Corpo e movimento nell’integrazione del disabile. Introduzione all’educazione psicomotoria

di Marco Paolo Dellabiancia

Nell’Ottocento in Italia l'assistenza ai giovani minorati appartenenti alle classi sociali non privilegiate (per gli altri, se non sono abbandonati, si realizza nella famiglia d'origine dove restano confinati e nascosti per tutta la vita) ancora si attuava preva­lentemente negli asili predisposti dagli Ordini Religiosi per curare gli infermi e soccorrere i bisognosi. L'educazione consisteva generalmente nell'insegnamento delle regole della vita quotidiana e nell'avvio ad un lavoro adeguato alle capacità dei singoli sogget­ti. In questo senso la società largamente agricola dell'epoca assorbiva facilmente questa mano d'opera del tutto priva di qualifi­cazione nelle campagne, dove le forme consociate di lavoro rurale favorivano l'inserimento in un circuito sociale più ampio, mentre più difficili sono gli esiti nella città industriale nascente, dove si assiste ad una concentrazione dei minorati presso i ricoveri religiosi.

Al passar del secolo, però, con Maria Montessori ed altri medici di valore, le convinzioni pedagogiche del Positivismo avviano un nuovo impegno nella rieducazione e nell'educazione dei giovani disabili. Tale impegno è fondato sulla prospettiva aperta dalle nuove scienze medico-psico-pedagogiche e sostenuto dalle prime norme che fanno carico alle municipalità d'intervenire con l'assistenza accanto alle altre istituzioni, già sorte nelle città maggiori per volontà di privati benefattori. Si tratta di una prospettiva che tende ad inquadrare il caso su di un piano medico e ad approntare un inter­vento differenziato e specializzato di insegnamento-trattamento per colmare le carenze nella dotazione dei soggetti a seconda delle categorie di handicap (non o ipovedenti; non o ipoacusici; minorati dell'intelligenza).

1) Normalizzazione con apprendimento in coda allo sviluppo nella Pedagogia speciale

Questa prospettiva di Pedagogia speciale che, da un punto di vista scola­stico, produce scuole speciali o istituti medicopedagogici (a seconda se senza o con internato) completamente separati dalla scuola normale per anormali veri, cioè soggetti "educabili che non possono essere del tutto recuperati scolasticamente e socialmente, né parzialmente recuperati secondo l'ordinamento degli studi e la normale pratica educativa nelle scuole comuni" e classi differen­ziali nella scuola normale per falsi anormali e cioè per "soggetti ... che presentano incapacità o difficoltà di profitto e di adattamento nelle classi comuni, ma che possono - con particolari cure, assistenza e metodi - essere totalmente recuperabili alla scuola comune" (cfr. nota n. 1), permane come generale strategia d'intervento anche dopo l’istituzione della scuola media unica, avvenuta molto più tardi nell'anno 1962.

Se si osserva bene, però, dalla classificazione di A. Benfenati manca una categoria di minorati tra quelle presen­tate e precisamente quella che attualmente chiameremmo dei portato­ri di handicap plurimi o gravissimi, mentre nella categoria dei falsi anormali possono venir compresi in definitiva tutti gli alunni che presentano una qualche difficoltà di apprendimento o di adattamento. Per i primi l'assistenza è avvenuta negli Ospedali psichiatrici fino all'entrata in vigore della legge 180/71.

Il metodo d’insegnamento-trattamento (questo termine vuole mettere in rilievo l'ottica medicalizzante, anche se si tratta propriamente di un processo di differenziazione didattica di tipo scolastico) che M. Montes­sori ha recuperato, tenendo presente l'opera di E. Séguin, e che poi è stato modificato e perfezionata da educatori di valore come G. Mangi­li, M. T. Rovigatti, J. Cervellati, A. Spinelli e da ultimi A. Benfenati e G. Calò, finendo in tutta un’altra direzione rispetto alle prospettive montessoriane, è costituito da un'analitica frammentazione del procedimento didattico utilizzato nell'insegnamento normale, perché "mentre nel fanciullo normale esiste già una disposizione a compiere spontaneamente ... certi atti ... in virtù della sua propria costituzione anatomica, nel minorato, per causa delle sue condizioni ... deficitarie, tale spinta manca". E dalla "constata­zione dell'esistenza di un ordinato concatenamento degli atti" per cui "il soggetto minorato, infatti, non può compiere un certo atto, se prima non ha compiuto certi altri atti", nasce un metodo differenziale: "sicché dal movimento più semplice di partenza si passi a quello via via più complesso, dall'idea elementare si giunga all'associazione con altre idee, dai vari legami parziali si arrivi alla coordinazione nell'ambito di un'associazione generale". Così "la finalità del recupero" è di "giungere alla normalizzazione degli atti" (cfr. nota n. 2).

La normalizzazione degli atti, dunque, è la condi­zione per gli apprendimenti scolastici, come dice chiaramente J. Cervellati, quando afferma che: "l'insegnamento delle discipline scola­stiche, compreso l'avviamento alla lettura e alla scrittura, sono la conseguenza della nostra opera educativa, non la premessa" (cfr. nota n. 3). In questo senso l'apprendimento è conseguenza di una correzione dello sviluppo inadeguato delle funzioni; correzione che viene realizzata completamente dall'insegnamento speciale o differen­ziale solo nel caso di disabili “falsi anormali”, perché nel caso di “anormali veri” lo sviluppo alterato non può venir modificato, giacché in definitiva l'apprendimento è sempre in coda allo sviluppo (per cui se non avviene prima lo sviluppo, sicuramente l’apprendimento non può determinarsi).

Con la nuova scuola media del ‘62, come già accadeva alle scuole speciali per il grado elementare (scuole all’aperto, per minorati psicofisici, per ciechi e per sordomuti, per alunni affetti da malattie infettive, per minorati psichici e per corrigendi), si ripresenta l'istitu­zione, accanto alle classi normali, di classi differenziali per "soggetti le cui deficienze di rendimento o irregolarità di compor­tamento si possono ricondurre ad infermità e disturbi fisici o psichici di entità tale da non precludere in futuro la possibilità di un eventuale reinserimento in classi a ordinamento normale" (dalla C. M. 377 del 28/9/65) e di classi di aggiornamento destina­te a soggetti che "per cause non ascrivibili a carenze mentali o a turbe caratteriali, ma a fattori ambientali comunque estranei alla loro personalità, appaiono bisognevoli di particolari cure" (dalla C. M. 373 del 25/9/65).

2) Integrazione scolastica con l’apprendimento in testa allo sviluppo

Poiché, però, le classi differenziali nel corso degli anni '60 proliferano, mentre quelle di aggiornamento non hanno fortuna, nell’evidente intento di far dichiarare anormali anche quelli soltanto bisognosi di particolari cure educative, e sono la gran parte, perché svantaggiati socioculturali, il Ministero apre la sperimentazione della scuola media integrata a tempo pieno, bloccando l'istituzione di nuove classi differenziali. La commis­sione Falcucci infine elabora un documento in cui si mette in luce il senso dell'integrazione degli “handicappati” nelle classi normali e, due anni dopo, la legge 517 del 1977 sancisce tale diritto.

