

Difficoltà di apprendimento e pratiche di medicalizzazione.

Una ricerca antropologica sulla questione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)

SABRINA FLAMINI, MAYA PELLICCIARI

Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute (Perugia)

Riassunto

A partire dagli esiti di una ricerca etnografica svolta in Umbria nel 2014 sulla questione della medicalizzazione dell'apprendimento, vengono proposte alcune riflessioni sulla rimodulazione del rapporto tra normale e patologico introdotta dall'affermarsi in ambito scolastico di modelli formativi e sistemi di valutazione sempre più standardizzati e orientati da uno sguardo clinico-medico. Le famiglie di alunni in qualche misura "non conformi" vengono sempre più indirizzate verso i servizi sanitari, innescando un processo di delega che costituisce una rinuncia alla gestione pedagogica della relazione con il discente. In campo sanitario, tale processo, sancito dalla introduzione della L. 170/2010, che introduce nuove norme per la presa in carico dei soggetti con Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), ha determinato una serie di problemi di carattere gestionale (sovraccarico di richieste e accessi impropri) e aperto un fronte di conflittualità con le istituzioni scolastiche e soprattutto con le famiglie utenti.

Parole chiave: disturbi specifici dell'apprendimento, medicalizzazione, diritti speciali, stigma, determinanti sociali

Learning Difficulties and Medicalization Practices. An Anthropological Research on Learning Disabilities

Abstract

The findings of an ethnography on the medicalization of learning carried out in Umbria in 2014 has opened up reflections about the re-modulation of the relationship between the normal and the pathological introduced by increasingly standardized and clinical-medical oriented training models and evaluation systems within

the school system. Families of students classified as “non-compliant” are thus being directed towards health services, legitimating a delegation process that is an abdication of the pedagogical approach in the relationship with the students. Moreover, the introduction of Law 170/2010 concerning the treatment and care of students with Learning Disabilities has caused several management problems (overload of requests and improper accesses) and opened conflicts within educational institutions, especially with user families.

Key words: learning disabilities, medicalization, special rights, stigma, social determinants

Premessa

In ambito biomedico, le difficoltà che durante l’età evolutiva e – in condizioni di inalterato funzionamento intellettivo generale – interferiscono con il processo di acquisizione della lettura, della scrittura e del calcolo vengono definiti “Disturbi specifici dell’apprendimento” (DSA) e con tale statuto sono riconosciuti anche all’interno del manuale diagnostico dei disturbi mentali (attuale DSM-5). Sono cioè indicate come “anomalie di funzionamento neurobiologico” che interessano le competenze strumentali degli apprendimenti scolastici e che si articolano sostanzialmente in quattro aree:

dislessia, cioè disturbo nella lettura (intesa come abilità di decodifica del testo); disortografia, cioè disturbo nella scrittura (intesa come abilità di codifica fonografica e competenza ortografica); disgrafia, cioè disturbo nella grafia (intesa come abilità grafo-motoria); discalculia, cioè disturbo nelle abilità di numero e di calcolo (intese come capacità di comprendere e operare con i numeri) (Ministero della Salute & ISS 2011: 7).

Tale definizione compare all’interno del documento stilato a conclusione della Terza Consensus Conference del 6-7 dicembre 2010 e costituisce l’esito del lungo dibattito che ha accompagnato l’articolato iter burocratico e amministrativo conclusosi con l’emanazione della legge n. 170 dell’8 ottobre 2010, recante “Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico”.

Nonostante all’interno del documento si faccia un breve riferimento al ruolo dei determinanti sociali nella declinazione di tali disturbi, tale “concessione” è rimasta per lo più sullo sfondo: la loro categorizzazione in termini biomedici e soprattutto la loro traduzione in precise categorie amministrative dalle importanti ricadute in ambito sia scolastico che sanitario, di

fatto legittima la progressiva medicalizzazione di processi, come quelli di apprendimento, che per loro stessa natura sono invece imprescindibilmente influenzati dal contesto sociale e dalle condizioni materiali di esistenza.

L'apprendimento come forma di incorporazione del mondo, come prodotto della socializzazione di un individuo all'universo di norme, valori e rappresentazioni dominanti in un dato contesto, è da sempre oggetto di riflessione antropologica, così come l'intreccio, nella condizione umana, tra dimensione biologica e dimensione sociale: l'inscindibile relazione che vi è tra la natura biologica, organica, dell'uomo come corpo vivente, e la sua plasmabilità e permeabilità a partire da e attraverso il contesto sociale in cui è immerso (Seppilli 2006). Come anche le neuroscienze hanno via via dimostrato, le capacità del cervello umano di attivare modalità specifiche di codifica e ricodifica del mondo sono infinite, proprio perché connesse alle potenzialmente infinite possibilità di relazione che ciascun essere umano può sperimentare (Guglielman 2014). Ma la pratica medica si fonda necessariamente sulla individuazione di precise aree di intervento clinico definite più o meno "anomale", devianti, patologiche, di cui l'antropologia ha il compito di mettere in evidenza la natura storico-sociale e politica, e di evidenziarne le logiche governamentali.

L'analisi dei processi che portano alla definizione del confine tra normale e patologico, e dunque alla costruzione delle relative categorie diagnostiche, si fa ancora più urgente laddove la dimensione puramente organica di un disturbo/disfunzione appare più sfumata e di complessa individuazione, come nel caso appunto dei DSA. I confini fragili e porosi di categorie come questa sono in maniera più evidente oggetto di continue revisioni, contrattazioni e rivendicazioni anche ai margini del discorso biomedico, all'interno di uno spazio pubblico sempre più dilatato, in cui soggetti del tutto eterogenei esercitano, attraverso alleanze e conflitti, notevoli pressioni deformanti e riformanti.

La straordinaria vitalità di questo campo – e allo stesso tempo la sua indefinitezza e precarietà – risulta evidente quando si pensa ai numerosi differenti soggetti che lo animano, e alla variabilità ed estensibilità della loro composizione: genitori e figli (e la loro infinita rete di relazioni); insegnanti e dirigenti scolastici, pedagogisti e educatori; neuroscienziati, psicologi, psicoterapeuti e neuropsichiatri; logopedisti, psicomotricisti e fisioterapisti; ottici, oculisti e ortometristi; legislatori, amministratori e avvocati; professionisti della formazione, esperti della comunicazione, ingegneri e programmatori informatici; politici, attivisti, animatori sociali.

Non solo soggetti individualizzati, ma anche interi apparati, comparti, enti, istituzioni, agenzie, associazioni. Un elenco potenzialmente infinito, così “aspecifico” e pervasivo, da rendere il confine tra normale e patologico una posta in gioco ampiamente rinegoziabile, in relazione alle finalità che ciascuno dei soggetti a vario titolo persegue.

