

CENTRO RISORSE

CLINICA FORMAZIONE e INTERVENTO IN PSICOLOGIA



DSA e SCUOLA
Risorse per
l'Apprendimento

Atti del Quarto Convegno Nazionale

Prato, 26 Ottobre 2012

9 788862 041522 >



ISBN 978-88-6204-152-2

EDIZIONI
ANGOLO
MANZONI



Questo testo è realizzato
con il carattere

EasyReading®

Font ad alta leggibilità.

Eccellente per i dislessici

(Disturbo Specifico dell'Apprendimento – DSA),
ottimo per tutti.

A livello internazionale EasyReading® è l'unico carattere tra quelli dichiaratamente "dedicati a chi è dislessico" ad essere stato sottoposto a ricerche scientifiche — autonome e indipendenti — condotte su oltre 600 alunni della scuola primaria e secondaria dalla Dr.ssa Christina Bachmann (psicologo clinico e psicoterapeuta, Centro Risorse, Clinica Formazione e Intervento in Psicologia, Prato), che attestano: "I risultati, che appaiono significativi da un punto di vista sia statistico che clinico, ci consentono di affermare che l'EasyReading® può essere considerato un valido strumento compensativo per i lettori con dislessia e un font facilitante per tutte le categorie di lettori.

Il Font EasyReading® ha ricevuto dall'AID
(Associazione Italiana Dislessia),
parere positivo per le sue specifiche caratteristiche
grafiche che sono utili ad agevolare la lettura
a chi presenta problematiche di Dislessia.
(Ufficio Stampa AID, mail del 12 giugno 2011)

Il font EasyReading® ha ottenuto parere positivo alla concessione di incentivi per il suo design innovativo dal Ministero dello Sviluppo Economico, attraverso la Fondazione Valore Italia Esposizione permanente del Made in Italy e del design italiano.

Per saperne di più
www.easyreading.it

Indice

- 5 *Introduzione*
- 7 *Programma del Convegno*
- 9 *Saluti*
- 11 *Il saluto dell'AIRIPA TOSCANA*, Laura Bertolo
- GLI INTERVENTI
- 17 **La legge 170/2010: diritti e doveri**
Leonardo Zipoli — Avvocato, Foro di Roma
- 21 **Creare una cultura dei DSA**
Christina Bachmann — Psicologa, Centro Risorse, Prato
- 28 **Il pediatra e il DSA: possibile percorso integrato con la scuola**
Angelo Vigliotti — Medico pediatra, Az.USL4 di Prato
- 42 **L'Ordine degli Psicologi della Toscana e i DSA**
Tania Fiorini – Consigliere e Segretario dell'Ordine degli Psicologi della Toscana, Referente del Gruppo di Lavoro Psicologia per la Scuola
- 45 **La relazione clinica nei DSA**
Lauro Mengheri — Psicologo, Studio Verbavoglio, Livorno
- 54 **Apprendimento e funzioni esecutive**
Francesco Benso — Psicologo, Università di Genova
- 74 **Genitori e figli di fronte ai DSA**
Romina Domanico e Denni Romoli – Psicologi e Psicoterapeuti, Centro Risorse, Prato
- 81 **Dai late talkers ai DSA: continuità e discontinuità**
Renata Salvadorini^o e Daniela Brizzolara*
^o Logopedista, IRCCS Stella Maris, Pisa; * Psicologa, IRCCS Stella Maris, Pisa
- 105 **Quando una diagnosi di discalculia?**
Andrea Biancardi — Psicologo e Psicoterapeuta, Centro per le Disabilità Cognitivo-Linguistiche, AUSL Bologna
- 116 **La diagnosi di DSA nei giovani adulti**
Enrico Ghidoni, Azienda Ospedaliera ASMN, IRCCS, Reggio Emilia. Struttura Semplice di Neuropsicologia clinica, disturbi cognitivi e dislessia nell'adulto. Damiano Angelini, Azienda Ospedaliera ASMN, IRCCS, Reggio Emilia. Struttura Semplice di Neuropsicologia clinica, disturbi cognitivi e dislessia nell'adulto; Università di Modena e Reggio Emilia dipartimento di Educazione e Scienze Umane.
- 130 **Strategie di studio e accorgimenti didattici nei DSA per una migliore applicazione del PDP**
Gianluca Lo Presti — Psicologo, Servizio di Neuropsicologia e Psicopatologia dell'Apprendimento, Messina e Catania
- 136 **Il font EasyReading® come strumento compensativo**
Federico Alfonsetti — Designer, Edizioni Angolo Manzoni, Torino
- 159 **Strumenti compensativi e misure dispensative per promuovere l'autonomia**
Luca Grandi, Responsabile del Centro Ricerche Anastasis (CRA), Bologna
Testo a cura di Giulia Corradini, logopedista, Centro Risorse, Prato
- 164 **La mia storia di dislessia**
Giacomo Cutrera, AID Associazione Italiana Dislessia
Testo a cura di Sara Marzialetti, logopedista, Centro Risorse, Prato
- 169 *Il Centro Risorse si presenta*
- 172 *Ringraziamenti*