Da tutte queste considerazioni, dunque, nasce l'idea, nei primi anni '70, che la miglior prevenzione terziaria, vale a dire la prevenzione di quel fenomeno che abbiamo chiamato handicap dell'handicap, consista nell'integrazione dei disabili nella comu­nità e particolarmente in quelle scolastica e del lavoro, possibilmente senza segni distintivi attorno a cui possa crearsi e riprodursi un processo di emargi­nazione. Tenendo sempre presente, infatti, quanto già detto nei precedenti articoli circa la differenza tra disabilità e handicap, si può affermare che general­mente le tecniche di riabilitazione sono destinate a ridurre l'en­tità delle disabilità impostando l'intervento sulla "normalizzazione degli atti" e ripetendo il percorso dello sviluppo delle funzioni.

Ma è proprio questo il tipo d'intervento che si deve realizzare nella scuola? Lo sviluppo dei Programmi dei Corsi di Specializzazione per i docenti di sostegno (pensati in origine per tutti i docenti in servizio), tuttavia, testimonia che l'applicazione di un trattamento riabilitativo (o anche rieducativo) nell'istituzione scolastica può avvenire solo a carico del personale sanitario che, nel pieno rispetto della normativa vigente, è tenuto a rispondere a proprie formule deontologiche ed a perseguire propri obiettivi (alcune nuove interpretazioni sottilmente pedago­giche della normalizzazione, infatti, non convincono: cfr. nota n. 4), mentre il personale scolastico deve realizzare un'iniziativa educativa all'interno di quelle regole pedagogiche che presiedono all’attuazione di qualunque atto educativo. Non va sottaciuta la gran differenza che può sussistere tra questi due tipi d’intervento, anche se, per altri versi poi, possono sussistere ampi scambi nella elaborazione teorica e nella formulazione della strumentazione tecnica che, tuttavia, devo­no essere necessariamente piegate a logiche diverse quando vengano utilizzate rispettivamente nell'altro campo.

La scuola è esperienza di vita e nel corso di quest’esperienza quotidiana le funzioni cognitive (della percezio­ne, della motricità, della comprensione, della conoscenza, della comunicazione, della memoria, dell'intuizione, della creatività ecc.) si sviluppano nella produzione scolastica in connessione con quelle non cognitive (emotivo-affettive, espressivo-relazionali e sociali) nel vivo del rapporto interattivo tra le persone, solo che si lasci che quest’interazione avvenga e che abbiano luogo le motivazioni all'agire comunicativo e interattivo.

In questo senso si può aprire, con l'adeguato comportamento insegnante, una spirale tra funzioni di relazione e funzioni di produzione che diventano, di volta in volta, causa e obiettivo dell'agire e con ciò stesso dell'apprendimento e dello sviluppo. Non sussiste alcuna possibilità di una normalizzazione preventiva degli atti prima e al di fuori del loro utilizzo nell'apprendimento, perché gli atti si possono normaliz­zare solo esplicandosi in un apprendimento già integrato e completo, finanche complesso; il che non vuol dire difficoltoso, ma globale, anche nel compito più facile da affrontare. Ciò costituisce proprio tutto l'opposto dell'ap­prendimento elementarizzato tipico della Pedagogia speciale o, prima ancora, della Riabilitazione. E quando l'individuo non ce la fa, ad andare oltre, può subentrare l'ap­prendimento mediato dal docente o dal gruppo che sostiene e porta avanti la prestazione del singolo soggetto, fino ad entrare in quella che è stata chiamata l'area potenziale dello sviluppo personale. E ciò accade, si badi bene, non solo per l'alunno portatore di handicap, ma un po’ per tutti.

3) Nuove prospettive con la Personalizzazione

Anche questo è, dunque, un concetto della Pedagogia dell'integrazione totalmente diverso da quelli espressi dalla Pedagogia speciale, nel senso che mentre quest'ultima pone l'ap­prendimento in coda allo sviluppo, e per di più considera lo svi­luppo come maturazione delle strutture organiche, ponendo l'indivi­duo in posizione del tutto succube da un lato dell'ereditarietà biologica, e dall'altro dell'influsso dell'ambiente, la prima pone l'apprendimento in testa allo sviluppo e concepisce questo come il risultato, tra le tante forze che intervengono, anche dell'inizia­tiva del soggetto per partecipare alla vita sociale della sua comunità, sia sul piano della relazione con gli altri, che su di quello della produzione dei manufatti in forma di collaborazione con gli altri. L'appren­dimento diventa così lo strumento principale per realizzare nel soggetto una partecipazione alla vita sociale sempre ad un livello qualitativamente più alto (cfr. nota n. 5).

Un altro elemento di notevole stacco dalla concezione della Pedagogia speciale sta nella tendenza a far scompari­re la diversità dell'handicappato, o quanto meno a non evidenziarla. Ciò paradossalmente può accadere solo quando si sia capaci di considerare ciascuno “normale”, e non per negare la differente dota­zione personale, ma perché deve diventare normale che ciascuno possa partecipare all'esperienza scolastica (nella scuola di base) al proprio livello di capacità e con percorsi e attività le più confacenti (differenziazione), senza essere per questo discriminato ed emargi­nato. La scuola, in questo senso, deve offrire gli strumenti per realizzare lo svi­luppo massimo possibile di ciascuno e lo sviluppo non può realiz­zarsi senza una partecipazione individuale all'esperienza di vita che si realizza nell'apprendimento e senza una caratterizzazione delle formule esperienziali nel senso della personalizzazione (si tratta, in fin dei conti, della massima espressione della differenziazione educativa e didattica che fin dall’inizio dell’integrazione ha caratterizzato la risposta scolastica ai bisogni speciali). Le forme diverse di quest’apprendimento, tuttavia, non devono divenire l'occasione perché uno possa essere separato dagli altri che hanno differenti capacità. In tal senso oggi il docente e la sua professionalità diventano i mezzi principali per realizzare la partecipazione di ciascun alunno e pertanto anche del disabile. È questa una diversa concezione della normalità, che sta emergendo imperiosamente dalle nuove condizioni del fare scuola nella società postmoderna (cfr. nota n. 6).

L'insegnante, quindi, non solo deve essere in grado di servirsi di un metodo d’insegnamento individualizzato tale che possa consentire di raggiungere gli obiettivi minimi a chiunque (cfr. nota n. 7), e di mate­riali che possano permettere la partecipazione ai diversi livelli operativi, ma deve, per stimolare la partecipazione, anche poter utilizzare delle strategie didattiche personalizzate e basate sulla ludificazione e animazione della lezione o sul laboratorio, da impostare in un modo interattivo con l’alunno medesimo. Perché, infatti, dopo aver programmato e strutturato la materia, può ancora essere necessario seguire il programma suggerito dall'agire degli alunni, riportandolo, quando possibile senza forzature, a quello prefissato dalla programmazione sul gruppo classe (cfr. nota n. 8).