Uno dei nodi al centro di tale campo di lotte è, ad esempio, il grado di medicalizzazione che può/deve qualificare il discorso sui DSA: in che misura cioè, per i vari soggetti in gioco, utilizzare la veste biomedica per definire il fenomeno costituisce un vantaggio o una forma di penalizzazione in quella che è, in primis, la rivendicazione di un diritto.

Con il termine medicalizzazione le scienze sociali mettono in evidenza il processo attraverso il quale fenomeni sociali, condizioni strutturali, comportamenti individuali e movimenti collettivi vengono letti e interpretati con la lente delle scienze biomediche (Maturò & Conrad 2009). Si utilizzano ad esempio categorie diagnostiche per definire fatti, tendenze, questioni problematiche che pur avendo poco o nulla a che vedere con i meccanismi che regolano i processi di salute e malattia, vengono inquadrati nella cornice sicura di un sapere legittimato a definire cause, effetti e modalità di intervento in maniera, potremmo dire, “autoritaria” e pressoché indiscutibile. Il che mette peraltro in evidenza una visione parziale (errata? strategica?) della scienza, il cui postulato filosofico di base è invece proprio la sua natura dinamica, l'utilizzo metodologico del dubbio, la sua capacità di procedere per confutazioni e nuove conferme. Si estrapola la componente quantitativa, misurabile, *evidence-based* – tralasciando tutta la dimensione relazionale, conflittuale, interpretativa che configura il rapporto tra un medico e i suoi pazienti – e la si utilizza come strumento per addomesticare e semplificare fatti complessi, rendendoli così più facilmente governabili.

Medicalizzare consente di catalogare, comparare, valutare in un'ottica efficientista; ma è anche un potente strumento che consente di cambiare le regole del gioco, di aumentare o diminuire il livello di responsabilità di ciascuno dei soggetti coinvolti, a seconda della posizione loro assegnata sullo scacchiere. Se è “colpa” dei geni, dei processi neurobiologici, dei microbi, non è colpa dei singoli o delle loro modalità di interazione, né delle istituzioni o di specifiche politiche di governo, né dei vari portatori di interesse.

D'altro canto, se è vero che la medicalizzazione conduce alla rimozione delle cause sociali di disagio e condizioni critiche, essa è anche in grado di esasperarle, enfatizzarle. Spesso la traduzione dei problemi sociali nel

linguaggio medico è infatti la sola maniera di renderli visibili e udibili. Come tutti gli strumenti governamentali, anche la medicalizzazione non è solo una strategia di governo autoritario, ma anche, contemporaneamente, uno strumento di cui i soggetti si appropriano in chiave rivendicativa e contro-egemonica: l'esito di tale lotta all'interno dello spazio pubblico è certamente influenzato dal livello di potere, dalle risorse e dal capitale sociale di cui ciascuno dispone.

L'antropologa Adriana Petryna, in un lavoro svolto in Ucraina a contatto con i soggetti esposti agli effetti devastanti del disastro nucleare di Chernobyl (Petryna 2004), ha coniato il concetto di "cittadinanza biologica" proprio per sottolineare come alcuni soggetti diventino visibili, e i loro diritti arrivino ad essere riconosciuti, solo quando vengono colpiti nel loro corpo, in virtù degli effetti fisici che riportano. Il corpo fonte di diritti: il corpo malato o sofferente come mezzo che consente di richiedere un «riconoscimento sociale in ultima istanza, che si cerca di far valere quando ogni altro fondamento di legittimità sembra essersi esaurito», l'ultima risorsa da mettere in campo per aspirare al bene prezioso rappresentato dall'aiuto d'emergenza, che garantisce, anche se temporaneamente, una relativa sicurezza materiale contro le incertezze dell'esistenza (Fassin 2014: 68).

Anche nel campo della disabilità, e nello specifico dei disturbi dell'apprendimento, vi sono studi che mettono bene in evidenza come in assenza di tutele forti e garanzie di accesso egualitario ai diritti fondamentali, la medicalizzazione appaia per i soggetti coinvolti una potente risorsa da mettere in campo (Rapp & Ginzburg 2011). Sebbene, e lo vedremo più avanti, con "effetti collaterali" pesantissimi in termini sociali, che richiedono un'attenta riflessione e molta cautela.

L'impianto della ricerca

Nel 2014 la Regione Umbria, attraverso la Direzione regionale salute e coesione sociale, ha accettato di finanziare la ricerca proposta dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute – allora presieduta da Tullio Seppilli¹ – sul tema della standardizzazione e medicalizzazione dell'appren-

¹ Tullio Seppilli è stato Presidente della Fondazione Celli per 24 anni, fino al 2017, anno della sua scomparsa. Il suo contributo all'antropologia italiana è stato incommensurabile. All'interno di un numero monografico di "Umbria Contemporanea" le ricercatrici

dimento, con un focus specifico sui cosiddetti DSA². L'interesse regionale nasceva dal bisogno di comprendere, analizzare e mediare le conflittualità scaturite dall'applicazione della nuova normativa (la legge 170/2010) all'interno e fra le istituzioni pubbliche e private coinvolte dal fenomeno. Un certo allarme suscitava anche l'enorme incremento di casi diagnosticati: l'anno successivo all'emanazione della legge era stato infatti registrato nelle scuole italiane un aumento degli alunni con DSA pari al 37%: da 65.219 unità nell'a.s. 2010-2011, si era passati nell'a.s. 2011-2012 alla cifra di 90.030 unità. Nello stesso periodo, per l'Umbria, si passava da 1.372 unità a 1.906 (Miur 2013).

Il progetto di ricerca si articolava intorno all'ipotesi che il numero di studenti con certificazione di DSA all'interno delle scuole di ogni ordine e grado sarebbe stato negli anni in costante ed esponenziale aumento. Certamente, per una maggiore sensibilità e capacità di individuare i "disturbi" ora formalizzati, ma anche e soprattutto per un effetto moltiplicatore legato alla stessa capacità riproduttiva delle categorie diagnostiche. Tale ipotesi è stata assolutamente confermata: nell'a.s. 2016/17 il numero degli alunni con DSA frequentanti le scuole italiane si è attestato complessivamente intorno alle 254.600 unità (a fronte di quei 65.219 del 2011), una cifra quasi quadruplicata in appena cinque anni (Miur 2018).

A corollario della legge 170, inoltre, negli anni subito successivi, sono state pubblicate numerose circolari ministeriali e documenti di indirizzo nazionale e regionale che hanno via via messo l'accento proprio sull'importanza di una diagnosi "precoce" di tali disturbi, necessaria alla costruzione di idonei percorsi di prevenzione e presa in carico, a tutela dei minori interessati. Tale apertura ad una progressiva anticipazione della valutazione di possibili "segnali premonitori" anche in età prescolare – nonostante sia ufficialmente riconosciuto che la diagnosi di DSA può essere effettuata soltanto una volta terminato il processo di acquisizione della letto-scrittura e del calcolo (ovvero tra la terza e la quarta classe elementare) – si mostrava ad uno sguardo antropologico foriera di grandi rischi e implicazioni apparentemente del tutto sottovalutate.

della Fondazione Celli hanno ricordato il complesso e articolato lavoro svolto sotto la sua costante supervisione (Bagaglia, Flamini, Pellicciari & Polcri 2019).

