

**“Una scuola per tutti, per ciascuno o per nessuno?”
Gli esperti raccontano gli effetti della proliferazione diagnostica
dei DSA¹**

Eleonora Bacioccola², Stefano Zanon³, Elena Faccio⁴

Riassunto. Negli ultimi dieci anni in Europa come in Italia si è registrato un significativo incremento di diagnosi neuropsichiatriche nelle scuole di tutti gli ordini e gradi e con esse delle relative certificazioni. In particolare sono i Disturbi Specifici dell'Apprendimento ad avere avuto il maggior impatto. L'obiettivo di questa ricerca è stato quello di esplorare il punto di vista dei professionisti quali neuropsichiatri, psicologi e logopedisti operanti all'interno del servizio pubblico relativamente al percorso diagnostico. È stato condotto uno studio di tipo qualitativo che mediante un'intervista semi-strutturata ha indagato quali sono le teorie di riferimento dei clinici e la coerenza tra i presupposti teorici scelti e le loro traduzioni nella prassi clinica. Dall'analisi dei testi di risposta è emerso come sia la prassi ad orientare le azioni e le scelte cliniche dei professionisti, in assenza di una consapevolezza teorica di riferimento. I clinici hanno dichiarato di basarsi sulle linee guida suggerite dal servizio di appartenenza e più della metà ha espresso un alto grado di accordo con una posizione teorica di tipo innatista, caratterizzata da una visione neuropsicologica e deterministica del disturbo specifico dell'apprendimento. Conoscere le teorie di riferimento adottate dai clinici consente di esplicitare quali sono gli obiettivi e le intenzioni di chi formula la diagnosi e di interrogarci sulle implicazioni e sul valore pragmatico di certe pratiche consolidate.

Parole chiave: Disturbi specifici dell'apprendimento; DSA; Certificazione; Scuola; Servizi sanitari.

Abstract. Over the last decade, in Europe as well as in Italy, a huge increase of neuropsychiatric diagnosis and certifications has been noticed among schools of every degree, specifically concerning learning disabilities. This study aims to explore the point of view of the experts (such as neuropsychiatrists, psychologists and speech therapists) who are currently involved in evaluating childrens' disease, dyslexia specifically. Through a semi-structured interview, the theories of experts were investigated first, and then the coherence between their theoretical premises and the actual realization into clinical practice. Results underline how the experts not only seemed not to have a clear theoretical position concerning learning disabilities, but

¹ Nel novembre 1996 si è tenuto in Lussemburgo un Seminario importante per la scuola, che ha visto la partecipazione di vari Paesi della Comunità Europea sui temi dell'Integrazione scolastica e che è esitato nell'approvazione della Carta di Lussemburgo, documento chiave quanto a teorie e strategie per rendere la scuola "una scuola per tutti e per ciascuno". Da allora lo slogan è stato utilizzato in vari corsi di formazione sul tema dei DSA.

² *Eleonora Bacioccola, Psicologa*

³ *Stefano Zanon è Psicologo, Psicoterapeuta e Dottore di Ricerca in Psicologia dello Sviluppo e dei Processi di Socializzazione, in libera professione.*

⁴ *Elena Faccio è Professore Associato di Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata.*

also tend to suggest and require treatments and make clinical choices following the guidelines planned by their department in spite of their personal technical disagreement.

Keywords: Learning disabilities; LD; certification; school; health services.

1. Un boom chiamato “certific-azione”

“Scuola boom di certificati: dislessici 177 mila ragazzi. Più di tre studenti su 100, nelle scuole italiane, presentano problemi nella lettura, nella scrittura o nei calcoli: rappresentano un boom dalle proporzioni enormi. Le certificazioni dei cosiddetti Dsa, disturbi specifici dell’apprendimento, infatti in soli 7 anni sono aumentate del 450%” (Il Messaggero, 2019, Luglio, p. 10). Scorrendo velocemente l’articolo, più in basso si legge che secondo il Ministero dell’Istruzione, con la legge 170 del 2010 è aumentata la responsabilità scolastica circa la presa in carico di questi problemi. La frase di chiusura non sembra celebrare i buoni motivi dell’incalzare dei tassi, ma in qualche modo li smentisce: secondo una psicopedagogista *“siamo di fronte alle cosiddette false diagnosi. Si fa confusione tra la difficoltà di apprendimento e il disturbo conclamato. Spesso c’è un business dietro queste etichette date ai bambini, troppo spesso si preferisce “la terapia all’educazione”* (Il Messaggero, 2019, Luglio, p. 10). Il tema dei disturbi dell’apprendimento è un must anche per l’opinione pubblica e le retoriche che lo accompagnano sono tendenzialmente di due tipi: quella della diagnosi salvifica, in difesa dei diritti dello studente (essa considera profanazione il non riconoscimento del problema), e quella sanzionatoria, che vorrebbe non ci fossero i “diversi”, né le complicazioni introdotte nella scuola insieme alla cultura della certificazione.

Negli ultimi 8 anni i dati raccolti dal MIUR⁵ mostrano come il numero di alunni con DSA sul totale dei frequentanti sia complessivamente passato dallo 0,7% dell’anno scolastico 2010/2011 al 2,9% nel 2016/17, al 3,2% del 2017/2018. Nello specifico dei singoli ordini di scuola, la quota degli alunni con DSA sul totale è salito dallo 0,8% del totale alunni al 2% nella scuola primaria, dall’1,6% al 5,6% nella scuola secondaria di I grado e dallo 0,6% al 4,7% nella scuola secondaria di II grado. Anche per la scuola dell’infanzia si è registrato un lieve incremento della percentuale di alunni a rischio DSA sul totale dei frequentanti, dallo 0,07% allo 0,12%. Le segnalazioni a genitori partono ormai da lì.

Secondo Novara (2017), pedagoga e dirigente del Centro Psicopedagogico per l’Educazione e la Gestione dei Conflitti di Torino, negli altri paesi europei non ci sarebbe stato un corrispettivo incremento di tali diagnosi: il rischio è di andare incontro ad eccessi diagnostici associati alla tendenza a ricorrere alla valutazione neuropsichiatrica come prima risposta, piuttosto che indagare e intraprendere la via educativa. Come si può fare un pò di chiarezza rispetto a tutto ciò? Quali sono le esigenze che sottendono questo aumento così importante di certificazioni? Come si costruisce il problema e chi lo ritiene tale?

Questo lavoro si propone di conoscere e approfondire il punto di vista gli “addetti ai lavori”, neuropsichiatri infantili, psicologi e logopedisti, al fine di addentrarci nel tema dei disturbi dell’apprendimento intervistando proprio quei professionisti che ogni giorno sono coinvolti a vario titolo nella gestione e definizione del fenomeno.

⁵ MIUR (2018), *“I principali dati relativi agli alunni con DSA anno scolastico 2017/2018”* Gestione e patrimonio informativo e statistica.

Quali sono le teorie di riferimento a cui si affidano i diversi professionisti? Come gestiscono la molteplicità di ipotesi neuropsicologiche, talora in contrasto tra loro, rispetto all'origine, allo sviluppo e alla reversibilità/irreversibilità del problema? A quali si sono affidati nella loro operatività quotidiana? Quali criteri hanno guidato le loro scelte? È riconoscibile una coerenza tra i presupposti teorici scelti e le loro traduzioni nelle prassi cliniche? Infine, l'attenzione è stata focalizzata su come venga comunicata la diagnosi ai genitori e quali informazioni siano ritenute utili per la famiglia. La comunicazione del professionista che conclude il percorso diagnostico, infatti, racchiude verosimilmente in sé anche la "filosofia del disturbo" adottata dal professionista stesso e ci si aspetta determini un corollario di interventi e provvedimenti significativi per la vita futura del singolo studente e del contesto scolastico in cui è inserito. Ad esempio, comunicare ai genitori che il disturbo è di natura cronica e irreversibile può avere delle conseguenze importanti sulla costruzione di prospettive future e sulle scelte di carriera sia scolastica che lavorativa.

Una scelta teorica e un modello di ricerca non si possono ridurre ad una mera questione di ordine accademico quando, come in questo caso, concorrono alla costruzione di una precisa configurazione di realtà e orientano le scelte clinico-operative. Conoscere le dinamiche e i processi presenti all'interno dei Servizi Sociosanitari consentirà di esplicitare quali sono gli obiettivi e le intenzioni di chi formula la diagnosi e di interrogarci rispetto alla pertinenza e al valore pragmatico di certe pratiche consolidate.