 In questo contesto, poi, uno dei concetti fondamentali, accanto a quello di “attività fisica adattata” o APA (cfr. nota n. 9), cui si fa sovente riferimento nell’integrazione scolastica dei disabili con le risorse didattiche dell’area disciplinare del corpo e del movimento, è sicuramente quello della “psicomotricità”. Tale nozione e la sua conseguente concezione educativa nascono nel pensiero psicologico, prima come ipotesi e poi come concetto da applicare alla soluzione del rapporto mente - corpo, in opposizione al "parallelismo psicofisico" che aveva costituito il fondamento antropologico nel lavoro sperimentale realizzato dai primi psicofisiologi nella seconda metà dell'Ottocento. Quest'ultimo concetto, infatti, vuol significare che gli stati psichici e quelli fisici costituiscono due serie parallele d’eventi che non agiscono gli uni sugli altri, ma accadono contemporaneamente; con "psicomotricità", invece, s’intende esattamente il contrario, ovvero il loro interagire. In altre parole, mentre col primo termine si ammette di non poter dimostrare (in modo oggettivo) una "causalità" tra mente e corpo (mente o anima o pensiero o spirito o coscienza o cultura o sovrastruttura o sistema probabilistico e corpo come carne o estensione o materia od organismo o natura o struttura o sistema deterministico), con il secondo si vuole affermare un’interazione in forma di causalità.

4) La Psicologia dal Parallelismo all’Interazionismo

 Alla fine dell’Ottocento e all'inizio del Novecento le scuole di Psicologia (Psicofisica, Psicologia della forma, Primo Comportamentismo e Riflessologia russa), anche se con grandi diversità epistemologiche, operano tutte nell'ambito del "Parallelismo", giacché solo in questa direzione possono salvaguardare la propria ricerca scientifica dalle interpretazioni ideologizzanti e totalizzanti del pensiero religioso e di certo pensiero filosofico idealistico che pervadono ancora la cultura con la loro visione finalistica del reale (cfr. nota n. 10). Solo la Riflessologia russa ovviamente, ne va indenne, dal momento che vive in un ambiente dove ci si riferisce esplicitamente al modello materialista (la causalità va dal corpo alla mente, anzi la mente è un nome all’organizzazione del corpo-sistema nervoso). Parimenti anche le scienze mediche più pertinenti (Neurologia e Psichiatria), sulla spinta dell’approccio positivista, ammettono solo l'origine organica della malattia mentale per effetto dell'orientamento Organicista, ereditato dal Meccanicismo seicentesco.

 Ben presto, tuttavia, pure nella scienza, come stava accadendo in filosofia e in pedagogia (cfr. nota n. 11), si vanno affermando nuovi modelli interpretativi che collegano mente e corpo, anche se rimane, poi, da definire la direzione di questa causalità, ed è anzi proprio questa indeterminatezza a provocare oggi forme diverse di intenderla e praticarla. In un’ipotetica scala, infatti, tre sono le soluzioni più caratterizzanti (benché nell’arco racchiuso da queste, molte altre posizioni differenziate sono possibili, cfr. nota n. 12): o dal corpo alla mente, come all’estremo si propone nel Materialismo, o dalla mente al corpo, come all’estremo opposto si esprime nel Neoidealismo e nello Spiritualismo, o reciprocamente come avviene collocandosi nella posizione centrale della scala con l’Interazionismo popperiano.

 Il percorso dell’orientamento interazionista, in tal senso, inizia anche nella scienza psicologica con J. Dewey al passaggio del secolo; egli esprime, infatti, un’aspra critica allo schema stimolo-risposta, inteso come modello totalizzante dal Comportamentismo, e avvia il Funzionalismo, cominciando a sviluppare il concetto di "transazione" tra i due piani del comportamento (coscienza, conoscenza) che si determina nel processo dell'esperienza. Contemporaneamente viene S. Freud a svelare nella vita dell'uomo tutto il potere insito nel determinismo dell'inconscio, e intanto si va realizzando un complesso di studi e ricerche, poi unificato sotto il nome di "Psicologia cognitiva", che vede Autori di differente impostazione, metodologia e campo d'indagine affrontare, pur secondo una dimensione strettamente scientifica dell’indagine e dell’esperimento, il problema della conoscenza e dei rapporti tra le varie funzioni (percezione, motricità, intelligenza, linguaggio, emozione ed affettività).

 Riferimenti più solidi ed ampi per questa nuova visione arrivano ben presto: a) per il piano ontologico con la Fenomenologia di Merleau-Ponty (giacché il suo concetto fenomenologico di corpo può conciliare ed unificare il "Corpo per sé" e il "Corpo in sé" che per molti versi sono stati distinti ancora una volta dall'Esistenzialismo sartriano e dalla Fenomenologia husserliana al fine di svalutare il concetto di corpo a favore del corpo vissuto), b) per il piano logico con lo Strumentalismo deweyano (la conoscenza nasce nel corso della concreta esperienza come strumento operativo della ricerca), c) per il piano epistemologico con l'Epistemologia genetica piagetiana (dimostra la filiazione dell'intelligenza formale interproposizionale da quella sensomotoria), la Psicobiologia walloniana (mette definitivamente in luce l'apporto delle funzioni organiche allo sviluppo delle funzioni psichiche), la Psicologia pedagogica di Vygotskij (mostra come il pensiero si sviluppa, a partire dall’agire ludico del bambino, dal linguaggio espressivo progressivamente socializzato attraverso un processo interattivo di natura sociale), e, per completare sommariamente, il Cognitivismo strutturalista di Bruner (ha indagato il ruolo della motricità nello sviluppo della rappresentazione).

5) Educazione psicomotoria. Psicomotricità e Neuromotricità.

 Da queste fonti, dalle esperienze educative del “terzo tempo pedagogico”, assimilabile in Italia al tempo lungo o al tempo pieno, e dalle applicazioni terapeutiche della teoria psicoanalitica nella versione rivoluzionaria di M. Klein, la scuola di psicomotricità francese degli anni ’60 ha ricevuto un forte impulso che ne ha fatto proliferare le varie tecniche, secondo le personali propensioni dei vari Autori, nei settori della terapia, della riabilitazione e dell'educazione.

 In questa sintetica rassegna, pur tenendo in piena considerazione gli aspetti terapeutici e riabilitativi che possono far parte (talvolta lo devono necessariamente) del complesso panorama di riferimento come del bagaglio professionale del docente di sostegno e, probabilmente in futuro, anche del docente di classe, si rimanda il lettore che volesse approfondire tali dimensioni alle opere degli Autorevoli Autori; mentre, per il particolare significato pedagogico che assume, invece, nella descrizione dello sviluppo/apprendimento psicomotorio e nella sua educazione, si vuole ricordare esplicitamente l’opera complessiva ed unitaria del docente di educazione fisica, nonché medico francese, Jean Le Boulch che ha divulgato anche in Italia il suo studio dei legami profondi tra movimento, organizzazione neurologica e psichismo emozionale sia nell’uomo che nel bambino (funzione della sostanza reticolare, dell’ipotalamo e del lobo limbico nel controllo del tono neuro-muscolare; teoria centro-encefalica dell’accomodamento motorio; funzione della presa di coscienza e dell’interiorizzazione nell’apprendimento secondario ecc.).