² Per un approfondimento si veda il Report di ricerca completo, al seguente link: https://www.academia.edu/21733063/Pratiche_di_standardizzazione_e_medicalizzazione_dell_apprendimento._Un_indagine_antropologica_sulla_questione_dei_Disturbi_specifici_di_apprendimento_

Preoccupazioni venivano avvertite non soltanto in ambito accademico (Riccio 2013), ma cominciavano a levarsi in maniera abbastanza netta anche dalla viva voce degli operatori impegnati sia nella scuola che nei servizi sanitari, operatori con i quali a vario titolo la Fondazione Celli, nel suo lungo e articolato lavoro di mediazione antropologica tra i servizi socio-sanitari regionali, la loro utenza e i loro comparti amministrativi, era in costante e diretto rapporto. Preoccupazioni relative al rischio di una crescente medicalizzazione della didattica e di una patologizzazione della versatilità cognitiva che invece caratterizza in maniera del tutto eterogenea i bambini/ragazzi e che risulta di fatto appiattita dalla sempre maggiore standardizzazione dei percorsi di apprendimento e valutazione (Bleiklie 1998; Pinto 2012).

Le domande su cui è stata costruita la ricerca erano dunque queste: cosa significa per un bambino e per la sua famiglia avere una diagnosi di DSA o rientrare in una delle categorie che richiedono “bisogni educativi speciali”³? Quali i rischi di stigmatizzazione e di riproduzione delle disuguaglianze 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?

Scelte metodologiche

In un primo momento, erano stati individuati due ambiti fondamentali di indagine: il contesto scolastico – e nello specifico quello della formazione primaria, dove le diagnosi di DSA vengono in prima istanza formulate – e

³ Si consideri che con la direttiva ministeriale del 27 dicembre 2012 anche gli alunni “con difficoltà dovute a svantaggio sociale, culturale o perché stranieri” possono essere oggetto di interventi di personalizzazione e individualizzazione del piano didattico (cfr. nota 6). È impossibile qui, per ragioni di spazio, rendere conto dell’enorme e articolato dibattito che è sorto in Italia intorno alla categoria di “bisogni educativi speciali” (BES), mutuata negli anni della Riforma Moratti dal mondo anglosassone. Per un esaustivo approfondimento si rimanda dunque alla sezione del blog “La Letteratura e Noi” dedicata a “Dibattito sui BES”: https://www.laletteraturaenoi.it/index.php/scuola_e_noi.html?start=290.

quello familiare, in particolare dei genitori di bambini con diagnosi o sospetta diagnosi di DSA. L'obiettivo indicato nel progetto era quello di far emergere vissuti, rappresentazioni e prospettive di intervento di operatori scolastici e genitori, così da poter suggerire, attraverso una lettura critica dei dati raccolti, possibili strategie di intervento. Da subito, tuttavia, è apparso chiaro come la prospettiva più efficace per osservare il fenomeno – inteso come fenomeno sociale – fosse inquadralo dentro alla questione dei diritti: chi e perché, ma soprattutto in che misura, è soggetto di diritto all'interno dell'attuale quadro amministrativo generale, e quali scenari si aprono quando “nuovi soggetti” vengono formalmente riconosciuti, seppure a determinate e specifiche condizioni. Tale prospettiva significava dunque allargare lo sguardo al complesso e variegato mondo dell'associazionismo, ad esempio, ma anche includere nel processo di analisi i diversi testi legislativi prodotti in materia di DSA. E significava anche introdurre al centro della riflessione la questione della privatizzazione e esternalizzazione di servizi e prestazioni che fino a poco tempo prima erano di esclusivo appannaggio del sistema pubblico, ora di fatto sempre più frammentato e conteso dall'offerta privata.

Un'inaspettata chiave di accesso all'indagine sul campo è stata l'opportunità che si è presentata alle ricercatrici di partecipare alle prime riunioni del “Tavolo tecnico regionale sui DSA”, istituito dalla Regione Umbria in risposta al mandato del Miur (Decreto 17 aprile 2013, prot. n. 297), e composto dalla Regione stessa (la Direzione regionale salute e coesione sociale, affiancata dalle due USL regionali), dall'Ufficio scolastico regionale per l'Umbria e dall'Università degli studi di Perugia (il Dipartimento di Filosofia, scienze sociali, umane e della formazione).

La partecipazione a questo Tavolo è stata determinante nel collocare, fin da subito, la questione dei DSA all'interno del quadro normativo e delle politiche socio-sanitarie che lo definiscono, prima ancora di entrare in contatto diretto con i destinatari ultimi di tali politiche, come famiglie, operatori socio-sanitari e insegnanti. Ciascuna delle istituzioni rappresentate all'interno del Tavolo stava infatti attivamente contribuendo alla messa in discussione, ridefinizione e produzione di una categoria i cui confini non apparivano scontati, ma erano di fatto oggetto di interessanti contrattazioni e negoziazioni.

Alcuni dei rappresentanti seduti a quel Tavolo sono stati anche i primi ad essere intervistati come singoli amministratori, funzionari e operatori, aggiungendo così un importante tassello all'impianto etnografico, ovvero

la dimensione soggettiva di cui le pratiche politiche sono inevitabilmente costituite. È proprio a partire dal contesto istituzionale, dunque, che si sono via via dischiusi come imprescindibili campi di indagine una serie di ulteriori ambiti, interconnessi l'uno con l'altro e ovviamente intrecciati alle principali tematiche che animano il dibattito intorno ai DSA: tra le altre, appunto, la questione del rapporto tra diritti, istituzioni pubbliche e servizi alla persona, in un regime di progressiva privatizzazione del welfare; i rischi connessi ad una crescente medicalizzazione della didattica e del rapporto fra scuola e famiglie; il bisogno di riconoscimento che manifestano specifici soggetti sociali e l'inevitabile rischio di stigmatizzazione connesso all'utilizzo di determinate categorie governamentali.

Da qui, la necessità di entrare in contatto con le scuole del territorio, con singoli insegnanti e dirigenti; con le famiglie (con i genitori e, dove possibile, con i figli); con i servizi dedicati ai disturbi dell'apprendimento, sia all'interno delle aziende sanitarie (regime pubblico) che nei centri accreditati (regime privato); con il mondo universitario, scientifico-accademico, in cui si producono e si mettono in discussione quelle "prove" tanto invocate – e perciò spesso controverse – circa la legittimità e appropriatezza della categoria DSA (e dunque con epistemologi, storici della scienza, giuristi, antropologi, pedagogisti).

