

# La medicalizzazione della pedagogia

Martina Riccio

Dottoranda di ricerca, Università di Bologna

**Il ruolo della scuola tra la standardizzazione dell'apprendimento e l'aumento di diagnosi di "disabilità dell'apprendimento"**

Le riflessioni qui offerte emergono da alcuni anni di ricerca etnografica nell'ambito della medicalizzazione del comportamento infantile. In particolare, da una prima ricerca che ho svolto per la maggior parte negli Stati Uniti sulla categorizzazione diagnostica di Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) nell'interazione tra spazio scolastico e spazio medico, e dalla ricerca di dottorato che sto attualmente conducendo presso un servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA).

 **Per contatti:**  
martina.riccio@studio.unibo.it

## Documentazione & Dintorni 5

I materiali che presentiamo sono tratti dall'ultima edizione ferrarese di "Documentazione & Dintorni" tenutasi dal 7 al 30 maggio 2013 presso il centro di documentazione "Raccontinfanzia".

I temi di quest'anno, "L'imprevisto e il viaggio", raccolgono in una cornice aperta le esperienze dei servizi educativi della Provincia attraverso il filtro fruttuoso del Coordinamento pedagogico provinciale.

Un viaggio cominciato tempo fa, un imprevisto che lo interrompe, un viaggio che deve continuare...

Gli imprevisti... il terremoto e la ricostruzione difficile di una normalità; un incendio che ha colpito un nido della provincia.

Il viaggio, nei servizi educativi di Berlino, nella comunità di Nyumba Ali in Tanzania, in Olanda per portare e ricevere linfa per nuove esperienze scientifiche. E poi i "dintorni", il confronto con altre storie e punti di vista: l'economia, l'antropologia, le storie e le vite degli altri. Possibilità di aprire le nostre menti e attraversare confini per rispondere alla nostra curiosità verso modi e mondi e creare interconnessioni.

Inoltre una particolare attenzione ai giovani che hanno dedicato i loro studi a questi temi.

Donatella Mauro  
*Dirigente Direzione pedagogica  
Istituzione Servizi educativi,  
scolastici e per le famiglie*

## La scuola "alla prova" di una molteplicità di diagnosi

Quelle che genericamente possiamo definire "disabilità dell'apprendimento"<sup>1</sup> stanno recentemente assumendo un ruolo sempre più importante nella nostra società nel definire una vasta gamma di difficoltà che emergono principalmente nel contesto scolastico. Numerosi articoli, libri e corsi di formazione argomentano l'origine organica di molte di queste disabilità (ADHD e DSA in particolare) e promuovono forme di intervento individualizzato per la loro gestio-

ne (non si parla di cura perché da queste disabilità non si guarisce!). Aumentano gli screening per la "prevenzione" nelle scuole e le segnalazioni alla NPIA<sup>2</sup> affinché venga fatta una valutazione clinica delle capacità di apprendimento. Non hanno invece altrettanta eco sociale nei media e nei corsi formativi gli studi che mettono in luce i meccanismi sociali e politici che portano a una sempre maggiore medicalizzazione del comportamento infantile e che riflettono sul ruolo pedagogico critico che la scuola, a tutti i livelli, potrebbe e dovrebbe avere nel contrastare questo processo.

In questo breve contributo propongo quindi di partire da una visione più ampia della produzione sociale delle disabilità dell'apprendimento per mettere in luce come la crescente standardizzazione del sistema scolastico e delle sue pratiche valutative, unitamente alla medicalizzazione di chi "fuoriesce" da questo sistema, contribuiscano a riprodurre le disuguaglianze sociali esistenti. All'interno di questo contesto, è necessario interrogarsi sulla responsabilità sociale della scuola che sembra sempre più voler rinunciare al proprio ruolo di promozione dell'equità di accesso alle risorse per trasformarsi in un sistema di produzione di abilità e capacità che siano "di successo" nel mercato del lavoro.

