioni del diario di bordo: date, situazioni specifiche, comportamenti descritti con precisione. Non impressioni generali.
- Alcune fotografie del bambino durante le attività, che mostrino il comportamento che hai osservato.
- Una formulazione chiara e non allarmante di ciò che hai notato: «Abbiamo osservato che Matteo, durante le attività libere, tende a esplorare gli oggetti in modo molto ripetitivo e raramente li usa in gioco di finzione. Nelle conversazioni individuali, il contatto visivo è spesso breve. Vorremmo condividere queste osservazioni con voi e capire se avete notato cose simili a casa.»
- Il nome e i riferimenti del pediatra di base, come primo passo suggerito — non della NPIA direttamente, che potrebbe risultare allarmante.

Cosa NON fare in questo incontro: pronunciare parole come «autismo», «disturbo», «diagnosi». Non è il tuo ruolo. Il tuo ruolo è condividere osservazioni e aprire un percorso. Il percorso clinico appartiene ad altri.

PER APPROFONDIRE (TERZA) — Il percorso diagnostico in NPIA e il ruolo del documento educativo

La Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA) è la specialità medica che si occupa dei disturbi neurologici, neuropsicologici e psichiatrici in età evolutiva (0-18 anni). In Italia è strutturata nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e accessibile tramite il pediatra di base o, in molti contesti, anche con accesso diretto.

Nell'iter valutativo per un possibile disturbo del neurosviluppo (DSA, ADHD, autismo, disturbo del linguaggio, ecc.), il neuropsichiatra infantile o lo psicologo clinico conducono una valutazione multidimensionale che include: anamnesi con la famiglia, osservazione diretta del bambino, somministrazione di test standardizzati, e — molto spesso — richiesta di una relazione osservativa all'educatore o all'insegnante di riferimento. Questo documento educativo è parte integrante della valutazione clinica.

Una relazione educativa ben scritta — con osservazioni descrittive, datate, specifiche, e riferite a contesti diversi — fornisce al clinico informazioni che i test non possono dare: come il bambino si comporta nell'ambiente naturale, con i coetanei, nelle attività quotidiane. Questo è il contributo insostituibile dell'educatore al processo diagnostico. Riferimento normativo: Legge 170/2010 (DSA) e successivi decreti attuativi, che prevedono esplicitamente la segnalazione scolastica come parte del percorso diagnostico.

Fine della Parte Quarta

Avete completato la parte teorico-operativa della dispensa. Le sezioni che seguono — il Glossario e i Riferimenti bibliografici e normativi — sono strumenti di consultazione permanente per il lavoro in classe, per il tirocinio e, in futuro, per la pratica professionale.