L'indagine è stata condotta utilizzando le tecniche della ricerca etnografica e dunque puramente qualitative: interviste semi-strutturate in profondità (individuali e di gruppo), focus-group, colloqui informali, osservazione partecipante. Non è stato possibile per ragioni burocratiche e di privacy effettuare osservazioni dirette all'interno delle classi. Fondamentali momenti di ricerca sono state le circostanze in cui è stato possibile osservare interazioni, ascoltare dialoghi, assistere allo svolgersi di eventi, senza comparire come ricercatori in prima persona: convegni di vario genere, iniziative della scuola pubblica o attività promosse dalle associazioni interessate dal fenomeno; dialoghi "rubati" tra genitori all'uscita di scuola; chiacchiere tra persone sedute nelle sale d'attesa; confronti tra mamme sull'educazione dei figli; riunioni scolastiche e altri innumerevoli eventi connessi alle composite identità di ciascuna delle due ricercatrici che hanno svolto l'indagine.

I DSA nella scuola

Molti dei docenti delle scuole secondarie che hanno partecipato al lavoro etnografico hanno più volte interrogato criticamente il senso e il bisogno

di una legge che sancisse il diritto allo studio di qualcuno, per quanto “in difficoltà”, e che introducesse categorie amministrative ad hoc allo scopo di “promuovere una didattica inclusiva”. Se da una parte riconoscevano alla legge 170 il merito di aver acceso i riflettori su una questione precedentemente ignorata, quando non negata, dall'altra si mostravano del tutto consapevoli circa gli effetti e le implicazioni che la legge ha avuto sulla didattica e sulle dinamiche relazionali all'interno e all'esterno della scuola. In particolare, percepivano il rischio che tale intervento potesse limitare, invece che potenziare, la capacità di azione degli insegnanti, schiacciati nella morsa della standardizzazione e burocratizzazione dei bisogni e dunque, di fatto, sempre meno stimolati a lavorare sulla relazione pedagogica “personalizzata”, paradossalmente così tanto evocata eppure di fatto sempre più delegata agli operatori sanitari.

Allora, io dico sempre: ci vuole un po' di buonsenso, allora, serviva la normativa sui bisogni speciali?! Cioè, ti serve sapere che se c'è un bambino in difficoltà tu lo devi aiutare?! Ti serve che lo impone la legge?! E così poi i DSA... serviva la legge?! Evidentemente serviva, perché ci sono delle persone che se non si sentono obbligate... (insegnante scuola secondaria, referente DSA, aprile 2015)

Io credo che una funzione importante è il fatto che si sia aperta questa pentola e sia venuto fuori questo problema... c'è stato una decina di anni fa, quando si cominciò a parlare di DSA nelle scuole, veramente non se ne sapeva niente, era un argomento sconosciuto. Il fatto che sia stato tantissimo divulgato, tante riunioni, tante... c'ha avuto l'effetto positivo che ci si pone il problema. Da qui, poi c'è stato, secondo me, un... come dire, una facilitazione nel catalogare, di mettere un'etichetta a qualsiasi situazione di difficoltà di apprendimento che potrebbe derivare da altro, etichettandoli con questa... qual è il danno, i problemi che poi sorgono? (insegnante scuola secondaria, maggio 2015)

Quindi, non andiamo a vedere le difficoltà di apprendimento, andiamo a vedere le difficoltà di insegnamento, che è lì che ci dobbiamo battere secondo me se vogliamo veramente cambiare qualcosa nel modo di fare scuola! Perché ci sono sempre stati bambini con delle difficoltà, erano quelli che sono sempre stati i “dis”: i discoli, i disordinati... son sempre stati “dis” alla fine, soltanto che prima ce ne dovevamo occupare perché ce ne dovevamo occupare per forza, ora abbiamo visto che qualche insegnante tende, o qualche scuola nello specifico... perché come avrai visto in alcune scuole ce ne son tanti, in altre scuole non ce n'è nessuna. Vai al liceo classico! Non ce ne sono! Vai alla (scuola XY), alla scuola media, non ce n'è manco uno perché non ce li vogliono! (insegnante scuola secondaria, maggio 2015)

All'interno della scuola media dell'Istituto Comprensivo Perugia 14, alla fine di un percorso di condivisione con i docenti e la dirigente, le ricercatrici hanno organizzato un focus-group con insegnanti curricolari e di sostegno; il contesto si è subito evidenziato per la ricchezza delle esperienze e le potenzialità trasformative che gli insegnanti avevano saputo criticamente individuare e in parte sperimentare nella loro pratica quotidiana. Come esito del confronto, alcuni aspetti sono chiaramente emersi e vanno qui sottolineati: *(a)* la sensazione di “invasione”, all'interno di uno spazio che dovrebbe caratterizzarsi in chiave prettamente pedagogica, di concetti, modalità valutative e forme di presa in carico mutate dalla biomedicina, e in ogni caso percepite come estranee – quando non contraddittorie – rispetto ai principi che dovrebbero guidare la scuola nel raggiungimento dei suoi obiettivi costituzionali; *(b)* la fragilità che tutto questo ha ingenerato nella capacità di affermazione e legittimazione dell'immagine del docente, sia di fronte all'istituzione scolastica che delle famiglie (incrinarsi di fiducia e autorevolezza); *(c)* un aumento considerevole dei livelli di burocratizzazione e standardizzazione della pratica didattica, che erodono lo spazio per un soddisfacente rapporto pedagogico con la classe e le sue componenti; *(d)* un senso di delusione per le mancate promesse di rinnovamento rappresentate dalla legge 170, così come dalle varie precedenti riforme e revisioni della scuola, che si sono rivelate esse stesse un fine piuttosto che un mezzo (Pinnelli 2015); *(e)* uno stimolo a far confluire la ferita capacità di azione in rinnovata spinta trasformativa e di superamento da giocarsi nella pratica quotidiana e attraverso la costruzione di intrecci e alleanze tra docenti.

Interessante la presa di posizione di molti insegnanti rispetto alla strumentazione che la legge mette a disposizione per la presa in carico degli studenti con DSA: i cosiddetti “strumenti compensativi e misure dispensative”, che prevedono la possibilità di utilizzare dispositivi elettronici (ma anche mappe concettuali, tavole pitagoriche e altre didattiche agevolate) per facilitare la scrittura, la lettura e il calcolo, e di esonerare l'alunno da prestazioni (lettura ad alta voce, verifiche scritte, studio delle lingue straniere, interrogazioni non programmate, ...) laddove troppo difficoltose rispetto alle limitazioni causate dal disturbo. I percorsi didattici alternativi e facilitati, costruiti ad hoc su una categoria di bisogno definita per legge e per diagnosi, sono riconosciuti come pericolosi perché possono apparire seduttivi per quegli insegnanti che – presi nella morsa di un carico di lavoro crescente, con mansioni che derogano dallo stretto compito pedagogico, peraltro sempre più precario, e con risorse ridotte al minimo – finiscono per cedere alla seduzione della delega ai sanitari, in un

rassicurante percorso preconfezionato, percorribile ad occhi chiusi. E sono fonte di frustrazione e disagio anche per molti studenti, poiché di fatto si traducono in una dolorosa pratica di emarginazione dalla classe: attraverso la continua automatica riproposizione di dotazioni strumentali come calcolatrici, computer e software facilitanti, si ottiene, è vero, di colmare quei passaggi che per un ragazzo con DSA non sono teoricamente automatizzabili, ma si rischia anche di precludere importanti traiettorie di sviluppo non previste dai binari standardizzati di questo “apprendimento facilitato”.

