

Pedagogia dell’Inclusione nelle patologie neuro e psicomotorie

di Marco Paolo Dellabianca, testo aggiornato al gennaio 2026

Indice:

Cap. 1) Riferimenti normativi per definire le basi pedagogiche dell’orientamento inclusivo

1. Convenzione ONU pag. 1
2. Linee guida del 2009
3. Dalla L. 107/15 ai suoi Decreti delegati
4. L’accomodamento ragionevole

Cap. 2) L’osservazione per l’inclusione secondo l’ICF pag. 8

1. L’osservazione per l’inclusione
2. L’osservazione nel PEI
3. Le patologie neuro e psicomotorie

Cap. 3) L’osservazione per l’inclusione nelle patologie neuro e psicomotorie pag. 13

1. L’osservazione nelle patologie neuromotorie
2. L’osservazione nelle patologie neuropsicologiche
3. L’osservazione nelle patologie psicomotorie
4. L’osservazione non specialistica del disabile motorio

Bibliografia di riferimento

Cap. 1) Riferimenti normativi per definire le basi pedagogiche dell’orientamento inclusivo

1. Convenzione ONU

Come abbiamo visto nel § 8 a pag. n. 30 del testo “*Dall’inserimento selvaggio all’inclusione scolastica dei disabili nella normativa pedagogica (a giugno 2024)*”¹, alla fine di un lungo percorso di presa di coscienza sul significato socio culturale che viene più o meno esplicitamente determinato dalla modalità di accesso alla diagnosi di disabilità e alle sue conseguenze pratiche e valoriali, col passaggio da una concezione sanitaria ad una più chiaramente sociale, si è giunti a condividere internazionalmente il nuovo strumento definito dall’ICF nel quadro della prospettiva inclusiva per i disabili in generale e in particolare per quelli in età evolutiva (scolastica).

Su un’analoga prospettiva, almeno per molti autorevoli commentatori, era già stata preventivamente e specificamente avviata la scuola italiana fin dagli anni ’70 del secolo scorso, seppur secondo il concetto della “*Integrazione*” dei disabili nelle classi ordinarie e pur nell’ambito dell’orientamento pedagogico della “*Individualizzazione dei percorsi*

¹Testo che si trova nella Cartella Pedagogia speciale in Testi scaricabili dello scrivente in <https://docente.unife.it/marcopao.lo.dellabianca/testi>

educativo-didattici"; oggi, invece, nella scuola dell'autonomia questa prospettiva si può declinare secondo il concetto della "Inclusione" e nell'ambito dell'orientamento pedagogico della "Personalizzazione"².

Si deve ricordare, comunque, che al fine dell'attuazione del dettato costituzionale, nella normativa statale sull'istruzione e sulla formazione di tutti gli scolari italiani, sempre per molti commentatori, non si siano definiti che nebulosamente i "Livelli essenziali delle prestazioni"³, talché le differenze tra le istituzioni scolastiche autonome possono viepiù aumentare anziché ridursi, nonostante l'opera tendenzialmente omologatrice dell'Invalsi e dell'Indire. Ma per i disabili i LEP sono invece ormai abbastanza chiaramente definiti da una cascata di dispositivi normativi.

I primi elementi da considerare sono indicati (con abbondanza di riferimenti ad altri articoli) dall'art. 24 concernente l'Educazione della convenzione ONU sui diritti dei disabili, recepita in Italia con L. n. 18 del 3 marzo 2009, che dice:

"1. Gli Stati Parti riconoscono il diritto all'istruzione delle persone con disabilità. Allo scopo di realizzare tale diritto senza discriminazioni e su base di pari opportunità, gli Stati Parti garantiscono un sistema di istruzione inclusivo a tutti i livelli ed un apprendimento continuo lungo tutto l'arco della vita, finalizzati:

- (a) *al pieno sviluppo del potenziale umano, del senso di dignità e dell'autostima ed al rafforzamento del rispetto dei diritti umani, delle libertà fondamentali e della diversità umana;*
- (b) *allo sviluppo, da parte delle persone con disabilità, della propria personalità, dei talenti e della creatività, come pure delle proprie abilità fisiche e mentali, sino alle loro massime potenzialità;*
- (c) *a porre le persone con disabilità in condizione di partecipare effettivamente a una società libera.*

2. Nell'attuazione di tale diritto, gli Stati Parti devono assicurare che:

- (a) *le persone con disabilità non siano escluse dal sistema di istruzione generale in ragione della disabilità e che i minori con disabilità non siano esclusi in ragione della disabilità da una istruzione primaria gratuita libera ed obbligatoria o dall'istruzione secondaria;*
- (b) *le persone con disabilità possano accedere su base di uguaglianza con gli altri, all'interno delle comunità in cui vivono, ad un'istruzione primaria, di qualità e libera ed all'istruzione secondaria;*
- (c) *venga fornito un accomodamento ragionevole in funzione dei bisogni di ciascuno;*
- (d) *le persone con disabilità ricevano il sostegno necessario, all'interno del sistema educativo generale, al fine di agevolare la loro effettiva istruzione;*
- (e) *siano fornite efficaci misure di sostegno personalizzato in ambienti che ottimizzino il progresso scolastico e la socializzazione, conformemente all'obiettivo della piena integrazione.*

3. Gli Stati Parti offrono alle persone con disabilità la possibilità di acquisire le competenze pratiche e sociali necessarie in modo da facilitare la loro piena ed uguale partecipazione al sistema di istruzione ed alla vita della comunità. A questo scopo, gli Stati Parti adottano misure adeguate, in particolare al fine di:

- (a) *agevolare l'apprendimento del Braille, della scrittura alternativa, delle modalità, mezzi, forme e sistemi di comunicazione aumentativi ed alternativi, delle capacità di orientamento e di mobilità ed agevolare il sostegno tra pari ed attraverso un mentore;*
- (b) *agevolare l'apprendimento della lingua dei segni e la promozione dell'identità linguistica della comunità dei sordi;*
- (c) *garantire che le persone cieche, sorde o sordo-cieche, ed in particolare i minori, ricevano un'istruzione impartita nei linguaggi, nelle modalità e con i mezzi di comunicazione più adeguati per ciascuno ed in ambienti che ottimizzino il progresso scolastico e la socializzazione.*

4. Allo scopo di facilitare l'esercizio di tale diritto, gli Stati Parti adottano misure adeguate nell'impiegare insegnanti, ivi compresi insegnanti con disabilità, che siano qualificati nella lingua dei segni o nel Braille e per formare i dirigenti ed il personale che lavora a tutti i livelli del sistema educativo. Tale formazione dovrà includere la consapevolezza della disabilità e l'utilizzo di

² Per questi concetti pedagogici consultare il testo appena citato da pag. 8 a pag. 11

³ Presenti dichiaratamente nelle Indicazioni di Bertagna del 2004 e 2005, ma poi scardinate dai "cacciavite" di Fioroni e solo pallidamente riedite nei "Traguardi" e negli "Obiettivi" delle vigenti

appropriate modalità, mezzi, forme e sistemi di comunicazione aumentativi ed alternativi, e di tecniche e materiali didattici adatti alle persone con disabilità.

5. Gli Stati Parti garantiscono che le persone con disabilità possano avere accesso all'istruzione secondaria superiore, alla formazione professionale, all'istruzione per adulti ed all'apprendimento continuo lungo tutto l'arco della vita senza discriminazioni e su base di uguaglianza con gli altri. A questo scopo, gli Stati Parti garantiscono che sia fornito alle persone con disabilità un accomodamento ragionevole".

Se, dunque, si analizzano bene le dimensioni inclusive proposte, quei commentatori che ritenevano di essere già sulla strada giusta anche per l'inclusione, pur con qualche aggiustamento, sembra allo scrivente che non avessero poi così torto.

3

2. Linee guida del 2009

Il recepimento in prima istanza della convenzione è stato attuato con notevole rapidità dal MIUR attraverso le linee guida dell'agosto 2009 che, tra l'altro, affermano in apertura:

"L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità è un processo irreversibile, e proprio per questo non può adagiarsi su pratiche disimpegnate che svuotano il senso pedagogico, culturale e sociale dell'integrazione trasformandola da un processo di crescita per gli alunni con disabilità e per i loro compagni a una procedura solamente attenta alla correttezza formale degli adempimenti burocratici. Dietro alla "coraggiosa" scelta della scuola italiana di aprire le classi normali affinché diventassero effettivamente e per tutti "comuni", c'è una concezione alta tanto dell'istruzione quanto della persona umana, che trova nell'educazione il momento prioritario del proprio sviluppo e della propria maturazione.