 Dalle prime analisi ed esperienze, nate pur nel solco delle proposte degli psicomotricisti francesi, poi anche in Italia si è sviluppata (per rimanere all’educazione) tutta un’area di studio e di pratica didattica riferita agli stessi orientamenti psicopedagogici che nella nostra tradizione scolastica è meglio definita come Educazione psicomotoria, venendo ampiamente applicata all’integrazione scolastica dei diversamente abili, ovvero, ma meno ampiamente, alla didattica del corpo e del movimento nella scuola dell’infanzia e primaria. In tali situazioni educative, infatti, l’educazione psicomotoria offre i mezzi che rendono la corporeità e il movimento sede di processi che dalla sensorialità progressivamente possono indurre la consapevolezza e, con ciò, a pieno diritto formativi. In tal senso, lo sviluppo della corporeità e della motricità può costituire lo scenario per la crescita e l’evoluzione: a) delle valenze formative dell’identità personale, b) delle valenze formative delle principali cognizioni logiche ed infralogiche e c) delle valenze formative della relazionalità tra i soggetti e della conseguente loro comunicazionalità (non soltanto sul canale non verbale, ma anche su quello verbale, almeno per l’ampia funzione di significazione (metalinguistica) della relazione sul contenuto cognitivo del messaggio verbale).

 L’approccio educativo e didattico della psicomotricità, poi, com’è evidente dagli argomenti citati, tratta della dimensione corporea e della funzione motoria dell’uomo, utilizzando ampiamente i concetti, le teorie e le interpretazioni della Psicologia (della scienza psicologica in generale quale “studio delle condotte”, intendendo con ciò il non voler pregiudizialmente escludere alcuna specifica sua determinazione, cfr. nota n. 13), ma si confronta necessariamente anche con la dimensione della “neuromotricità”, intendendo con tale termine concetti, teorie e interpretazioni della funzione motoria dell’uomo dal punto di vista della Neurologia, cioè dello studio anatomo-fisiologico del Sistema nervoso normale e patologico, e successivamente delle Neuroscienze.

6) Neuro e psicomotricità. Integrazione e scuola.

 A questo riguardo, tuttavia, si deve considerare che, mentre nella prima accezione si comprende un insieme di fenomeni molto ampio, caratterizzato dai rapporti fra la condizione corporea e la funzione motoria con tutti i vari processi mentali, sia descritti da un’indagine esterna come dimensioni oggettive della realtà, che inferiti mediante un esame interno sulla base di elementi introspettivi, perciò intesi anche come esperienze interiori o soggettive del vissuto personale, nella seconda si fa riferimento ad un complesso di fenomeni più ristretto e rigorosamente descritto da scienze mediche secondo metodologie e procedimenti d’indagine riferiti prevalentemente al determinismo biologico. Si tratta, in altre parole, di due livelli diversi d’analisi che, nel tentativo di comprensione più ampio dei fenomeni in causa, precipuo della nostra visione pedagogica tesa all’integrazione scolastica del diversamente abile per favorirne l’inclusione sociale, non devono risultare in contraddizione e conseguentemente in contrasto nel confronto dell’interpretazione del primo con la descrizione del secondo, pur negli aspetti che possono accentuare tale divaricazione.

 E non devono essere posti in contraddizione per vari motivi, ma prevalentemente non perché ciò, come si crede, può determinare poi la necessità di arrivare all’egemonia di un sapere sull’altro, considerato che, comunque, fatalmente anche nella ricerca scientifica sussiste un potere e una gestione del medesimo (da parte di chi commissiona la ricerca, ad esempio), quanto, invece, perché di fronte alla sofferenza del diversamente abile ogni preclusione concettuale o di paradigma nell’intervento inclusivo si risolve in definitiva con una caduta certa di settori praticabili nella prospettiva del benessere personale, o nella definizione prima e nell’attuazione poi del progetto di vita.

 In tal senso, per quanto riguarda almeno l’approccio formativo del docente di sostegno e dell’istituzione scolastica, a modo di vedere dello scrivente, si devono progressivamente prendere le distanze dai residui meccanicistici o vitalistici delle spiegazioni, ed anche da ogni pretesa fisicalista od organicistica, come da ogni esclusivismo idealistico e metafisico negli approcci concettuali delle interpretazioni, per fare, invece, i conti molto più realisticamente con la problematicità e la drammaticità della vita (esistenza) quotidiana. L’unico approccio valido, infatti, alla nostra visione rimane quello interazionista, pur nel riconoscimento puntuale dei limiti che di volta in volta si incontrano nell’analisi e nella concettualizzazione dei fenomeni secondo entrambe le impostazioni.

Per gli alunni diversamente abili, infatti, la scuola deve operare in sinergismo interistituzionale con un'altra agenzia formativa che ha tuttora (e ha sempre tenuto a suo tempo; basta ricordare la prima esperienza “storica” del dottor Itard con il ragazzo selvaggio. Cfr. bib. n. 14) un rilievo notevole nel processo di personificazione dell’educazione del disabile, accanto alla famiglia, soprattutto per il ruolo tecnico giocato nei confronti della scuola nei primi anni dell'inserimento: la sanità**.** L'educazione degli alunni portatori di handicap, infatti, si è realizzata da principio solo grazie alla guida scientifico-culturale e alla conseguente concezione del trattamento (riabilitativo) della Medicina che s’intendeva applicare, talvolta pedissequamente, alla necessaria differenziazione del processo educativo per rispondere a bisogni formativi speciali.

Esempi di tale modello, per le disabilità neuro e psicomotorie, sono stati in tempi non lontani:

a) il Trattamento Doman per la paralisi cerebrale infantile, dove l'intervento è finalizzato alla restaurazione di una funzione cerebrale lesa, per la sua ripresa funzionale o per la sua vicariazione tramite altri settori o funzioni con riadattamento o rieducazione da un lato e compensazione o sostituzione dall'altro. In quest’ottica ad ogni tipo di menomazione, adeguatamente descritta dal punto di vista neurologico, si affianca un complesso d’interventi organizzati all'interno di una tecnica specifica di riabilitazione che implica il riferimento ad un modello normativo dello sviluppo della funzione in causa.

b) La terapia psicomotoria Aucouturier per psicotici, dove l'intervento è finalizzato alla facilitazione della relazionalità, prima, e della comunicazione, poi, del soggetto in difficoltà col suo mondo familiare, scolastico e sanitario-psichiatrico: mondi cui appartengono gli oggetti importanti per il suo sviluppo emotivo-affettivo. Più che allo specifico disturbo, considerato come un semplice sintomo di una difficoltà d’ordine superiore, con questo approccio terapeutico ci si rivolge alla relazionalità come modalità esistenziale fondamentale della condizione umana, sulla base di una configurazione psichica desunta dalla teoria psicoanalitica kleiniana, per tendere all’espressione del materiale inconscio, radice dinamico-genetica del sintomo.

c) Il trattamento Kozloff per cerebrolesi gravi, dove l'intervento è finalizzato alla modificazione del comportamento, con fissazione dei comportamenti adeguati e cancellazione di quelli non adeguati secondo una scala d’obiettivi pratici della vita quotidiana, personalizzati sui bisogni del singolo soggetto. Più che al sintomo o alla relazionalità, l'intervento è rivolto analiticamente al comportamento evidente del soggetto nell'ambito di una concezione pragmatica che aderisce ad alcune tecniche di condizionamento tipiche del neocomportamentismo. Implicando tra l'altro l'uso di premi e punizioni, non è facilmente applicabile in ambito scolastico, se non nella versione della “token economy”.