### L'incremento diffuso della standardizzazione scolastica

La produzione di disabilità in contesto scolastico emerge come diretta conseguenza di una crescente standardizzazione dei tempi e dei modi previsti per l'apprendimento in classe. Ciò è particolarmente evidente negli Stati Uniti, dove il sistema educativo nazionale è ormai da decenni esclusivamente strutturato sulla valutazione della *performance* attraverso la somministrazione di test altamente standardizzati e la percentuale di alunni diagnosticati con "disabilità dell'apprendimento" (*Learning Disabilities*) è altissima<sup>3</sup>.

Per "standardizzazione" intendiamo la definizione centralizzata, a livello nazionale o statale, di criteri e parametri di valutazione della performance scolastica attraverso la somministrazione di prove uguali per tutti, nelle quali le modalità di svolgimento e l'assegnazione del punteggio sono rigidamente strutturate a priori, indipendentemente dal soggetto che le svolge<sup>4</sup>.

Un generale incremento della standardizzazione scolastica che si ispira al modello statunitense, attraversa l'Europa e si sta sviluppando anche in Italia, dove sono sempre più frequenti nelle scuole, prove di valutazione esterne standardizzate, come le "prove INVALSI"<sup>5</sup> e i test



© Comugnero Silvana - Fotolia.com

di screening per il "riconoscimento precoce" dei disturbi di apprendimento.

Le prove INVALSI hanno suscitato diverse critiche anche tra gli/le stessi/e insegnanti rispetto alla capacità di valutazione: la loro struttura è estremamente rigida, con domande a risposta multipla e tempi cronometrati, e prevede unicamente l'esame delle abilità di lettura e comprensione del testo, e di calcolo matematico. Anche se non sono state pensate per la valutazione delle competenze del/la singolo/a alunno/a, inevitabilmente influenzano la prati-

ca educativa nel momento in cui gli/le insegnanti verranno valutati sulla base della *performance* della classe nelle prove. Come già avviene nelle scuole statunitensi, gli/le insegnanti tendono, infatti, a privilegiare le materie testate a discapito delle altre, utilizzando la struttura del test (*teaching the test*) e a dedicarsi in modo particolare a quegli studenti vicini al raggiungimento del livello di competenza (detti anche *bubble kids*) in modo che un loro piccolo aumento nel punteggio produca una differenza sostanziale nelle percentuali

<sup>3</sup> Per disabilità dell'apprendimento intendo diagnosi di "Disturbo Specifico dell'Apprendimento" (DSA), "Deficit dell'Attenzione e Iperattività" (DDAI/ADHD), "Disturbo misto delle capacità scolastiche", "Disturbo aspecifico di apprendimento", "Ritardo mentale lieve" e "Disturbo Specifico del Linguaggio" (seppure l'inclusione di quest'ultima andrebbe discussa più approfonditamente).

<sup>4</sup> Per i dati rispetto a Bologna e Provincia si confronta: il *Rapporto finale (maggio 2012) del monitoraggio intermedio dell'accordo provinciale di programma per l'integrazione scolastica e formativa dei bambini e alunni disabili 2008-2013*, disponibile on-line al link: [http://www.provincia.bologna.it/scuola/Engine/RAServeFile.php/Rapporto\\_monitoraggio\\_ADG\\_definitivo.pdf](http://www.provincia.bologna.it/scuola/Engine/RAServeFile.php/Rapporto_monitoraggio_ADG_definitivo.pdf); M. Martelli, G. Magnani, S. Costa, *Bambini e adolescenti venuti da altrove: lavoro di rete, opportunità e nuove pratiche*, in "Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza", vol. 78, 2011, pp. 490-503.

<sup>5</sup> Si confrontino i dati del "Centers for Disease Control and Prevention" degli Stati Uniti al link: <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db70.PDF>

<sup>4</sup> A partire dagli anni Ottanta negli Stati Uniti ha preso avvio una complessa riforma dell'educazione su base standard (*Standard-Based Education Re-*

*form*). All'interno di questa riforma, nel 2001 il *No Child Left Behind Act* (NCLB) stabilisce che tutte le scuole pubbliche statunitensi ricevano fondi federali per somministrare ogni anno un test standardizzato che misuri soprattutto le abilità di lettura e di calcolo matematico, diverso secondo la classe di appartenenza, e che utilizzi criteri di valutazione standard specifici, definiti ulteriormente a livello statale. Inoltre, le scuole che ricevono dei finanziamenti attraverso il Titolo I dell'*Elementary and Secondary Education Act* (ESEA) del 1965, sono tenute ad alzare la media ogni anno seguendo gli indici dell'*Adequate Yearly Progress* (AYP). Per un approfondimento si confronti L. Hamilton et Al., *Standards-Based Accountability Under No Child Left Behind. Experiences of Teachers and Administrators in Three States*. RAND Corporation, 2007.