Introduzione

Questa pubblicazione nasce dagli interventi che sono stati presentati alla quarta edizione del Convegno Nazionale del Centro Risorse "DSA e SCUOLA: Risorse per l'Apprendimento", che si è tenuto a Prato il 26 Ottobre 2012. Gli argomenti affrontati hanno riguardato i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), ossia dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia, dall'inquadramento teorico fino alle risorse alle quali la famiglia, la scuola e i clinici possono attingere per gestire il disturbo.

Questa edizione ha visto la collaborazione della sezione pratese dell'Associazione Italiana Dislessia (AID) ed ha previsto 7 crediti ECM per le professioni sanitarie. Anche per questa edizione il Centro Risorse ha voluto portare a Prato i nomi di importanti esperti sulla tematica, afferenti al Servizio Sanitario Nazionale, Università, Associazioni e centri privati.

Rivolto a psicologi, pedagogisti, neuropsichiatri infantili, pediatri, educatori, logopedisti, insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado, il convegno è stato patrocinato da: Ordine degli Psicologi della Toscana, AIRIPA Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento, Azienda USL4 di Prato, Pubblica Assistenza "L'Avvenire" di Prato, FISM Federazione Provinciale di Prato, MIUR Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana, Ufficio Scolastico Diocesano, Giunti OS, Giunti Scuola, Provincia di Prato.

Ha coordinato i lavori il Dr, Denni Romoli, psicologo e psicoterapeuta del Centro Risorse.

L'avvocato Leonardo Zipoli ha illustrato gli importanti cambiamenti che ha portato la Legge 170/2010, un grande cambiamento legislativo che ha portato a importanti novità, che ci auguriamo avvengano anche a livello culturale. Infatti, per aiutare gli alunni con DSA è necessario innanzitutto creare una cultura dei DSA, ossia un ambiente che accolga questa diversità e si renda disponibile a cercare le migliori occasioni di apprendimento e di sviluppo di potenzialità possibili, come sottolineato nell'intervento di Christina Bachmann (psicologa del Centro Risorse, responsabile scientifica del convegno). Lauro Mengheri (psicologo, responsabile dello Studio Verbavoglio di Livorno) ha spiegato i criteri di una buona relazione diagnostica, in linea con le indicazioni per la clinica, dalla prima *Consensus Conference* del 2007 all'ultima dell'Istituto Superiore di Sanità (2011), affinché la scuola possa personalizzare al meglio la didattica. Gianluca Lo Presti (psicologo, Servizio di Neuropsicologia e Psicopatologia dell'Apprendimento di Messina e Catania), ha parlato del Piano Didattico Personalizzato e dell'importanza degli strumenti

compensativi e delle misure dispensative. L'Ordine degli Psicologi della Toscana è stato rappresentato da Tania Fiorini (Consigliere Segretario), che ha informato circa le attività del Gruppo di Lavoro ordinistico di Psicologia Scolastica, in particolar modo di quanto sta facendo il sottogruppo sui DSA nella realtà toscana.

Tra gli strumenti compensativi il designer Federico Alfonsetti (della Edizioni Angolo Manzoni) ha presentato il font EasyReading®. L'ideatore del font ha illustrato le caratteristiche del carattere e i risultati delle ricerche che mostrano come la lettura possa essere facilitata dal suo utilizzo.

Sono stati presentati inoltre gli strumenti di tipo informatico per promuovere l'autonomia, grazie all'intervento di Luca Grandi (Responsabile del Centro Ricerche Anastasis).

È stato affrontato da Andrea Biancardi (psicologo, AUSL di Bologna) il tema della discalculia, il DSA che ancora presenta questioni aperte, sottolineando l'importanza di distinguere tra una difficoltà e un disturbo dell'area matematica. Renata Salvadorini e Daniela Brizzolara (rispettivamente logopedista e psicologa, IRCCS Stella Maris di Pisa) hanno presentato la stretta relazione tra linguaggio e DSA. Il ruolo delle funzioni esecutive è stato invece illustrato da Francesco Benso (psicologo, Università degli Studi di Genova).

L'intervento di Angelo Vigliotti (pediatra, Az.USL4 di Prato) ha spiegato il fondamentale ruolo del pediatra per il primo invio, mentre l'organizzazione del servizio sanitario pubblico è stata presentata da Lia Corridori (NPI, Az.USL4 di Prato), in rappresentanza dei colleghi Marco Armellini, NPI, e Domenico Basile, psicologo, dell'UFSMIA dell'Az.USL4 di Prato.

