

Articolo tratto dal numero n. 32 aprile 2013 de <http://www.lascuolapossibile.it>

## La scuola luogo delle differenze

### Considerazioni su ADHD e BES

*Orizzonte scuola - di Comberiati Nicola*



La scuola è il luogo dell'accoglienza e i docenti quotidianamente gestiscono ragazzi con disturbi di apprendimento o difficili da scolarizzare. Riporto alcuni giudizi che normalmente si danno alla fine dei quadrimestri o alla fine dell'anno per far notare come i descrittori o sintomi dell'ADHD o DDAI siano un diario quotidiano dei verbali scolastici.

#### DISATTENZIONE (sintomi descritti nella tabella del DSM-IV)

Il ragazzo, "pur possedendo evidenti e palesi potenzialità, non presta attenzione ai dettagli o compie frequenti errori nei compiti a scuola o in altre attività; ha difficoltà a sostenere l'attenzione durante l'ora di lezione. Sembra non ascoltare le spiegazioni del docente, non ne segue completamente le istruzioni incontrando difficoltà nel portare a termine le consegne, nell'organizzare un metodo di studio provando così avversione o riluttanza ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale sostenuto".

#### IPERATTIVITÀ

Il ragazzo, "pur dimostrando interessi vari, non raggiunge gli obiettivi della disciplina, perché è completamente ingestibile: si alza in classe, creando irrequietezza nel gruppo, esce dall'aula senza permesso, interviene in modo inappropriato, non rispetta le regole ed è causa di continui conflitti apprensivi nel gruppo".

#### IMPULSIVITÀ

Il ragazzo, "pur dimostrando buona volontà, non sa organizzarsi in modo appropriato e calmo: anticipa ("spara") le risposte prima di ascoltare le domande; ha difficoltà ad aspettare il proprio turno, spesso interrompe la lezione e si comporta in modo invadente verso gli altri".

Ma, nonostante la minuziosa sintomatologia e i giudizi particolareggiati dei docenti, non è così facile districarsi nella nosografia medica e gli stessi ricercatori hanno avuto bisogno, per essere più chiari nella descrizione della diagnosi, di raggruppare ragazzi in sottotipi:

- ? sottotipo disattento con problematiche emotive (ansia o disturbi dell'umore);
- ? sottotipo combinato: disattento-impulsivo;
- ? sottotipo iperattivo.

I due Manuali classici portano notevoli differenze nella sintomatologia: il DSM-IV, che fa capo agli Psichiatri Americani (APA, 1994) parla di ADHD o DDAI, mentre l'ICD-10 pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1992) parla di Sindrome Ipercinetica, che distingue in Disturbo dell'Attività e dell'Attenzione e Sindrome Ipercinetica della Condotta.

Quanti devono essere i sintomi? Sei sintomi di disattenzione, tre di attività e uno di impulsività? La sintomatologia dev'essere pervasiva? Prima dei 7 o dei 6 anni? Si deve manifestare a casa e a scuola?

Tutti, in questi ultimi anni, hanno descritto di più e di meno.

Nascono perciò dei dubbi su questa "medicalizzazione" del disturbo attentivo o ipercinetico.

Fatto sta che tutti - e in particolare i ragazzi in fase evolutiva - possiamo essere candidati alla disattenzione o all'aggressività **se i contesti in cui viviamo sono privi di motivazioni e di interessi.**

Molti studi dimostrano che i gruppi di controllo erano più disattenti e più iperattivi dei ragazzi in esame, che la mattina erano disinteressati e il pomeriggio in altre attività erano attivamente partecipi.

Disattenzione, iperattività, impulsività, comportamenti oppositivi non sono connotati neurobiologici - significativo lo studio su un campione rappresentativo dei bambini alla clinica del Mandsley Hospital di Londra - ma **sono risposte ad un rapporto con gli adulti** (famiglia in primis e poi scuola), intriso di non accettazione, incomprensione, trattamenti ostili e aggressivi, **che struttura poi uno schema di comportamento** da ragazzo "difficile" con Disturbi della Condotta che sfociano in opposizione/provocazione (35%), in disturbi dell'Umore (25%), Ansia (25%) e di conseguenza si ripercuote nell'Apprendimento, perché incapace di usare le proprie risorse cognitive (memoria del lavoro, strategie di apprendimento, inibizione delle informazioni), determinando una specie di paradigma dell'"impotenza appresa" (learned helpless) (Millich-Okazaki, 1991).

**Ci sono stati nuovi sviluppi e approfondimenti sull'argomento** dopo la *Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012*, a cui sono seguite le *Indicazioni Operative* del Capo dipartimento Lucrezia Stellacci del 6 marzo 2013.

Si è consolidata in noi una forma di rifiuto deciso di queste *Direttive e Indicazioni*: esse creano confusione e stigmatizzano come disturbi definendoli genericamente **Bisogni Educativi Speciali** qualsiasi "svantaggio sociale e culturale, disturbi specifici di apprendimento e/o disturbi evolutivi specifici, difficoltà derivanti dalla non conoscenza della cultura e della lingua italiana perché appartenenti a culture diverse(!).