<sup>5</sup> Le "prove INVALSI" sono test standardizzati nazionali di italiano e matematica gestite dall'Istituto Nazionale per la Valutazione del Sistema Educativo di Istruzione e di Formazione, per la rilevazione degli apprendimenti. Vengono somministrate a maggio nelle seconde e quinte elementari, prime e terze medie (all'interno dell'esame di stato), e seconde superiori. Si confronti il sito internet al link: <http://www.invalsi.it/invalsi/index.php>



© djama - Fotolia.com

dei punteggi di tutta la scuola<sup>6</sup>. Non è difficile immaginarsi che anche in Italia l'utilizzo delle prove INVALSI porterà a un irrigidimento e standardizzazione delle pratiche educative e che verranno poi utilizzate per la valutazione delle competenze dei/le singoli/e alunni/e, come già avviene per la prova del terzo anno della scuola secondaria inferiore, dove il test coincide con l'esame di stato. Seguendo la stessa logica, gli screening per l'identificazione precoce delle disabilità dell'apprendimento consistono in test o questionari standardizzati, simili a quelli utilizzati alla NPIA per fare la valutazione diagnostica, e si fondano sulla misurazione cronometrata delle sole abilità di lettura e calcolo. Le capacità ammesse come valide sono quindi ridotte a quelle previste dai modi e dai tempi predefiniti dal test e non vi è possibilità di elaborare risposte alternative, magari ugualmente "corrette".

Parallelamente alla crescente standardizzazione, la ridefinizione in termini medici di un carente rendimento scolastico prende la forma di un apparato legislativo in difesa del pari diritto all'educazione dei disabili, attraverso la messa in atto di "risorse speciali" e programmi educativi individualizzati.

Su questa linea, la Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 e la seguente Circolare del 6 Marzo 2013, definiscono gli strumenti d'intervento che le scuole sono tenute a mettere in atto per gli alunni con "bisogni educativi speciali" (BES) attraverso la compilazione di

Piani Didattici Personalizzati (PDP) ed estendono a "tutti gli studenti in difficoltà" (non solo quindi a chi ha una certificazione medica) "il diritto alla personalizzazione dell'apprendimento".

Dietro la retorica delle nuove "strategie inclusive" emerge un sistema che ridefinisce chiunque fuoriesca dai rigidi paradigmi di apprendimento come bisognoso di un progetto educativo "speciale", non normale quindi. Ma speciale rispetto a che cosa?

Tali strategie poiché sono fondate su una concezione dell'individuo come deficitario e bisognoso di strumenti "in più" o diversi, sono lontane dalla promozione di reali politiche di inclusione che porterebbero, invece, a mettere in discussione i meccanismi attraverso cui il sistema educativo produce la disabilità e a sperimentare metodologie pedagogiche che possano funzionare per diverse forme di apprendimento. Il modello unico dello studente che lavora individualmente stando seduto al banco per la maggior parte del tempo e che viene valutato unicamente nelle capacità di lettura e calcolo aritmetico, non si può certo considerare un paradigma educativo che vuole essere inclusivo.

All'interno di questo contesto sociale e politico, nella scuola diminuiscono le risorse da investire nella sperimentazione pedagogica (in termini di formazioni, ma anche di personale, strumenti e spazi didattici), e aumentano i corsi di formazione e i master in didattica e psicopedagogia dei disturbi di apprendimento<sup>7</sup>,

che insistono sulla necessità che gli/le insegnanti, oltre a gestire con scarse risorse classi sempre più numerose, abbiano una formazione di base su contenuti di neuropsicologia per poter riconoscere precocemente i/le bambini/e "sospetti/e" e segnalarli/e ai genitori.