La presa in carico dovrebbe riguardare non solo l'alunno, ma anche la sua famiglia, come illustrato dall'intervento di Romina Domanico e Denni Romoli (psicologi, Centro Risorse). Creare una cultura sui DSA deve evitare diagnosi tardive, di cui ha parlato Enrico Ghidoni (neurologo, Azienda Ospedaliera ASMN, IRCCS, Reggio Emilia e AID Associazione Italiana Dislessia), che portano troppo spesso all'insorgere di vere e proprie psicopatologie e a storie di scuola difficile. Il convegno si è chiuso con una di queste storie di sofferenza, fortunatamente a lieto fine, testimoniata da un neo-laureato in ingegneria informatica che l'ha vissuta sulla propria pelle, Giacomo Cutrera (AID Associazione Italiana Dislessia).

Il Centro Risorse si augura che seguiranno tante altre occasioni per confrontarsi sul tema, perché creare una cultura dei DSA significa fornire corrette informazioni, presentare e diffondere le più recenti teorie scientifiche, far conoscere la legge e la normativa, stimolare l'interesse e la sensibilità sia in chi opera con i DSA sia in chi non è riguardato in prima persona, per offrire ai nostri ragazzi le migliori opportunità di apprendimento.

Christina Bachmann, Centro Risorse

PROGRAMMA DEL CONVEGNO

Registrazione dei partecipanti

Chairman: Denni Romoli

Saluti

La legge 170/2010: diritti e doveri

Leonardo Zipoli — Avvocato, Foro di Roma

Creare una cultura dei DSA

Christina Bachmann — Psicologa,
Centro Risorse, Prato

Il pediatra e il DSA: possibile percorso integrato con la scuola

Angelo Vigliotti — Medico pediatra,
Az.USL4 di Prato

L'Ordine degli Psicologi della Toscana e i DSA

Tania Fiorini — Psicologa, Consigliere
Segretario dell'Ordine degli Psicologi
della Toscana

La relazione clinica nei DSA

Lauro Mengheri — Psicologo, Studio
Verbavoglio, Livorno

Coffee Break

La diagnosi di DSA all'Az.USL4 di Prato

Marco Armellini* e Domenico Basile°

* NPI, UFSMIA Az.Usl 4 di Prato;

° Psicologo, UFSMIA Az.Usl 4 di Prato

Apprendimento e funzioni esecutive

Francesco Benso — Psicologo, Università
di Genova

Pausa Pranzo

Genitori e figli di fronte ai DSA

Romina Domanico* e Denni Romoli°

*Psicologa, Centro Risorse, Prato;

° Psicologo, Centro Risorse, Prato

Dai late talkers ai DSA: continuità e discontinuità

Renata Salvadorini° e Daniela Brizzolara*

— ° Logopedista, IRCCS Stella Maris, Pisa;

* Psicologa, IRCCS Stella Maris, Pisa

Quando una diagnosi di discalculia?

Andrea Biancardi — Psicologo, Centro
per le Disabilità Cognitivo-Linguistiche,
AUSL Bologna

La diagnosi di DSA nei giovani adulti

Enrico Ghidoni — Neurologo,
UOC di Neurologia, Arcispedale Santa Maria
Nuova, Reggio Emilia

Coffee break

Sessione Poster

Strategie di studio e accorgimenti didattici nei DSA per una migliore applicazione del PDP

Gianluca Lo Presti — Psicologo, Servizio
di Neuropsicologia e Psicopatologia
dell'Apprendimento, Messina e Catania.

Il font EasyReading® come strumento compensativo

Federico Alfonsetti — Designer,
Edizioni Angolo Manzoni, Torino

Strumenti compensativi e misure dispensative per promuovere l'autonomia

Luca Grandi — Responsabile del Centro
Ricerche Anastasis, Bologna

La mia storia di dislessia

Giacomo Cutrera – Membro AID Associazione
Italiana Dislessia

Saluti e chiusura del convegno

Interventi della sessione Poster

1) Studio dei profili funzionali in relazione ai prerequisiti dell'apprendimento in bambini dell'ultimo anno di scuola materna

Valeria Vanoni, Barbara Scardigli, Chiara Collodi, Elena Leoni – KON-TE srl, Centro per il sostegno all'età evolutiva e alla famiglia, Santa Croce sull'Arno (PI)
info@centokonte.it

2) I prerequisiti alla letto-scrittura nei DSA: efficacia di un training metafonologico

Amalia Ascione, Bianca Biondi, Elisa Giuliano, Lauro Mengheri – Studio Verbavoglio, Livorno
elisa.giuliano@hotmail.it

3) Un laboratorio per i ragazzi con diagnosi di DSA – Lamberto Giannini, Lauro Mengheri, Andrea Raspani – Studio Verbavoglio, Livorno

lauromengheri@verbavoglio.org

4) Autostimiamoci, un percorso per ragazzi con DSA – Giulia Corradini, Chiara Del Furia, Sara Marzialetti e Christina Bachmann