Quando sofferenza dello studente e disagio dell’insegnante si incontrano, tuttavia, la loro alleanza può trasformarsi in un dispositivo dirompente, capace di introdurre importanti fratture nel processo di costruzione di individui e bisogni “speciali”.

Quando arrivano da noi potrebbero aver perso delle conoscenze, ma anche delle competenze, quindi noi abbiamo pensato che la perdita di queste competenze fosse dovuta a un deficit loro e adesso invece ci stiamo rimettendo un po’ in discussione. Per esempio, la mia esperienza attuale, nella mia classe, nella seconda, dove ho quattro DSA certificati, quindi io ho insistito per ben due anni all’utilizzo del computer – io insegno italiano – per la prova di italiano, alla fine mi hanno detto: “Prof, noi vogliamo scrivere con la penna!”, “Scrivete con la penna!” e si sono presi tutti un bel voto. Quindi il computer aveva bloccato la loro capacità di andare avanti nella fantasia, nello sviluppo della traccia, eccetera (insegnante di scuola secondaria, maggio 2015).

Ma anche i genitori sono soggetti attivi in questo campo conteso, e anche loro subiscono le stesse contrastanti tensioni prodotte dalla tentazione medicalizzante della scuola. In alcuni casi, essi individuano nel Piano Didattico Personalizzato⁴ la chiave di risoluzione di tutti i problemi del figlio, come se la firma del documento fosse un punto d’arrivo, la conclusione di un percorso e non il suo inizio, una sorta di contratto che sancisce non tanto una collaborazione, quanto una delega *tout court* alla scuola delle difficoltà del proprio figlio; in altri casi, invece, tale contratto diventa lo strumento attraverso il quale canalizzare la propria ansia ed esercitare un vero e proprio controllo sull’operato degli insegnanti, instaurando così un clima di sospetto e mancata fiducia, quando non addirittura di aper-

⁴ Il PDP è un “patto di intesa” fra docenti, famiglia e istituzioni socio-sanitarie che riporta il programma didattico delle attività che coinvolgeranno durante l’anno l’alunno che per vari motivi (diagnosi di DSA o più in generale BES) necessita di un programma personalizzato.

to conflitto con gli insegnanti, che si ripercuote in maniera drammatica sull'esperienza scolastica dei propri figli.

DSA e bambini stranieri

Molti insegnanti e soprattutto molti operatori socio-sanitari che hanno dato il loro contributo alla ricerca hanno sottolineato la complessità e le contraddizioni che accompagnano ogni singolo caso di DSA citando casi che riguardano alunni di recente immigrazione o figli di genitori migranti⁵. È emerso infatti come una parte consistente delle diagnosi di DSA effettuate negli ultimi anni dai servizi umbri riguardi in effetti bambini o ragazzi di origine non italiana⁶.

Di non poco conto vi è certamente la questione della scarsa o diversa esposizione alla lingua italiana, che ha di per sé un enorme potere discriminante, dal momento che sia la didattica che i test di valutazione diagnostica sono interamente svolti in tale lingua, consentendo un margine di errore largamente superiore a quanto accade nella valutazione di un bambino italiano (Branchi 2015; Bonifacci 2010).

Cioè non posso utilizzare gli strumenti... ad esempio la valutazione cognitiva, la Wisc che noi utilizziamo, è un test che è stato tarato solo su bambini americani e su bambini europei. Allora: non è mai stato tarato per i bambini di lingua araba. Allora, posso utilizzare uno strumento che non è tarato per loro? Per misurare le competenze verbali nate e sviluppatasi in un'altra lingua? Direi di no. Allora io lo faccio lo stesso, per capire esclusivamente, soprattutto laddove c'è una grossa discrepanza tra le performance e gli items verbali, questo mi deve far pensare, perché se ho degli items verbali con punteggio molto basso e una performance magari anche molto alta, questo mi deve dire qualche cosa. E succede in genere così quando hai bambini soprattutto arabi, hai queste grosse discrepanze (psicologa, responsabile di servizio, settembre 2015).

⁵ Il numero di bambini stranieri con DSA risulta 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 (Martelli, Magnani & Costa 2011; Kirmayer 2012).

⁶ Mancava purtroppo, al momento della ricerca, una documentazione statistica rigorosa e sistematica su questo aspetto del fenomeno.

Ma, soprattutto, vi è l'enorme peso esercitato dalle condizioni materiali di esistenza, che se giocano un ruolo determinante nella capacità di performance di ciascun individuo, si fanno nel caso di questi ragazzi così consistenti da diventare ingombranti, e la loro rimozione o sottovalutazione attraverso l'attribuzione della diagnosi particolarmente odiosa e carica di valore repressivo (Beneduce 2013). D'altro canto, come abbiamo già avuto modo di dire, in alcuni casi essa invece ha valore opposto, nel senso che consente l'accesso in extremis a forme di redistribuzione di risorse e diritti cui determinati soggetti sono altrimenti impossibilitati ad accedere. È il caso della famiglia di Amina (nome di fantasia), una donna senegalese con quattro figli, segnalato alle ricercatrici da una pediatra di libera scelta a disagio di fronte al dilemma di dover o meno legittimare una lettura medicalizzante di quella che appariva con tutta evidenza come una sofferenza sociale, ma che solo attraverso la sua patologizzazione poteva davvero essere presa in carico:

