
IPPOCRATE PEDAGOGICO E HERMES V

Sintesi dei punti comuni da appunti universitari

TFA Sostegno, Scuola Secondaria di II grado

Disclaimer

Questo documento è un appunto personale di sintesi, redatto in autonomia. È prodotto a uso didattico, come materiale di recupero e/o di approfondimento riservato ai docenti che hanno frequentato il corso. Gli appunti e i contenuti multimediali possono essere stati prodotti con l'aiuto di sistemi di intelligenza artificiale. Non è materiale ufficiale fornito dall'Università e non sostituisce i testi, le dispense o le indicazioni ufficiali del docente. Può contenere semplificazioni, omissioni o imprecisioni: si consiglia di verificare sempre sul materiale originale del corso.

www.chierchia.eu

Risorse, guide e materiali didattici per docenti e futuri insegnanti di sostegno

Come è stato costruito questo documento. Dei due libri non era disponibile il testo integrale. Ho confrontato appunti e riassunti universitari pubblicati online sul primo manuale con le slide del modulo e con le schede editoriali, tenendo come nucleo i punti che ricorrono in tutte le fonti. Dove gli appunti degli studenti contenevano imprecisioni evidenti (date, nomi) le ho corrette. Il secondo libro è un glossario e di esso non ho trovato materiali di studio: la sezione finale è quindi un glossario dei termini chiave comuni alle fonti, non una sintesi del volume.

1. Di che cosa trattano i due libri

Ippocrate pedagogico è un manuale professionale di pedagogia speciale dell'abilitazione e della riabilitazione. Offre un quadro per la **presa in carico educativa**, comprendente prevenzione, valutazione funzionale, abilitazione, cura, riabilitazione, rieducazione, terapia, training e trattamento, rivolta a persone con deprivazione, disabilità, disadattamento, disagio, disturbi funzionali, diversità culturale, marginalità, menomazione, patologie psichico-mentali, ritardo evolutivo e svantaggio. Il titolo richiama il medico antico per sottolineare l'idea di un'educazione che lavora in modo clinico, cioè attento al singolo caso.

Hermes V è un glossario scientifico-professionale di pedagogia e scienze del comportamento: raccoglie in forma di voci il lessico tecnico che il manuale e gli altri testi della stessa impostazione usano.

1.1 I punti che ricorrono in tutte le fonti

Tema	Idea comune
Conoscere per educare	Non si educa senza conoscere la persona, il suo sviluppo e i suoi bisogni
Pedagogia speciale professionale	Responsabilità etica più competenza scientifica; figure: educatori speciali, docenti speciali, pedagogisti
Pedagogia clinica	Approccio empirico, individuale ed ecologico alla formazione umana, nato con il lavoro di Itard
Formazione	Sviluppo più educazione: la formazione è l'incontro tra ciò che matura e ciò che viene educato
Saperi complessi	Incertezza, probabilità, contesto, valore dell'eccezione, revisione continua delle idee
Educabilità	Dal rifiuto dell'ineducabilità alla fiducia nella perfettibilità e all'ottimismo pedagogico
Causa, sintomo, catena causale	Ogni sintomo è insieme effetto e causa: si risale la catena per trattare il livello più inclusivo
Sindromi quantitative e qualitative	Deficit (qualcosa manca) e disordine (qualcosa funziona in modo diverso)
Disorganizzazione neurologica	Disturbi funzionali con segnali deboli e senza danno evidente, che investono coordinazione, esecutività e linguaggio
Funzioni esecutive	Regolano l'agire intenzionale: la loro disfunzione spiega lentezza, disfluenza e incoordinazione
Disabilità e diversità	Funzionamento, tipicità, differenza tra disabilità e handicap, aumento delle frequenze

2. Conoscere per educare

2.1 Sviluppo e diagnostica pedagogica

Il punto di partenza è che l'educazione ha come destinazione ultima lo **sviluppo**, e che quindi chi educa deve conoscere come la persona si sviluppa. Tale conoscenza richiede due sguardi: la **prospettiva diacronica**, che ricostruisce la storia della persona nel tempo (narrazione), e la **prospettiva sincronica**, che descrive la condizione attuale (descrizione). La loro somma costituisce la **diagnostica pedagogica**: non una classificazione che si ferma all'apparenza, ma una conoscenza in profondità (il senso etimologico di diagnosi) che accompagna il cambiamento. La pedagogia clinica è per questo una scienza del divenire, non dell'istante.