7) Patologie e riabilitazione. Tre determinismi patogenetici. Segno, segnale, sintomo

Per taluni versi, infatti, le tecniche della professione medica si prestano particolarmente anche ad una rivisitazione educativa e, d’altra parte, gran parte delle finalità educative possono trovare applicazione anche nell’istituzione che cura la salute della popolazione (a dispetto di quanto sta accadendo con l’espulsione della pedagogia dai curricoli universitari delle professioni sanitarie), giacché bisogna considerare come la pratica medica si adempia in quattro diversi settori operativi: quello della prevenzione, quello della diagnosi, quello della terapia e quello della riabilitazione. Tutti e quattro possono essere espressi in termini di prevenzione: a) primaria, o semplicemente prevenzione soltanto, designa l’intervento che tende ad eliminare i fattori di rischio che possono contribuiscono a determinare l'insorgere di una malat­tia, b) secondaria, è la diagnosi precoce della malattia e la sua cura efficace fino alla guarigione completa, c) terziaria, o riabilitazione, è l'intervento su chi è bensì guarito dalla malattia, ma ne continua a portare le conse­guenze che gli impediscono di vivere come faceva prima della medesima.

La riabilitazione o prevenzione terziaria ha, dunque, la finalità di risolvere le conseguenze della malattia e reinserire il soggetto nella società il più possibile al pari di quanto poteva prima di subire l’insulto patogeno, pertanto solo inizialmente si realizza in ambiente sanitario e per quanto del trattamento ancora rimane legato alla terapia. Prevede, poi, tutto un settore sociale d'iniziativa che si realizza anche all'interno delle altre istituzio­ni, in particolare quelle familiari, educative e lavorative. In tal senso la riabilitazione è un processo complesso distinguibile in tre componenti: a) la rieducazione funzionale che applica le tecniche mediche e chirurgiche più appropriate al recupero delle funzioni lese, b) la riqualificazione che impegna le funzioni recuperate con la rieducazione nei compiti fondamentali proposti in situazioni simulate e facilitate, c) il reinserimento che impegna le funzioni recuperate e riabilitate ai compiti presenti nella complessità piena della vita quotidiana.

Da considerare, poi, che in un campo come quello dell'handicap, dove l'aspetto sociale e culturale ha un influsso determinante sulle condizioni di vita e finanche sull’identità dei soggetti (come si mostra con l’handicap dell’handicap), più che non quello della minorazione funzionale o della disabilità vera e propria, una netta distinzione tra terapia e riabilitazione sanitaria da un lato e tra rieducazione funzionale, riqualificazione e reinserimento sociale dall'altro, può anche non sussistere, invadendo la prima direttamente l'ambito della vita quotidiana e della cultura sociale sottesa (cfr. nota n. 15). Tenendo presente, però, la diffe­renza concettuale tra disabilità e handicap, così come si chiarirà tra breve, si può affermare che generalmente le tecniche di riabilitazione sono destinate a ridurre l'entità delle disabilità e per far ciò impostano l'intervento sulla "normalizzazione degli atti", o ripe­tendo il percorso dello sviluppo delle funzioni, o vicariando le capacità funzionali impedite, o cancellando comportamenti per imporne altri.

In tale ottica assumono un significato particolare per la riabilitazione i riferimenti medico-scientifici (cfr. nota n. 16) sul problema delle cause della malattia mentale che hanno visto svilupparsi dalla Psicoanalisi freudiana e affiancarsi al tradizionale orientamento organicistico, (quello che aveva coniato il termine di Neuropsichiatria, per signi­ficare come l'alterazione mentale fosse causata dalla malattia del sistema nervoso), un nuovo orientamento psicodinamico. Con questo si propone, infatti, una visione per la quale l'alterazione mentale è causata da un conflitto psicosessuale. In seguito poi, dagli studi delle scienze psicosociali e antropologico-culturali nasce un terzo orientamento, chiamato appunto psicosociale, perché trova la causa della malattia mentale nei fattori d'integrazione sociale che agiscono sull'individuo imponendogli un ruolo nella famiglia, nella scuola e nella comunità più ampia da cui nasce uno stato di disagio e di malessere che il soggetto esprime con il sintomo patologico.

In quest’ultima prospettiva appare complesso (come dice G. Fava Vizziello, cfr. bib. n. 17) stabilire un confine tra “normalità e psicopatologia soprattutto in età evolutiva: diverso è il valore del segno, che la famiglia o la scuola colgono e trasformano in segnale, attribuendogli un significato di indicatore di un disagio (forse non tanto per il bambino, quanto per chi l’ha identificato), segno/segnale che noi, professionisti della psiche, trasformiamo in sintomo, dandogli un senso di coadiutore con altri sintomi alla formazione di un quadro psicopatologico, presente nel nostro modello di riferimento”.

8) Organico e funzionale. Menomazione, disabilità e handicap. Partecipazione e integrazione

 Al primo orientamento corrisponde, dunque, un'eziologia organogenetica, mentre gli altri due fanno riferimento ad eziologie psicogenetiche, e precisamente a fattori prevalentemente interni l'uno e a fattori prevalentemente esterni l'altro. La mede­sima distinzione, di solito, viene richiamata anche con la contrappo­sizione tra i termini "organico", riferito al primo orientamento, in quanto situazione dipendente da un deficit nella struttura anatomo-fisio­logica del corpo, e "funzionale", per gli altri due che presentano delle alterazioni nel funzionamento in presenza di un substrato organico normale o almeno indenne da patologie. Si consideri come la visione dei meccanismi patogenetici, secondo la prima eziologia, sia stata potente dal fatto che ancora nel DSM-III e DSM-III-R (manuali di diagnostica antecedenti al DSM IV, cfr nota n. 18) i disturbi e le sindromi mentali organiche sono definiti come il risultato di una “disfunzione cerebrale transitoria”. Il termine organico, perciò, ancora pochi anni fa “copriva due tipi di eziologia: quella dovuta a condizioni mediche generali e quella dovuta agli effetti dell’uso di sostanze. Soltanto l’accumulo successivo di osservazioni e conoscenze circa i fattori biologici che contribuiscono ai disturbi mentali tradizionalmente non organici ha reso questa dicotomia tra organico e non organico obsoleta. Per tutte queste ragioni il termine organico è stato eliminato dal DSM IV” (cfr. bib. n. 19).