Centro Risorse, Clinica Formazione e Intervento in Psicologia, Prato (PO)
laboratorio@centrorisorse.net

5) Alfabeto (come primo approccio alla lettura) – Debora Pasquinelli

Istituto Comprensivo Iva Pacetti, Prato
debora.pasquinelli@istruzione.it

6) Legge 170/2010 sui Disturbi Specifici dell'Apprendimento. Incontri gratuiti nelle scuole delle province toscane

Ordine degli Psicologi della Toscana
mail@psicologia.toscana.it

7) Come presentare le mappe concettuali agli alunni – Rosanna Bartoletti – Scuola Primaria Leonardo Da Vinci, I.C. Gandhi, Prato

rosanna.bartoletti@gmail.com

8) Errori di ortografia e aspetti metacognitivi

Pamela Pelagalli°, Corinna Poggianti*
°Cooperativa Pane&Rose; *Apprendo srl, Prato
pamela.pelagalli@panerosecoop.it

9) Progettando, sognando... Il futuro

Collaboratori AID Sezione di Prato
prato@dislessia.it

10) Confronto tra medie e deviazioni standard delle prove della Batteria per la Dislessia Evolutiva (BDE) in un campione clinico (DSA) e non clinico di alunni della scuola secondaria di primo grado

Lauro Mengheri°, Christina Bachmann*
°Studio Verbavoglio, Livorno; * Centro Risorse, Clinica Formazione e Intervento in Psicologia, Prato – lauromengheri@verbavoglio.org

11) L'effetto spaziatura nella lettura di brano in alunni normolettori e dislessici della scuola primaria

Christina Bachmann – Centro Risorse, Clinica Formazione e Intervento in Psicologia, Prato
bachmann@centrorisorse.net

12) Un'esperienza laboratoriale come buona prassi nelle situazioni di DSA: il Centro Das Adriana Pacini°, Susanna Giannetti°, Michela Soldi°, Carmelita De Blasio°, Letizia Vai*

°Associazione Italiana Dislessia (Sezione di Livorno); *Comune di Livorno
livorno@dislessia.it

13) Un percorso sul metodo di studio e gli strumenti compensativi per i ragazzi con dislessia: un'esperienza di lavoro nella scuola secondaria di primo grado

Annalisa Morganti – Studio Pedagogico privato
Dr.ssa Annalisa Morganti
dr.morgantiannalisa@katamail.com

Saluti

Per i saluti sono intervenuti nell'ordine: Manuela Zacchini, Presidente della Sezione AID di Prato; Roberto Santagata, Ufficio Scolastico Regionale; Rita Pieri, Assessore alla Pubblica Istruzione del Comune di Prato; Tania Fiorini, Consigliere dell'Ordine degli Psicologi della Toscana; Paola Perazzo, FISM Federazione Italiana Scuole Materne e Ufficio Scolastico Diocesano; Laura Bertolo, coordinatrice regionale per la Toscana dell'AIRIPA Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento.

Manuela Zacchini, Presidente della sezione pratese dell'Associazione Italiana Dislessia, si è presentata innanzitutto come mamma, ed ha sottolineato come nel titolo del convegno siano riassunti tutti gli elementi importanti per i DSA.

DSA come "Disturbi Specifici dell'Apprendimento", ossia dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia, disturbi che vorrebbe fossero conosciuti in breve tempo da tutti. Va riconosciuto alla *scuola* un ruolo fondamentale, soprattutto nell'aiutare l'alunno a ritrovare una serenità in ambito scolastico. *Risorse* come lo sono tutti i presenti alla giornata, che ha ringraziato per questa grande presenza e partecipazione e ai quali ha augurato un buon *apprendimento*.

Tania Fiorini ha portato i saluti della Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Toscana, Sandra Vanoni, e di tutto il consiglio, che segue con attenzione quello che sta accadendo nel mondo della scuola, e quindi anche la tematica dei DSA ed il ruolo dello psicologo in questo ambito.

Roberto Santagata, referente provinciale per l'integrazione degli alunni diversamente abili e con disturbi specifici dell'apprendimento dell'Ufficio Scolastico Regionale, ha portato i saluti del dirigente, il dottor Mauro e ha sottolineato l'entusiasmo alla proposta di poter patrocinare quest'evento. Ha ricordato che l'Ufficio Scolastico è sempre presente sul territorio e cerca di venire incontro a quelle che sono le esigenze del mondo scolastico, coordinando tutte le attività che ruotano intorno alla scuola. Compito della scuola è quello di garantire il diritto allo studio, come sancito anche dalla nostra Costituzione. Per farlo è necessario che i docenti siano informati e formati sia sulle caratteristiche dei disturbi che sulle loro implicazioni. Per far questo la scuola deve essere un ambiente educativo e di apprendimento, come recitavano i programmi educativi del 1985: *educativo* non nel senso di buona educazione, ma di educazione alla vita, e *di apprendimento* perché anche gli alunni con DSA possano ricevere le migliori opportunità.