Rientra qui anche l'idea di **personologia pedagogica**: lo studio delle differenze tra le persone e dell'individualità di ciascuno, che orienta tanto la diagnosi quanto la progettazione dell'intervento.

2.2 Saperi complessi

Le fonti descrivono la conoscenza pedagogica come **complessa**. Non è centrata sulla certezza o sulla misura: è esposta all'infinità delle variabili, resiste alla riduzione al semplice, convive con più teorie e paradigmi, dipende da spazio e tempo, si collega ai saperi precedenti e alle conoscenze su grandi numeri ma valorizza l'**eccezione** e i piccoli numeri. È sensibile al caso e al caos (la classe non sarà mai come l'insegnante la immagina), riconosce la soggettività dell'osservatore come risorsa, è transdisciplinare, parte da una base empirica ravvicinata, è criticamente revisionabile ed è sociale, perché la conoscenza si rafforza quando viene condivisa.

2.3 Responsabilità, resistenza e competenza

Il lavoro educativo con persone con disabilità poggia su una **responsabilità** doppia: etica (tutti hanno diritto all'educazione) e pedagogica (conoscere il soggetto e progettare un'azione). Si incontra spesso una **resistenza**, che si manifesta nella pluralità dei problemi, nell'oscurità delle sindromi, nell'incertezza del procedere e nella pochezza dei risultati. Non va letta come ostacolo da rimuovere ma come elemento da lavorare, che rilancia l'impegno intellettuale e professionale dell'educatore: occorre saper convivere con la diversità e anche con l'insuccesso, riprovando con strategie nuove.

2.4 Pedagogia speciale professionale, tecnica e tecnologia

La **pedagogia speciale** è la scienza che si esercita sulla diversità; la sua declinazione operativa è la **pedagogia speciale professionale**. In questa si distinguono la **tecnica** (sapere come si fa una cosa) e la **tecnologia** (ragionare sul modo di agire e sapere perché funziona). Le componenti sono prevenzione, diagnostica speciale, trattamento abilitativo (rieducazione, educazione, abilitazione, training, didattica speciale), sussidi (tecniche, strumenti, programmi, ambienti) e valutazione e controllo.

Il campo si evolve secondo cinque direzioni: una migliore conoscenza dello **sviluppo neurobiologico** (anche prima della nascita) e la distinzione storica tra malattia nervosa e malattia mentale; l'individuazione di **nuove patologie** grazie a strumenti più raffinati e a maggiore attenzione ai disturbi lievi; **strumenti diagnostici** più precisi (imaging, indagini genetiche); l'**approccio ecologico**, che considera la persona come unità bio-psico-sociale e conduce alla presa in carico globale; i **sussidi elettronici**, che attenuano disabilità, compensano disfunzioni e aprono istruzione e comunicazione anche a chi ne era escluso.

3. Le pedagogie e la pedagogia clinica

Le fonti insistono sul fatto che la pedagogia va ridefinita di continuo, come ogni scienza viva, e collocata tra le scienze del comportamento. Un'idea centrale è che la scienza nasce dall'esercizio delle professioni: è l'**agire**

professionale a generare il pensiero scientifico, e l'epistemologia diventa oggi **epistemologia delle professioni**, in una sintonia tra teoria e pratica.

3.1 Che cosa significa clinica

La pedagogia è **clinica** non perché si occupi di malattia, ma per il tipo di approccio ai processi formativi: **empirico** (casi visti da vicino, interpretati), **individuale** (sapere costruito anche sull'eccezione) ed **ecologico** (di primo livello, la persona nella sua interezza fisica e psichica; di secondo livello, i contesti di vita come famiglia e scuola). La definizione si afferma all'inizio degli anni Ottanta, in un momento di crisi dei saperi. Gli indicatori elencati sono: fondazione sulla scienza dello sviluppo, ampie relazioni con altre discipline (mediche, motorie, linguistiche, psichiche), attenzione alla singolarità dei casi, centralità della dimensione corporea e motoria, attenzione ai contesti, costruzione di procedure e sussidi mirati, valutazione e controllo qualitativi, esercizio abilitativo delle funzioni.