È su queste basi, infatti, che è stata sviluppata dall’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) tutta una riflessione sui processi di formazione dell'handicap, identificando in un primo documento (ICIDH 1980) tre differenti livelli della catena causale: il primo della menomazione, il secondo della disabilità e il terzo dell'handicap, dove si prende coscienza che la formazione dell'handicap è segno di un processo sociale di riconoscimento negativo della disabilità, ma che non è sempre ad esso conseguente ed, anzi, conosce forti differenziazioni a secon­da delle culture e dei tempi. In tal senso quando qualcosa d’anomalo accade nell'individuo a causa di un evento morboso (es. encefalite), una catena di situazioni causali dà origine ad una modificazione nella struttura del corpo (menomazione) e da questa si origina una carenza nella dotazione dell'individuo che determina a sua volta una limitazione o perdita di capacità (disabilità). Questa disabilità può, quasi inevitabilmente in una società evoluta e complessa come quella postmoderna, ostacolare le richieste sociali o della realtà culturale in cui si trova a vivere, dando così luogo all’handicap.

Alla proposta dell’OMS si può aggiungere: a) che quando, poi, l'individuo si rende conto della propria diversità, facilmente adatta il proprio ruolo a quanto gli altri (famiglia, scuola, circondario, sanità) intendono a lui adeguato (handicap dell’handicap), interiorizzando per sempre un’immagine negativa di sé che può comportare la rinuncia a taluni diritti di cittadinanza, e b) che qualsiasi mancanza d’abilità (es. codice linguistico ristretto), ovvero qualsiasi limitazione, anche da carenza esperienziale (svantaggio) o da diversità culturale (alterità) della dotazione considerata “normale”, può attivare la catena causale di cui sopra anche nei confronti di chi non ha alcuna menomazione.

In ogni modo, il significato profondo di tale riflessione è che l’handicap non è come la disabilità uno stato definitivo del soggetto menomato, ma è invece una condizione indotta dal modo di trattare la diversità, caratteristico di una cultura non inclusiva. Alla prima formulazione del processo di formazione dell’handicap, dopo alcuni anni, è seguita una seconda interpretazione dell’OMS (ICF 1999) che supera i tre concetti precedenti a favore di una visione (e di una terminologia) più favorevole all’inclusione sociale, dove s’individua il funzionamento (da intendere come capacità di partecipazione alla vita quotidiana) quale risultato della relazione fra fattori contestuali (ambientali e personali) e le condizioni di salute.

Proprio il riconoscimento di un tale processo e, in particolare del fatto che le limitazioni alla partecipazione (funzionamento) nascono da come i fattori ambientali e gli atteggiamenti individuali interagiscono con le condizioni di salute, possono consentire di portare un’azione per la “riduzione dell’handicap” (A. Canevaro), agendo con un adeguato intervento adattativo di tali fattori ai bisogni personali di salute (non sempre facile o possibile nella scuola) e con l’educazione proattiva dei soggetti disabili, come portato specifico nella differenziazione del percorso educativo. Per approfondire le varie dimensioni connesse con i processi di differenziazione didattica per l’integrazione scolastica dei disabili motori, tuttavia, un docente, anche se specializzato per il sostegno, non trova facili riferimenti nella letteratura specifica, perché si tratta di un campo operativo ancora poco elaborato nell’esperienza e nella riflessione scolastica da un lato, ma anche poco presente alla pubblicistica scientifica, se da una prospettiva riabilitativa, intesa in senso ristretto e specialistico, ci si vuole rivolgere prevalentemente ad una prospettiva di tipo educativo e didattico.

L’effetto di tale difficoltà è, poi, che il docente di sostegno e il consiglio di classe, quando si trovano in questo frangente, per lo più trascurano di realizzare un intervento facilmente attuabile nella scuola d’induzione dell’apprendimento motorio (processo del tutto spontaneo per l’alunno, ma risultato di un intervento intenzionale accuratamente progettato dai docenti), con l’effetto di rinunciare ad un probabile miglioramento delle azioni e dei gesti, ovvero del benessere della persona nel fare azioni e gesti e per di più, sovente, anche di rinunciare a quel contesto educativo strutturato in modo interattivo e collaborativo dal gioco (un vero e proprio sfondo integratore) costituto dall’educazione psicomotoria o, come proposto nell’allegato, costituito dall’attività finalizzata di gruppo.

9) Significato della classificazione delle disabilità motorie

Da ciò discende che per opinione comune bisogna favorire la conoscenza dei docenti di sostegno e di classe e la loro dotazione professionale in questo difficile settore, perché possano pienamente collaborare all’integrazione, alla descrizione del Profilo Dinamico e all’individuazione delle potenzialità anche lungo l’asse della motricità e gli altri che gli sono connessi. Tutto ciò andrebbe attuato per molti motivi, a cominciare, si potrebbe dire, da quello del “diritto allo studio” dell’alunno diversamente abile, ma più semplicemente qui si vuole evidenziare l’importanza strategica del mezzo psicomotorio quale strumento fondamentale, potenzialmente interdisciplinare, che permette di incidere globalmente nella relazionalità come nell’espressività, ovvero nella cognizione come nella comunicazione.

Molte in questo senso sono le tematiche attinenti che dovrebbero essere sviluppate e non solo nei docenti di sostegno, tuttavia, tra i primi e fondamentali problemi che emergono chiaramente davanti ad un’intenzione operativa e formativa, sussiste senz’altro anche la necessità di definire e raggruppare in un modo semplice, ma chiaro, le diverse menomazioni conseguenti alle varie patologie che caratterizzano tipicamente quest’ordine di fenomeni minorativi del comportamento motorio. Può forse apparire inizialmente una problematica lontana dalle cure pedagogiche e, tuttavia, diviene subito non così lontana, quando se ne possano trarre conseguenze favorevoli sulle azioni d’integrazione, progettazione e valutazione che dovranno necessariamente essere poi intraprese. Il docente intenzionato a darsi un orizzonte conoscitivo utile per il suo compito, infatti, non può che accedere da principio ad un quadro semiologico di riferimento che è reso reperibile solo in due diversi tipi di pubblicazioni: o le trattazioni mediche specifiche che possono risultare di difficile comprensione e dominio, o le proposte per i genitori presentate ampiamente dalle Associazioni del settore “non profit” in internet (cfr. nota n. 20), molto più facili da aggredire, però talvolta, nell’intento divulgativo e informativo poco rispettose della dimensione scientifica (perché la semplificazione può modificare il senso della descrizione), perciò da acquisire con cautela.

 In entrambe queste direzioni, in ogni caso, si può incorrere in almeno due differenti livelli di descrizione della complessità: al primo livello si trova una classificazione “di topografia anatomica” delle disabilità motorie, dove può anche bastare una distribuzione appena ragionata sulla localizzazione anatomica come quelle esposte da R. Zavalloni (in *Introduzione alla pedagogia speciale*, La Scuola, Brescia 1969 da pag. 159 a pag. 188), ovvero G. Catalfamo et alter (in *Compendio di Psicopedagogia e Pedopsichiatria*, Parallelo 38, Reggio Calabria 1974 da pag. 165 a pag. 288), ovvero R. Vianello et alter (in *Il bambino portatore di handicap e la sua integrazione scolastica*, Juvenilia, Bergamo 1988), oppure, pur seguendo ancora il medesimo criterio, si può arrivare fino ad un’approfondita descrizione scientifica come nel caso di R. Nicoletti (in *Il controllo motorio*, Il Mulino Bologna 1992), tenendo sempre presente che, quanto alla vera e propria diagnosi psicopatologica (ma si tratta di materiali di prevalente uso medico), ormai da anni sussistono strumenti multiassiali riconosciuti internazionalmente come il DSM-IV e l’ICD-10 per la cui descrizione si rimanda necessariamente a testi di Psicopatologia.