Rita Pieri, Assessore alla Pubblica Istruzione del Comune di Prato, ha espresso il piacere di essere presente anche all'edizione di quest'anno. Ricorda che la tematica riguarda noi tutti, anche come cittadini, con la grande sfida di creare una cultura sui DSA. Il Comune di Prato già da anni porta avanti un progetto di formazione per educatori e insegnanti, con il fine di accogliere nel miglior modo possibile gli alunni con queste difficoltà, per tradurre nella quotidianità scolastica ciò che a livello normativo viene indicato dal Ministero. Ogni bambino è diverso dall'altro, ognuno ha diritto di stare a scuola con le proprie difficoltà e abilità. Ha rinnovato la disponibilità che ha sempre caratterizzato il suo assessorato per ridurre il più possibile i disagi e le incomprensioni che a volte si verificano, rinnovando la propria vicinanza non solo ai bambini, ma anche alle loro famiglie e ai loro insegnanti. Ha concluso augurando un buon lavoro a tutti, ma soprattutto agli insegnanti che ogni giorno si trovano a svolgere questo difficile compito di promuovere nei bambini la capacità di relazionarsi tra loro e con il mondo. Ha inoltre informato riguardo alla collaborazione con l'Associazione Italiana Dislessia per rispondere alle richieste di quelle famiglie che hanno necessità di informarsi e scambiarsi esperienze tra loro, per condividere e superare le difficoltà che si possono incontrare.

Paola Perazzo è intervenuta come rappresentante dell'Ufficio Scolastico Diocesano e della FISM, quindi in rappresentanza di tutte le scuole paritarie della Diocesi di Prato delle quali porta il saluto. Ha sottolineato l'importanza della collaborazione e della sintonia tra le varie scuole, gli enti e centri privati del territorio pratese. È impensabile ottenere dei risultati senza confrontarsi, scambiarsi esperienze e lavorare insieme: solo tenendosi per mano e condividendo con tutti le opportunità di incontro e di scambio come queste è possibile aiutare questi bambini.

Il saluto dell'AIRIPA TOSCANA

Laura Bertolo

Buongiorno a tutti, ringrazio gli organizzatori dell'evento formativo che ci vede riuniti oggi, per l'invito. È con piacere che vi porto il saluto del Direttivo Nazionale dell'AIRIPA che si complimenta per l'organizzazione di un tale evento. L'AIRIPA Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento, nasce nel 1991 come Onlus e riunisce studiosi, esperti e professionisti che operano nel campo della psicopatologia dell'apprendimento. La psicopatologia dell'apprendimento si occupa di Disturbi dell'Apprendimento come la dislessia, la disortografia e la discalculia, ma anche delle Difficoltà di studio, del Deficit di Attenzione ed Iperattività (ADHD) e delle Disabilità Intellettive, a partire dall'età prescolare fino all'Università. Tali argomenti risultano di grande rilevanza considerata l'incidenza di tali problematiche e le loro conseguenze sulla vita futura degli individui. La giornata formativa di oggi pone il focus sui Disturbi Evolutivi Specifici dell'Apprendimento (DSA) che costituiscono un'area di interesse clinico, nella quale si è realizzato negli ultimi trent'anni un importante avanzamento delle conoscenze grazie ai numerosi contributi derivati dalla ricerca scientifica e dall'affinamento delle tecniche di indagine diagnostica. Questo consente oggi di poter condividere la definizione e la classificazione dei DSA anche tra professionisti e/o specialisti di diversa formazione (es. psicologi, neuropsichiatri, pediatri, logopedisti, pedagogisti), di effettuare una diagnosi in modo accurato, di realizzare trattamenti mirati, nonché di poter disporre di psicologi ed altri operatori che operano nel campo con competenze specifiche.

Un passo fondamentale in questa direzione è stato compiuto con la pubblicazione a fine gennaio 2007 delle nuove Raccomandazioni per la pratica clinica elaborate nell'ambito della Consensus Conference, nate dal confronto di studiosi e professionisti esperti di ben 10 associazioni, tra le quali l'AIRIPA, che si occupano di diagnosi ed intervento a favore di queste problematiche. Il documento che contiene le raccomandazioni, a partire da una definizione comune dei Disturbi Evolutivi Specifici dell'Apprendimento (identificati ormai in modo uniforme con l'acronimo DSA), ha definito anche criteri diagnostici, evidenziato l'eziologia, le procedure di indagine, i segni precoci con evoluzione e prognosi, l'epidemiologia, comorbilità e trattamento. A tutt'oggi l'Associazione è impegnata nei tavoli regionali per la definizione dei criteri formativi e professionali degli specialisti che provvedono alla diagnosi di DSA. Fanno parte dell'Associazione AIRIPA persone che possiedono