2. I discorsi scientifici sui disturbi dell'apprendimento

Un'ampia parte della comunità scientifica si trova d'accordo nel riconoscere una base neuropsicologica ai DSA, tuttavia, pur all'interno del medesimo alveo, sono varie le ipotesi circa le cause, biologiche e cognitive, che determinerebbero tali disturbi. Molto dibattute sono le ipotesi eziologiche relative a quale sia la specifica funzione neuropsicologica che, laddove compromessa, risulti in grado di determinare una manifestazione così eterogenea di difficoltà nello sviluppo dell'apprendimento (Habib, 2000). Ad esempio, nella dislessia evolutiva, si possono individuare differenti spiegazioni rispetto all'origine del disturbo. Alcuni ricercatori la fanno risalire a un disturbo linguistico-fonologico (Ramus, 2003), altri ad un'alterazione percettiva di tipo visivo e uditivo (Hari & Renvall, 2001), altri ancora a un deficit a livello cerebellare (Nicolson & Fawcett, 1990). Risulta controversa anche la base neuropsicologica della discalculia, che vede una divisione tra i sostenitori di una disfunzione specifica del modulo numerico (Butterworth, 2005) e i sostenitori di un generico disturbo visuo-percettivo e della memoria (Geary, 2005). Così, le tipologie di dislessia evolutiva descritte in letteratura sono numerose poiché diversi sono i modelli teorici a cui i vari autori si sono riferiti. Anche rispetto alla psicopatologia dell'apprendimento, la dislessia così come la discalculia, benché vengano riconosciute come quadri sindromici unitari, possono manifestarsi con molteplici caratterizzazioni cliniche. La specifica posizione teorica adottata, come si è visto, determinerà la configurazione del disturbo e gli strumenti metodologici per studiare i DSA.

In estrema sintesi i vari approcci allo studio dei disturbi dell'apprendimento possono essere ricondotti a due grandi famiglie: quella *neuropsicologica*, che a sua volta si divide in una forma più radicale chiamata "innatismo" (Fisher e Francks 2006) e nella visione neurocostruttivista (Karmiloff-Smith, 2018) che contempla anche le componenti ambientali oltre quelle innate, e all'estremo opposto l'approccio *empirista* (Penny, 2017;

Blumenfeld, 1992), che tende ad enfatizzare il valore dell'esperienza nel processo di crescita.

2.1 L'approccio innatista

Il presupposto innatista fa risalire la causa dei disturbi specifici dell'apprendimento a un difetto genetico (Fisher & Francks, 2006), che determinerebbe, a livello neurobiologico, un deficit specifico in un circuito corticale circoscritto. In linea con questa visione, viene ipotizzato un modulo cognitivo danneggiato, mancante o disconnesso, responsabile della compromissione di specifiche abilità a livello comportamentale. Per la prospettiva innatista, la neuroplasticità viene spiegata semplicemente come una risposta al danno cerebrale, piuttosto che come la conseguenza di un processo evolutivo patologico (Bisiacchi & Saviolo, 2005). Obiettivo ultimo degli "innatisti" è quello di individuare il gene, o i geni, alla base dei disturbi specifici dell'apprendimento e a livello metodologico si cerca di rintracciare e misurare la presunta funzione danneggiata (e la funzione risparmiata) mediante specifici compiti cognitivi, presupponendoli, dunque, come disturbi selettivi. A questi, si aggiungono le tecniche di neuroimmagine, che vengono impiegate per rilevare le specifiche aree coinvolte nei diversi compiti. Numerose sono le ipotesi neuropsicologiche sulla dislessia che, aderendo a un modello innatista, sono di tipo deterministico e unicausale. La maggior parte delle ricerche di questo tipo si è dedicata all'indagine di specifici geni localizzati su alcuni cromosomi, i quali, essendo a vario grado implicati nello sviluppo neurologico, potrebbero essere alla base della predisposizione della dislessia evolutiva (per una rassegna cfr. Fisher & Francks 2006). Le principali ipotesi eziologiche (unicausali e deterministe) della dislessia evolutiva possono, dunque, essere ricondotte a due grandi filoni: da un lato le ipotesi del *deficit fonologico* (Vellutino, 1979; Snowling, 2000; Ramus, 2003); dall'altro lato quelle relative a deficit dei *meccanismi sensoriali* non linguistici, che altererebbero i precoci processi di elaborazione dell'informazione uditiva e visiva (Stein & Walsh, 1997; Wright, Bowen & Zecker, 2000; Hari & Renvall, 2001).

2.2 L'approccio neurocostruttivista

L'approccio teorico che si colloca a metà strada fra le due estremità (innatismo-empirismo) è quello neurocostruttivista (Karmiloff-Smith, 2018). In questa prospettiva l'oggetto di studio è costituito dall'interazione dinamica tra la componente genetica e quella ambientale, disegnando un ruolo dei vincoli biologici innati (fattori genetici) meno forte. L'individuazione dei livelli di elaborazione più elementari potenzialmente alla base dei DSA, e lo studio dei possibili effetti evolutivi, dei livelli elementari, sull'elaborazione di ordine superiore, rappresentano gli obiettivi principali del lavoro neurocostruttivista. In questo caso la metodologia più adeguata individuata si basa su studi longitudinali della funzione e della disfunzione mediante le tecniche di neuroimmagine. Solo così si ritiene possibile cogliere lo sviluppo step by step di una funzione e mappare ogni singola fase dell'evoluzione e del potenziale compenso del disturbo. Quando si tratta di dinamiche legate allo sviluppo, i *neurocostruttivisti* ritengono inadeguata la nozione del semplice confronto tra funzioni neurocognitive danneggiate e quelle risparmiate, portata avanti dagli innatisti. Il disturbo specifico dell'apprendimento sarebbe il risultato distale e indiretto di disfunzioni nei processi di elaborazione precoci, piuttosto che il risultato di uno specifico modulo danneggiato. L'approccio neurocostruttivista, infatti, tiene conto del ruolo dei fattori ambientali sulla plasticità corticale del sistema neurocognitivo e anche delle possibili strategie di compensazione al disturbo. Si allontana da un modello determinista di tipo unicausale

(innatismo) e aderisce alla natura probabilistica e multifattoriale delle disfunzioni sottostanti ai DSA.

I disturbi specifici dell'apprendimento, secondo la visione neurocostruttivista, non sono così specifici come altri disturbi acquisiti: ciò risulta evidente nella pratica clinica dove spesso un bambino dislessico si contraddistingue per una costellazione diversificata di altri sintomi. Se un approccio innatista allo studio della dislessia consente di rintracciare diverse ipotesi monocausali, antinomiche e incompatibili fra loro, l'approccio neurocostruttivista punta ad offrire una visione multifattoriale in cui diversi, anche se sovrapponibili, disturbi neurocognitivi specifici possono caratterizzare il complesso fenotipo della dislessia. A livello teorico si potrebbero rintracciare le seguenti forme di dislessia in cui il disturbo neurocognitivo prevalente risulta:

1) sensoriale/percettivo-uditivo, con disfunzioni temporali bilaterali (Hari & Renvall, 2001); 2) puramente linguistico fonologico, con disfunzioni della giunzione temporo-parietale sinistra (Vellutino, 1979; Snowling, 2000; Ramus, 2003); 3) sensoriale/percettivo-visivo dorsale, con disfunzioni occipito-parietali bilaterali; 4) attenzionale multisensoriale, con disfunzioni temporo-parietali bilaterali (Facoetti et Al., 2008). Tutte queste funzioni cognitive, e le relative aree o circuiti cerebrali, possono essere alla base delle diverse dislessie (Heim et al., 2008). L'approccio multifattoriale, dunque, permette di spiegare l'esistenza di diverse forme di dislessia ma anche le frequenti associazioni tra i diversi disturbi neuropsicologici presenti nella dislessia. Quest'ultimo aspetto apre il discorso alla natura probabilistica dell'insorgenza della dislessia stessa, dove la presenza di più fattori di rischio a livello neuropsicologico aumenterà la possibilità di sviluppare un disturbo specifico (Pennington, 2006).