3.2 Le equazioni della formazione

Equazione	Significato
Maturazione biologica più ambiente uguale sviluppo	La maturazione è il realizzarsi di condizioni biologiche programmate; avviene sempre in un ambiente (uterino e poi extrauterino); lo sviluppo è la sintesi dei due
Educazione diretta più educazione indiretta uguale educazione	Si interviene direttamente sul comportamento (sostenere un bambino che cammina) e indirettamente sull'ambiente (predisporlo)
Sviluppo più educazione uguale formazione	La formazione è un processo bilaterale tra chi si sviluppa e chi aiuta lo sviluppo
Processi evolutivi più processi educativi uguale processi formativi	Sia lo sviluppo sia l'educazione sono processi, non atti: per questo è difficile studiarli

Il dominio della pedagogia ha **confini deboli**: si apre ad altri saperi e ne viene attraversata, con il rischio di una scarsa autonomia lessicale. La pedagogia clinica studia lo sviluppo umano, le condizioni dell'aiuto allo sviluppo e l'andamento evolutivo dell'individuo con i suoi bisogni educativi, ed è per questo scienza della formazione, con affinità con la biologia.

3.3 Gli ambiti della pedagogia speciale professionale

Prevenzione; diagnosi e valutazione funzionale; presa in carico; **Progettazione Educativa Clinica (PEC)**; trattamento abilitativo; didattica; progettazione e cura di ambienti, materiali e sussidi; progetto di vita; orientamento; valutazione della qualità (integrazione scolastica, di vita, lavorativa, inclusione sociale) e documentazione; analisi civile e giuridica. Il quadro generale è: sviluppo patologico più educazione speciale uguale formazione in ambito speciale, con un doppio protagonismo, quello della persona che si sviluppa e quello dell'educazione che sostiene lo sviluppo, nei luoghi di vita quotidiani (famiglia, scuola, gioco, sport, tempo libero).

4. Le origini: Itard e Victor, e la curva dell'educabilità

4.1 Il caso del ragazzo dell'Aveyron

La storia della pedagogia speciale e clinica viene fatta partire dal caso del ragazzo trovato nei boschi della Francia meridionale alla fine del Settecento. Portato a Parigi nell'istituto per sordomuti, è esaminato da due medici. Pinel, esaminato il quadro, lo giudica affetto da **idiozia congenita** e quindi ineducabile. Itard sostiene invece che il comportamento apparentemente sordo e animalesco dipenda dalla **forte deprivazione** di relazioni e di stimoli, e che il ragazzo sia **perfettibile**, cioè educabile. Itard intuisce la distinzione tra **danno organico** (lesione dell'apparato) e **danno funzionale** (assenza di condizioni per sviluppare la funzione): nel secondo caso il guadagno educativo è maggiore.

Il ragazzo, chiamato Victor, viene affidato a Itard, che lavora in due fasi, con cinque obiettivi nel 1801 e tre successivamente, partendo da un impianto **ecologico e senso-motorio**. Ottiene risultati notevoli (comprensione del linguaggio e della lingua scritta, avvio di una forma di socializzazione), anche se Victor non arriverà a parlare. Itard verifica anche il **senso morale** del ragazzo, creando un'ingiusta punizione e osservandone la reazione di protesta come segno del senso del giusto. Proceda per tentativi ed errori, senza precedenti a cui riferirsi: è il primo esempio documentato di intervento sistematico, da cui discendono la pedagogia scientifica, speciale e clinica. Nel clima dell'Illuminismo, della società per l'osservazione dell'uomo e dell'interesse per il "selvaggio", il caso è seguito con curiosità e polemiche.