GLOSSARIO ESSENZIALE

I termini chiave della dispensa

Attaccamento	Il legame affettivo primario che il bambino costruisce con le figure di accudimento principali nei primi anni di vita. Teorizzato da Bowlby (1969), si manifesta in pattern diversi (sicuro, ansioso-evitante, ansioso-ambivalente, disorganizzato) che influenzano il comportamento relazionale del bambino anche nella scuola dell'infanzia.
Continuità 0-6	Il principio pedagogico e normativo — introdotto dal D.Lgs. 65/2017 e rafforzato nelle Indicazioni Nazionali 2025 — che considera il percorso educativo dalla nascita ai sei anni come un continuum unitario, che include nidi, sezioni primavera e scuole dell'infanzia.
Gioco euristico	Approccio educativo elaborato da Elinor Goldschmied per bambini 12-24 mesi, che prevede l'esplorazione libera di oggetti di recupero (non giocattoli) per favorire la scoperta autonoma. I principi sottostanti — valorizzazione dell'esplorazione libera, materiali aperti, riduzione dell'intervento adulto — sono applicabili anche nella scuola dell'infanzia.
Gioco simbolico	La capacità del bambino di usare un oggetto, un gesto o una parola per rappresentare qualcosa di diverso da ciò che è. Conquista fondamentale dello stadio preoperatorio (Piaget). Il gioco del «fare finta di» è la sua manifestazione principale. La sua assenza dopo i 30 mesi è una red flag riconosciuta clinicamente.
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (OMS, 2001). Sistema di classificazione del funzionamento umano che considera la disabilità non come una caratteristica della persona ma come il risultato dell'interazione tra le condizioni di salute e i fattori contestuali (ambientali e personali). Citato nelle Indicazioni Nazionali 2025 come quadro di riferimento per la progettazione inclusiva.
Motricità fine	Il controllo preciso e coordinato dei movimenti delle mani, delle dita e del polso. Si sviluppa progressivamente tra 3 e 6 anni con la maturazione neurologica (mielinizzazione). È il bersaglio principale delle attività manipolative nella scuola dell'infanzia.
NPIA	Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza. Specialità medica che si occupa dei disturbi neurologici, neuropsicologici e psichiatrici in età evolutiva (0-18 anni). È il servizio clinico di riferimento per la valutazione e la presa in carico dei disturbi del neurosviluppo (autismo, ADHD, DSA, disturbi del linguaggio, ecc.).
Osservazione sistematica	Modalità di osservazione intenzionale, pianificata e documentata, distinta dall'osservazione occasionale. Presuppone un oggetto preciso di

	osservazione, un metodo di registrazione e una finalità professionale (progettazione, valutazione, segnalazione). Strumento fondamentale del lavoro educativo professionale.
Red flag	Letteralmente «bandiera rossa». Segnale comportamentale o di sviluppo che, se persistente e intenso, merita attenzione professionale e un possibile approfondimento clinico. Non è una diagnosi: è un'indicazione a osservare con più cura e, se necessario, a coinvolgere professionisti competenti.
Scaffolding	Letteralmente «impalcatura». Concetto elaborato da Jerome Bruner (1976) a partire dall'opera di Vygotskij. Descrive le strategie con cui l'adulto supporta il bambino nella sua zona di sviluppo prossimale: riduzione della difficoltà, dimostrazione, guida verbale, presenza rassicurante. L'impalcatura deve essere rimossa progressivamente man mano che il bambino acquisisce autonomia.
Stadio preoperatorio	Il secondo stadio dello sviluppo cognitivo identificato da Piaget (2-7 anni). Caratterizzato da pensiero simbolico, egocentrismo cognitivo, pensiero intuitivo e assenza di logica reversibile. Comprende l'intera fascia d'età della scuola dell'infanzia.
UDL	Universal Design for Learning (Progettazione Universale per l'Apprendimento). Framework didattico sviluppato dal CAST (Center for Applied Special Technology) che prevede la progettazione di ambienti e attività educative accessibili a tutti i bambini, a prescindere dalle loro caratteristiche individuali. Citato nelle Indicazioni Nazionali 2025 come riferimento per la didattica inclusiva.
Zona di sviluppo prossimale (ZSP)	Concetto elaborato da Vygotskij (1934). La distanza tra il livello di sviluppo attuale del bambino — ciò che sa fare da solo — e il livello di sviluppo potenziale — ciò che riesce a fare con il supporto di un adulto competente o di un pari più capace. È lo spazio in cui avviene lo sviluppo reale: né troppo facile (nessun apprendimento) né troppo difficile (frustrazione e blocco).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