È interessante sottolineare che, per quanto la prospettiva neurocostruttivista manifesti un interesse nei confronti del ruolo ricoperto dai fattori ambientali, essa mantiene, senza superarla, la dicotomia natura-ambiente. Pur ammettendo un'interazione fra i due fattori, l'obiettivo della ricerca è comunque quello di identificare e isolare i periodi di espressione genetica e la possibile interazione con altri eventi ambientali. Ciò alimenta la fiducia nella forte componente genetica e neurobiologica, assunta come originaria rispetto alla manifestazione del disturbo; i fattori ambientali concorrerebbero solo a tracciare le possibili traiettorie evolutive.

2.3 L'approccio empirista

All'estremo opposto rispetto agli innatisti si colloca il punto di vista *empirista* che riconduce i DSA a fattori ambientali, i quali determinerebbero un generico deficit cerebrale. In quest'ottica la neuroplasticità consisterebbe in una risposta passiva alla stimolazione ambientale. L'empiria (l'esperienza) viene considerata come il fattore che struttura il cervello del bambino, ritenendo il comportamento il risultato delle abilità dominio-generalì. A livello metodologico gli *empiristi* si propongono di individuare i fattori ambientali alla base del disturbo mediante studi volti a rilevare l'efficienza generale dell'elaborazione dell'informazione e dell'apprendimento, indagando i diretti effetti che l'esperienza esercita su questi processi. Il focus tematico si sposta dal bambino ed il suo funzionamento neurobiologico all'interazione con il mondo. I disturbi dell'apprendimento sono indagati rispetto al contesto in cui si originano e prendono forma e, in questo caso, sembrerebbero legati a una costellazione di fattori ambientali che ne predispongono le condizioni piuttosto che ad un deficit predeterminato ed interno al soggetto. In letteratura non è facile rintracciare esempi di studi e di ricerche che abbiano esplicitato chiaramente l'adozione di una prospettiva teorica empirista; la

maggior parte delle ricerche si collocano infatti in una prospettiva innatista o al massimo neurocostruttivista.

Le ricerche che adottano la prospettiva empirista prendono primariamente in considerazione aspetti come: le condizioni di apprendimento, i metodi didattici adottati, la situazione socio-culturale, il contesto in cui avviene l'apprendimento, le variabili emotive relazionali. Blumenfeld (1992), ad esempio, ipotizza che la dislessia origini da un metodo di insegnamento inadeguato piuttosto che da una disfunzione neurobiologica. Egli riconduce la comparsa della dislessia all'utilizzo del metodo didattico di tipo "globale"⁶ al posto di quello "fonetico"⁷ - ritenuto adatto a un sistema linguistico, come l'italiano, di tipo alfabetico - per l'apprendimento della lettura.

Penney (2017) sostiene lo sviluppo di curricula e programmi didattici adatti alle differenze individuali, senza cadere in categorie discrete e arbitrarie che differenziano coloro che hanno bisogno di aiuto da chi è maggiormente autonomo. L'obiettivo, secondo l'autrice, è di permettere ad ogni alunno di procedere secondo i propri ritmi di apprendimento, fornendo il materiale più adeguato e prossimo al suo graduale sviluppo. Sostiene, inoltre, che non esista nessun danno neurobiologico alla base della dislessia e che una difficoltà di apprendimento non possa essere considerata una disabilità. L'autrice descrive, poi, alcuni aspetti particolarmente problematici della configurazione "medica" dei disturbi dell'apprendimento, tra i quali a) la collocazione del disturbo all'"interno" del bambino e la visione cronica e irreversibile; b) la costruzione di categorie discrete laddove le abilità accademiche si distribuiscono su un continuum e c) l'impiego di valutazioni diagnostiche che non solo possono risultare stressanti e stigmatizzanti per il bambino, ma che non possiedono ricadute apprezzabili in ambito didattico.

3. Limiti dell'approccio neuropsicologico

Capita spesso che le neuroimmagini e le presunte alterazioni neuroanatomiche vengano usate per validare le diverse posizioni teoriche, sia di tipo unicusale che multifattoriale, e questo non solo laddove si parli di disturbi dell'apprendimento. A tal proposito, Umiltà (2009) afferma che la riproduzione schematica del cervello, che generalmente è caratterizzata da diversi colori, non è altro che il risultato di un artificio grafico, che trasforma probabilità casuali di attivazione delle specifiche aree in colori diversi (Legrenzi & Umiltà, 2009). Lo scopo di tutte le ricerche di neuroimmagine, infatti, è quello di individuare le aree che si attivano selettivamente durante lo svolgimento di un compito. Ma com'è possibile capire quando le aree sono attivate? Su quali presupposti teorici si basa la neuropsicologia?

La neuropsicologia sostiene che è possibile stabilire il livello di attivazione raggiunto da determinate aree misurando la quantità di sangue che in un dato momento irroria le varie aree cerebrali. Una tale associazione, però, per alcuni studiosi non è priva di rischi. Legrenzi e Umiltà (2009), infatti, sostengono che usare il flusso sanguigno cerebrale per ottenere informazioni sulle funzioni della mente può essere un'operazione azzardata. Una delle maggiori criticità, ancora irrisolta, riguarda il fatto che il pensiero umano ha una latenza di sole poche decine di millesimi di secondo, mentre le variazioni di flusso sanguigno hanno una latenza di almeno 5 secondi.

⁶ Secondo il metodo globale il miglior modello per favorire l'apprendimento della lettura è che il bambino impari a riconoscere l'intera parola scritta piuttosto che a identificare i singoli fonemi che la compongono.

⁷ Il metodo fonetico prevede che il bambino impari come si scrivano tutte le lettere dell'alfabeto, collegando il suono della pronuncia orale di ogni lettera (fonema) alla corrispondente forma della lettera scritta (grafema).

“Com'è possibile che rapide variazioni nei contenuti del pensiero siano segnalate da più lente variazioni del circolo sanguigno cerebrale?” (Legrenzi & Umiltà, 2009, p.30).

Le neuroimmagini non consentirebbero tanto di vedere il cervello al lavoro, quanto, più propriamente, di visualizzare come si distribuisce il flusso sanguigno nelle varie aree cerebrali, che si presuppone corrisponda all'attivazione cerebrale, sull'onda dell'assunto base dell'approccio neuropsicologico, ovvero che sia possibile una riduzione della mente al funzionamento del cervello. Il modello interpretativo più largamente adottato è quello che descrive il cervello come la base o il fondamento dell'attività mentale, costituendo il primo livello di un modello gerarchico che riconosce il livello mentale e poi quello sociale (Legrenzi & Umiltà, 2009). L'adesione a questa concezione porta con sé una serie di questioni problematiche, tra le quali quella di stabilire come avvenga il passaggio dall'uno all'altro livello gerarchico, dal cervello che appartiene al piano organico, alla mente che è un'astrazione categoriale.

Un altro problema fondamentale, in un paradigma empirista, è quello di trovare la localizzazione delle attività mentali. Non potendo sapere come avvenga il passaggio dal fisico allo psichico, quello che si può stabilire con le tecniche di neuroimmagine sono solo delle correlazioni tra cervello e mente, e non nessi di causalità (Legrenzi & Umiltà, 2009). La neuropsicologia, dunque, riesce a determinare delle regolarità empiriche e dei parallelismi psico-fisici: quando accade X nel cervello, accade Y nella mente, il che non esclude che nel prossimo esperimento queste rilevazioni possano variare (Severino, 2016). In linea con questa visione, dunque, una regolarità empirica non consente di affermare che il cervello è la causa della mente: considerare la mente come funzione del cervello, così come la digestione è funzione dello stomaco, secondo il filosofo Severino (2016) significa ignorare i progressi della fisica quantistica, per i quali il nesso causale⁸ è messo in questione, e scivolare in un riduzionismo materialista.

In conclusione, non si possono stabilire nessi di causalità nel rapporto mente-cervello, di conseguenza, con le neuroimmagini risulta improbabile poter testare una teoria psicologica. Questo ci consente di asserire che tutte le ipotesi neuropsicologiche disponibili, per rimanere epistemologicamente fondate, dovrebbero attestarsi a un livello di realismo ipotetico. Questo statuto epistemico consente il coesistere di tante realtà quante sono le teorie che se ne occupano, le teorie psicologiche sarebbero, quindi, dei costrutti ipotetici che rappresentano una delle possibili configurazioni della realtà. A questo livello, dunque, le rilevazioni ottenute non sono indipendenti dalla teoria che tenta di spiegarle e la conoscenza di un evento dipenderebbe dalle procedure di studio e di analisi adottate (Salvini, 1998).