Crescere è tuttavia un avvenimento individuale che affonda le sue radici nei rapporti con gli altri e non si può parlare di sviluppo del potenziale umano o di centralità della persona considerandola avulsa da un sistema di relazioni la cui qualità e la cui ricchezza è il patrimonio fondamentale della crescita di ognuno. La scuola è una comunità educante, che accoglie ogni alunno nello sforzo quotidiano di costruire condizioni relazionali e situazioni pedagogiche tali da consentirne il massimo sviluppo. Una scuola non solo per sapere dunque ma anche per crescere, attraverso l'acquisizione di conoscenze, competenze, abilità, autonomia, nei margini delle capacità individuali, mediante interventi specifici da attuare sullo sfondo costante e imprescindibile dell'istruzione e della socializzazione.

In questo senso si configura la norma costituzionale del diritto allo studio, interpretata alla luce della legge 59/1997 e del DPR 275/1999, da intendersi quindi come tutela soggettiva affinché le istituzioni scolastiche, nella loro autonomia funzionale e flessibilità organizzativa, predispongano le condizioni e realizzino le attività utili al raggiungimento del successo formativo di tutti gli alunni."

Secondo queste considerazioni, dunque, il processo integrativo avviato dalle Leggi 118/71 e 517/77 proseguiva con piena consapevolezza secondo il quadro operativo definito dalla Legge 104/92 e dall'Atto d'indirizzo del 24/02/94, pur nel cambiamento istituzionale dettato dalla norma sull'autonomia funzionale delle scuole⁴. E conseguentemente a tal fine le Linee guida dispongono un'accurata sintesi sui principi generali, individuabili tanto nell'ordinamento italiano quanto in quello internazionale, concernenti l'integrazione scolastica, alla cui conclusione propongono il cambiamento di orientamento attuato nella concezione della disabilità, raccolta dalla Convenzione al punto e) del Preambolo, dove si afferma:

⁴ Per consultare le norme già indicate e quelle che seguiranno cfr. sempre nella Cartella Pedagogia speciale in Testi scaricabili di <https://docente.unife.it/marcopao.lo.dellabiancia/testi> l'ipertesto: 4 Quadro delle norme e dei testi legislativi che riguardano l'integrazione e l'inclusione

“Riconoscendo che la disabilità è un concetto in evoluzione e che la disabilità è il risultato dell’interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri”.

Si prende atto, dunque, che in tale documento internazionale è stato affermato il *“modello sociale della disabilità”* contro quello sanitario che aveva orientato l’integrazione dei disabili in Italia fin dall’inserimento nelle classi ordinarie, espresso nell’ICD prima del 1980 e nell’ICIDH dopo il 1980, quali Classificazioni internazionali delle disabilità anch’esse elaborate dall’OMS. Per questo nuovo modello la disabilità, infatti, è dovuta all’interazione fra il deficit di funzionamento della persona e il contesto sociale che, perciò, assume carattere determinante per definire il grado della Qualità della Vita delle persone in condizione di disabilità. Naturalmente tutto ciò vale a dire che siamo noi, gente normale, a privare delle possibilità di una partecipazione sociale paritaria i disabili in generale e, nei disabili in età evolutiva, in particolare a ledere le possibilità di uno sviluppo pieno e in condizioni di uguaglianza con gli altri delle varie opportunità offerte dalla vita.

Questo orientamento era già emerso chiaramente, infatti, mediante un nuovo strumento che sostituiva l’ICD e l’ICIDH all’inizio del nuovo millennio: l’ICF⁵. In questo nuovo congegno predisposto dall’OMS in affiancamento all’ICD 10, le sequenze concettuali (causative) della disabilità indicate nei precedenti (per il primo dall’EZIOLOGIA, alla PATOLOGIA e poi alla MANIFESTAZIONE CLINICA; per il secondo dalla MALATTIA O DISTURBO, alla MENOMAZIONE, alla DISABILITÀ e poi all’HANDICAP) sono stati recepiti in forma sistematica secondo un quadro differente, dove si evidenzia l’ATTIVITÀ (determinata da CONDIZIONI DI SALUTE e PARTECIPAZIONE SOCIALE) come risultato di una complessa interazione tra i FATTORI CONTESTUALI AMBIENTALI E PERSONALI.

Nel nuovo modello, dunque, assume valore prioritario il contesto i cui molteplici elementi possono essere qualificati come *“barriere”*, qualora ostacolino l’attività e la partecipazione della persona, o *“facilitatori”*, nel caso in cui, invece, favoriscano tali attività e la partecipazione sociale. Ma non si può non notare come nell’ICF-CY, ovvero nella Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute versione per bambini e adolescenti⁶, quei fattori che si configurano come potenzialità (i fattori personali), pur citati nel sistema, tuttavia non vengono di fatto analizzati, mentre vengono ampiamente discussi tutti i possibili fattori ambientali (sia strutturali che delle persone circostanti), ponendo tutte le cause di mancata partecipazione nell’ambiente e negli altri soggetti. Nella scuola ciò è molto limitante, perché la formazione è decisamente rivolta, invece, verso le potenzialità delle persone.

Mentre nell’ICF-CY i fattori ambientali:

“si riferiscono a tutti gli aspetti del mondo esterno ed estrinseco che formano il contesto della vita di un individuo e, come tali hanno un impatto sul funzionamento della persona”,

i fattori personali sono:

“fattori contestuali correlati all’individuo quali l’età, il sesso, la classe sociale, le esperienze di vita e così via, che non sono attualmente classificati nell’ICF, ma che gli utilizzatori possono inserire nelle loro applicazioni della classificazione”, ovvero *“la forma fisica, lo stile di vita, le abitudini, l’educazione ricevuta, le capacità di adattamento, il background sociale, l’istruzione, la*

⁵ Per chiarimenti e approfondimenti cfr. la seconda parte del § 8 del testo citato alla nota 1

⁶ Cfr ICF-CY, Edizioni Erickson, 2008 Gardolo(TN)

*professione e l'esperienza passata e attuale, modelli di comportamento generali e stili caratteriali che possono giocare un certo ruolo nella disabilità a qualsiasi livello*⁷.

Ebbene, da queste dichiarazioni emerge che era perfettamente chiaro agli estensori come i fattori personali siano comunque determinanti nel definire l'influsso dei fattori ambientali sull'attività del disabile, tuttavia altre considerazioni, che lasciamo intuire al lettore, li hanno altrettanto chiaramente portati a scegliere di percorrere la via diversa nell'accentuare il peso di quest'ultimi, definendoli accuratamente, e tralasciando invece del tutto i primi, con l'effetto di renderli all'approccio pratico del tutto insignificanti.

3. Dalla Legge 107/15 ai suoi Decreti delegati

Dopo questo primo recepimento, l'istituzione scolastica ha ritenuto necessario evolvere verso un'attuazione della Convenzione più radicale e così con la legge di riforma della scuola chiamata "della Buona scuola" si sono date queste disposizioni agli articoli:

180. "Il Governo è delegato ad adottare, entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di provvedere al riordino, alla semplificazione e alla codificazione delle disposizioni legislative in materia di istruzione, anche in coordinamento con le disposizioni di cui alla presente legge".