È interessante notare che se da un lato il modello assistenziale – in termini di risorse investite nella scuola – si restringe, dall'altro lato quello medico – degli screening e delle diagnosi – si espande. Non c'è da stupirsi quindi se crescono le richieste alla NPIA per la valutazione di bambini/e inviati/e dalle scuole e aumentano le diagnosi di disabilità dell'apprendimento, in particolare nei/le bambini/e figli/e di migranti<sup>8</sup>.

### La circolarità della medicalizzazione come produttrice di disuguaglianza sociale

In ambulatorio, i test, altamente standardizzati, che vengono somministrati per la valutazione delle capacità cognitive non sono molto diversi per forma e contenuto dalle verifiche di lettura, di comprensione e di calcolo utilizzate nelle prove INVALSI e nei test di screening. Uno sguardo alla Scala di Intelligenza Wechsler (WISC-III), una delle più diffuse, è sufficiente per notare come la maggior parte dei subtest facciano riferimento a nozioni e abilità apprese a scuola.

Potremmo quasi dire che lo spazio medico e quello scolastico agiscono all'interno di un meccanismo circolare di produzione della disabilità che si dispiega in modo tautologico: i/le bambini/e che risultano "deficitari/e" rispetto a un particolare modello scolastico (che definisce determinati tempi e modi previsti per l'apprendimento) vengono poi clinicamente valutati/e attraverso scale e test che fanno esplicito riferimento a tale modello e che, quindi, spesso finiscono per riconfermare circolarmente il deficit del soggetto rispetto ai parametri definiti.

Entrambi i contesti collaborano, quindi, a una medicalizzazione<sup>9</sup> del comportamento infantile che vede principalmente nell'individuo, e al massimo nella sua famiglia, la causa (organica o meno) dei

suoi deficit e che ridefinisce nei termini medici della dis-abilità questa mancanza, senza che venga messo in discussione il modello educativo all'interno del quale le disabilità dell'apprendimento sono prodotte.

Responsabilità e compiti che sono propri del contesto scolastico e pedagogico, legati alla sperimentazione di pratiche e metodologie educative per l'apprendimento e alla costruzione di strumenti e spazi didattici *per tutti*, vengono invece delegati al contesto medico, che sulla base del tipo di disabilità che viene diagnosticata, mette in atto forme di intervento specifiche, volte a rendere il soggetto il più funzionante possibile rispetto al sistema.

All'interno di questo paradigma educativo fondato sulla produttività e funzionale alle logiche di mercato, nel quale la memorizzazione di contenuti prevale sul processo educativo e dove alcune abilità (quelle testate) sono considerate più importanti di altre, la collaborazione tra scuola e servizio di NPIA nella definizione dei percorsi scolastici, invece che diventare una possibilità di emancipazione sociale per chi è più svantaggiato/a, rischia piuttosto di riprodurre le disuguaglianze sociali esistenti. Infatti, se da un lato, e come ho fin qui sostenuto, la standardizzazione e la medicalizzazione dei modi e dei tempi previsti per l'ap-

prendimento sono processi che agiscono in modo trasversale all'interno dello spazio scolastico e della società in generale – ossia agiscono indipendentemente dalla condizione economica, dalla provenienza e dallo status politico – dall'altro lato e principalmente, contribuiscono a favorire le classi socialmente dominanti a svantaggio di quelle più povere. Solo in maniera fittizia la standardizzazione dei programmi e delle pratiche di valutazione significa "uguale trattamento" e imparzialità, così come spesso viene celebrata, poiché non tiene in considerazione le differenze sociali che portano alcuni ad avere più successo di altri. Allo stesso tempo, le forme di intervento individualizzato e medicalizzante che in seguito vengono messe in atto su chi fuoriesce dagli standard inevitabilmente emergono come forme di stigmatizzazione, poiché ridefiniscono unicamente il percorso individuale senza agire sul contesto della classe o della scuola.