Partire dall'attività del cervello per spiegare alcuni fenomeni, significa che il cervello stesso assume una tale importanza che tutto il resto viene lasciato nello sfondo. Usando le parole di Legrenzi e Umiltà (2009):

L'attività rilevata con lo scanner mostra -o meglio, ci convince di aver visto- qualcosa di cui non siamo consapevoli, qualcosa che va al di là della nostra coscienza. Questa è una componente forte del fascino esercitato dalle Fmri. Una volta propagandata la scoperta di una connessione biunivoca tra uno stato mentale e un'attivazione del cervello sembra che il fenomeno sia stato svelato e il problema risolto (p. 81).

⁸ Principio di indeterminazione di Heisenberg: mostra che nessuna legge scientifica, quindi nemmeno il “principio di causalità”, può avere un valore assoluto ma un carattere statistico-probabilistico.

Pare sempre più forte la necessità di porsi in modo critico di fronte a spiegazioni semplici e dirette di fenomeni complessi, ricordando anche le parole di Roger Sperry, premio Nobel per la medicina nel 1981 per le ricerche sulla coscienza ed il suo rapporto con i singoli emisferi, pronunciate al ritiro del premio:

Man mano che le nostre conoscenze si ampliano, la complessità di ogni singola intelligenza ci appare sempre più unica e la conclusione per cui l'unicità delle impronte digitali o dei tratti del viso sarebbe rozza ed elementare rispetto alla specificità delle nostre reti neurali appare sempre più convincente (Sperry, 2012).

Alla luce di tali premesse, ricondurre il disturbo dell'apprendimento ad una mera 'alterazione neurobiologica', svela un presupposto "riduzionista" dove il cervello assume il ruolo di "causa" - ancora da dimostrare - e la mente l'"effetto". Di qui il desiderio e la necessità di conoscere, da parte nostra, come tutto ciò sia gestito, considerato, ignorato o risolto, da parte di quei professionisti che concorrono alla costruzione della realtà "disturbi specifici dell'apprendimento", attraverso la produzione di diagnosi.

4. La ricerca

4.1 Obiettivi

A partire dalle riflessioni sul piano epistemologico e teorico più sopra descritte, con il presente lavoro ci si è proposti di:

- 1) esplorare le teorie implicite dei professionisti rispetto al tema dei disturbi specifici dell'apprendimento, a quali teorie scientifiche fanno riferimento nella pratica clinica e come queste vengono utilizzate;
- 2) indagare come e quando la certificazione viene usata e se ci sono delle implicazioni, per i professionisti, legate al suo utilizzo, in particolare rispetto alla scelta scolastica e alla costruzione identitaria dei ragazzi;
- 3) raccogliere informazioni rispetto a come i professionisti raccontano la diagnosi ai genitori. Coerentemente agli obiettivi specifici, il protocollo di domande finale è stato suddiviso in tre classi tematiche: configurazione del disturbo (nove domande), certificazione (sette domande), restituzione (due domande).

4.2 Metodo

4.2.1 Partecipanti

La ricerca è stata possibile grazie alla collaborazione dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana (Treviso, IT): vi hanno preso parte tredici professionisti dei servizi del Servizio Età Evolutiva di Castelfranco Veneto, Asolo e Montebelluna. Nello specifico hanno partecipato: due neuropsichiatri infantili, sette psicologi e quattro logopediste. La scelta di coinvolgere questi ruoli professionali è derivata dal fatto che, nell'organizzazione di tali servizi, tutti concorrono al percorso di valutazione per i DSA.

4.2.2 Strumento e procedura

Per la raccolta dei dati testuali è stata utilizzata un'intervista semi-strutturata, composta da diciotto domande aperte costruite sulla base di tre obiettivi specifici:

- 1) esplorare le teorie implicite dei professionisti rispetto al tema dei disturbi specifici dell'apprendimento, a quali teorie scientifiche fanno riferimento nella pratica clinica, e come queste vengono utilizzate;
- 2) indagare come e quando la certificazione viene

usata e se ci sono delle implicazioni, per i professionisti, legate al suo utilizzo in particolare rispetto alla scelta scolastica e alla costruzione identitaria dei ragazzi;

3) raccogliere informazioni rispetto a come i professionisti raccontano la diagnosi ai genitori. Coerentemente agli obiettivi specifici, il protocollo di domande finale è stato suddiviso in tre classi tematiche: configurazione del disturbo (nove domande), certificazione (sette domande), restituzione (due domande). La ricerca ha ottenuto l'approvazione del comitato etico dell'Università di Padova⁹.

4.2.3 Analisi dei dati

I testi ottenuti sono stati analizzati nel loro contenuto (Flick, 2013) mediante la codifica manuale del testo (Maxwell, 2005). Il materiale è stato segmentato e categorizzato, la relativa codifica ha consentito la messa a punto di una struttura gerarchica con livelli di etichette sovraordinate e subordinate, in modo tale da poter ordinare e confrontare gli stralci di testo (Flick, 2013). Le etichette categoriali assegnate sono state definite sulla base dell'obiettivo della domanda e coerentemente con le modalità di risposta fornita; si è cercato di assegnarle mantenendo il più possibile un registro prossimo a quello impiegato dagli intervistati, talvolta utilizzando le loro stesse parole (Cardano, 2003). Talvolta i codici sono stati individuati utilizzando etichette mutate dalla letteratura. In alcuni casi si è proceduto con una strutturazione ex-ante, ovvero seguendo un criterio assunto a priori (Tuzzi, 2003), ove la scelta delle categorie è stata dettata da teorie preesistenti nel campo dei disturbi dell'apprendimento, che hanno guidato il ricercatore attraverso il testo e lo hanno indirizzato verso un certo tipo di contenuti. Questo è il caso della domanda riferita alla conoscenza degli approcci teorici presenti in letteratura sul tema dei DSA. La domanda in questione era volta a cogliere indirettamente gli impliciti posizionamenti dei clinici nei confronti dei principali approcci teorici disponibili. Nello specifico è stata proposta la lettura di due definizioni di disturbo dell'apprendimento, la prima riconducibile a una prospettiva di tipo "innatista"¹⁰ e la seconda a una di tipo "empirista"¹¹.

È stato inoltre chiesto ai clinici di esprimere il proprio grado di accordo rispetto a ciascun stralcio di testo, collocandolo su di una scala likert da 0 (per niente d'accordo) a 5 (pienamente d'accordo). I rispondenti sono stati inoltre sollecitati a motivare la risposta.

I criteri utilizzati per determinare l'appartenenza alle tre categorie sono stati i seguenti:

a) *innatisti*: coloro che hanno assegnato un punteggio maggiore allo stralcio di testo numero 1

⁹ La ricerca è stata approvata dal Comitato Etico secondo quanto previsto dal D. Lgs 196/2003 e UE GDPR 679/2016.

¹⁰ "[...] I Disturbi Specifici di Apprendimento tendono a persistere nell'arco della vita e a costituire un fattore potenziale di vulnerabilità. [...] Vi è un accordo sulla prevalente origine genetico-costituzionale che determina piccole ma significative anomalie nelle sedi cerebrali coinvolte nell'organizzazione delle funzioni linguistico-cognitive della lettura [...]." Da "La dislessia e i disturbi specifici di apprendimento. Teoria e prassi in una prospettiva inclusiva". Annali della pubblica istruzione 2/2010 a cura di Giovanni Simoneschi p. 3.

¹¹ "[...] Il mancato apprendimento non è dovuto a un disordine neurologico; il problema sta nel fatto che le competenze necessarie non sono state adeguatamente acquisite [...]. Di conseguenza, non vi sono delle chiare e nette categorie corrispondenti ad ogni disturbo dell'apprendimento [...]. Tuttavia, questi tipi di definizione sono arbitrarie [...]. Il problema è che tutte le definizioni dei disturbi dell'apprendimento sono arbitrarie ed impongono categorie discrete, quando in realtà vi è un continuum." Da "Rethinking the Concept of Learning Disability" di Catherine G. Penney, Memorial University of Newfoundland, Canadian Psychology, 2017, in Canadian Psychological Association 2018, Vol. 59, No. 2.

b) *neurocostruttivisti*: coloro che hanno assegnato un punteggio uguale alle due definizioni;

c) *empiristi*: coloro che hanno assegnato un punteggio maggiore al secondo stralcio di testo rispetto al primo.

Per tutte le altre risposte si è seguita una strutturazione ex-post, costruendo le categorie concettuali in riferimento ai contenuti emersi a seguito della lettura del testo (Tuzzi, 2003).