Due dei figli di Amina (che nel suo Paese faceva l'insegnante) sono stati valutati presso il servizio neuropsichiatrico dell'ASL di Perugia, ma la pediatra sottolinea come le loro difficoltà abbiano a suo parere una matrice unicamente sociale: si tratta infatti di una famiglia numerosa, che vive in un piccolo appartamento a San Mariano e che può contare su un solo scarno stipendio. Più volte Amina ha raccontato alla pediatra di come vive e di come questo non venga mai preso in considerazione: "La scuola non dà ai bambini coraggio. Non si può comparare la figlia di maestre o di avvocati con i miei bambini che hanno bisogni diversi! La casa di un bambino è importante! Lo sai che i miei quattro figli stanno tutti insieme in una sola stanza?! Come possono concentrarsi ai compiti?! La povertà è importante e la scuola non ne tiene conto!". Amina ci racconta di essere arrivata in Italia quasi sei anni fa, con i due primi figli: A. aveva otto anni e O. ne aveva due. Il più grande, A., parlava solo wolof, non ha mai amato parlare nemmeno il francese, sebbene fosse obbligatorio a scuola in Senegal. All'arrivo a Perugia è stato inserito in seconda elementare. In prima media è stato bocciato e ora, alla fine della seconda media, le insegnanti consigliano alla mamma di farlo valutare perché ha ancora voti molto bassi. Amina stessa concorda: "Invece di bocciarlo di nuovo, pensano che dobbiamo portarlo all'ASL, perché non è che devono bocciare sempre, sennò come fa a scuola?! Mi hanno detto di portarlo all'ASL e di vedere cosa loro dicono! Hai capito? Quelle maestre sono più brave!". Dopo la valutazione al servizio neuropsichiatrico, con grande sconcerto e incredulità della pediatra (che li segue ormai da anni), ad A. è stato diagnosticato un deficit del QI, l'ADHD e un altro disturbo

dell'apprendimento non altrimenti specificato, attivando così la richiesta di 104. Alle elementari non aveva mai avuto problemi e le maestre lo descrivevano come un bambino abbastanza tranquillo, che aveva solo bisogno di più tempo per apprendere, soprattutto per le difficoltà legate alla lingua e al processo di inserimento nella scuola. La pediatra è trasalita anche perché la diagnosi è arrivata così tardi, a tredici anni e mezzo, senza che nessuno degli insegnanti precedenti avesse mai sospettato nulla, e perché davvero A. ai suoi occhi non corrisponde affatto al profilo di un bambino con ADHD (dal diario di campo 22 maggio 2015).

I figli di Amina, le loro difficoltà di apprendimento di una nuova lingua, di inserimento in un contesto radicalmente altro rispetto al proprio paese di origine, le condizioni di disagio materiale in cui vivono, vengono tradotti in termini medicalizzanti attraverso una diagnosi che la stessa pediatra disconosce, e che tuttavia è probabilmente l'unico modo per attivare gli strumenti di sostegno sociale previsti dalla legge. Amina coglie il paradosso di questa "concessione" e se da una parte è rasserenata dalla possibilità per il figlio maggiore di accedere alle agevolazioni previste dalla legge 104, dall'altra è profondamente preoccupata per le ripercussioni che l'inserimento – peraltro tardivo – nella categoria della patologia/disabilità potrà avere sul futuro del figlio e sulla sua immagine sociale. Lo stesso paradosso percepito da tante famiglie italiane coinvolte nella ricerca e che tuttavia è nelle storie paradigmatiche dei migranti che si mostra in tutta la sua ambiguità e violenza. D'altro canto, come anche in altri ambiti è stato dimostrato, la presenza dei migranti gioca un ruolo chiave per l'analisi dei dispositivi che aprono o chiudono all'accesso di specifiche forme di cittadinanza, e per questo essi costituiscono una cartina di tornasole per la valutazione della reale tenuta democratica delle nostre istituzioni, delle nostre politiche di inclusione, dei nostri servizi.

Diritti "speciali" o beni comuni?

Come ricordano Rapp e Ginsburg, due antropologhe americane che da molti anni lavorano nel campo della disabilità, lo Stato neoliberale è caratterizzato da tecniche governamentali sempre più raffinate, attraverso le quali le persone vengono categorizzate in differenti gruppi con specifici e condizionati diritti e privilegi, e in contesti di welfare "condizionato" è ancora più cogente individuare le condizioni per cui un soggetto possa o meno accedere a un diritto, stabilire limiti e misure di accesso alle risorse,

minando di fatto il principio base della giustizia sociale. Il “paradosso del riconoscimento” consiste appunto nel fatto che «l’etichetta di disabilità di cui lo studente necessita per accedere a determinati servizi, inevitabilmente introduce e rafforza lo stigma negli ambienti *mainstream*. Nonostante il richiamo all’ideologia dell’inclusione, la segregazione strategica si mostra come particolarmente vantaggiosa» (Rapp & Ginsburg 2011: 178. Traduzione delle Autrici).

I diritti “speciali” sono in qualche misura necessariamente violenti perché dividono, catalogano, irrigidiscono; e sono anche più fragili, facilmente dimenticati, omissi, discutibili, e richiedono un potente e continuo lavoro di soggettivazione in grado di garantirne la sopravvivenza. Sono infatti soggetti a continue negoziazioni, poiché fondano la loro stessa esistenza sui precari equilibri di potere che li hanno generati (le associazioni che li hanno voluti, le scelte politiche che li hanno sostenuti). Il vero paradosso sta dunque nel fatto che per ottenere diritti speciali occorre autoriconoscersi come soggetti inferiorizzati (e dunque stigmatizzabili), ma poi di fatto tale operazione, così dispendiosa e sofferta in termini soggettivi, non conduce alla conquista definitiva di un bene solido, innegabile, incontrovertibile: senza la lotta quotidiana degli esposti, il diritto acquisito rischia di rimanere solo sulla carta e di essere costantemente rimesso in discussione. Non solo, la delusione è inevitabile laddove si interpreti l’accesso al diritto speciale come un viatico per accedere a condizioni e possibilità pari a quelle degli “altri”, come una condizione transitoria che è possibile sospendere in qualsiasi momento e senza lasciare traccia. Un inganno che nel caso dei DSA tende invece a svelarsi in maniera drammatica alla fine del percorso scolastico, quando lo stato di “protezione”, che è stato più facile imbastire nell’ambito della scuola, crolla di fronte alla impreparazione che in tal senso offre il mondo del lavoro e della società civile (Rapp & Ginsburg 2013).

Sandra ha circa 40 anni, è casalinga, qualche volta lavora come collaboratrice domestica. Il marito fa il muratore e le ha sempre delegato ogni responsabilità nella gestione della casa e dei figli. Ha una figlia di 17 anni e uno di 12, Marco, che da poco più di un anno ha ricevuto una diagnosi di DSA, e nello specifico di discalculia, disgrafia e dislessia, con differenti livelli di gravità. L’impressione generale che ci lascia questo colloquio è di Sandra come una grande lottatrice. Lotta con se stessa per accettare la violenza della diagnosi, con tutto quello che ne consegue (dice che all’inizio l’ha presa molto male, si sentiva in colpa per non aver riconosciuto in tempo il disagio del figlio, come da più parti le