181. "I decreti legislativi di cui al comma 180 sono adottati nel rispetto dei principi e criteri direttivi di cui all'articolo 20 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e successive modificazioni, nonché dei seguenti: [...]

c) promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità e riconoscimento delle differenti modalità di comunicazione attraverso:

1) la ridefinizione del ruolo del personale docente di sostegno al fine di favorire l'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, anche attraverso l'istituzione di appositi percorsi di formazione universitaria;

2) la revisione dei criteri di inserimento nei ruoli per il sostegno didattico, al fine di garantire la continuità del diritto allo studio degli alunni con disabilità, in modo da rendere possibile allo studente di fruire dello stesso insegnante di sostegno per l'intero ordine o grado di istruzione;

3) l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni scolastiche, sanitarie e sociali, tenuto conto dei diversi livelli di competenza istituzionale;

4) la previsione di indicatori per l'autovalutazione e la valutazione dell'inclusione scolastica;

5) la revisione delle modalità e dei criteri relativi alla certificazione, che deve essere volta a individuare le abilità residue al fine di poterle sviluppare attraverso percorsi individuati di concerto con tutti gli specialisti di strutture pubbliche, private o convenzionate che seguono gli alunni riconosciuti disabili ai sensi degli articoli 3 e 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e della legge 8 ottobre 2010, n. 170, che partecipano ai gruppi di lavoro per l'integrazione e l'inclusione o agli incontri informali;

6) la revisione e la razionalizzazione degli organismi operanti a livello territoriale per il supporto all'inclusione;

7) la previsione dell'obbligo di formazione iniziale e in servizio per i dirigenti scolastici e per i docenti sugli aspetti pedagogico-didattici e organizzativi dell'integrazione scolastica;

8) la previsione dell'obbligo di formazione in servizio per il personale amministrativo, tecnico e ausiliario, rispetto alle specifiche competenze, sull'assistenza di base e sugli aspetti organizzativi ed educativo-relazionali relativi al processo di integrazione scolastica;

9) la previsione della garanzia dell'istruzione domiciliare per gli alunni che si trovano nelle condizioni di cui all'articolo 12, comma 9, della legge 5 febbraio 1992, n. 104"⁸

⁷ Da ICF-CY, Op cit. a pag. 213 e a pag. 43

⁸ Tratto dal testo della Legge 13 luglio 2015, n. 107. Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti

In tal senso il Ministero predispose prima il D. delegato 66/17 e poi il D. delegato 96/19 di modifica del 66 che a sua volta modificava la Legge 104/92. Il secondo decreto mette a sistema con più cura le diverse parziali modifiche predisposte dal primo, oltre a rendere ininfluente la funzione di un gruppo di lavoro (il GIT) che prima, raccogliendo l'eredità del vecchio gruppo di lavoro del provveditorato (quando esistevano i Provveditorati agli studi a capo di ciascuna Provincia italiana), aveva la potestà di influire sulla determinazione del carico di sostegno da assegnare per ciascun allievo disabile, proponendone motivatamente l'entità al Provveditore, mentre ora funge da passacarte.

Tuttavia la vera differenziazione dichiarata e palese con il testo della 104 risedeva nella definizione (massimamente indeterminata) dell'inclusione e nell'introduzione di una nuova certificazione per l'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica e conseguentemente del Profilo di funzionamento, PF da redigersi in sede sanitaria, al posto della diagnosi funzionale, DF, e del profilo dinamico funzionale, PDF che si redigeva in sede scolastica, e che fino ad allora erano stati i pilasti del PEI. C'era tuttavia anche un'importante variazione, non così palese e non così dichiarata: mentre al comma 3 dell'articolo 12 nella 104 si diceva che:

"L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione"

Al punto c) dell'articolo 7 del DLgs. 66/17, tenuto conto del fatto che l'inclusione dei disabili si concretizza nella predisposizione e attuazione del PEI, si dice:

"Il PEI di cui all'articolo 12, comma 5, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, come modificato dal presente decreto: [...] c) individua strumenti, strategie e modalità per realizzare un ambiente di apprendimento nelle dimensioni della relazione, della socializzazione, della comunicazione, dell'interazione, dell'orientamento e delle autonomie" [...]

Da ciò si desume ulteriormente, dopo la defenestrazione dei fattori personali, che l'inclusione scolastica non ha più come fine lo sviluppo delle potenzialità del disabile nell'apprendimento, ovvero in ciò che è più peculiare del fine della scuola (almeno fino a quando si diede avvio all'integrazione dei disabili nelle classi ordinarie), ma nella relazione, socializzazione, comunicazione, interazione, orientamento e autonomia, tramite la costruzione di un ambiente adatto per un tale apprendimento. Ovvero non per apprendere, ma per socializzare, con buona pace di tutti gli altri allievi e studenti, ma poi neanche tanto, dal momento che tra DSA e BES metà degli scolari sono in questa condizione inclusiva, a tal punto che U. Galimberti ha potuto dire che la scuola italiana è come una clinica psichiatrica.

4. L'accomodamento ragionevole

Rimane la questione dell'accomodamento ragionevole, ma anch'esso dopo le norme delegate dalla Legge 22 dicembre 2021, n. 227, appare ormai chiaro: dal Decreto legislativo 3 maggio 2024 , n. 62 su Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato, sappiamo che:

"Art. 17. Accomodamento ragionevole

1. Al fine di riconoscere l'accomodamento ragionevole e predisporre misure idonee per il suo effettivo esercizio, alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, dopo l'articolo 5 è inserito il seguente:

«Art. 5 -bis (Accomodamento ragionevole). —

1. Nei casi in cui l'applicazione delle disposizioni di legge non garantisca alle persone con disabilità il godimento e l'effettivo e tempestivo esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali, l'accomodamento ragionevole, ai sensi dell'articolo 2 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006, individua le misure e gli adattamenti necessari, pertinenti, appropriati e adeguati, che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo al soggetto obbligato.
2. L'accomodamento ragionevole è attivato in via sussidiaria e non sostituisce né limita il diritto al pieno accesso alle prestazioni, ai servizi e ai sostegni riconosciuti dalla legislazione vigente.
3. La persona con disabilità, l'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, il tutore ovvero l'amministratore di sostegno se dotato dei poteri ha la facoltà di richiedere, con apposita istanza scritta, alla pubblica amministrazione, ai concessionari di pubblici servizi e ai soggetti privati l'adozione di un accomodamento ragionevole, anche formulando una proposta.
4. La persona con disabilità e il richiedente di cui al comma 3, se diverso, partecipano al procedimento relativo all'individuazione dell'accomodamento ragionevole.
5. L'accomodamento ragionevole deve risultare necessario, adeguato, pertinente e appropriato rispetto all'entità della tutela da accordare e alle condizioni di contesto nel caso concreto, nonché compatibile con le risorse effettivamente disponibili allo scopo.
6. Nella valutazione dell'istanza di accomodamento ragionevole deve essere previamente verificata la possibilità di accoglimento della proposta eventualmente presentata dal richiedente ai sensi del comma 3.
7. La pubblica amministrazione nel provvedimento finale tiene conto delle esigenze della persona con disabilità anche attraverso gli incontri personalizzati e conclude il procedimento con diniego motivato, ove non sia possibile accordare l'accomodamento ragionevole proposto, con l'indicazione dell'accomodamento secondo i principi di cui al comma 5.
8. Avverso il diniego motivato di accomodamento ragionevole da parte della pubblica amministrazione, oppure nei casi di cui al comma 7, è ammesso ricorso ai sensi degli articoli 3 e 4 della legge 1° marzo 2006, n. 67.
9. Resta salva, ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo 5 febbraio 2024, n. 20, la facoltà dell'istante e delle associazioni legittime ad agire ai sensi dell'articolo 4 della legge n. 67 del 2006, di chiedere all'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità di verificare la discriminazione per rifiuto di accomodamento ragionevole da parte della pubblica amministrazione e anche di formulare una proposta di accomodamento ragionevole.
10. Nel caso di rifiuto da parte di un concessionario di pubblico servizio dell'accomodamento ragionevole, richiesto ai sensi del comma 3, l'istante e le associazioni legittime ad agire ai sensi dell'articolo 4 della legge n. 67 del 2006, ferma restando la facoltà di agire in giudizio ai sensi dell'articolo 3 della medesima legge, possono chiedere all'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità di verificare la discriminazione per rifiuto di accomodamento ragionevole proponendo o chiedendo, anche attraverso l'autorità di settore o di vigilanza, accomodamenti ragionevoli idonei a superare le criticità riscontrate.
11. Nel caso di rifiuto da parte di un soggetto privato dell'accomodamento ragionevole, richiesto ai sensi del comma 3, l'istante e le associazioni legittime ad agire ai sensi dell'articolo 4 della legge n. 67 del 2006, ferma restando la facoltà di agire in giudizio ai sensi della medesima legge, possono chiedere all'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità di verificare la discriminazione di rifiuto di accomodamento ragionevole.
12. All'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.»”

Accertato, dunque, che la PA (la scuola in questo caso) deve assicurare tutto ciò che è previsto a norma della legge e della sua proceduralizzazione, l'accomodamento ragionevole è in testa al disabile che non gradisce la soluzione, pur rispettosa alla lettera della norma, e perciò con tale dispositivo può proporre soluzioni alternative a lui più gradite. La scuola comunque, dopo aver predisposto tutte le occorrenze previste dalla

norma vigente, deve rispondere anche della eventuale mancata accoglienza dell'accomodamento ragionevole.