specifiche competenze nel campo della Psicopatologia dell'Apprendimento, in particolare: coloro che hanno completato un Corso di Perfezionamento o un Master di II livello in Psicopatologia dell'Apprendimento presso l'Università italiana o estera; i docenti del Master in Psicopatologia dell'Apprendimento istituito presso la Facoltà di Psicologia di Padova; i ricercatori che testimonino di aver svolto ricerca originale e metodologicamente valida nel campo della psicopatologia dell'apprendimento, infine coloro che dopo una formazione specifica nel campo dei DSA effettuata presso strutture riconosciute dall'Associazione e il completamento di un percorso integrativo di formazione che comprenda la supervisione specifica su due casi clinici da effettuarsi con docenti esperti soci Airipa.

L'associazione AIRIPA nasce con l'intento di promuovere studi e ricerche nel settore della psicopatologia dell'apprendimento; di favorire la diffusione di informazioni, di conoscenze scientifiche e tecniche ai fini di ricerca, formazione degli operatori, pratica clinica ed operativa. Nello specifico, l'AIRIPA è attiva nel contribuire a programmi di studio e ricerca ed eseguire direttamente indagini e ricerche nel settore, ricordo una per tutte la partecipazione al progetto di ricerca "*Epidemiologia dei DSA*"; pubblicare e divulgare monografie, documenti ed elaborati a fini educativi ed informativi; organizzare congressi ed altre iniziative di formazione specifica; mantenere i contatti fra gli operatori italiani e stranieri operanti nel settore; mettere a disposizione un elenco di professionisti che svolgono attività clinica nell'ambito della Psicopatologia dell'Apprendimento. In particolare l'Associazione promuove iniziative quali il *Convegno annuale nazionale* sui Disturbi dell'Apprendimento, dedicato all'aggiornamento e alla formazione permanente per gli interessati del settore. Tengo a ricordare che il convegno nazionale dell'ottobre 2011 ha visto proprio Prato come sede congressuale, grazie al contributo delle colleghe della Provincia che hanno egregiamente organizzato l'evento. Altra iniziativa annuale sono le *Giornate di aggiornamento sull'uso dei test in Psicologia clinica dello sviluppo*, in collaborazione con la rivista Psicologia Clinica dello Sviluppo e Il Mulino. Sempre con cadenza annuale si svolgono i Corsi estivi di *Formazione sui Disturbi dell'Apprendimento* a Civitanova Marche (MC).

Dal 2008 l'Associazione ha visto la costituzione delle sezioni regionali; l'AIRIPA TOSCANA nasce nel luglio 2010 dalla necessità di sostenere i rapporti e il confronto tra gli specialisti che operano nel settore della Psicopatologia dell'Apprendimento e in particolare nell'area dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (D.S.A.) e delle Difficoltà di studio a partire dall'età prescolare fino all'Università. Questa realtà regionale ha, inoltre, lo scopo di coniugare i contributi offerti dall'associazione a livello nazionale con il territorio toscano stimolando la diffusione e la promozione di studi e ricerche nel settore. Tra gli obiettivi della sezione Toscana: sviluppare e mantenere i contatti tra gli esperti operanti sia a livello diagnostico

che riabilitativo; organizzare e promuovere incontri di informazione e formazione periodici a livello provinciale; sostenere i rapporti e il confronto tra i soci attraverso incontri periodici, così da coordinare le iniziative in ambito regionale; promuovere studi e ricerche nell'ambito della Psicopatologia dell'Apprendimento; favorire la redazione e pubblicazione di articoli, guide, testi scientifici e divulgativi che abbiano come oggetto la Psicopatologia dell'Apprendimento con particolare riferimento ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) e alle Difficoltà di studio; tenere rapporti con Enti di ricerca per la definizione di criteri sempre più mirati di diagnosi, valutazione e riabilitazione; portare a conoscenza i dati emersi dalle ricerche scientifiche del settore e i loro significati/implicazioni.

La sezione toscana presente sul sito nazionale tra le sezioni regionali mette inoltre a disposizione un elenco di professionisti, soci dell'Airipa in quanto in possesso dei titoli indicati, che svolgono attività clinica di diagnosi e intervento nell'ambito della Psicopatologia dell'Apprendimento.

È con l'invito a visitare il sito internet www.airipa.it nel quale troverete: indicazioni bibliografiche e contenuti sui DSA, suggerimenti su materiali utili per la diagnosi ed il trattamento, nonché informazioni sulle iniziative di formazione nell'ambito della Psicopatologia dell'Apprendimento e tematiche correlate, Interventiche vi auguro buon lavoro.

Gli interventi

La legge 170/2010: diritti e doveri

Leonardo Zipoli — Avvocato, Foro di Roma

Ringrazio la dott.ssa Bachmann per il cortese invito a questo IV Convegno DSA e Scuola.