4.3 Risultati

4.3.1 Come i clinici configurano il DSA

In merito alla *configurazione del disturbo*, si è delineato fin da subito un pluralismo di punti di vista. La maggior parte dei clinici ha fornito una descrizione del disturbo dell'apprendimento incentrata sulle caratteristiche del deficit clinico, alcuni si sono focalizzati sulle peculiarità comportamentali del bambino diagnosticato, altre descrizioni hanno riguardato invece il vissuto familiare e il livello di consapevolezza del bambino rispetto alla difficoltà.

Nella maggior parte dei casi è emerso come sia la prassi ad orientare le azioni e le scelte cliniche dei professionisti, in assenza di una consapevolezza teorica di riferimento. I clinici nell'orientare la loro pratica clinica, hanno dichiarato di basarsi prevalentemente sulle linee guida suggerite dal servizio di appartenenza e derivate dalla Consensus Conference (2010); hanno inoltre riferito di non essersi mai trovati nella condizione di dover scegliere tra teorie diverse relative al disturbo dell'apprendimento, come si evince dal seguente frammento:

noi abbiamo degli standard abbastanza rigidi entro i quali io mi muovo, non credo di aver avuto grosse scelte, tutto è abbastanza definito. (P2)

La Tabella 1 mostra i commenti relativi ai diversi posizionamenti dei clinici in relazione ai tre approcci di studio presenti in letteratura.

Più della metà degli intervistati ha espresso un alto grado di accordo con una posizione di tipo innatista: nello specifico, gli interlocutori si sono trovati a condividere una concezione esclusivamente genetica-costituzionale del disturbo (Gayà & Olson 2001), senza citare le componenti ambientali come possibili fattori concorrenti alla manifestazione del disturbo. Tre clinici hanno espresso un buon grado di accordo per entrambe le definizioni avvicinandosi così all'approccio "neurocostruttivista". Pur ammettendo un'origine neurobiologica del disturbo, essi hanno riconosciuto l'importanza del ruolo giocato dai fattori ambientali. Una sola professionista ha messo in discussione l'ipotesi che si tratti di qualcosa di genetico-costituzionale, che permane tutta la vita e che sia riconducibile a categorie pre-definite, aderendo ad una prospettiva empirista. Infine, due intervistati hanno scelto di non rispondere a questa domanda.

Tab. 1 Posizionamento teorico dei professionisti rispetto ai tre diversi approcci presenti in letteratura: innatismo, neurocostruttivismo ed empirismo

INNATISTI	NEUROCOSTRUTTIVISTI	EMPIRISTI
<p>7 su 11</p> <p><i>“è tutto neurobiologico” (NP2)</i></p> <p><i>“Disordine neurobiologico a cui si aggiunge un’amplificazione ambientale” (P3)</i></p>	<p>3 su 11</p> <p><i>“Non credo che si possa pensare che ci sia o solo il bianco o solo il nero, anche perché essendo un disturbo complesso, dove intervengono il cervello, interviene la storia, interviene l’educazione, l’insegnamento, ha talmente tante variabili che per definizione diventa un sistema complesso” (NP1)</i></p>	<p>1 su 11</p> <p><i>“Difficile categorizzare, è un continuum, non è detto che sia una fattore di vulnerabilità e che abbia origini genetico-costituzionali, credo anche che sia un po’ più difficilmente richiudibile... è molto più difficile che non dentro definizioni chiuse, vengono utilizzate però, su questa cosa del continuum mi sento più in linea” (P2).</i></p>

4.3.2 Reversibilità o irreversibilità del disturbo?

Tutti gli intervistati, ad eccezione di una psicologa, hanno affermato che la diagnosi di disturbo dell’apprendimento risulta essere strutturale e irreversibile. A sostegno di questa prospettiva hanno richiamato i parametri clinici, come la velocità di lettura e i risultati dei test di valutazione, quali indicatori dell’impossibilità di un recupero. In un solo caso è stata riconosciuta l’impossibilità di definire l’esito in modo aprioristico, ritenendo che le variabili che possono incidere sulla traiettoria sintomatologica futura del bambino siano molte e molto spesso legate a fattori contestuali. La Tabella 2 mostra una certa coerenza fra i presupposti teorici di riferimento (innatista, neurocostruttivista ed empirista) e le rispettive connotazioni del disturbo in riferimento alla permanenza o reversibilità dello stesso.

Tab. 2 Confronto tra i presupposti teorici di riferimento dei professionisti e la connotazione di reversibilità o irreversibilità del disturbo dell'apprendimento

	REVERSIBILITA'	IRREVERSIBILITA'
INNATISTI	0 su 11	7 su 11 <i>“se è un vero DSA con una certa intensità dovrà convivere con il disturbo” (NP2)</i> <i>“Indipendentemente dal trattamento non colmano, al massimo può esserci un miglioramento. Man mano che le richieste aumentano il gap continua ad aprirsi” (L4)</i>
NEUROCONSTRUTTIVISTI	0 su 11	3 su 11 <i>“non si può recuperare in termini di velocità, mi aspetto che dalle 6 sillabe al secondo raggiunga le 2,5/3 sillabe al secondo” (L3)</i>
EMPIRISTI	1 su 11 <i>“dipende molto dai tipi di intervento magari riabilitativo che si possono fare, quanto c'è una famiglia alle spalle che lo supporta che lo aiuta, quanto magari, anche la scuola pone, come dire, delle modalità di apprendimento diverse. Con delle strumentazioni insomma compensative, io penso che possa comunque progredire nell'apprendimento” (P2)</i>	0 su 11

4.3.3 Che tipo di interventi propongono i clinici?

La maggior parte degli “innatisti” ha dichiarato che l'intervento più adeguato per questo tipo di diagnosi è il lavoro riabilitativo, volto a compensare la funzione deficitaria, incentrando il focus argomentativo sul deficit clinico del bambino. In molti hanno dichiarato che un intervento adeguato debba prevedere una presa in carico globale,

intendendo un lavoro sia sul piano riabilitativo specifico sulle strumentalità operative e psicologico/emotivo del bambino, che sul contesto scolastico e familiare.

Una risposta che si è distanziata dalle altre è stata quella fornita dall'unica professionista riconducibile alla posizione teorica "empirista", la quale ha dichiarato che un intervento ottimale *"andrebbe tarato sul tipo di bambino e famiglia, su quello che il bambino pensa del suo problema, come lo vive, in famiglia cosa succede, che possibilità ci sono, la scuola quanto è collaborante...poi insieme decidere quali obiettivi sono prioritari"*, ponendo al centro il vissuto e il racconto del ragazzo, superando il concetto di presunta funzione deficitaria.

4.3.4 Quali sono le criticità riscontrate nell'utilizzo dei test standardizzati?

Rispetto all'utilizzo dei test standardizzati e al riferimento ai parametri clinici ai fini diagnostici, in due casi è stato valutato come critico il dover siglare come dislessico un bambino lento nella lettura. Diversamente, il criterio che dovrebbe essere considerato prioritario è quello legato alle abilità di comprensione del testo.

Uno psicologo, riferendosi ai test di valutazione, ne ha sottolineato la strutturazione fortemente didattica, volta a rilevare il livello di apprendimento del ragazzo, piuttosto che a partire da parametri clinici, la funzione alterata.

Diversi clinici hanno esplicitato la percezione di una dissonanza tra la complessità del funzionamento cognitivo del bambino e il riduzionismo dei criteri selezionati e dei risultati derivanti dall'assessment clinico. A tal riguardo una neuropsichiatra ha affermato:

è relativamente più semplice incasellare un bambino dentro un disturbo specifico dell'apprendimento anziché fare una valutazione molto più complessa [...], ridurre a una categoria nosografica, che in realtà è molto restrittiva rispetto alla comprensione del problema. (NP1)

Infine, molti clinici hanno comunicato di trovarsi in difficoltà nel definire il quadro diagnostico quando i test di valutazione rilevano un profilo al limite. Soprattutto in queste circostanze, si pone l'esigenza di comprendere se si sia in presenza di una difficoltà transitoria gestibile con le iniziative di potenziamento didattico¹² attuate dalla scuola, o se la difficoltà persisterebbe nonostante l'intervento attuato dalle insegnanti. Tale potenziamento dovrebbe essere attivato durante l'orario scolastico, non appena vengono rilevate delle difficoltà di apprendimento e prima della segnalazione al servizio, tuttavia, numerosi sono stati i professionisti che hanno dichiarato di essersi trovati nella condizione di fare una diagnosi di disturbo dell'apprendimento senza la sicurezza dell'attuazione del percorso di potenziamento didattico, criterio tra l'altro fondamentale per determinare la diagnosi.