4.2 Che cosa si riconosce a Itard

Le fonti elencano numerose intuizioni che anticipano la pedagogia clinica: rifiuto dell'ineducabilità e accettazione della perfettibilità; distinzione tra danno organico e funzionale; riconoscimento della causa ambientale e della deprivazione; centralità dell'osservazione; primato corporeo e sensoriale; approccio a tutte le dimensioni dell'individuo; fiducia nell'esperienza abilitativa; diagnosi funzionale; progettazione, valutazione e controllo dell'azione; procedure abilitative, materiali speciali e documentazione. Si rileva anche una criticità attuale: la tendenza a un approccio solo **suppletivo**, che dà lo strumento al posto di sviluppare la funzione, a differenza dell'approccio abilitativo.

4.3 La curva dell'educabilità e l'inclusione

Dalla storia si ricava una curva che va dall'**ineducabilità** (prima di Itard), attraverso Itard e Victor, all'**educabilità** e all'**ottimismo pedagogico** novecentesco: l'educazione ha molti poteri e non bisogna porsi limiti preventivi, perché ogni persona con disabilità è titolare di pieni diritti. La **cultura dell'inclusione** è la piattaforma che rende possibile questo sforzo: la Conferenza di Salamanca (1994) ha affermato il paradigma dell'educazione inclusiva, confermato da Carta di Lussemburgo (1996), Convenzione sui diritti delle persone con disabilità e linee guida europee. Sul piano del linguaggio, le fonti ricordano che la pedagogia soffre della mancanza di un lessico univoco.

5. Cause, sintomi e sindromi

5.1 La catena causale

Le fonti richiamano il DSM-5 (2013), che segnala l'aumento di patologie plurime con origine multifattoriale o legate a condizioni ambientali e di rischio, e la crescita delle conoscenze biomediche, che permette di risalire sempre più indietro nelle cause. Cambia il concetto stesso di causa: ogni **sintomo** è effetto di una causa e insieme causa di un altro effetto, per cui si ragiona in **catene causali**, dalla condizione di rischio alla manifestazione. I sintomi si distinguono in primari e derivati, e ne esistono anche di apparenti (falsi sintomi).

Ne derivano compiti operativi: discriminare i sintomi primari, indagare i secondari e derivati, condurre una diagnosi funzionale ecologica sull'intera personalità, risalire la catena causale, individuare il livello più inclusivo dei sintomi e **mirare il trattamento al sintomo più inclusivo**, senza perdere di vista la persona nella sua interezza.

5.2 Sindromi quantitative e qualitative

	Sindromi quantitative (deficit)	Sindromi qualitative (disordine)
Indicatore	Minorità, livello rispetto alla media	Diversità funzionale, modo diverso di esercitare la funzione
Esempi	Disabilità intellettiva, deficit motori, deficit linguistici come le dislalie (errori di articolazione)	Disadattamento, disturbi cognitivi (nell'organizzazione del pensiero, non nell'intelligenza), disturbi legati alla sequenzialità
Valutazione	Misura, confronto con la norma	Osservazione e documentazione qualitativa, in prospettiva diacronica (narrativa) e sincronica (descrittiva)

Il riferimento teorico è Piaget: lo sviluppo mentale è **qualitativo**, non procede per accumulo ma per cambiamenti di organizzazione (sensomotorio, intuitivo, operatorio, formale), a balzi, con squilibri e riequilibri. Ne consegue che anche i problemi di sviluppo sono spesso qualitativi e che didattica e terapia devono essere diverse nei due casi. Le relazioni tra deficit e disordine sono varie: deficit senza disordine, deficit con disordine, disordine che genera deficit, disordine senza deficit, stati di indistinzione.

6. Biodiversità, neurosviluppo e disorganizzazione neurologica

La **biodiversità** indica che ognuno è una variante rispetto alla specie umana. Il **neurosviluppo** è lo sviluppo del sistema nervoso, che regola tutto il comportamento: ogni condotta è un neurocomportamento, per cui un disturbo del neurosviluppo non è per forza grave, ma può mettere in difficoltà più funzioni.