Il mio compito, dando per scontato che tutti Voi operatori del settore sappiate meglio del sottoscritto cosa sono i DSA, è quello di fornire un quadro giuridico della materia alla luce della Legge 8 ottobre 2010, n. 170 e delle prime disposizioni attuative della medesima.

Come è noto già alcuni provvedimenti ministeriali, nonché l'attività normativa di talune regioni, si erano occupati di tematiche relative ai DSA. Tuttavia solo con la L. 170/10 il riconoscimento dei DSA è stato finalmente consacrato nel provvedimento normativo per eccellenza, cioè una legge parlamentare.

La norma si compone di soli 9 articoli che fissano i principi di fondo della tematica DSA:

- a) vengono riconosciuti e definiti i DSA (dislessia, disgrafia, disortografia e discalculia) (art. 1);
 - b) si prevedono specifici programmi di formazione del personale docente (art. 4);
 - c) si sancisce l'obbligo per la scuola di disporre di una didattica e di un sistema di valutazione personalizzato senza per questo modificare il valore del titolo di studio. Ciò mediante compensazioni e dispense che non devono alterare gli obiettivi (art. 2 e art. 5);
 - d) si prevedono agevolazioni sul lavoro per i genitori di studenti del primo ciclo di istruzione con DSA per consentire l'assistenza alle attività scolastiche a casa (art. 6);
 - e) stante la specificità della tematica dei DSA si rimandano a disposizioni di attuazione (decreti, linee guida, accordi conferenza stato regioni), le indicazioni di dettaglio (art. 7, comma 1, 2 e 3);
- Lascio infine volutamente per ultimo l'art. 3 della Legge 170/10 con cui:
- f) si stabilisce che è compito della scuola, previa comunicazione alla famiglia, di attivare interventi tempestivi finalizzati all'individuazione di casi sospetti di DSA;
 - g) si specifica che la diagnosi dei DSA è effettuata nell'ambito dei trattamenti specialistici già assicurati dal Servizio sanitario nazionale.

Tuttavia le regioni nel cui territorio non sia possibile effettuare la diagnosi nell'ambito dei trattamenti specialistici erogati dal Servizio sanitario nazionale possono prevedere, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, che la medesima diagnosi sia effettuata da specialisti o (congiunzione "o" e non "e") strutture accreditate.

Come previsto dal richiamato art. 7 della L. 170/10 il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca MIUR ha emanato il D.M. 5669 del 12 luglio 2011 con annesse linee guida che definiscono in modo compiuto gli obblighi della scuola in materia di DSA. Trattasi di un corposo documento che partendo dalla definizione dei DSA pone poi l'attenzione sull'osservazione in classe, sulla didattica individualizzata e personalizzata dalla scuola dell'infanzia alla scuola di II grado. Individua altresì le competenze dei singoli operatori della scuola (uffici scolastici regionali, dirigente scolastico, referente di istituto, docenti ma anche della famiglia, degli stessi studenti e degli atenei). Viene dato infine compiuto risalto ai contenuti della formazione ed ai progetti formativi (NTD Nuove Tecnologie e Disabilità e A scuola di dislessia) ed ai CTS Centri Territoriali di Supporto istituiti in 96 poli scolastici in tutta Italia.

Se quindi i compiti della scuola sembrano compiutamente definiti non altrettanto possiamo dire in merito alla specifica tematica della diagnosi (art. 3 Legge 170/10) posto che le regioni (cui la legge stessa demanda l'individuazione dei criteri operativi nell'ambito della loro autonomia normativa) non hanno ad oggi provveduto. Questo anche perché si è ritenuto conveniente individuare criteri uniformi concertati con il Governo nell'ambito della Conferenza Stato Regioni che ha prodotto il recente accordo del 24 luglio 2012 pubblicato sul sito della conferenza www.statoregioni.it in data 25 luglio 2012.

La regione Toscana ha comunque già attivato, su questa specifica tematica, un tavolo regionale di cui fanno parte il dott. Armellini ed il dott. Basile che sono tra i successivi relatori del convegno e che quindi meglio potranno illustrarVi lo stato dell'arte.

Va in ogni caso rilevato che le modalità operative della diagnosi sono ben note ai clinici che nella loro attività fanno riferimento:

- alla *Consensus Conference* del 2007;
- alle raccomandazioni cliniche del PARCC;
- alle linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il problema vero e grave nasce dal fatto che ancora oggi non è stata data completa attuazione all'art. 3 della legge 170/10 ed in particolare

non sono stati definiti i criteri operativi in forza dei quali la diagnosi di DSA possa essere resa anche al di fuori dell'ambito dei trattamenti specialistici già assicurati dal Servizio sanitario nazionale.