4.3.5 Come viene usata la certificazione e quali sono le possibili implicazioni?

In merito al tema della "certificazione", l'analisi del testo mette in luce che i professionisti ritengono opportuna e utile l'erogazione della certificazione (ai sensi della legge 170/2010) qualora i criteri clinici vengano soddisfatti. In linea generale, quasi tutti

¹² La legge 170 dichiara che le scuole hanno il compito di capire quali sono i problemi e le difficoltà dei loro alunni, e che l'insegnante deve avere gli strumenti di identificazione e di verifica delle difficoltà per avviare quanto prima i processi di potenziamento. Il potenziamento nelle prime fasi dell'apprendimento somiglia molto alla didattica, e lo possono fare anche gli insegnanti grazie alla loro conoscenza solida della lingua, della fonologia e dell'ortografia, sotto la guida di chi ha già pratica di percorsi di potenziamento (www.anastasis.it).

hanno dichiarato di riferirsi ai parametri forniti dalle linee guida della Consensus Conference (2010), per orientare la propria diagnosi. Molti sono i professionisti che hanno ritenuto la certificazione una risorsa; nello specifico, questa viene vista da alcuni come un diritto e da altri come una tutela del ragazzo nell'operatività scolastica. Una riflessione critica più sostanziosa, associata al rilascio della certificazione, è stata fornita da un solo professionista, il quale ha evidenziato la necessità di una riflessione più ampia, che sappia tener conto anche delle implicazioni associate all'uso della certificazione nel contesto scolastico e del livello di adattamento dello studente.

questa tendenza (*rilascio della certificazione*) meriterebbe una maggiore considerazione e riflessione, magari non sapremo mai qual è la vera eziologia, però sappiamo che possiamo aiutarlo, aiutarlo non vuol dire sempre dargli una certificazione e fargli una riabilitazione. (NP1)

Molti intervistati hanno, inoltre, riportato alcune esemplificazioni di situazioni in cui l'uso della certificazione può risultare controproducente, raggruppabili in due grandi filoni: uno di matrice *tecnico-metodologica* (quando vengono applicati strumenti di valutazione tarati per soggetti italiani ad individui stranieri e quando la diagnosi non è pertinente, cioè quando viene impropriamente emessa una certificazione senza che i criteri diagnostici siano soddisfatti), e l'altro inerente gli aspetti affettivo-relazionali (situazioni di stigma, pretesto per un minor impegno scolastico e pregiudizio degli insegnanti sulle capacità dell'alunno).

Ricorre spesso nelle narrazioni dei clinici il racconto relativo ad alcuni ragazzi i quali scelgono di non presentare la certificazione, anche a costo di avere qualche difficoltà in più a scuola, per paura dello stigma. Il certificare la diversità si ripercuoterebbe soprattutto nelle relazioni con i compagni: lo studente si troverebbe a dover gestire e giustificare una variazione della didattica che non viene compresa dai compagni, favorendo vissuti di inadeguatezza e disagio, spesso comunicata in modo diretto ai clinici.

Ulteriori implicazioni negative riguardano gli effetti sulle scelte scolastiche dei ragazzi: ad eccezione di due, i professionisti intervistati hanno sostenuto che la diagnosi possa in qualche modo orientare e condizionare le scelte scolastiche, ad esempio, evitando di orientarsi verso i licei e la successiva carriera universitaria, o nell'interruzione precoce del percorso scolastico.

Inoltre è stato interessante rilevare che per i clinici la certificazione risponde, in primo luogo, a un'esigenza della scuola, che per poter attivare una didattica alternativa deve ricorrere al certificato.

le esigenze sono soprattutto quelle delle insegnanti [...] perché altrimenti è una continua mortificazione per questi bambini, le insegnanti considerano questi bambini come un problema, una fatica, un lavoro in più per loro, rispetto al bambino ne vedo veramente poco utilizzo, più per gli adulti intorno. (P5)

In solo due occasioni la certificazione è stata ritenuta necessaria e utile al bambino al fine di tranquillizzarlo e "dare un nome a una difficoltà".

Da altri frammenti è emerso che la certificazione, da un lato è richiesta dalla famiglia come forma di assicurazione e tutela del successo scolastico del bambino, e,

dall'altro, dal ragazzo stesso che, una volta abituatosi a questa, teme di non riuscire altrimenti, innescando un processo di sottrazione nel racconto delle proprie abilità scolastica e di autonomia. La gran parte dei clinici ritiene che cambiamenti mirati in seno all'organizzazione scolastica potrebbero verosimilmente sostituire il ricorso al provvedimento della certificazione. Ad esempio attraverso la possibilità di modificare liberamente da parte degli insegnanti il metodo didattico sulla base delle differenze individuali, e incrementando la formazione specifica degli insegnanti per la gestione delle criticità in ambito scolastico. Molti clinici hanno riportato come critica, infatti, la tendenza della scuola a promuovere dei livelli standard di apprendimento uguali per tutti e a trascurare le caratteristiche specifiche del singolo individuo, oltretutto del contesto di riferimento in cui è inserito. Inoltre, in modo ricorrente è stata portata dai clinici un'esplicita critica alle prove invalsi, citate come esempio di una scuola che non tiene conto delle differenze individuali.

In linea generale, dunque, una maggiore flessibilità nelle scelte didattiche da parte degli insegnanti permetterebbe, secondo i clinici, di andare nella direzione di una didattica più attenta alle esigenze dei singoli, in cui l'impiego degli strumenti dispensativi e compensativi possa essere esteso a tutti, senza dover ricorrere ad una valutazione diagnostica per l'attivazione di questi.

Solo due professionisti ritengono non esista una valida alternativa al provvedimento della certificazione, in quanto questa è ritenuta necessaria per poter uscire dall'ambiguità ed è stata vista come un'occasione di possibilità diagnostica. La certificazione risulterebbe una risorsa, tanto che, qualora non venga ritenuta tale dai diretti interessati (genitori e ragazzi), si dovrebbe lavorare nella direzione di una persuasione all'accettazione della stessa.

4.3.6 Cosa viene comunicato dai clinici alle famiglie?

Tutti i professionisti hanno dichiarato, in primo luogo, di fornire ai genitori una spiegazione clinica del disturbo, proponendo un resoconto delle caratteristiche cliniche e organiche che contraddistinguono il disturbo.

A tal riguardo, è ricorso spesso nelle risposte il paragone tra la miopia e il disturbo dell'apprendimento, come esemplificativo del tipo di problematica: un'argomentazione costruita in termini organicistici e strutturali, tanto che in molteplici frammenti è stato fornito un esplicito rimando agli aspetti neurobiologici.

Io punto molto sullo spiegare che questo è un aspetto della vita, come l'astigmatico, come la persona con un altro problema fisico. (L5)

Alcuni hanno sostenuto, infatti, che la spiegazione dettagliata del disturbo permette ai genitori di acquisire consapevolezza rispetto al problema del ragazzo, sostenendo la cronicità del disturbo. Questo, nell'ottica anche di decolpevolizzare il bambino, normalizzare il problema e infine condividere il percorso diagnostico per rintracciare punti in comune con i genitori rispetto alle difficoltà del bambino.

Circa la metà degli intervistati, tuttavia, oltre a una spiegazione clinica del disturbo ha ritenuto importante comunicare anche i punti di forza del bambino e alcune indicazioni per la gestione del problema. Da uno dei frammenti è emersa l'importanza di concordare con i genitori alcune manovre affinché il ragazzo non venga stigmatizzato a seguito della diagnosi. Questo dato è significativo poiché indirettamente informa circa la preoccupazione del clinico rispetto alla gestione di un possibile scenario stigmatizzante associato alla certificazione.

Due clinici hanno promosso una restituzione meno centrata sui termini clinici e organici, lasciando spazio alla discussione con i genitori, quali figure fondamentali per il sostegno del figlio. Infine, una neuropsichiatra ha ritenuto importante che i genitori capiscano che si tratti di una valutazione limitata e parziale della situazione che:

questa non è una verità assoluta, che è una fotografia fatta in un'età del bambino e che abbiamo valutato con gli strumenti che abbiamo, in maniera parziale rispetto alla complessità del bambino, sottolineo il fatto che è una valutazione correlata all'età [...] cerco di darla come una possibilità aperta.
(NP1)

Questo frammento si distanzia molto dalle altre risposte: la rilevazione clinica è contestualizzata e sono esplicitati i limiti e la parzialità del dato clinico. Altre risposte hanno evidenziato la valutazione clinica come produttore di un dato certo, che permette di stabilire incontrovertibilmente l'esistenza del disturbo.