6.1 Una terminologia stratificata

Le fonti ripercorrono i nomi dati a quadri in cui il sistema nervoso funziona in modo disorganizzato senza una lesione evidente: **lesione cerebrale minima** (LCM), poi **disfunzione cerebrale minima** (DCM), perché l'esistenza di una lesione non era dimostrabile; quindi disorganizzazione neurologica, sovraccarico neurologico, danno cerebrale minimo, encefalopatie funzionali, disconnessione interemisferica (DIE), disfunzione cerebellare, disfunzioni esecutive, fino a immaturità neurologica e disordine sensoriale. Gli strumenti (TAC, risonanza, esami biochimici) spesso non rilevano questi quadri, che vanno riconosciuti dai **sintomi**. Si distinguono una posizione più cauta, che considera la DCM una diagnosi presunta e provvisoria, e una programmatica, che attribuisce comunque i disturbi a un sistema nervoso centrale funzionalmente disorganizzato.

6.2 Organizzazione e reti

L'**organizzazione neurologica** è l'assetto del cervello come sistema complesso e integrato, in cui ogni parte è collegata a tutte le altre. Si realizza su due livelli: **corticale** (orizzontale, tra le aree della corteccia) e **sub-corticale** (verticale, tra corteccia e strutture sotto di essa). Le teorie delle reti descrivono il cervello come una rete a invarianza di scala (scale free), con nodi molto ricchi di connessioni e nodi poveri. Un disturbo dell'organizzazione compromette le prestazioni che richiedono la sinergia coordinata di più aree (motricità, percezione, coordinazioni, condotte rapide, organizzazione spazio-temporale, linguaggio), senza che la funzione sia impedita: è piuttosto difficoltà, con perdita di fluidità.

Tre vantaggi clinici vengono indicati nell'osservare questi **segnali neurologici deboli**: conoscere meglio i disturbi del comportamento, organizzare in modo più consapevole l'azione educativa e portare l'attenzione sugli aspetti qualitativi del comportamento. Sono quadri qualitativi: disturbi specifici dell'apprendimento, spettro autistico, disprassie, dislateralità, disfasia funzionale, iperattività e disattenzione.

6.3 Ipotesi esplicative

- **Disconnessione e mediatori chimici**: la comunicazione tra emisferi e tra aree dipende da circuiti e da neurotrasmettitori; carenze di sostanze come la dopamina o difetti di connessione (disconnessione interemisferica) potrebbero disturbare percezione, attenzione, motricità e coordinazione.
- **Disfunzione cerebellare**: il cervelletto sequenzializza stimoli in entrata e in uscita e regola la temporizzazione motoria; un suo funzionamento atipico produrrebbe disordine esecutivo, incertezza della sequenzialità e disorganizzazione temporale.
- **Disfunzione magnocellulare**: alcune cellule di grandi dimensioni ottimizzerebbero le funzioni delle cellule primarie; una loro anomala distribuzione ridurrebbe l'ottimizzazione, per cui la funzione c'è ma non lavora bene.

Queste ipotesi sono modelli di ricerca, non spiegazioni definitive, e una parte della letteratura le discute. Servono a capire quali meccanismi possono stare dietro a lentezza, scoordinazione e disfluenza.

6.4 Il quadro neurologico disorganizzato (QND)

Area	Manifestazioni tipiche
Motoria	Scoordinamento, equilibrio e lateralità instabili, difficoltà negli schemi combinati o crociati, goffaggine, disprassia
Percettiva	Difficoltà di organizzazione spazio-temporale e di integrazione percettiva
Emotiva	Impulsività, bassa tolleranza alla frustrazione, distraibilità
Del pensiero	Disordine sequenziale, difficoltà con istruzioni plurime, tendenza al concreto, smarrimento nel pensiero formale
Linguistica	Disordine nelle sequenze fonatorie e nelle parole lunghe, difficoltà nella fluidità verbale, in lettura e scrittura, disfasie
Sociale	Discontinuità, integrazione insufficiente nel gruppo, alternanza di accettazione e ritrosia
Operativa	Impaccio, improvvisazione, ripetizione di azioni, diseconomicità
Scolastica	Rendimento alterno, scarsa tenuta dell'attenzione, perdita dell'ordine sequenziale di azioni, discorsi e procedure, lentezza, lavori non terminati