Cap. 2) L'osservazione per l'inclusione secondo l'ICF

1. L'osservazione per l'inclusione

Fin dal primo apprezzamento dell'ICF al fine dell'inclusione sociale in generale (col Progetto individuale) e scolastica in particolare (col PEI), i commentatori misero in rilievo l'importanza dell'osservazione della persona in situazione di disabilità, onde trarne le necessarie conseguenze operative nella progettazione dell'inclusione medesima. Al proposito, si legga l'approccio di Cottini (tenendo presente che i riferimenti sono ancora quelli esistenti prima della Legge sulla Buona scuola e di tutti i suoi decreti delegati):

[...] “la novità più rilevante introdotta dall'ICF riguarda il fatto che il funzionamento e la disabilità della persona sono concepiti come una complessa interazione tra le condizioni di salute e i fattori contestuali (ambientali e personali), relativamente all'attività concreta dell'individuo e alla sua possibilità di partecipazione alla vita sociale. Viene superato, in questo modo, il modello di riferimento che tendeva ad enfatizzare in maniera preponderante la dimensione biomedica nel concetto di salute, per assurgere ad una interpretazione che assegna il giusto ruolo anche alle componenti psicosociali.

Da questa impostazione dovrebbe derivare una immediata ripercussione sulle modalità di delineazione della diagnosi funzionale (DF). Non si tratta di individuare soltanto gli elementi di rilevanza clinica connessi al deficit, ma di conoscere la persona, con l'attenzione rivolta in maniera particolare alle sue potenzialità e alle sue risorse. Di conseguenza, se l'individuazione delle condizioni correlate alla salute scaturisce dal rapporto sistematico individuo-ambiente, allora il compito di valutarle non può essere assegnato solo alla professionalità sanitaria, ma deve coinvolgere un insieme sinergico di punti di vista, tra cui quello della famiglia, della scuola e dell'extrascuola, senza dimenticare, quando possibile, quello dell'individuo stesso (Pavone, 2002).

[...] Innanzitutto, l'attenzione viene focalizzata eccessivamente su quanto il bambino non sa fare, piuttosto che sulle abilità possedute o potenziali, con un approccio essenzialmente medico e poco educativo. Oltre ciò, si registra sovente una mancanza di dialogo tra la componente clinico-riabilitativa (gli specialisti medici o psicologi, i tecnici della riabilitazione), quella pedagogica (gli insegnanti e gli educatori in genere) e la famiglia, con nefasta incidenza su tutto il successivo processo d'integrazione.

La conseguenza di ciò è, spesso, un atto poco “funzionale”, che non fornisce indicazioni operative chiare ed utili per programmare le attività educative. Il forte richiamo che scaturisce dall'ICF ad una impostazione interdisciplinare e multidisciplinare della valutazione, con una logica circolare e non lineare, deve necessariamente portare a ribadire con forza la necessità di una

revisione dell'Atto di indirizzo del febbraio 1994, già sollecitata in varie occasioni (Cottini, 2002c, 2003a).⁹

Questa particolare attenzione, infatti, prende corpo in seguito nelle normative concernenti la progettazione del PEI. Così dal Decreto Interministeriale 182/20, dopo la descrizione del GLO, sono stati trattati questi temi (qui riportati in sintesi):

"Indicazioni relative al raccordo tra il PEI e il Progetto Individuale, per cui, nel caso che il Progetto Individuale sia stato già redatto, al momento della predisposizione del PEI, è necessario riportare una sintesi dei contenuti e aggiungere informazioni sulle modalità di coordinamento e interazione con il PEI."

Quadro informativo: il PEI prevede un "Quadro informativo" redatto a cura dei genitori o esercenti la responsabilità genitoriale ovvero di altri componenti del GLO esterni all'istituzione scolastica, relativo alla situazione familiare e alla descrizione dell'alunno con disabilità. Nella scuola secondaria di secondo grado, uno specifico spazio è dedicato alla descrizione di sé dello studente, attraverso interviste o colloqui.

Osservazione: Al fine di individuare i punti di forza sui quali costruire gli interventi educativi e didattici, la progettazione è preceduta da attività di osservazione sistematica sull'alunno, compito affidato a tutti i docenti della sezione e della classe. Osservazione e conseguente elaborazione degli interventi per l'alunno tengono conto e si articolano nelle dimensioni:
 a. della relazione, dell'interazione e della socializzazione
 b. la dimensione della comunicazione e del linguaggio
 c. la dimensione dell'autonomia e dell'orientamento
 d. la dimensione cognitiva, neuropsicologica e dell'apprendimento
 dove individuare obiettivi ed esiti attesi; interventi didattici e metodologici, articolati in attività e strategie e strumenti.

Per cui sono condotte dai docenti osservazioni nel contesto scolastico con indicazione delle barriere e dei facilitatori a seguito dell'osservazione sistematica dell'alunno con disabilità e della classe, avendo cura, nella scuola secondaria di secondo grado, di tener conto delle indicazioni fornite dallo studente, e sono conseguentemente indicati obiettivi didattici, strumenti, strategie e modalità per realizzare un ambiente di apprendimento inclusivo, anche sulla base degli interventi di corresponsabilità educativa intrapresi dall'intera comunità scolastica per il soddisfacimento dei bisogni educativi individuati e di indicazioni dello studente con disabilità. Particolare cura è rivolta allo sviluppo di "processi decisionali supportati", ai sensi della Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità.¹⁰

Nelle Linee guida indicate al Decreto, tutt'ora vigenti, poi se ne specifica meglio ancora il senso con questi argomenti (qui riportati in sintesi):

Profilo della progettazione: dopo il quadro della sezione 1, i modelli di nuovo PEI prevedono che il GLO definisca una sintesi descrittiva degli elementi generali desunti dal PF (o dalla DF e comunque definiti dalla unità di valutazione multidisciplinare sanitaria) sui quali si imposta il percorso programmatico della scuola nei quadri della sezione 2: uno per la sintesi descrittiva e uno per la classificazione secondo 4 raggruppamenti di dimensioni funzionali alla individuazione di obiettivi didattici individualizzati e personalizzati). Poi, dopo la sezione 3, tutti i docenti procedono nella sezione 4 all'osservazione dei punti di forza su cui definire i propri interventi didattici (in definitiva dopo aver definito le carenze desunte dal quadro della Sanità, ora si individuano le capacità residue su cui fare leva per produrre l'apprendimento) procedendo

⁹ Tratto da: L. Cottini (2004). *Didattica speciale e integrazione scolastica*, Carocci, Roma, passim dal I cap.

¹⁰ Tratto dal D. Interministeriale 182/20, passim

differenziatamente per ordine di scuola, da definire nella sezione 5 sempre in ordine alle 4 dimensioni già determinate”¹¹

2. L’osservazione nel PEI

Il nuovo Decreto interministeriale che da ultimo ha ripreso la materia, il D. I. 153/23, in relazione all’osservazione non ha apportato fondamentali modifiche al precedente, salvo precisare che:

“I “Domini” richiamati nelle Linee guida per la redazione della certificazione di disabilità in età evolutiva ai fini dell’inclusione scolastica e del profilo di funzionamento, adottate con decreto interministeriale del 14 settembre 2022, già indicati nella legge n. 104 del 1992, corrispondono alle “Dimensioni” di cui al presente articolo, come di seguito riportato¹² (non mancando di notare come anche in questo caso l’apprendimento sia declinato nella comunicazione):

<i>Verbale di accertamento / Profilo di Funzionamento</i>	<i>PEI - Piano Educativo Individualizzato</i>
<i>Dominio</i>	<i>Dimensione</i>
<i>Apprendimento</i>	<i>Comunicazione Cognitiva, Neuropsicologica e dell’Apprendimento</i>
<i>Comunicazione</i>	<i>Comunicazione / Linguaggio</i>
<i>Relazioni e Socializzazione</i>	<i>Relazione / Interazione / Socializzazione</i>
<i>Autonomia Personale e Sociale</i>	<i>Autonomia / Orientamento”</i>

Così si è giunti al modello definitivo di nuovo PEI che, in recepimento di tutto ciò che abbiamo fin qui indicato, promuove praticamente le varie forme di osservazione (intesa come descrizione per la verifica su cui poi esercitare la valutazione non scolastica, ma del GLO¹³) mediante spazi e griglie sul modello nazionale differenziato per livello di scuola. Per cui abbiamo un modello per la scuola dell’infanzia, uno per la scuola primaria, uno per la scuola secondaria di I grado e uno per la scuola secondaria di II grado.