Si impone poi dall'alto alle scuole l'attivazione di un "percorso individualizzato e personalizzato" con una delibera del Consiglio di Classe firmato dal Dirigente Scolastico, dai docenti e dalla famiglia. Naturalmente tutto questo è subordinato al rilascio di certificazioni di specialisti, che dovranno pervenire alle scuole prima del 31 marzo.

**La scuola è sempre stato il luogo delle differenze e la cassa di risonanza dei conflitti individuali, familiari e sociali** e la professionalità di ogni docente, suffragata dalla più qualificata pedagogia, è senza dubbio quella della competenza disciplinare, ma anche dell'ascolto delle differenziazioni per vincere la sfida dei ritardi, delle deprivazioni culturali, dei momenti difficili nell'evoluzione di un ragazzo, perché la sua passione educativa lo porta ad essere maestro di strada o di cattedra, a seguire sentieri impervi o ad accelerare i processi per ottimizzare i risultati, ma il docente (come il Ministero) non può essere banditore di falsi giudizi (questo bambino è affetto da un disturbo di ADHD semplicemente perché disattento e iperattivo!), soprattutto quando si tratta di soggetti in fase evolutiva.

Una precisazione va fatta sul DSM, opera degli psichiatri americani, e manuale dogmatico di diagnosi spesso ideologiche. Scrive lo psichiatra Gianfranco De Simone (Left, 23 febbraio 2013): "A maggio uscirà la quinta versione del DSM, in cui sono state inventate nuove diagnosi di disturbi specifici estesi a condizione di normalità come il lutto, la vivacità dei bambini, la passione per il gioco e per internet, la ribellione a certe regole sociali. Tutto ciò che nella vita degli uomini implica la presenza di emozioni, sentimenti, affetti rischia di essere tradotto in sintomo psichiatrico. L'idea di normalità che si fa strada nel DSM5 è quella di un individuo da svuotare delle sue passioni. S'inventano nuove malattie inesistenti e si eliminano malattie psichiatriche acclamate, come la schizofrenia paranoide. Per cui il Dsm considera patologia continuare a soffrire per la morte di una persona cara a distanza di due settimane, e sanità mentale quella di Anders Breivik." Lo stesso presidente degli psichiatri americani ha confessato: "Siamo diventati semplici impiegati dell'industria farmaceutica" che inventano malattie per dare più farmaci.

C'è il pericolo che le comunità scolastiche si avviino verso un "delirio" senza precedenti riguardo a tutta quella zona grigia di diagnosi "lievi" o "intermedie" o "discusse" o "emergenti", che non prevedono il sostegno, che cambiano denominazione di continuo e che spesso sono anche scientificamente controverse.

I docenti più impegnati saranno imprigionati dalle certificazioni che si riverseranno nelle scuole firmate da qualsiasi professionista privato in ogni momento dell'anno: si moltiplicheranno i Consigli di classe per programmazioni individuali e valutazioni speciali, perché la storia di ogni alunno è umanamente piena di bisogni educativi speciali: uno



Registrata presso il Tribunale di Roma n. 63/2010 del 24/02/2010

Direttore responsabile: Manuela Rosci

è miope l'altro è balzubiente qualcuno soffre di allergie; i lutti in famiglia gettano l'alunno nella disperazione, molti versano in condizioni economiche disagiate o fanno parte di una minoranza religiosa eccentrica, qualcuno è affetto da apatia culturale, semplicemente perché non ha motivazioni a studiare; lo sviluppo adolescenziale cambia gusti e caratteri degli allievi, flessioni di rendimento e di comportamento, tentativi di sfrontatezza e di ribellione in periodi di sviluppo sono all'ordine del giorno.

Siamo conviventi di una umanità "disagiata", ma non per questo cataloghiamo le differenze individuali come patologie o disabilità o disturbi: sono i "normali" aspetti della variabilità infinita delle specie umana.

Di tutti questi problemi la scuola ha sempre tenuto conto in maniera complessiva, ma a nessuno era venuto in mente di certificazioni descrittive così ideologiche da apparire come una stigmatizzazione anticipata che potrebbe mettere a rischio il futuro "normale" dell'alunno.

Esistono Bisogni Educativi Speciali perché è **la complessità degli esseri umani a esigere oggi altre chiavi di lettura e forme diverse di organizzazioni scolastiche**: le scuole non saranno tanto più "inclusive" e tanto più virtuose quante più "certificazioni" avranno, ma se smetteranno di essere posteggi per bambini o adolescenti, e si trasformeranno in luoghi di democrazia, di orientamento e di preparazione al futuro professionale di ogni alunno-persona, perché ognuno deve avere pari opportunità per "un'identità di lavoro creativo e di felicità".

*Prof. Nicola Comberiatì, Dirigente Scolastico e psicologo - Roma*

Leggi dello stesso autore anche l'articolo: *Un gruppo-classe è un gruppo di lavoro non un gruppo di ascolto*

In allegato:

LEGISLAZIONE SCOLASTICA: Normativa di riferimento generale e specifica sull'argomento