7. Disturbi del neurosviluppo e funzioni esecutive

La categoria dei **disturbi del neurosviluppo** del DSM-5 è molto inclusiva e plastica. Comprende disabilità intellettiva, disturbi della comunicazione (del linguaggio, fonetico-fonologico, della fluenza, della comunicazione sociale o pragmatica), ritardo globale dello sviluppo, disturbo dello spettro autistico, ADHD, disturbo specifico dell'apprendimento e disturbi del movimento (movimento stereotipato, tic). Ha caratteristiche comuni: gradi di intensità diversi, interessamento delle funzioni esecutive e cognitive, compromissione parziale o globale dello sviluppo, comorbilità frequente e diffusione crescente.

7.1 Che cosa sono le funzioni esecutive

Le **funzioni esecutive** regolano l'agire intenzionale: attivano e controllano la condotta orientandola a uno scopo. Sono processi neurobiologici e mentali che appartengono alla cognitiv  e coordinano azioni sia intenzionali sia automatiche. La loro qualit  si legge in coppie di opposti: coordinazione e incoordinazione, ordine e disordine, lentezza e velocit , accuratezza e inaccuratezza, controllo e non controllo, fluenza e disfluenza, efficacia e inefficacia, organizzazione e disorganizzazione. Anche l'emozione   una funzione esecutiva, perch  influenza il comportamento.

Modello	Componenti indicate
Pennington e Ozonoff (1996)	Inibizione, pianificazione, memoria di lavoro, flessibilit� cognitiva, fluenza verbale
Barkley (1997)	Inibizione comportamentale che sostiene memoria di lavoro, linguaggio interiorizzato, regolazione di emozioni e motivazioni, analisi e sintesi degli eventi
Miyake e colleghi (2000)	Flessibilit� cognitiva, inibizione, memoria di lavoro
Modelli recenti	Sistemi sequenziali che selezionano le componenti in base al loro contributo alla soluzione di problemi

La mappa delle funzioni esecutive proposta nelle fonti le legge come requisiti dell'agire: funzionamento neurofisiologico generale, avvio e neuroattivazione, regolazione dell'agire, coordinamenti generali, controllo ideo-prassico, costanza esecutiva, tenuta e resilienza attentiva e cognitiva, controllo degli automatismi, organizzazione spaziale, temporale e laterale, controllo delle sinestesie, autocontrollo e feedback, controllo dei distrattori, sequenzialit  e pianificazione, controllo emotivo. Le **disfunzioni esecutive** sono deficit e disordini delle prassie generali, sintetizzabili in quattro indicatori: lentezza, disfluenza, incoordinazione e randomizzazione neurologica, cio  una perdita di linearit  nello scambio tra circuiti.

8. Disabilit , diversit  e nuove frequenze

Una condizione di malattia, sofferenza o diversit  incide sui processi formativi perch  una o pi  funzioni (corporee, psicologiche, operative) risultano insufficienti o diverse. Il **funzionamento**   l'insieme delle azioni di adattamento e sviluppo che l'attivazione delle funzioni rende possibili. L'educatore lavora sulle **disfunzioni** (biologiche e psichiche), non direttamente sull'handicap.

Tipicit  e **normalit ** vanno distinte: ognuno   un tipo rispetto alla specie, mentre la normalit  pu  avere significato statistico, etico o giuridico. La **disabilit **   una situazione di disfunzione, deficit o ritardo a carico di una o pi  funzioni; l'**handicap**   lo svantaggio vissuto in un certo contesto. I due concetti non coincidono: chi porta gli occhiali ha una minorazione visiva ma non vive un handicap, mentre uno straniero che non conosce la lingua pu  viverlo senza disabilit .

L'aumento delle persone con disabilit  si spiega, secondo le fonti, con pi  fattori: una cultura dell'accettazione che fa emergere casi prima nascosti e riduce segregazione e vergogna; maggiore sopravvivenza (meno traumi alla nascita); nuove malattie o forme pi  virulente; calo delle monopatologie e crescita di patologie plurime, croniche e degenerative; deterioramento della salute mentale in alcune aree (depressione e ansia come causa di invalidit , spesso legate all'ambiente sociale); invecchiamento della popolazione; infortuni lavorativi e stradali; peggioramento delle condizioni ambientali, stress, migrazioni; patologie locali ed esotiche; disagio dei migranti con deprivazione sociale e linguistica. Per questo la pedagogia ha un ruolo importante.