In tutte le versioni, tuttavia, si evidenziano i seguenti quadri:

1. Quadro informativo (Situazione familiare / descrizione del bambino o della bambina, dell’alunno/a, dello Studente o della Studentessa. A cura dei genitori o esercenti la responsabilità genitoriale ovvero di altri componenti del GLO)

2. Elementi generali desunti dal Profilo di Funzionamento o dalla Diagnosi Funzionale, se non disponibile. (Sintetica descrizione, considerando in particolare le dimensioni sulle quali va previsto l’intervento e che andranno quindi analizzate nel presente PEI)

¹¹ Tratto dalle Linee guida concernenti la definizione delle modalità, anche tenuto conto dell’accertamento di cui all’articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per l’assegnazione delle misure di sostegno di cui all’articolo 7 del D.Lgs 66/2017 e il modello di PEI, da adottare da parte delle istituzioni scolastiche, passim

¹² Tratto dal D. Interministeriale 153/23, passim

¹³ Per la concettualizzazione di verifica e valutazione cfr. il testo in nota 1, pag. 6 a pag. 8 tenendo presente che per il disabile sono differenziate la valutazione scolastica a carico del consiglio di classe o di interclasse e la valutazione del progetto d’inclusione a carico del GLO

3. Raccordo con il Progetto Individuale (Sintesi dei contenuti del Progetto Individuale e sue modalità di coordinamento e interazione con il presente PEI, tenendo conto delle considerazioni della famiglia, se il progetto individuale è stato già redatto)

4. Osservazioni sul/sulla bambino/a, sull'alunno/a, sullo studente/essa per progettare gli interventi di sostegno didattico (Punti di forza sui quali costruire gli interventi educativi e didattici in relazione a:

- a. Dimensione della relazione, dell'interazione e della socializzazione;
- b. Dimensione della comunicazione e del linguaggio;
- c. Dimensione dell'autonomia e dell'orientamento;
- d. Dimensione cognitiva, neuropsicologica e dell'apprendimento)

Certamente l'osservazione più specifica sulla dimensione motoria, per il settore neuro e psicomotorio, va collocata nella dimensione dell'autonomia, anche se per i più piccoli sono ampiamente interessati altri settori; ad essa, tuttavia, si giunge dopo un ampio processo ricognitivo che indulge nell'osservazione plessa e attuale della famiglia e degli organi preposti al PF (o in assenza di questo, ancora alla DF e al PDF) e al Progetto individuale (se richiesto e compilato). Questa cascata di forme descrittive permette di apprezzare la condizione dei soggetti in modo veramente totale e così di evitare incomprensioni ed errori nella progettazione del PEI.

3. Le patologie neuro e psicomotorie

Alla luce di quanto fin qui indicato, per attuare un'osservazione precisa e puntuale, si deve considerare ora come le patologie neuro e psicomotorie si differenzino e quanto, invece, mantengano in comune. In prima istanza si può considerare che, in base ad una "Semiotica neuro e psicomotoria"¹⁴ minimamente evoluta rispetto all'osservazione ingenua dell'operatore (docente) non specialista, si possono rimarcare tre distinte situazioni seguendo la proposta di G. B. Camerini e C. De Panfilis in "*Psicomotricità dello sviluppo*" Carrocci Faber 2003, dove si definiscono quattro modelli (che lo scrivente qui sintetizza in tre soltanto, raggruppando gli ultimi due insieme). Tali modelli derivano dalle tendenze espresse dalla ricerca secondo i vari campi epistemici:

a) il **modello neurologico** – I livello - nasce dall'orientamento “*anatomo-funzionale proprio dell'esame neurologico classico, volto allo studio del rapporto tra un certo segno e il livello strutturale del SNC che lo sottende*”. A questa prospettiva corrispondono le disabilità conseguenti alle patologie causate da una lesione o da una menomazione situata nelle zone sedi di funzioni motorie o di passaggio delle fibre nervose ad esse connesse, sia nel SNC che nel SNP, e che causano gravi danni alla persona (come nella PCI, nella SLA e nelle distrofie neuromuscolari ecc.).

b) Il **modello neuropsicologico** - II livello - nasce dall'orientamento volto a “*esaminare le funzioni cerebrali superiori e i complessi processi integrativi che le sottendono*”. A questa prospettiva corrispondono le disabilità derivate da un trattamento distorto che la dotazione originaria dei processi di simbolizzazione del soggetto (i moduli) subisce da forme alterate di sviluppo (come i DSA, le Disprassie ecc)¹⁵.

c) Il **modello psicologico** – III livello – nasce dall'orientamento volto a determinare la qualità del funzionamento motorio del soggetto, ma non in sé e per sé, perché “*più che ricercare correlazioni tra sintomo e struttura, o tra sintomo e funzione*”, si occupa della situazione fenomenologica e relazionale, rivolgendosi “*al corpo inteso come oggetto*

¹⁴ Cfr. M. P. Dellabianca, *La NPI per un pedagogista clinico*, Terzo capitolo: Disabilità che nascono dalle malattie neurologiche, da pag. 45 a pag. 52, da Testi Scaricabili — DELLABIANCA MARCO PAOLO, in Cartella Pedagogia speciale

¹⁵ Cfr. M. P. Dellabianca, Op cit. da pag 92 a pag. 119

simbolico" (come i "disturbi psicomotori" secondo l'impostazione di De Ajuriaguerra ovvero Infantilismo psicomotorio e Instabilità psicomotoria)¹⁶

A questo primo schematismo poi, intendendo approfondire le dimensioni più coinvolte nella singola patologia motoria, si può anche aggiungere una distinzione per livelli di complessità dell'atto motorio, confidando pienamente nel modello gerarchico delle prassie di Jeannerod (1990)¹⁷ così come ripresa recentemente (Camerini e De Panfilis, 2003)¹⁸, e consistente nell'organizzazione di tre livelli diversi di definizione del processo motorio, qui dallo scrivente rivisitato con:

a- Un piano superiore che effettua la progettazione del gesto in piena consapevolezza, utilizzando elementi attentivi, concettuali e mnestici (gnosie e memorie procedurali e semantiche), emotivo-affettivi (memorie episodiche) e linguistici (fasie) per dominare la complessità della situazione fenomenica in cui si viene a trovare il soggetto. Tale piano sovrintende alla costruzione dell'intenzione, ovvero dello scopo dell'azione mediante il pensiero, quale linguaggio interno che sostiene il perseguitamento dell'azione medesima. Questo piano realizza il suo compito con evidenti difficoltà per deficit intellettivo globale (Ritardo Mentale) o per problemi neurobiologici pervasivi (Disturbi Pervasivi dello Sviluppo come la Sindrome di Asperger), ovvero per problemi affettivi (nei Disturbi di Personalità e, in particolare, nel Disturbo Schizoide).

b- Un piano intermedio che definisce la programmazione dell'azione senza intervento di alcuna consapevolezza della medesima, ma in modo del tutto automatico e, soprattutto, seguendo vie e sistemi modulari (cioè tendenzialmente autonomi nell'elaborazione). Tale piano è deficitario nelle disfunzioni neuropsicologiche specifiche come le Disprattognosie (Aprassie e Disprassie dello sviluppo), sebbene (sempre per gli autori citati) possa comparire, come Disfunzione dei canali visuo-motori, anche in condizioni contraddistinte da ritardo mentale (come nella Sindrome di Williams).

c- Un piano inferiore che attua la strategia individuata da quello intermedio, per realizzare lo scopo definito da quello superiore, ma lo fa esprimendo differenti livelli inter e intra-individuali di consapevolezza e d'abilità. Si presenta deficitario nelle situazioni di goffaggine, sia quelle "pure" che quelle combinate con un Disturbo Specifico dello sviluppo (risulta, perciò, frequente l'associazione con il Disturbo d'Apprendimento della lettoscrittura). La caratteristica generale, poi, di questo livello è di trovarsi in una situazione di doppio legame a causalità incrociata con i piani superiori, perché:

- da un lato, col suo deficit può disorganizzare il tono di base e la riafferentazione (il feedback senso-percettivo-motorio residuo dopo l'insulto) che costituiscono i principali materiali per la determinazione della Sintesi afferente (Anochin 1973)¹⁹. Ma non basta.

¹⁶ Citazioni tratte da M. P. Dellabianca, Op. cit. a pag. 45 e definizioni adattate di G. B. Camerini e C. De Panfilis, *Psicomotricità dello sviluppo*, Carrocci Faber 2003, al Cap. 7, Semeiotica neuro-psicomotoria in età evolutiva, da pag 141

¹⁷ Jeannerod M. *Un modello gerarchico delle azioni volontarie dirette a uno scopo*. Sistemi intelligenti. 1990, 2, 1, 7-24 citato da G. B. Camerini e C. De Panfilis, Op. cit.