La scarsità di risorse educative e terapeutiche pubbliche, quindi gratuite, (dagli spazi di sostegno extra-scolastici alle sedute di logopedia) fa sì che, mentre le famiglie più ricche possono comunque comprare queste risorse nel privato e supportare i/le figli/e nel sempre più competitivo percorso educativo, quelle più povere non possono contare su risorse proprie e faticano a sostenere il "successo scolastico" dei/delle figli/e. Anche l'inserimento in Programmi Educativi Individualizzati (PEI), se da un lato facilita il percorso scolastico, dall'altro spesso diventa uno strumento per indirizzare gli/le studenti/esse in difficoltà, a istituti e corsi di formazione professionali, talvolta anche senza l'effettivo riconoscimento del titolo di studio (con programmi per obiettivi differenziati). I/le figli/e delle famiglie più povere si ritrovano quindi con una diagnosi di disabilità dell'apprendimento con un limitato accesso a percorsi educativi, riabilitativi o terapeutici e rimangono esclusi dalle logiche di prestazione del "mercato scolastico" e, in seguito, del mercato del lavoro.

Il confine che separa pratiche di sostegno a chi incontra maggiori difficoltà in contesto scolastico e la ridefinizione in termini di "dis-abilità" di tali difficoltà,

è un confine labile e sottile, un confine che oscilla tra tentativi di inclusione e politiche di stigmatizzazione che deve essere necessariamente e costantemente messo in discussione per evitare di cristallizzarsi in paradigmi istituzionali di esclusione. Se chi lavora nei contesti educativi non tiene conto del contesto sociale e politico del quale le politiche e pratiche di standardizzazione e medicalizzazione sono parte, rischia di fare della scuola sempre più un sistema vicino al modello capitalistico di produzione, in cui l'azione pedagogica si trasforma e si riduce a un adeguamento del soggetto agli standard di socializzazione e produttività richiesti dal mercato, piuttosto che uno spazio di promozione dell'equità sociale, dove anche coloro che arrivano da condizioni socio-economiche più svantaggiate possono trovare una possibilità di emancipazione sociale.

<sup>6</sup> Si confrontino: National Academy of Education, *Standards, Assessments, and Accountability*, Education Policy White Paper, 2009; L. Hamilton et Al., 2007, op. cit.

<sup>7</sup> Si confronti la Circolare Ministeriale del 27 dicembre 2012 alla sezione "Formazione".

<sup>8</sup> Per una prospettiva antropologica sull'argomento si confronti L. Lepore, *Per uno sguardo antropologico sulla disabilità: i minori disabili stranieri*, in "Minori&Giustizia", fascicolo 3/2011.

<sup>9</sup> Per "medicalizzazione" intendiamo la ridefinizione di una problematica primariamente sociale in termini medici. Per un approfondimento si confronti A. Maturò, P. Conrad (a cura di), *La medicalizzazione della vita*, in "Salute e Società", anno VIII, n. 2/2009. Tale ridefinizione può comprendere, o meno, l'utilizzo di una terapia farmacologica. Se nello spazio di questo breve articolo non vi è stato modo di discuterne, è comunque importante sottolineare che la promozione e la diffusione degli psicofarmaci per bambini e adolescenti è primariamente sostenuta dagli interessi economici delle case farmaceutiche. Un forte dibattito pubblico è emerso in particolare nel caso della reintroduzione del Ritalin nel commercio italiano per la terapia dell'ADHD, dove hanno avuto un ruolo determinante le alleanze tra case farmaceutiche (nello specifico la Novartis), neuropsichiatri e famiglie dell'associazione italiana AIFA. Negli Stati Uniti, molti autori hanno denunciato i legami tra i medici membri redattori delle diverse edizioni del DSM e le case produttrici dei farmaci implicati nella malattia. A titolo esemplificativo si confrontino: L. Cosgrove et Al., *Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry*, in "Psychotherapy and Psychosomatics", n. 75/2006, pp. 154-160; I. Singh, *Bad Boys, Good Mothers and the "Miracle" of Ritalin*, in "Science in Context", vol. 14, n. 4/2002, pp. 577-603.



© photophonie - Fotolia.com