4.4 Discussione

Ad oggi, il dibattito intorno ad una definizione univoca e condivisa dei disturbi dell'apprendimento pare destinato a rimanere acceso e caratterizzato da diverse incognite ancora inesplorate. I risultati del presente lavoro sembrano non fare eccezione rispetto a questa tendenza, e sottolineano ancora di più l'importanza e la centralità dello sguardo del clinico quale connotatore dell'oggetto osservato (Salvini, 1998).

In base a quanto raccontato dai clinici intervistati, la cornice di riferimento normativa (Consensus Conference, 2010 e successive integrazioni; L. 170/2010) pare rappresentare un elemento di comunanza e definitoria di una via clinica condivisa, almeno dal punto di vista operativo. Il prevalere del rispetto delle prassi operative sulla discussione teorica che le genera, apre a molteplici riflessioni: nell'ottica positivista, il ruolo ricoperto dal professionista pare destinato ad essere quello dello "psicodiagnosta", che a partire da un'analisi dei sintomi cerca di arrivare a definire il quadro diagnostico. Se da un lato questa configurazione aiuta l'organizzazione dei servizi, dall'altro appare altrettanto evidente il rischio riduzionista di questa pratica, soprattutto nell'ipotesi in cui venga letto un isomorfismo fra il profilo di apprendimento emergente dalle batterie testistiche e le caratteristiche della persona testata. Del resto, sarebbe altrettanto rischioso dimenticare di considerare che le diagnosi ritenute legalmente valide devono uscire dai servizi del SSN o da studi convenzionati che rispondono a precisi parametri. Scelte che devono verosimilmente rispondere anche ad un principio di coerenza "ospedaliero", ovvero poggiato sui binari di una scienza ritenuta forte come la medicina. Coerentemente ai presupposti teorici rilevati, l'attività dei diversi professionisti si allinea con le credenze tecniche, personali e professionali o con le linee programmatiche del servizio: gli interventi promossi si basano così sulla riabilitazione della funzione deficitaria e viene considerato utile emettere la certificazione tutte le volte che i criteri clinici risultano soddisfatti. Così pure i contenuti riferiti in fase di restituzione ai genitori mantengono una certa coerenza con un approccio innatista e neurobiologico ai disturbi dell'apprendimento: la narrazione diventa una spiegazione clinica del disturbo in termini strutturali e organici, dove l'obiettivo del professionista è quello di aumentare la consapevolezza dei genitori rispetto all'esistenza del problema e sollevare, forse, il bambino da ogni responsabilità rispetto all'insuccesso scolastico.

Tuttavia, pur essendo questa scelta clinica in linea con quelle che sono le direttive della Consensus Conference, non sempre è stata considerata dai clinici stessi come la più adeguata per la gestione del problema. In molti casi è stato problematizzato uno sguardo prettamente medicalizzato del fenomeno, che, focalizzandosi sul solo deficit, finisce per tralasciare le caratteristiche del contesto e le specificità della persona oggetto di indagine e a cui l'intervento è rivolto. Alcuni intervistati, ad esempio, hanno evidenziato l'insufficienza del solo approccio neurobiologico rispetto alla comprensione del fenomeno, così come evidenziato da Umiltà (2009). Egli sostiene infatti che non si possa stabilire se quello che le neuroimmagini mettono in evidenza sia una causa o un effetto del disturbo, e che, ad oggi, non sia stato spiegato come, a partire da un'alterazione organica, si possa generare un'alterazione neuropsicologica (Legrenzi & Umiltà, 2009). Dunque, le teorie innatiste e neurocostruttiviste, al fine di rimanere adeguate sul piano epistemologico, dovrebbero collocarsi a un livello di realismo ipotetico, non potendo tradurre correlazioni tra variabili a nessi di causalità (Marabah, 1976; Salvini, 1998; Severino, 2016). Ciò implica che nella fase di restituzione ai genitori, i clinici, dovrebbero esplicitare la natura ipotetica della loro valutazione, oltretutto la parzialità e i limiti associati al dato clinico. Una sola delle risposte ricevute si è avvicinata a una tale formulazione.

Inoltre, i racconti analizzati, mettono in luce come la certificazione risponda primariamente a un'esigenza scolastica quale legittimazione all'impiego di una didattica alternativa. Un'idea sostenuta dalla convinzione che l'applicazione degli strumenti dispensativi e compensativi possa essere estesa a tutti gli alunni indistintamente, andando così a costituire una valida alternativa al provvedimento della certificazione e, probabilmente, andando incontro alle differenze individuali prima che alle difficoltà. In tal senso, un intervistato ha affermato: *“se la programmazione fosse un po' più flessibile, probabilmente non avremmo bisogno di una certificazione”*.

È curioso osservare come, nonostante le teorie dei professionisti siano orientate prevalentemente verso una visione neurobiologica del disturbo, questo non interferisca con le loro convinzioni circa le necessità di un cambiamento scolastico e di una scuola più rispettosa delle differenze individuali. Le considerazioni sollevate dai clinici appaiono in linea con la prospettiva di scuola inclusiva, riconosciuta a livello nazionale e internazionale come la strada maestra per la didattica e l'educazione del futuro (Pavone, 2014). I recenti studi in ambito pedagogico ed educativo promuovono, infatti, un cambio di prospettiva e mettono in luce il ruolo centrale giocato dalla didattica nella gestione delle difficoltà degli alunni, allontanandosi, da un lato, dalla prospettiva medica, che tende alla categorizzazione e alla differenziazione e dall'altro riconoscendo la responsabilità educativa e gestionale della scuola stessa (da Anna, 2007).

Per quali ragioni si ricorre ad un processo di medicalizzazione al fine di ottenere dei cambiamenti didattici? La risposta richiama un intreccio complesso di argomentazioni che, probabilmente, investono anche la strutturazione dei piani didattici, le possibilità di manovra e la formazione delle scuole e del personale docente. Senza dimenticare la prevalenza accordata dal panorama scientifico, ad approcci che ricalcano le orme della metafora medico-centrica che, pur riconoscendo il suo valore, appare insufficiente se considerata come una chiave di lettura. Non sempre, sostengono gli intervistati, i ragazzi condividono i provvedimenti presi dai clinici e accordati dai genitori; senza poi contare che le scelte scolastiche risultano spesso condizionate dalla certificazione: *“il fatto che ci sia un certificato 170 va ad incidere, difficilmente gli propongono un liceo classico o scientifico, incide decisamente”*. Già Pinelli (2015) sosteneva come la

certificazione, un atto argomentativo classificatorio isomorfo ad uno schema di tipizzazione di personalità (Salvini, 1998), rappresenti un ostacolo al progresso dell'allievo e alla considerazione globale della persona, *“inducendo la logica del lavoro a ribasso, in ragione di un vincolo di etichettamento definito a monte”* (p. 187). Un atto riduzionista probabilmente più utile alle esigenze classificatorie nosografiche che alla conoscenza funzionale dei processi di apprendimento e, più in generale, cognitivi: i professionisti, e le strutture che governano il loro lavoro, concentrati maggiormente sugli aspetti clinici, corrono il rischio di non poter prestare sufficiente attenzione ai significati portati dai ragazzi, tendendo a livellare, in virtù della prassi, interventi e provvedimenti.

È doveroso registrare che, in una intervista, il clinico, partendo da un presupposto teorico “empirista”, ha dichiarato come fosse importante costruire l'intervento con il bambino, concordando con lui gli obiettivi prioritari, non solo partendo dai suoi vissuti e dalle sue intenzioni rispetto al problema, ma anche tenendo conto della situazione familiare in cui è inserito. Come sostiene Mehan (1998), sostituendo lo studio del singolo studente con quello degli aspetti interattivi che si realizzano negli ambiti educativi, si può raggiungere la conoscenza dei processi sociali che contribuiscono a formare l'identità sociale dello studente con “disturbo dell'apprendimento”.

4.4.1 Dall'indagine delle cause (dove, di chi è il problema?) all'indagine del fine (per chi?)

Cosa accade quando la ricerca si concentra sull'individuazione delle cause per cercare di comprendere il fenomeno di studio? Qual è il punto di vista che viene tenuto in considerazione? Il problema oggetto di studio chi riguarda?