¹⁸ Camerini G. B., De Panfilis, Op cit., pp. 197 e 198.

¹⁹ Con Sintesi afferente Anochin intende quello stadio iniziale nello sviluppo dell'azione nel corso del quale il soggetto prende coscienza della sua condizione somatica (sia come bisogno-motivazione, che come posizione e disposizione all'azione del corpo) e di quella ambientale, potendo così orientarsi e predisporsi ad un'attività specifica tra le tante possibilità che gli si offrono. È espressione al sommo grado della capacità d'autoregolazione e d'integrazione tra sistemi funzionali diversi (L. Mecacci, a cura di, *Neurofisiologia e Cibernetica*. Ubaldini, Roma 1973, pp 31-79

Cap. 3) L'osservazione per l'inclusione nelle patologie neuro e psico-motorie

1. L'osservazione nelle patologie neuromotorie

Perché proprio sulla sintesi afferente devono "lavorare" i due piani superiori per realizzare il loro compito: per determinare lo scopo del proprio agire, infatti, si deve prima "sentire" la propria posizione e i propri bisogni, onde poter determinare l'obiettivo da raggiungere e poi si deve scegliere nel proprio repertorio il percorso da realizzare per conseguirlo. Perciò si va così in definitiva a disorganizzare la programmazione motoria,

- dall'altro lato, però, il deficit del piano inferiore può essere determinato, come nella condizione di goffaggine, da carenze nel trattamento dell'informazione a carico dei piani superiori. Tali carenze possono, in tal modo, impedire o rendere difficoltosa soprattutto la realizzazione di gesti nuovi. Perché sono ancora in fase d'apprendimento e, dunque, si vanno strutturando e ricostruendo in gran parte "per accomodamento" di uno schema o di un programma motorio che avrebbe dovuto essere già stato fissato e automatizzato, ma che, invece, continua a presentare fluttuazioni proprio in quei suoi riferimenti fondamentali che lo caratterizzano come tale (teorie dello schema motorio)²⁰.

Entrambe queste evenienze caratterizzano le diverse patologie neurologiche che, a seconda del differente livello della lesione, ne esprimono tutti i segni appropriati. In tal senso per un operatore specialista (docente di scuola dell'infanzia specializzato o di educazione fisica specializzato) si propone un'osservazione della funzione motoria un po' più approfondita di quella ingenua dell'operatore non specialista (docente di scuola dell'infanzia non specializzato o di scuola primaria e secondaria di educazione fisica non specializzato o non di educazione fisica anche specializzato).

L'approfondimento è determinato mediante le schede già predisposte dallo scrivente alcuni anni fa in *"Prove di Valutazione della Motricità Globale in Disabili Motori Gravi"*²¹. Si tratta di schede di valutazione della motricità globale per soggetti con gravi limitazioni motorie (vale a dire anche per spastici, emiplegici, paraplegici, distrofici e sclerotici motori ecc.), mediante alcuni compiti da eseguirsi a occhi aperti (per verificare le capacità in atto) e a occhi chiusi (per verificare - attraverso l'apprezzamento della diversità di prestazione nelle due condizioni - le capacità di controllo delle azioni volontarie).

Le schede vanno utilizzate però dopo aver verificato e descritto:

a) il rilassamento globale (in decubito supino, se possibile, ovvero in posizione seduta se in carrozzina, con occhi chiusi per 30 secondi di abbandono completo senza movimenti volontari);

²⁰ Lo schema motorio è la traccia mestico-percettiva sulla cui struttura si determina l'attuazione dei movimenti non riflessi già appresi. Nei movimenti nuovi si costruisce per assemblaggio di tracce motorie vecchie o per invenzione tramite un'immagine mentale anticipata (J. A. Adams *A Closed-loop Theory of Motor Learning*. Journal of Motor Behavior 1971; 3: 101–50 e R. A. Schmidt *A Schema Theory of Discrete Motor Skills Learning*. Psychological Review. 1975; 82: 225 – 61)

²¹ Da M. P. Dellabianca, *3 Pedagogia speciale. Sintomi e trattamenti*, in Cartella Pedagogia speciale, nel sito già indicato alla nota 1, da pag. 125 a pag. 131

b) il rilassamento analitico (far rilassare, dopo una contrazione volontaria localizzata, ogni parte del corpo. Ad esempio, per la mano, far stringere il pugno e poi abbandonare come morte le dita; per il braccio, flettere con forza l'avambraccio ecc. e quando il soggetto non è capace di localizzare autonomamente la muscolatura da contrarre, gli si fa fare il movimento contrastandolo con le proprie mani e poi se ne apprezza il rilassamento);

c) il controllo della respirazione con semplici esercizi di inspirazione ed espirazione. (Ovviamente oltre al controllo della postura e dell'equilibrio, queste tre prove sono quelle che caratterizzano l'apporto dell'operatore (docente) non specialista, come rivedremo alla fine del saggio).

Ora, tuttavia, ricordiamo le sei schede che propongono l'osservazione della motilità e del controllo cinestesico e che si sviluppano in progressione di difficoltà dall'Obiettivo 0: *verifica della motilità (colonna sinistra) e del controllo cinestesico (colonna destra) nei movimenti elementari*, al

1° Obiettivo: *verifica del controllo cinestesico delle principali posture*, al

2° Obiettivo: *verifica del controllo cinestesico nel passaggio tra le principali posture*, al

3° Obiettivo: *verifica del controllo cinestesico delle principali andature di passo*, al

4° Obiettivo: *verifica del controllo cinestesico delle principali andature di corsa*, al

5° Obiettivo: *verifica del controllo cinestesico di azioni globali*.

Per la valutazione della prestazione, nel senso che va dalla riuscita consolidata (punti 4) alla mancata riuscita (punti 0), al fine pedagogico di determinare la *zona di sviluppo prossimale*²², si devono individuare: una riuscita autonoma ma non consolidata (quando il compito è eseguito autonomamente ma riesce circa nel 33% dei casi soltanto: punti 3); poi la riuscita mediante aiuto non fisico (quando il docente o il compagno intervengono solo con l'esempio o la verbalizzazione, sostenendo perciò l'ideazione autonoma dell'alunno: punti 2); per finire col livello di riuscita mediante aiuto fisico (quando il docente o il compagno intervenendo con l'iniziare l'azione, o sostenendola nel corso dell'atto, ricostruiscono direttamente i percetti senso-motori dell'azione: punti 1).

È del tutto evidente che si possono utilizzare con queste schede anche altre forme di valutazione, in particolare quella tra due versanti: *riuscito / non riuscito*; questa, tuttavia, sembra proprio quel tipo di considerazione sanitaria criticata da L. Cottini nel testo già citato. Questa proposta, poi, non vuole eliminare le altre forme di osservazione, misurazione o apprezzamento della dimensione corporeo - motoria che i docenti intendono usare, in particolare tutte le prove disciplinari e interdisciplinari utili per configurare l'ambiente di apprendimento; vuole, invece, aggiungersi ad esse per configurare un approccio ancor più ampio e completo, seppur molto specifico e comunque ineludibile, nell'intenzione dello scrivente, all'individuazione di barriere e facilitatori nell'approntamento di tale ambiente.

2. L'osservazione nelle patologie neuropsicologiche

Se nelle patologie neurologiche della motricità è abbastanza definito il livello e l'entità della lesione, constatata anche mediante l'odierna alta capacità rappresentativa dei nuovi mezzi d'indagine a disposizione, per i disturbi dello sviluppo neuropsicologico, così come li abbiamo ripresi seguendo per sommi capi il DSM-5²³, ovvero per talune Disabilità intellettive (DI), i Disturbi specifici del linguaggio (DSL), il Disturbo dello spettro dell'autismo (DSA), il Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI/ADHD), taluni Disturbi del movimento (DM) e i Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), non è così semplice, anche perché generalmente i moduli non appaiono ai mezzi d'indagine

²² Cfr.: Cottini L. (2004). *Op cit.*, II cap.

²³ Cfr. testo dello scrivente in nota 15, parte II e cap. 5

strumentale²⁴ ed inoltre non è facile distinguere in tali disturbi quando considerare il disturbo motorio come problema primario o secondario.