 Questo tipo di classificazione, dunque, nasce da un criterio che segue la distribuzione anatomica delle differenti lesioni portate al sistema nervoso da malattie, lesioni, disturbi della funzione motoria. Tipicamente si struttura, perciò, secondo quattro settori: a) quello delle menomazioni che non sono causate da malattie del sistema nervoso, b) quello delle menomazioni provocate da insulti portati al sistema nervoso periferico, c) quello al sistema nervoso centrale sottocorticale (spesso suddiviso poi in altri livelli come - 1) del midollo spinale, 2) del tronco dell’encefalo, 3) della base del cervello) e d) quelli ai sistemi funzionali corticali. Il criterio della distribuzione anatomica, tuttavia, per il docente non è sicuramente quello più adatto, perché non assicura il raggruppamento di menomazioni similari e, dunque, non è così funzionale all’individuazione della differenziazione negli interventi educativi e didattici da realizzare per l’integrazione scolastica come si vorrebbe.

10) Approccio neurologico, neuropsicologico e psicomotorio

 Nell’intento di trovare altre soluzioni del medesimo problema, più funzionali per il docente, si può attingere ad un livello superiore, dove l’impostazione classificatoria delle disabilità deriva la sua strutturazione dall’organizzazione dei diversi modelli di spiegazione adottati dalle diverse scienze che si occupano delle disabilità motorie. A questo proposito è ormai riferimento fondamentale la recente proposta di G. B. Camerini e C. De Panfilis in *Psicomotricità dello sviluppo* Carocci Faber, Roma 2003, dove si definiscono quattro modelli di spiegazione (che lo scrivente qui sintetizza in tre soltanto, raggruppando gli ultimi due insieme nel medesimo settore). Tale modello deriva il criterio su cui costruire la propria tipologia, dalle tendenze metodologiche diverse che sono espresse nella loro ricerca dalle diverse scienze di riferimento (Neurologia, Neuropsicologia e Psicologia); in tal senso possono tendenzialmente raggruppare menomazioni similari e, dunque, trattabili in linea di principio anche in modo analogo nell’ambito educativo.

 Così, infatti, si possono avere i seguenti tre raggruppamenti, in considerazione di:

 a) un approccio neurologico – I settore - che nasce dall’orientamento “anatomo-funzionale proprio dell’esame neurologico classico, volto allo studio del rapporto tra un certo segno e il livello strutturale del sistema nervoso che lo sottende”. A questa prospettiva corrispondono le disabilità conseguenti alle lesioni del sistema nervoso e come appartenente a questa prospettiva, nonché esempio acclarato del meccanismo neuromotorio che dall’insulto patogeno passa a determinare la disabilità, si può considerare la Paralisi Cerebrale Infantile.

 b) Un approccio neuropsicologico - II settore - nasce dall’orientamento volto “ad esaminare le funzioni cerebrali superiori e i complessi processi integrativi che le sottendono” (tipico della neuropsicologia). A questa prospettiva corrispondono le disabilità dovute a disturbi d’organizzazione cerebrale delle diverse funzioni, dove più che risalire causalmente alla struttura anatomo-funzionale (che rimane ancora da dimostrare se sia lesa o meno), si considera il trattamento distorto che la dotazione originaria dei processi di simbolizzazione del soggetto subisce a causa di forme alterate di sviluppo. Quali esempi tipici di disabilità neuropsicologica si fa riferimento alle Disprassie e ai Problemi Specifici d’Apprendimento.

 c) Un approccio psicomotorio – III settore – nasce dall’orientamento psicologico 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” come i primi due settori, coglie l’origine delle difficoltà motorie dalla situazione fenomenica e relazionale che vive il soggetto, rivolgendosi “al corpo inteso come oggetto simbolico”. A questa dimensione appartengono i “disturbi psicomotori” secondo l’impostazione di J. De Ajuriaguerra (Infantilismo psicomotorio o goffaggine e Instabilità psicomotoria, cfr. nota n. 21).

 Già di fronte ad un tale quadro, il docente può orientarsi diversamente per agire sulle tre categorie: ad esempio, sapendo di potersi avvalere soltanto delle capacità residue nel primo caso, ovvero di poter contare su di una certa induzione funzionale attraverso la facilitazione dei compiti nel secondo e di dover lavorare sull’adattamento al contesto affettivo e relazionale nel terzo (cfr. nota n. 22). Queste indicazioni sintetiche, come primo effetto, perciò portano materiali non trascurabili nella fase d’ideazione e di costruzione di curricoli pensati diversi per affrontare bisogni formativi caratterizzati diversamente. Poi, però, dalle interpretazioni delle causalità patologiche può derivare anche un altro effetto molto più importante su di un piano scientifico e cioè un modo complessivo di spiegare come si realizza l’attività e la funzione motoria.

11) Un modello globale del funzionamento motorio

 In questo senso, infatti, può assumere un rilievo particolare un modello globale di spiegazione del funzionamento motorio, come quello derivato dall’impostazione di M. Jeannerod (riportato da G. B. Camerini e C. De Panfili, in Op. Cit. alle pagine 197 e 198) che inizialmente intendeva occuparsi delle disprassie per arrivare a distinguere quando considerarle un disturbo primario, differenziandole così da quelle disorganizzazioni dell’attività prattognosica che si riscontrano in altre condizioni patologiche quali il Ritardo Mentale, i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo e taluni Disturbi di Personalità, dove si realizzano invece come disturbo secondario (cfr. nota n. 23).

 Tale modello, pur nato per spiegare le disprassie, imposta una struttura gerarchica da applicare generalmente alla gestualità volontaria e abile sia nell’adulto che nel bambino e consiste nell’organizzazione di tre livelli di definizione del processo motorio:

 - un piano superiore che effettua la progettazione del gesto in piena consapevolezza, utilizzando elementi concettuali e linguistici per sovrintendere alla costruzione ideativa del medesimo, cioè quel pensiero che non è altro che il linguaggio interno che sostiene l’azione. Questo piano cade per deficit intellettivo (Ritardo Mentale) o per problemi affettivi (Disturbi Pervasivi dello Sviluppo come la Sindrome di Asperger, ovvero nei Disturbi di Personalità come nel Disturbo Schizoide).

 - 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 modulari (cioè tendenzialmente autonome nell’elaborazione). È deficitario nelle disfunzioni neuropsicologiche specifiche come le Disprattognosie (Aprassie e Disprassie dello sviluppo), anche se (sempre per gli AA. citati) può comparire, come Disfunzione dei canali visuomotori, anche in condizioni contraddistinte da Ritardo Mentale come la Sindrome di Williams.