TESTI CITATI E CONSIGLIATI

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S.** (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale (NJ).
- Bick, E.** (1964). *Notes on Infant Observation in Psycho-Analytic Training*. International Journal of Psycho-Analysis, 45, pp. 558-566.
- Bowlby, J.** (1969). *Attaccamento e perdita. Vol. I: L'attaccamento alla madre*. Boringhieri, Torino. (Trad. it. di Attachment and Loss, Vol. I, Basic Books, New York, 1969.)
- Bruner, J. S.** (1983). *Il linguaggio del bambino. Come il bambino impara ad usare il linguaggio*. Armando, Roma. (Ed. or.: Child's Talk: Learning to Use Language, Norton, New York, 1983.)
- Dewey, J.** (1949). *Esperienza e educazione*. La Nuova Italia, Firenze. (Trad. it. di Experience and Education, Kappa Delta Pi, 1938.)
- Edwards, C., Gandini, L., Forman, G. (a cura di)** (1993). *The Hundred Languages of Children: The Reggio Emilia Approach to Early Childhood Education*. Ablex Publishing, Norwood (NJ). (Trad. it.: I cento linguaggi dei bambini. L'approccio di Reggio Emilia all'educazione dell'infanzia, Junior, Azzano S. Paolo, 1995.)
- Goldschmied, E., Jackson, S.** (1994). *People Under Three: Young Children in Day Care*. Routledge, London. (Trad. it.: Persone da zero a tre anni, Junior, Azzano S. Paolo, 2004.)
- Montessori, M.** (1950). *La scoperta del bambino*. Garzanti, Milano.
- Piaget, J.** (1952). *La nascita dell'intelligenza nel bambino*. Giunti-Barbèra, Firenze. (Trad. it. di La naissance de l'intelligence chez l'enfant, Delachaux et Niestlé, 1936.)
- Piaget, J.** (1967). *Lo sviluppo mentale del bambino*. Einaudi, Torino. (Trad. it. di La psychologie de l'intelligence, Armand Colin, Paris, 1947.)
- Rinaldi, C.** (2009). *Il dialogo con Reggio Emilia. Ascoltare, ricercare e apprendere*. Reggio Children, Reggio Emilia.
- Schön, D. A.** (1993). *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Dedalo, Bari. (Trad. it. di The Reflective Practitioner, Basic Books, New York, 1983.)
- Vygotskij, L. S.** (1990). *Pensiero e linguaggio. Ricerche psicologiche*. Laterza, Roma-Bari. (Trad. it. dell'ed. curata da A. Kozulin, MIT Press, 1986, dall'originale russo del 1934.)
- Williams, M. P.** (1997). *Il metodo Tavistock di osservazione del bambino*. Borla, Roma.
- Wood, D., Bruner, J. S., Ross, G.** (1976). *The Role of Tutoring in Problem Solving*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 17, pp. 89-100.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- ONU (1989)**. Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, New York, 20 novembre 1989. Ratificata dall'Italia con Legge n. 176 del 27 maggio 1991. Art. 31: diritto al gioco.
- D.Lgs. 13 aprile 2017, n. 65**. Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita fino a sei anni. Definizione della figura dell'educatore dei servizi educativi per l'infanzia.
- D.M. 22 novembre 2021**. Linee pedagogiche per il sistema integrato zero-sei. Ministero dell'Istruzione.
- D.M. 9 dicembre 2025, n. 221**. Regolamento recante indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione. Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 21 del 27 gennaio 2026. Entrata in vigore: 11 febbraio 2026. Applicazione piena: anno scolastico 2026/2027.
- Legge 8 ottobre 2010, n. 170**. Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico. Prevede la segnalazione scolastica come parte del percorso diagnostico dei DSA.
- OMS (2001)**. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization, Ginevra.

Nota all'uso di questa dispensa

Questa dispensa è uno strumento di formazione professionale, non un manuale esaustivo. Le teorie e gli autori citati sono punti di ingresso verso una letteratura molto più ampia: il

riferimento alle opere originali — ove possibile — è sempre preferibile alla consultazione di sintesi secondarie.

I riferimenti normativi sono aggiornati a febbraio 2026. La normativa in materia di istruzione e servizi educativi è soggetta ad aggiornamenti: verificate sempre la versione vigente prima di citare una norma in un documento professionale.

Docente: Prof. Salvatore Picconi | IIS Meucci-Mattei, sede di Decimomannu | a.s. 2025/2026