Si tratta, in questo caso, infatti, di differenziare le manifestazioni neuro e psicomotorie carenti originali da quelle conseguenti a disorganizzazioni dell'attività prattognosica che si possono riscontrare in collegamento ad altre condizioni patologiche quali il ritardo mentale, i disturbi pervasivi dello sviluppo e taluni disturbi di personalità. L'esempio più lampante è offerto dal disturbo specifico di linguaggio: perché se il problema non è riferito alla meccanica motoria del parlare, ci si potrebbe chiedere cosa c'entra il movimento. Ma a questo punto subentra il concetto dei neuroni-specchio di Rizzolatti²⁵ che rimandano ad un linguaggio gestuale²⁶ primordiale capace di costruire i significanti, perciò nel bambino piccolo, carente nel linguaggio, può dover essere facilitato anche nel disturbo specifico.

Allora quale altro strumento specifico può guidare nella scelta della configurazione di un adeguato ambiente di apprendimento meglio delle scale di sviluppo neuro-psicomotorio²⁷ e con riferimento alla descrizione complessiva di tale processo²⁸? Si ritiene ottimale tale strumento, infatti, perché consente di cogliere con la verifica, nell'applicazione precisa della successione dei compiti, il livello del disturbo e, poi, anche perché nell'elaborazione delle diverse forme di aiuto e sostegno al superamento del compito, come sopraindicato, consente anche l'individuazione fattuale della zona di sviluppo prossimale, richiamata con enfasi nella citazione da L. Cottini.

Si tratta di tre scale: la prima caratterizza l'ingresso nella scuola dell'infanzia (dai due anni e mezzo ai tre); la seconda l'uscita dalla scuola dell'infanzia e l'entrata nella scuola primaria (dai cinque anni e mezzo ai sei); la terza il passaggio tra la fine del primo biennio e l'inizio del secondo biennio della scuola primaria (tra gli otto e i nove anni). Ma mentre le prime due osservano e descrivono tutti i vari domini della motricità, la terza si occupa soltanto dei domini relativi alle Operazioni infralogiche: ovvero tempo, spazio, causalità e alle Operazioni espressivo-comunicative coi linguaggi motori. Da queste tre nasce poi l'eventuale quarta scala che intrecci motricità e sistemi simbolico culturali per i più grandicelli alla fine della scuola primaria e durante la scuola secondaria di I e di II grado.

Questa quarta scala, però è solo indicata dai titoli in testa ai vari domini motori, rinviando all'opera di altri Autori. Sono scale pensate per permettere di identificare i soggetti con ritardo o con problemi nello sviluppo neuro e psicomotorio, ma possono essere utilizzate anche per fornire indicazioni progettuali e contenutistiche come cartelle pedagogiche nella scolarità designata nel titolo, aspetto essenziale per renderle funzionali rispetto alla definizione ed al perseguimento di obiettivi educativi. Si trovano, in origine, nei documenti dell'IRRSAE del Veneto che le aveva commissionate nel 1996 e pubblicate nel 1998, ma sono poi state rivisitate e ristandardizzate sugli alunni marchigiani per effetto dell'incarico svolto presso P. Crispiani all'Istituto Itard e rappresentate anche nel testo M. P. Dellabianca, *L'educatore motorio dell'infanzia*, Libreria Floriani, Macerata 2012.

Le scale, comunque, vanno accompagnate da un altro documento che, nell'affiancarle, può anche supplire ad eventuali settori carenti su casi specifici: si tratta della descrizione discorsiva, anche se puntellata da diverse tabelle riassuntive, dello

²⁴ I mezzi di indagine strumentale sanitaria sono esami diagnostici che utilizzano apparecchiature specifiche per studiare la struttura e la funzione del corpo, distinguendosi dalle analisi di laboratorio (sangue, urine) e dall'esame clinico diretto del medico.

²⁵ Cfr. G. Rizzolatti e C. Sinigaglia, *So quel che fai*, R. Cortina, Milano 2006

²⁶ Per approfondire il significato di linguaggio gestuale, cfr. M. P. Dellabianca, *Pedagogia della corporeità*, in cartella *Pedagogia italiana del Novecento*, nella pag. web indicata in nota 1, Cap. VIII da pag. 99 a pag. 101

²⁷ Cfr. M. P. Dellabianca, *Esami dello sviluppo neuro-psicomotorio*, nella pag. web già indicata nella nota 1, da pag. 29 a pag. 36

²⁸ Cfr. M. P. Dellabianca, *La NPI per un pedagogista clinico*, Op. Cit. Parte II e cap. 4

sviluppo neuro e psicomotorio che inizialmente fu pubblicata dallo scrivente in una raccolta collettanea a cura di E. Sidoti per l'ed. Junior Spaggiari, Parma 2014, nel libro "Dentro la Dislessia", e poi rivisitata nel testo sopraindicato in nota 15. In tale testo, infatti, si trattano nel corso dello sviluppo neuro e psicomotorio anche:

- LE PRIME RELAZIONI AFFETTIVE
- I PRIMI SCAMBI COMUNICATIVI
- LE COMPETENZE SENSO-PERCETTIVO-RAPPRESENTATIVO-MOTORIE
- LO SCHEMA E L'IMMAGINE DEL CORPO
- IL GIOCO SIMBOLICO
- LA MOTRICITÀ GRAFICA
- LE STRUTTURE TEMPORALI: DURATE E RITMI
- IL RAPPORTO TRA CORPO E SPAZIO

dandone anche un'ampia biblio e sito-grafia, a cui si rimanda per approfondimenti.

3. L'osservazione nelle patologie psicomotorie

È necessaria una precisazione, prima di entrare nella questione. Abbiamo fatto riferimento, per le patologia psicomotorie, direttamente all'opera e alle concezioni di J. De Ajuriaguerra e degli Autori del suo gruppo di lavoro, perché più vicini ad una prospettiva odierna, giacché ancora oggi in letteratura si trovano quasi generalmente descrizioni di patologie psicomotorie che comprendono anche talune patologie neuromotorie e neuropsicologiche, soprattutto negli Autori che raggruppano tali disturbi sulla base dei segni psicomotori mentre, con l'approccio "*embodied mind*", si sa che tutte le patologie del sistema motorio e delle funzioni esecutive portano anche segni psicomotori primari o secondari.

In tal senso, però, ancora "*i disturbi psicomotori*" di Ajuriaguerra, ormai ampiamente datati, vanno depurati (nel testo di Camerini e De Panfilis più volte già citato, infatti, queste patologie sono discusse tra i Segni neurologici minori), proprio perché l'Autore medesimo lo voleva, perciò ricordiamo queste sue indicazioni:

- "le sindromi psicomotorie non rispondono ad una lesione focale che dia origine alle sindromi neurologiche classiche [...]
- legati agli affetti, ma anche al soma [--]
- persistenti o labili quanto a forma, ma variabili nelle espressioni, restano, in uno stesso individuo, intimamente legate alle afferenze e alle situazioni [...].

In definitiva:

- oscillano tra neurologia e psichiatria"²⁹.

Con questo è chiaro che tale settore psicopatologico ancora molto deve essere approfondito e studiato per ottenere un quadro condiviso e definitivo, non confuso con gli altri due ambiti a cui abbiamo fatto cenno in questo saggio. In attesa di tale assetto che comunque prima o poi verrà, l'unico contesto che ci offre strumenti d'analisi rimane quello dell'educazione psicomotoria di Vayer o di Le Boulch. Per questa ragione si propone come sistema di osservazione per l'inclusione l'Esame psicomotorio di Vayer³⁰.

Questa prima proposta è circostanziata dalle seguenti considerazioni, desunte dall'esperienza di diverse applicazioni trasversali (su differenti soggetti di pari età cronologica e/o motoria) e longitudinali (sul medesimo soggetto in tempi diversi):

²⁹ Tratto da J. De Ajuriaguerra, *Le basi teoriche dei disturbi psicomotori e la rieducazione psicomotoria del bambino*, Ginevra 1961, riportato in L. Carli e A. Quadrio, a cura di, *Clinica della psicomotricità*, Feltrinelli 1982, alle pagg. 132 e 133

³⁰ Cfr. M. P. Dellabianca, *Esami* [...], Op. cit. nella nota 27, da pag. 2 a pag. 27

1) l'ipotesi illuministica dell'Ozeretsky (da cui Vayer ha desunto alcune prove) di ottenere una scala metrica dello sviluppo motorio, condivisa anche nella revisione del francese E. Guilmain, una scala cioè che permetta di determinare l'età motoria dei soggetti in età evolutiva, è ancora da dimostrare (al proposito si tengano presenti le considerazioni di M. L. Falorni³¹).