è stato rinfacciato); lotta con la scuola, con le difficoltà di molti professori a riconoscere, accettare e modulare la didattica e il rapporto con gli studenti “con bisogni particolari”; lotta con il DSA e le richieste che emergono e che spesso vengono lasciate sulle sue sole spalle (sono quasi due anni che porta il bambino all’ASL di Foligno, periodicamente, dove segue un programma di sostegno didattico e ora anche di sostegno all’autostima). Una lotta dentro alla quale si trova a muoversi con la sensazione di non avere i mezzi, né gli strumenti adatti. Sandra lotta contro le categorie che le fanno scoprire di avere un figlio che “non è come tutti gli altri”, contro i pregiudizi di chi quelle categorie non le riconosce ma anche di chi le dovrebbe conoscere bene (la preside che le dice che il figlio “ha qualcosa che non va al cervello e non guarirà mai!”), lotta contro le inefficienze della scuola e la sua cronica mancanza di mezzi, l’erosione progressiva dello stato sociale che è paradossalmente sempre meno capace di rispondere a nuovi diritti di nuovi utenti. E Marco, che ci prova, che non vuole facilitazioni, che vuole fare anche inglese e francese nonostante l’esonero, perché si sente come gli altri, e che qualche volta questo DSA gli serve per dire che non ha voglia di studiare e tanto lui non lo interrogano perché è disgrafico! Da poco una supplente gli ha messo 3 ad un compito in classe, forse non sapendo del problema, dice il professore curricolare. Ma lei si batte perché questo 3 non faccia media, perché non è giusto. Non si capisce perché queste categorie esistano sulla carta, con tutti i danni che ne derivano, ma poi nei fatti non conferiscano alcun potere, o quasi, raddoppiando di fatto la marginalità di questi bambini e delle loro famiglie. A scuola non permettono a Marco di scrivere in stampatello (cosa in cui invece riesce bene), perché non si può, perché deve fare come tutti gli altri, scrivere in corsivo. Ma l’uso del computer sì. Dei dispositivi sì. Che costano un sacco di soldi: Sandra ha anche comprato un portatile per il figlio, ha speso 500 euro, e poco dopo la professoressa le ha detto che non va bene, perché è troppo ingombrante, che ci vuole più piccolo e con il lettore cd esterno (dal diario di campo 16 marzo 2015).

Un lungo percorso bipartisan negli ultimi decenni ha caratterizzato la trasformazione, in Italia, delle politiche di welfare in politiche di *workfare* (Pitch 2014). Un percorso di ripensamento del profilo assistenziale dello Stato, che ha visto rafforzare via via la sua funzione amministrativo-manageriale a discapito di quella di garante dei livelli minimi d’equità e assistenza, aprendo le porte ad una progressiva integrazione tra pubblico e privato anche nell’erogazione di servizi chiave come quelli socio-sanitari e educativi.

Non è un caso che tutte le riforme che hanno accompagnato la trasformazione della scuola dagli anni ‘90 ad oggi coniugano l’esigenza di migliorare competitività ed efficienza con la scelta di contrarre la spesa

pubblica, per lasciare spazio a partenariati con realtà imprenditoriali che dovrebbero introdurre, anche nella scuola, meccanismi virtuosi di rinnovamento e “produttività”. Il processo di aziendalizzazione della scuola (Rubino 2007) che è stato avviato – di pari passo con quello della sanità – con le varie riforme succedutesi degli anni Novanta e Duemila, ha di fatto spinto la scuola ad aderire progressivamente ad un modello privatistico, profondamente imperniato di valori economicisti e di mercato. Non stupisce dunque che anche all’interno della legge 170 sui DSA (nata peraltro proprio dalla spinta di soggetti privati, come l’Associazione Italiana Dislessia) si faccia esplicito riferimento alla necessità da parte dello Stato di aprire alla collaborazione con le istituzioni private, poiché il Servizio pubblico potrebbe non essere in grado di rispondere con efficienza e tempestività alle richieste dei nuovi soggetti di diritto creati dalla legge. Si aprono così anche dentro alla scuola spazi di mercato legittimati dai bisogni inascoltati e a cui lo Stato e la scuola non sarebbero in condizione di dare adeguata risposta.

D’altro canto, una scuola svuotata dall’interno attraverso politiche di defianziamento progressivo, si trova nelle condizioni di dover negoziare e spesso accogliere le nuove possibilità di intervento dei privati, che di fatto oggi assorbono e richiamano fuori dalla scuola gran parte della domanda generata dai DSA. Il processo di delega della scuola agli specialisti va di pari passo con l’insoddisfazione crescente dei genitori rispetto alla mancata preparazione di scuola e servizi sanitari di fronte alle nuove richieste. Si alimenta così un circolo vizioso in cui la produzione di un’immagine dello Stato come sempre più inadeguato, “cattivo da pensare”, diventa funzionale all’affermazione del privato sociale e, insieme, alla giustificazione di un progressivo alleggerimento delle politiche pubbliche. Eppure, se i cosiddetti esposti, ovvero coloro che sono in qualche misura colpiti in prima persona da una assenza o “cattiva” presenza dello Stato, possono innescare utili e proficui movimenti di ripensamento e trasformazione nella prospettiva di una maggiore tutela dei beni comuni, ciò è realmente possibile, senza effetti paradossali soltanto a partire da un rafforzamento e non certo da un indebolimento dello Stato e del servizio pubblico universalista (Seppilli 2012).

Intorno ai DSA invece fioriscono attività imprenditoriali di ogni genere, a partire da quelle editoriali, quelle legate alla produzione di software e tecnologie digitali dedicate, ma anche quelle che organizzano laboratori, campus e attività extra scolastiche a pagamento, intorno alle quali si coagulano un gran numero di liberi professionisti e operatori.

È una cooperativa, fanno formazione e poi ti promuovono i loro software, a scapito di quelli (dell'altra azienda), si fanno un po' la guerra, perché anche quella negli ultimi dieci anni ha fatto un boom, perché chiaramente ha cominciato a inserirci tutto il materiale operativo per noi logopedisti per la riabilitazione. Poi intorno a questo DSA si è mosso un business incredibile, perché capisci, il materiale, i corsi, i software per i logopedisti, poi i test – e attenzione, i test costano! –, i test per gli psicologi, i test per noi, poi la formazione obbligatoria e poi cominci a fomentare le associazioni di categoria dei genitori... (logopedista ASL, novembre 2015)

Deregulation, libertà di impresa, potenziamento delle capacità di affermazione individuale, alleggerimento dei vincoli e degli oneri dello Stato. E chi non ce la fa? Come si trasforma il quadro dei diritti di ciascuno, e soprattutto di chi “non ce la fa”? Quali nuove forme di cittadinanza si aprono di fronte a tale scenario? Quali effetti sulla coesione e la conflittualità sociale, in questa “competizione per la vita”, in cui il raggiungimento dei diritti degli uni è posta in contrasto e in concorrenza con il raggiungimento dei diritti degli altri?