9. Hermes V: glossario dei termini chiave

Del glossario non ho trovato materiali di studio dettagliati. Di seguito un lessico minimo dei termini che ricorrono nelle fonti sul primo manuale, definiti con parole mie per orientarsi nella consultazione del volume.

Termine	Significato sintetico
Abilitazione	Costruzione di una funzione che non si è sviluppata, distinta dalla riabilitazione, che recupera una funzione perduta
Catena causale	Sequenza di eventi in cui ogni elemento è causa e insieme effetto di un altro
Clinica (pedagogia clinica)	Approccio empirico, individuale ed ecologico ai processi di formazione, non legato alla patologia
Deficit	Disturbo quantitativo: una funzione manca o è ridotta rispetto alla norma
Diacronico e sincronico	Sguardo che segue la storia nel tempo e sguardo che descrive la situazione presente
Disordine	Disturbo qualitativo: la funzione c'è ma è organizzata in modo diverso o disfunzionale
Disorganizzazione neurologica	Funzionamento del sistema nervoso non ottimale, senza lesione evidente, con segnali deboli
Ecologia (di primo e secondo livello)	Lettura della persona nella sua interezza e nei suoi contesti di vita
Educabilità e perfettibilità	Convinzione che ogni persona possa sviluppare capacità, indipendentemente dalla condizione di partenza
Funzioni esecutive	Processi che avviano, regolano e controllano l'agire intenzionale
Handicap	Svantaggio vissuto in un contesto, non coincidente con la disabilità
PEC	Progettazione Educativa Clinica: progetto che traduce la valutazione in interventi
Segnali neurologici deboli	Lievi anomalie di coordinazione, tono o equilibrio, senza malattia neurologica conclamata
Suppletivo e compensativo	Strumento che sostituisce la funzione, a differenza dell'intervento che la sviluppa
Tipicità	Condizione per cui ogni persona differisce dalla media della specie

10. Domande per l'autoverifica

- Perché secondo Itard Victor era educabile e su quali distinzioni (danno organico e funzionale) si fonda la sua posizione?
- Che cosa significa che la pedagogia clinica è empirica, individuale ed ecologica?
- Come si compone la diagnostica pedagogica e che cosa aggiungono la prospettiva diacronica e quella sincronica?
- Quali sono le cinque fasi del diagramma procedurale della pedagogia speciale professionale?

- Che differenza c'è tra sindromi quantitative e qualitative e quali conseguenze ha per la didattica?
- Che cosa si intende per catena causale e perché si mira al sintomo più inclusivo?
- Che cosa sono i segnali neurologici deboli e a quali livelli del sistema nervoso si collocano?
- Quali sono le funzioni esecutive e quali indicatori ne segnalano la disfunzione?
- Perché disabilità e handicap non coincidono? Fai un esempio.
- Quali fattori spiegano l'aumento delle persone con disabilità?

www.chierchia.eu

Sintesi conclusiva

Il filo che attraversa le fonti è una pedagogia che si fa clinica nel senso di rigorosa e vicina al caso: parte dalla conoscenza dello sviluppo e della persona, usa insieme storia e osservazione presente, accetta la complessità e l'incertezza e si assume la responsabilità delle proprie scelte. Dal caso di Victor eredita la fiducia nell'educabilità, che si traduce nell'ottimismo pedagogico e nell'idea di inclusione.

Sul versante dei quadri clinici, il messaggio è che molte difficoltà non sono deficit ma disordini qualitativi di organizzazione, che si manifestano con segnali deboli, lentezza, scoordinazione e disfluenza e si leggono come disfunzioni esecutive. Il compito dell'educatore è risalire la catena causale, trattare il livello più inclusivo del quadro e costruire un progetto educativo clinico che unisca prevenzione, diagnosi funzionale, abilitazione, progetto di vita e valutazione della qualità.

www.chierchia.eu