2) La successione strutturata dei compiti motori nell'esame psicomotorio (sia nel test da 6 a 11 anni che in quello da 2 a 5 anni) in ciascuna delle dimensioni della motricità prese in esame (6 prove) si presta, invece, a definire con grande puntualità le principali carenze psicomotorie nel soggetto portatore di handicap, e quindi bene ha fatto Vayer a scegliere gli aspetti fondamentali e a combinarli con altre forme di compito motorio.

3) La somministrazione completa di tutti i test di ciascuna delle 6 prove (beninteso, finché l'allievo supera i compiti) può permettere la definizione del profilo psicomotorio (e quindi una descrizione più accurata dei problemi psicomotori), mentre la somministrazione "rapida", cioè soltanto del primo test di ciascuna delle 6 prove (quello dei sei anni) può permettere un controllo motorio in itinere o uno screening di massa.

4) L'organizzazione complessiva delle 6 prove, a modo di vedere dello scrivente e sulla base dei dati desunti dalla comparazione tra esame psicomotorio e diagnosi medica in un numero, però, ancora non ampio di casi (e che meriterebbe forse una ricerca specifica), struttura la misurazione della motricità individuale su 3 dimensioni: a) quella della funzionalità neuromotoria di base, con le due prove sull'equilibrio; b) quella della motricità cognitiva, con le due prove sull'organizzazione spaziale e sulla simbolizzazione dell'ordine temporale; c) quella della motricità relazionale, con le due prove sulle paratonie e sulla manualità fine.

5) Accanto all'esame psicomotorio, poi, è possibile anche prevedere tutte le altre prove che definiscono settori specifici, come quelle indicate da Vayer medesimo sulla dominanza e la respirazione, oppure quelle che si possono desumere dalla letteratura psicologica (come le prove di associazione percettivo/motoria: test di Bender e test di Santucci; prove di imitazione di gesti di Bergès e Lezine; prova delle gnosie digitali; prove delle sincinesie; disegno della figura umana; TGM ecc. Ma ancor di più se questo esame psicomotorio viene considerato in parallelo con i testi di J. Le Boulch *"Lo sviluppo psicomotorio dalla nascita a 6 anni"* e *"Educare con il movimento"* che ne integrano il contesto delle varie funzioni psicomotorie nel bambino e nel ragazzo.

4. L'osservazione non specialistica del disabile motorio

Fin qui ci siamo dedicati a proporre un'osservazione specialistica differenziando i soggetti a seconda dei regni dalla ricerca e seguendo i tre campi epistemici sopraindicati. Una proposta che vuole interessare i docenti specialisti (formati nei percorsi universitari di specializzazione per il sostegno agli alunni e studenti disabili), ma dobbiamo considerare che l'inclusione si realizza con l'intervento dei docenti ordinari, perciò la proposta non sarebbe completa se non si rivolgesse anche ad essi, ovviamente su di un piano meno specialistico.

In realtà tutti gli operatori che hanno a che fare con bambini, ragazzi, preadolescenti ed adolescenti, dovrebbero ben seguire le indicazioni di cui trattiamo ora per sommi capi e che costituiscono la base d'un approccio salutistico generale alla propria e all'altrui corporeità. Si tratta di un'osservazione elementare, perché non richiede competenze particolari, ma semplicemente quelle del buon padre o della buona madre di famiglia. Meglio poi farà il docente di educazione fisica non specializzato, tuttavia, la cui

³¹ M. L. Falorni, *Lo studio psicologico dell'intelligenza e della motricità*, Editrice Universitaria Firenze 1963, II vol. da pag. 414 a pag. 440

competenza nelle quattro funzioni corporee che sono descritte qui di seguito: la postura, il rilassamento globale e analitico, la respirazione e per finire, la coordinazione dei gesti, è molto più approfondita della presente indicazione che ha solo valore introttivo.

La postura è la posizione del corpo nelle diverse situazioni (per noi sono importanti quella eretta e quella seduta). Dipende da un complesso sistema neurologico e osteo-artro-miologico, ma anche dal vissuto emotivo di quel soggetto calato in quella situazione specifica. Perciò si deve verificare osservando la disposizione del corpo: se è dritto, o se abitualmente è inclinato avanti o di lato. Se è dritto, va bene; se è inclinato, bisogna farglielo presente, eventualmente anche mettendolo davanti ad uno specchio, dove poi può trovare il corretto assetto.

Quando si osserva la postura eretta, è bene anche osservare l'appoggio dei piedi a terra (se si vede che non c'è un appoggio equilibrato, allora basta guardare il consumo della suola delle scarpe), poi la verticalità di ciascuna delle due gambe (se dritte o tendenti a inclinarsi in dentro o in fuori, in avanti o in dietro) e la loro lunghezza (è sufficiente far distendere il soggetto e sollevargli le gambe, prendendole per le caviglie, per poterla apprezzare). Quando si osserva la postura seduta è bene farlo non solo quando ascolta, ma anche quando il soggetto scrive o disegna o studia.

Il rilassamento globale (in decubito supino, se possibile, ovvero in posizione seduta, se in carrozzina, con occhi chiusi per 30 secondi di abbandono completo senza movimenti volontari), è apprezzabile sollevando un arto qualunque e lasciandolo cadere: quando cade del tutto abbandonato, ciò indica un buon rilassamento globale. Il rilassamento analitico, invece, determina lo stesso stato di caduta abbandonata per singoli distretti motori facendo rilassare, dopo una contrazione volontaria localizzata, ogni parte del corpo. (Ad esempio, per la mano, far stringere il pugno e poi abbandonare come morte le dita; per il braccio, flettere con forza l'avambraccio ecc. e quando il soggetto non è capace di localizzare autonomamente la muscolatura da contrarre, gli si fa fare il movimento contrastandolo con le proprie mani e poi se ne apprezza il rilassamento).

La respirazione è molto importante perché può influire su tutti i parametri vitali. Generalmente nei disabili motori è limitata ad una ventilazione toracica superficiale e veloce, mentre lo scopo di un intervento educativo, pur tenendo presente che si tratta di una funzione in gran parte riflessa e spontanea, va nella direzione di una sua presa di coscienza (posando le mani sul petto e sull'addome per apprezzare i movimenti toracici e addominali indotti) e poi di un più lento, ampio e profondo movimento inspiratorio ed espiratorio, anche con pause di trattenimento del respiro e con interessamento della tensione e del rilassamento del diaframma.

Da ultimo abbiamo la coordinazione dei gesti abituali, di ogni giorno, come alzarsi dal letto o dal banco, vestirsi e svestirsi, mangiare a tavola, spostarsi in casa o a scuola ecc. Quando il soggetto sbanda, inciampa, fa cadere le cose ovvero compie i gesti quotidiani con scarsa perizia e precisione, bisogna chiamarlo ad una maggior attenzione, facendogli osservare ciò che sta facendo e, se anche questo non fa variare la prestazione finale, allora si può provare a farlo agire con maggior lentezza e a pensare con calma a cosa deve fare, prima di ogni sua azione.

Certamente l'intervento può essere molto difficile, perché, senza rinunciare a consigliarlo, non si deve creare ulteriore difficoltà a chi è già in difficoltà da sé insistendo troppo con le precisazioni e i consigli. Quando, tuttavia, non si riesce ad ottenere alcun miglioramento, tenendo conto che ci sono delle fasi di crescita corporea che portano, alla fine della preadolescenza, un po' per tutti, ma soprattutto per i maschi, ad una scarsa coordinazione di norma, si deve confidare nelle precedenti funzioni anche per il miglioramento della coordinazione motoria.

Bibliografia di riferimento:

- AA. Vari, *ICF-CY*, Edizioni Erickson, 2008 Gardolo(TN)
G. B. Camerini e C. De Panfilis, *Psicomotricità dello sviluppo*, Carrocci Faber Roma 2003
G. Rizzolatti e C. Sinigaglia, *So quel che fai*, R. Cortina, Milano 2006
J. Le Boulch, *Lo sviluppo psicomotorio dalla nascita a 6 anni*, Armando, Roma 1984
L. Carli e A. Quadrio, a cura di, *Clinica della psicomotricità*, Feltrinelli 1982
L. Cottini, *Psicomotricità*, Carrocci Roma 2003
L. Picq, P. Vayer, *Educazione psicomotoria e ritardo mentale*, Armando, Roma 1968
M. L. Falorni, *Lo studio psicologico dell'intelligenza e della motricità*, Editrice Universitaria Firenze 1963