 - 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 di consapevolezza ed abilità. Si presenta deficitario nelle situazioni di goffaggine, sia quelle “pure” che quelle combinate con un Disturbo Specifico dello sviluppo (frequente l’associazione con il Disturbo d’Apprendimento della Letto-scrittura). Caratteristica generale, poi, di questo livello è di trovarsi in una situazione di doppio legame a causalità incrociata con i piani superiori, perché se:

 a) da un lato, può disorganizzare il tono di base e il feedback sensopercettivomotorio che costituiscono i materiali principali per la determinazione della Sintesi afferente (cfr. nota n. 24) su cui devono lavorare i due piani superiori per realizzare il loro compito, andando in definitiva a disorganizzare la progettazione,

 b) da un altro lato, a sua volta può essere determinato, come nella condizione di goffaggine, da carenze di trattamento dell’informazione a carico dei piani superiori che impediscono soprattutto la realizzazione di gesti nuovi ancora in fase di apprendimento.

Note

1. A. Benfenati, *Didattica differenziale*, Editrice Montefeltro, Urbino 1964, pag. 36 e seg.
2. A. Benfenati, Op. Cit. pagg. 57 e 58
3. J. Cervellati, *Didattica differenziale*, Giunti Barbera, Firenze 1968, pagg. 59 e 60
4. R. Zavalloni, *Per una "pedagogia della normalizzazione"*, in “Handicap Progetto Educazione”, Giunti e Lisciani, Teramo 1987, da pag. 67 a pag. 84
5. L. S. Vygotskij, *Lo sviluppo psichico del bambino*, Ed. Riuniti, Roma 1973, da pag. 144 a pag. 164
6. Si consideri L. D’Alonzo, *Integrazioni e gestione della classe*, La Scuola Brescia 2002, D. Janes, *La Speciale normalità*, Erickson, Trento 2006 e A. Canevaro, *Le logiche del confine e del sentiero,* Erickson, Trento 2006
7. M. Baldacci, *Personalizzazione o individualizzazione?*, Erickson, Trento 2006
8. L. S. Vygotskij, Op. Cit. da pag. 126 a pag. 143.
9. R. A. Rosa e D. Colella, *L’attività fisica adattata nella scuola e nel tempo libero*, in “Difficoltà di apprendimento” n. 1, ottobre 2004
10. Il Finalismo o la Teleologia che la Filosofia nell'antichità poneva come spiegazione causale del determinismo nella natura (la natura o il fine determinano lo sviluppo di un processo) uguagliandolo all'agire intenzionale umano, con lo sviluppo della scienza è stato cancellato dal Meccanicismo. Dopo la scoperta della Genetica da un lato e dell'Evoluzione fisica dall'altro, tuttavia, anche la scienza biologica moderna ammette una forma di finalismo materialista: la Teleonomia, intendendo che anche i processi biologici (oltreché quelli umani nell'ambito dell'intenzionalità del soggetto) sono guidati internamente da forze biologiche (come quelle che portano ad effetto l’informazione del DNA) tese al conseguimento di un'organizzazione tipica della specie (per approfondimenti cfr. J. Ruffié, *Dalla biologia alla cultura*, Armando, Roma 1978 e J. Monod, *Il caso e la necessità*, A. Mondadori, Milano 1981)
11. M. P. Dellabiancia, *Corpo e Movimento. Fonti filosofiche e scientifiche per una pedagogia del corpo,* in “ErreessE” n. 65 del novembre 2006, Gulliver, Vasto
12. Si consulti S. Nannini, *L’Anima e il Corpo*, Laterza, Bari 2002
13. Si consulti la voce “Psicologia” in Enciclopedia Garzanti di Filosofia e altre Scienze Umane; inoltre si tenga presente che “condotta” è un termine tipico della psicologia europea, nato in contrapposizione a “comportamento”, perché non esclude la possibilità dell’indagine mediante l’introspezione e dunque considera oggetto di studio anche l’analisi dell’esperienza personale (vissuto), accanto all’esito dell’esperimento (o del test) e dell’indagine esterna sul comportamento.
14. Per un approfondimento su di questa prima esperienza di riabilitazione si consulti dello scrivente, *La pedagogia clinica: da origini medico-psicologiche a sviluppi di pedagogia scientifica e speciale*, in “www.dellabiancia.it/curriculum.htm”
15. Si considerino i molti materiali sulle terapie desumibili da “www.club.it/letizia/documenti”, o da “www.asphi.it/HomePage.htm” e da “www.artiterapie.it”
16. Per il settore motorio si vedano i materiali concernenti le malattie neuromuscolari in “www.uildm.org”, ovvero dello scrivente *Integrazione scolastica e valutazione nelle disabilità neuro e psicomotorie* e *Patologie, sviluppo e progettazione educativa nelle disabilità neuro e psicomotorie* in “www.nonsolofitness.it/dellabiancia”
17. G. Fava Vizziello, *Psicopatologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna 2003, prima parte, percorso “segno, segnale e sintomo” attraverso i vari contesti
18. Per un quadro sugli strumenti diagnostici DSM IV e ICD 10, si consulti G. Fava Vizziello, Op. Cit., parte seconda
19. A. Bellomo, *Aspetti classificativi in Psichiatria*, comunicazione al Master di I livello in “Teorie e metodi delle Attività motorie preventive e adattate” dell’Università di Foggia, anno 2006
20. Ci si riferisce a materiali che si trovano in “www.uildm.org/biblico.htm”, “www.parkinson.it/segni. sintomi.html”, “www.airh.it/main.htm”, “www.disabili.com” ecc.
21. Si consulti L. Carli e A. Quadrio, a cura di, *Clinica della psicomotricità*, Feltrinelli, Milano 1981 e per una panoramica sulle diverse posizioni: G. Benedetti, *Segno, simbolo, linguaggio*, Boringhieri, Torino 1977, E. Caffo e G. B. Camerini, *Clinica della psicomotricità e del rilassamento*, Guerini, Milano 1991, A. M. Wille, *La terapia psicomotoria dei disturbi minori del movimento*, Marrapese, Roma 2003
22. Per approfondimenti cfr. dello scrivente, *Integrazione scolastica e valutazione nelle disabilità neuro e psicomotorie*, ovvero *Patologie, sviluppo e progettazione educativa nelle disabilità neuro e psicomotorie* in “www.nonsolofitness.it/dellabiancia” e *Altre patologie e principi di riabilitazione nelle disabilità neuro e psicomotorie* *(ad uso dei corsi universitari)* in “www.dellabiancia.it/ integrazione.htm .
23. Per un primo riferimento a “deficit” e “disturbo”, a “patologia primaria” e “secondaria”, a “modularità” e agli altri concetti fondamentali della medicina alla luce della Pedagogia clinica è possibile consultare P. Crispiani e C. Giaconi, *Hermes 2006. Glossario pedagogico professionale*, Edizioni Junior, Bergamo 2006
24. Per il concetto e il modello di “Sintesi afferente” cfr. P. K. Anochin, *La Cibernetica e l’attività integrativa del cervello*, in AA. VV., *Neurofisiologia e Cibernetica*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1973.