



PRATICHE DI STANDARDIZZAZIONE E MEDICALIZZAZIONE DELL'APPRENDIMENTO: UN'INDAGINE ANTROPOLOGICA SULLA QUESTIONE DEI "DSA"

Quadro del problema

Con la legge 170 del 2010 *“Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico”*, si è aperto un nuovo capitolo all'interno della scuola italiana, assai complesso, delicato, ambiguo, che sta introducendo profondi cambiamenti sia nella didattica che nella percezione che insegnanti, genitori e alunni hanno della scuola e del rapporto tra formazione, diritti e salute (mentale). A seguito della legge, anche la Regione Umbria ha approvato, con Deliberazione della Giunta Regionale (n. 1053 del 26/09/2011) specifiche *“Linee Guida vincolanti sui percorsi assistenziali nei disturbi evolutivi specifici dell'apprendimento (DSA)”*.

La categoria dei *“Disturbi Specifici dell'Apprendimento”*, così come quella dei *“Bisogni Educativi Speciali”* (emanata da una Direttiva ministeriale del 27 dicembre 2012, *“Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica”*), ha sancito la nascita di un nuovo tipo di soggetto, con nuovi specifici bisogni che di fatto richiedono una progressiva riorganizzazione ad hoc dei percorsi formativi degli insegnanti, dei servizi socio-assistenziali, dei flussi di finanziamento pubblico e privato, ma anche della vita familiare e delle relazioni sociali che coinvolgono bambini e adolescenti, italiani e non.

A tre anni dalla prima rilevazione relativa agli alunni con disturbi specifici dell'apprendimento presenti nel sistema nazionale di istruzione, e dal confronto fra i dati definitivi degli anni scolastici 2010/2011 e 2011/2012, si registra un preoccupante aumento degli alunni con DSA pari a circa il 37%. Infatti, rispetto al totale di 65.219 unità nell'a.s. 2010-2011 (0,9% della popolazione scolastica), si è passati nell'a.s. 2011-2012 alla cifra di 90.030 unità (1,2% della popolazione scolastica). Nello stesso periodo, per l'Umbria, si è passati da 1.372 unità a 1.906 [Report MIUR 2013].

È possibile ipotizzare che tale trend andrà ulteriormente aumentando nei prossimi anni, sia per effetto di una maggiore sensibilità e capacità di individuare i *“disturbi”*, sia per un effetto moltiplicatore legato alla stessa capacità riproduttiva delle categorie diagnostiche (produzione sociale delle disabilità), con evidenti ricadute sia a livello economico (si pensi ad esempio all'effetto *“perverso”* dell'aumento di richieste, molte delle quali improprie, di permessi garantiti dalla Legge 104), sia a livello dell'organizzazione dei servizi (socio-sanitari e scolastici) sia, più in generale, a livello del tessuto sociale.

Infatti, se da una parte è importante poter effettuare una diagnosi precoce di tali disturbi, anche per costruire idonei percorsi di prevenzione e tutela dei minori, dall'altra tale operazione di progressiva *“anticipazione”* della valutazione di possibili *“segnali premonitori”* in età prescolare, non si mostra certo priva di rischi.

Appare dunque quanto mai necessario interrogarsi su alcune questioni critiche che sembrano emergere non soltanto dai numeri, ma dal progressivo proliferare di sottoarticolazioni interne alla stessa categoria DSA, sempre più ampia, onnicomprensiva.

Importanti preoccupazioni peraltro emergono non soltanto dal mondo accademico-scientifico¹, ma cominciano a levarsi in maniera abbastanza netta anche dalla viva voce degli operatori impegnati sia nella scuola che nei servizi sanitari. Preoccupazioni relative al rischio di una crescente medicalizzazione della didattica e di una patologizzazione della stessa versatilità cognitiva che invece caratterizza in maniera del tutto eterogenea i bambini/ragazzi (almeno in parte connessa alla diversità delle condizioni materiali e relazionali che caratterizzano le loro storie²), e che è di fatto appiattita dalla sempre maggiore standardizzazione dei percorsi di apprendimento e valutazione.

Cosa significa dunque per un bambino e per la sua famiglia avere una diagnosi di DSA, o rientrare in una delle categorie che richiedono Bisogni Educativi Speciali? Quali i rischi di stigmatizzazione e di riproduzione delle diseguaglianze sociali? Come si costruisce il percorso valutativo e, di seguito, il processo diagnostico di tali disturbi? Quali possono essere le conseguenze di una diagnosi mancata e/o impropria? Quali le ricadute in termini di spesa sanitaria, sia da parte dei servizi che per le famiglie? Quali ripercussioni sull'attività didattica? Quali eventuali proposte alternative di ripensamento della didattica è possibile individuare a partire dall'esperienza di insegnanti e genitori?

Obiettivo

Avviare una riflessione critica su quelle che vengono definite “disabilità dell'apprendimento” e sui “bisogni educativi speciali”, attraverso una prima ricognizione dei dati a disposizione a livello regionale e un approfondimento su vissuti, rappresentazioni e prospettive di intervento di operatori scolastici e genitori.