Considerare un qualsiasi approccio teorico come unica visione che esaurisce la comprensione del fenomeno, rappresenta un atto riduzionista pericoloso. Sul piano operativo, probabilmente, si rischierà di attuare scelte che trascurano, ad esempio, il mondo dei significati personali e la contingenza dei contesti culturali, limitando la possibilità di integrare in modo funzionale le prospettive. I risultati del presente lavoro evidenziano come un percorso diagnostico non vada nella direzione di una promozione di competenze utili a gestire in modo più funzionale ciò che viene configurato come critico e problematico dal committente (la scuola o i genitori). I saperi psicologici, in questo caso, vengono impiegati per raggiungere un inquadramento diagnostico, più o meno coerentemente alla teoria di riferimento sposata dal clinico, per dare un nome a una serie di evidenze fenomeniche, e non per fornire strategie e azioni da mettere in atto nel contesto scolastico in cui la difficoltà nasce ed “esiste”. Inoltre, si potrebbe ipotizzare che questo modo di procedere, configurando la causa del problema all'“interno” del bambino, tenda da un lato a spostare il focus da possibili scenari alternativi associati al fenomeno, e dall'altro a promuovere un posizionamento passivo del bambino rispetto al problema e un'ottica assistenzialistica degli attori che lo circondano. I saperi psicologici e neurobiologici non si dovrebbero esaurire nel percorso di inquadramento diagnostico, dati i numerosi limiti a cui vanno incontro soprattutto nel momento della loro traduzione in interventi cosiddetti terapeutici. La condivisione dei saperi e l'integrazione delle diverse professionalità pare sentita come una via elettiva per gestire il fenomeno DSA. Tuttavia, la struttura organizzativa, figlia di un determinato impianto culturale, pare livellare le diverse idee dei tecnici in nome della coesione procedurale, della ripetibilità del processo e della standardizzazione diagnostica e della cura. Pur i tecnici, riconoscendo le rigidità insite alla struttura scolastica, non sembrano sempre cogliere la frattura o la debolezza interna tra le teorie

individuali e la linea programmatica del servizio che, come per la scuola, possono generare sensazioni di disorientamento. Potere rassicurante del riduzionismo linguistico che, etichettando e classificando, soffia sull'illusione del controllo? Difficoltà o non abitudine da parte dei tecnici a ragionare nei termini di coerenza procedurale tra teoria prescelta e conseguente operatività? La discussione aperta con questo lavoro è tanto importante quanto opportuna per le riflessioni che indica e alimenta circa il ruolo del professionista e le realtà che può costruire presso le persone che "valuta" e presso il mondo che gravita intorno a loro.

Riferimenti bibliografici

- Bisiacchi, P. S. & Saviolo, N. N. (2005). *Neuropsicologia dello sviluppo: principali patologie genetiche e neurologiche*. Carocci: Roma.
- Blumenfeld, P. C. (1992). *Classroom learning and motivation: Clarifying and expanding goal theory*. *Journal of Educational psychology*, 84(3), 272.
- Butterworth, B. (2005). *The development of arithmetical abilities*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 3-18.
- Cardano, M. (2003). *Tecniche di ricerca qualitativa. Percorsi di ricerca nelle scienze sociali* (pp. 192-192). Carocci: Roma.
- Consensus Conference (2010). *Sistema Nazionale per le linee guida, Roma 6, 7 dicembre 2010*, pubblicato nel 2011.
- De Anna, L. (2014). *Pedagogia speciale: integrazione e inclusione*. Carocci: Roma.
- Facoetti, A., Zorzi, M., Cestnick, L., Lorusso, M. L., Molteni, M., Paganoni, P., ... & Mascetti, G. G. (2006). *The relationship between visuo-spatial attention and nonword reading in developmental dyslexia*. *Cognitive Neuropsychology*, 23(6), 841-855.
- Fisher, S. E. & Francks, C. (2006). *Genes, cognition and dyslexia: learning to read the genome*. *Trends in cognitive sciences*, 10(6), 250-257.
- Flick, U. (Ed.). (2013). *The SAGE handbook of qualitative data analysis*. Sage: London.
- Gayán, J. & Olson, R. K. (2001). *Genetic and environmental influences on orthographic and phonological skills in children with reading disabilities*. *Developmental neuropsychology*, 20(2), 483-507.
- Geary, D. C. (2005). *Role of cognitive theory in the study of learning disability in mathematics*. *Journal of learning disabilities*, 38(4), 305-307.
- Habib, M. (2000). *The neurological basis of developmental dyslexia: an overview and working hypothesis*. *Brain*, 123(12), 2373-2399.
- Hari, R., Renvall, H. & Tanskanen, T. (2001). *Left minineglect in dyslexic adults*. *Brain*, 124(7), 1373-1380.
- Heim, S., Tschierse, J., Amunts, K., Wilms, M., Vossel, S., Willmes, K., ... & Huber, W. (2008). *Cognitive subtypes of dyslexia*. *Acta neurobiologiae experimentalis*, 68(1), 73.
- Karmiloff-Smith, A. (2018). *Development itself is the key to understanding developmental disorders*. In *Thinking Developmentally from Constructivism to Neuroconstructivism* (pp. 97-117). Routledge: London.
- Karmiloff-Smith, A., Scerif, G. & Ansari, D. (2003). *Double dissociations in developmental disorders? Theoretically misconceived, empirically dubious*. *Cortex*, 39(1), 161-163.
- Legrenzi, P. & Umiltà, C. (2009). *Neuro-mania*. *Giornale italiano di psicologia*, 36(2), pp. 261-272.

- Loiacono, L. (2019 Luglio). *Scuola, boom di certificati: dislessici 177 mila ragazzi in "Messaggero"* p. 10.
- Marhaba, S. (1976). *Antinomie Epistemologiche nella Psicologia contemporanea*. Giunti Barbèra: Firenze.
- Maxwell, J. A. (2005). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. Thousand Oaks, SAGE: London.
- Mehan, H. (1998). *The Study of Social Interaction in Educational Settings: Accomplishments and Unresolved Issues*. In *Human Development*, S. Karger, AG, Basel
- MIUR (2018). *I principali dati relativi agli alunni con DSA anno scolastico 2017/2018*" in *Gestione e patrimonio informativo e statistica*, p. 6.
- Nicolson, R. I. & Fawcett, A. J. (1990). *Automaticity: A new framework for dyslexia research?*. *Cognition*, 35(2), 159-182.
- Pavone, M. (2014). *L'inclusione educativa. Indicazioni pedagogiche per la disabilità*, Mondadori Università: Milano.
- Penney, C. G. (2018). *Rethinking the concept of learning disability*. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 59(2), p. 197.
- Pennington, B. F. (2006). *From single to multiple deficit models of developmental disorders*. *Cognition* 101, 385–413. doi: 10.1016/j.cognition.2006.04.008
- Pinnelli, S. (2015). *La pedagogia speciale per la scuola inclusiva: le coordinate per promuovere il cambiamento*. *L'integrazione scolastica e sociale*, 14(2), pp. 183-194.
- Ramus, F. (2003). *Developmental dyslexia: specific phonological deficit or general sensorimotor dysfunction?*. *Current opinion in neurobiology*, 1
- Salvini, A. (1998). *Argomenti di psicologia clinica*. Upsel Domeneghini: Padova.
- Severino, E. (2016). *Cervello, mente, anima*. Morcelliana: Brescia.
- Snowling, M. J. 2000. *Dyslexia*, (2nd ed.). UK: Blackwell: Oxford.
- Sperry, R.W. (2012) Nobel Lecture, "Some Effects of Disconnecting the Cerebral Hemispheres", http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1981/sperry-lecture.htm.
- Stein, J. & Walsh, V. (1997). *To see but read; the magnocellular theory of dyslexia*. *Trends in neurosciences*, 20(4), pp. 147-152.
- Tuzzi, A. (2003). *L'analisi del contenuto: introduzione ai metodi e alle tecniche di ricerca*. Carocci: Roma.
- Vellutino, F. R. (1979). *Dyslexia: Theory and research*. MIT Press: Massachusetts.
- Wright, B. A., Bowen, R. W. & Zecker, S. G. (2000). *Nonlinguistic perceptual deficits associated with reading and language disorders*. *Current opinion in neurobiology*, 10(4), 482-486.