(Siamo di fronte a) un preoccupante processo di progressiva sfiducia dei protagonisti, di disimpegno aggravato dalla dilagante precarietà del lavoro e dalla conseguente incertezza sul proprio futuro, di svuotamento burocratico delle strutture, e dunque di una ridotta efficacia dell'intero sistema. O, peggio, a una vera e propria restaurazione della logica privatistica delle diseguaglianze. Di fatto, la difesa e la promozione della salute sono ormai da considerare un compito di cui la società deve farsi carico in quanto bene essenziale e insostituibile, svincolato dalla semplice logica del profitto – al pari del diritto all'istruzione –. La tutela della salute è indissociabile dall'insieme dei cosiddetti “diritti umani”: ne costituisce, anzi, un nodo preliminare ed essenziale (Seppilli 2010: 370).

Conclusioni

La ricerca ha messo in evidenza l'importante contributo che l'antropologia può offrire nell'analisi dei rischi connessi alla patologizzazione di processi come quelli di apprendimento, che pur essendo di per sé fortemente influenzati dalle esperienze e dai condizionamenti socio-culturali, subiscono una consistente distorsione quando vengono sottoposti alla lettura psicometrica e alla catalogazione diagnostica, finalizzata all'individuazione netta del confine tra normale e patologico. Attraverso la

voce dei soggetti che animano il complesso campo dei cosiddetti disturbi dell'apprendimento è stato possibile mettere in evidenza come si costruisce socialmente – *ex novo*, potremmo dire, in questo caso – un disturbo e la relativa diagnosi, e quali margini di azione si aprono (e con quali conseguenze), grazie alla capacità di *agency* di ciascuno, anche all'interno di tale nuovo (angusto) spazio, per rivendicare riconoscimenti sociali e maggiori tutele. In una fase storica di sempre maggiore contrazione del welfare, infatti, i diritti “speciali” finiscono per diventare l'ultima spiaggia, rispetto alla quale tuttavia l'antropologia ha il compito di mostrare le zone d'ombra e i rischi in termini di conflitto sociale, stigma e discriminazione.

Bibliografia

- Bagaglia, C., Flamini, S., Pellicciari, M. & C. Polcri 2019. Tullio Seppilli. Il pensionamento, l'impegno extra-accademico e il gruppo di ricerca della Fondazione Angelo Celli. *Umbria Contemporanea. Rivista di studi storico-sociali*, 24-25: 69-73.
- Beneduce, R. 2013. Illusioni e violenza della diagnosi psichiatrica. *Aut Aut*, 357: 187-211.
- Bleiklie, I. 1998. Justifying the Evaluative State. New Public Management Ideals in Higher Education. *European Journal of Education*, 33, 1: 299-316.
- Bonifacci, P. 2010. Lo sviluppo cognitivo bilingue, in *Crescere nel bilinguismo. Aspetti cognitivi, linguistici ed emotivi*, a cura di S. Contento, pp. 29-40. Roma: Carocci.
- Branchi, C. 2015. Proiezioni. Appunti sui test psicodiagnostici e il loro uso in sede di valutazione del minore straniero e della sua famiglia. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 39-40: 201-216.
- Fassin, D. 2014. *Ripoliticizzare il mondo. Studi antropologici sulla vita, il corpo e la morale*. Verona: Ombre Corte.
- Flamini, S. & M. Pellicciari 2015. Pratiche di standardizzazione e medicalizzazione dell'apprendimento. Un'indagine antropologica sui “disturbi specifici di apprendimento” (DSA), Report finale del progetto, Perugia.
- <https://www.academia.edu/21733063/Pratiche_di_standardizzazione_e_medicalizzazione_dell_apprendimento._Un_indagine_antropologica_sulla_questione_dei_Disturbi_specifici_di_apprendimento>
- Guglielman, E. 2014. Il cervello plastico. Fondamenti neurofisiologici e strategie efficaci per l'apprendimento permanente, *Didattica* 2014 Napoli 7-8-9 maggio, Atti del Convegno, pp. 339-347.
- Kirmayer, L. 2012. Rethinking Cultural Competence. *Transcultural Psychiatry*, 49, 2: 149-164.
- Martelli, M., Magnani, G. & S. Costa 2011. Bambini e adolescenti venuti da altrove: lavoro di rete, opportunità e nuove pratiche. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 78: 490-503.

- Maturo, A. & P. Conrad (a cura di) 2009. *Salute e società*, n. monografico *La medicalizzazione della vita*. 2 (VIII).
- Ministero della Salute & Iss (enti curatori) 2011. *Consensus Conference 3. I disturbi specifici dell'apprendimento*. Roma.
- Miur Servizio statistico 2013. *L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità. Dati statistici anno 2012/2013*. Roma.
- Miur 2018. *Gli alunni con Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) nell'a.s. 2017/2018*. Roma.
- Petryna, A. 2004. Biological Citizenship: the Science and Politics of Chernobyl-exposed Populations. *Osiris*, 19: 250-265.
- Pinnelli, S. 2015. Scuola e alunni BES: tra buone e cattive tentazioni. *Educazione Democratica. Rivista di pedagogia politica*. Numero monografico a cura di A. Goussot, *Oltre la medicalizzazione: tornare a educare*. 9: 70-82.
- Pinto, V. 2012. *Valutare e punire. Una critica della cultura della valutazione*. Napoli: Cronopio Edizioni.
- Pitch, T. 2014. *Politiche di sicurezza e figure della paura*, intervento nell'ambito del Corso "Migranti, Diritti e Salute. Un percorso antropologico di approfondimento e sensibilizzazione sul tema delle mutilazioni genitali femminili", Villa Umbra (Perugia) 22 ottobre 2014.
- Rapp, R. & F. Ginsburg 2011. The Paradox of Recognition: Success or Stigma for Children with Learning Disabilities, in *Contesting recognition. Culture, identity and citizenship*, a cura di J. McLaughlin, P. Phillimore & D. Richardson, pp. 166-186. Basingstoke (UK): Palgrave MacMillian.
- Rapp, R. & F. Ginsburg 2013. Entangled Ethnography: Imagining a Future for Young Adults with Learning Disabilities. *Social Science and Medicine*, 99: 189-193.
- Riccio, M. 2013. La medicalizzazione della pedagogia. Il ruolo della scuola tra standardizzazione dell'apprendimento e l'aumento di diagnosi di "disabilità dell'apprendimento". *Bambini*, 10: 22-25.
- Rubino, F. 2007. *Il processo di aziendalizzazione e il sistema dei controlli nelle istituzioni scolastiche*. Bologna: Franco Angeli.
- Seppilli, T. 2006. Antropologia medica: fondamenti per una strategia. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 1: 7-22.
- Seppilli, T. 2010. Salute e sanità come beni comuni. Per un nuovo sistema sanitario. *Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*, 33(4): 369-381.
- Seppilli, T. 2012. Sulla questione dei beni comuni: un contributo antropologico per la costruzione di una strategia politica, in *Oltre il pubblico e il privato. Per un diritto dei beni comuni*, a cura di M.R. Marella, pp. 110-125. Verona: Ombre Corte.