Metodologia e attività

Al fine di disporre di un quadro quanto più ampio ed esaustivo possibile sulla diffusione delle varie forme di disabilità dell'apprendimento nella Regione, saranno consultate le varie agenzie di riferimento per il **reperimento dei dati** disponibili connessi al fenomeno (MIUR, Ufficio scolastico regionale, circoli didattici, centri specializzati per la valutazione e la certificazione, servizi socio-sanitari, associazioni di genitori, ...). I dati raccolti dovranno fornire il maggior numero possibile di indicazioni specifiche rispetto a:

- numero di casi per ciascuna tipologia di DSA;
- distribuzione dei casi per aree geografiche e tipologie scolastiche;
- laddove possibile, caratterizzazione socio-anagrafica dei soggetti e delle loro famiglie, e preferibilmente rispetto agli istituti scolastici con il maggior numero di casi rilevati;
- strumenti e metodologie di valutazione utilizzati dai servizi;

¹ Martina RICCIO, *La medicalizzazione della pedagogia. Il ruolo della scuola tra standardizzazione dell'apprendimento e l'aumento di diagnosi di “disabilità dell'apprendimento”*, “Bambini”, n. 10, dicembre 2013, pp. 22-25.

² Non è un caso che il numero di bambini stranieri con DSA sia risultato in alcuni contesti *doppio* rispetto a quello dei bambini italiani, a sottolineare sia la scarsa taratura di certi strumenti di rilevazione sulle competenze linguistiche dei bambini stranieri, sia le difficoltà degli operatori nel riconoscere e valutare i diversi modelli di apprendimento, nonché le varie forme di disagio, in tutta la loro complessità (Marilisa MARTELLI - Giulia MAGNANI - Stefano COSTA, *Bambini e adolescenti venuti da altrove: lavoro di rete, opportunità e nuove pratiche*, “Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza”, vol. 78, 2011, pp. 490-503; “Transcultural Psychiatry”, numero monografico su “*Rethinking cultural competence*”, vol. 49, n. 2, aprile 2012).

- percorsi diagnostico-terapeutici attivati;
- percorsi didattici specificamente predisposti.

Contemporaneamente alla ricognizione dei dati, sarà anche costruita una **bibliografia specifica** sulle problematiche relative alla standardizzazione della didattica, alla patologizzazione delle forme di apprendimento “non ordinario”, ai rischi connessi alla medicalizzazione del comportamento infantile e adolescenziale (come avviene in maniera forse più evidente per i figli dei migranti).

In una seconda fase, sarà inoltre condotta una **indagine qualitativa** al fine di raccogliere esperienze, rappresentazioni e opinioni di genitori e operatori del mondo scolastico sulla questione dei disturbi dell’apprendimento e, più in generale, su eventuali criticità e risorse della scuola rispetto ai bisogni degli alunni.

Saranno stabiliti contatti preferenziali con gli istituti più rilevanti per numero di casi individuati, con i quali sarà avviato un percorso condiviso di confronto, osservazione e problematizzazione delle questioni. Sarà data priorità a istituti di scuola primaria, determinanti nella fase della diagnosi.

Gli strumenti metodologici utilizzati saranno quelli propri dell’indagine etnografica: l’**osservazione partecipante**, le **interviste semi-strutturate** e i **focus-group**. Si prevedono un massimo di 20 interviste a genitori e insegnanti, e 3 focus-group. Saranno inoltre condotti vari colloqui informali e, dove necessario, interviste a personaggi chiave (esperti di formazione, personale medico, psicologi, operatori, ecc.). Dove possibile, saranno oggetto di osservazione le pratiche di insegnanti, genitori e altri operatori coinvolti nei processi di valutazione, diagnosi e sostegno di eventuali casi a rischio. Saranno anche individuati appuntamenti di interesse specifico per l’osservazione partecipante (riunioni tra insegnanti e personale dei servizi neuropsichiatrici; seminari di formazione; incontri interdodenti o con i genitori, ecc.), da svolgere durante l’intero percorso di ricerca.

Verrà infine redatto un **documento conclusivo** che restituirà gli esiti dell’intero percorso.

Fasi e tempi

Fase I: Costruzione repertorio bibliografico (mesi 1-2)

Fase II: Ricognizione dati quantitativi (mesi 1-4)

Fase III: Indagine qualitativa (interviste, focus-group, colloqui informali, osservazione partecipante) (mesi 4-10)

Fase IV: Stesura documento di sintesi (mesi 11-12)

Durata complessiva: 12 mesi.

CONTRIBUTO RICHIESTO	
Costruzione repertorio bibliografico	4.600
Ricognizione e analisi dati quantitativi	6.400
Indagine qualitativa	34.000
Analisi dei materiali raccolti e stesura documento di sintesi	14.000
Totale	59.000