Tale situazione di incertezza attuativa ha generato consistenti dubbi in seno alle stesse istituzioni scolastiche. In alcune regioni la diagnosi di DSA resa dallo specialista privato è accettata *tout court*; in altre regioni, invece, si richiede la validazione della competente Azienda USL; in altre, come sembra sia in Toscana, si ritiene necessaria la diagnosi dell'AUSL con notevoli tempi di attesa (13 mesi a Prato, tra i 5 ed i 14 mesi nel resto della regione).

Il sopracitato accordo del 24 luglio 2012, maturato in conferenza Stato Regioni, ha preso in esame questa problematica rendendola a dire il vero, per certi versi, ancor più complicata e soprattutto andando ben oltre le disposizioni generali previste dalla L. 170/10. Vediamo un po' più nel dettaglio di cosa si tratta:

- a) nelle premesse dell'accordo si fornisce un'interpretazione della locuzione "*specialisti o strutture accreditate*" di cui all'art. 3 della L. 170/10 ritenendo che essa debba essere riferita "*a soggetti specificamente riconosciuti dalle regioni per il rilascio della diagnosi di DSA*";
- b) si impone poi al SSN di utilizzare per la diagnosi le indicazioni della *Consensus Conference* per la diagnosi DSA che dovrebbe essere prodotta entro il 31 marzo di ciascuno ciclo scolastico. Ciò al fine di rispettare il criterio di tempestività già richiamato dall'art. 3 della L. 170/10;
- c) si prevede la possibilità per le regioni di definire specifici percorsi di accreditamento per soggetti privati in caso di impossibilità del SSR di rilasciare le certificazioni DSA in tempo utile;
- d) si prevedono poi i criteri qualitativi che gli specialisti e (congiunzione "e" e non più "o" come è indicato nel testo dell'art. 3 della L. 170/10) le strutture devono possedere per poter essere accreditati.

Dove la locuzione "accreditati" essendo al plurale è adesso riferita tanto alle strutture quanto agli specialisti. Sì che di fatto la Conferenza Stato Regioni ha operato una vera e propria parificazione tra gli specialisti e le strutture sanitarie. Parificazione che, oltre ad andare ben oltre le disposizioni normative della L. 170/10, appare a dir poco incongrua perché il concetto di accreditamento istituzionale è normalmente riferito al possesso di requisiti strutturali ed organizzativi delle sole strutture e non certo di singoli specialisti con i quali si potrebbe al più stipulare una convenzione.

Anche gli stessi requisiti previsti appaiono ingiustificatamente onerosi e ben distanti dallo spirito della Legge 170/10.

In primis non è dato sapere chi potrebbe documentare la richiesta esperienza dello specialista nella diagnosi di DSA non potendo a questo proposito far altro che ricorrere ad una autocertificazione.

Fuori da ogni logica è anche la richiesta di disponibilità di un'equipe multidisciplinare (neuropsichiatri infantili, psicologi, logopedisti ed altri professionisti). Il che di fatto presuppone un'organizzazione di mezzi e di persone che va ben oltre lo studio dello specialista privato avvicinandolo pericolosamente ad un vero e proprio imprenditore commerciale.

Con ripercussioni pericolosissime in ambito fiscale posta la radicale diversità del regime impositivo tra libero professionista ed impresa.

- e) Si richiede poi una dichiarazione di impegno al rispetto della Raccomandazioni per la pratica clinica DSA (2007-2009) e dei relativi aggiornamenti della *Consensus Conference*.
- f) Si prevede infine un regime transitorio per ovviare a ritardi o carenze in attesa dell'accREDITAMENTO.

In conclusione siamo allo stato in attesa della compiuta attuazione della normativa.

L'esame dell'accordo della Conferenza Stato Regioni, al quale le regioni stesse dovranno di fatto conformarsi nell'adozione dei provvedimenti attuativi di propria competenza, suggerisce l'opportunità per gli specialisti del settore di costituire aggregazioni professionali o gruppi di lavoro integrati e di stringere contatti con i soggetti istituzionali (regione e ASL). Ciò al fine di "trovarsi pronti" al momento dell'emanazione delle disposizioni definitive vista anche la presenza di un regime transitorio che consentirà una graduale messa a regime del settore.

Per quanto riguarda le famiglie il quadro normativo sopra delineato, ancorché non integralmente attuato, offre già oggi una significativa tutela.

In caso di conclamati casi di volontà non partecipativa da parte dell'istituzione scolastica, è garantita la tutela in via d'urgenza ex art. 700 innanzi al Tribunale Ordinario concretandosi, tale illegittimo comportamento, in una evidente lesione del diritto costituzionale alla salute ed all'istruzione.

Nel caso invece di un'eventuale bocciatura, ancor prima della entrata in vigore della L. 170/10, copiose sentenze dei Tribunali Amministrativi Regionali di tutta Italia, avevano già sancito l'illegittimità dell'operato dell'istituzione scolastica che non aveva tenuto conto dei DSA dell'alunno nella didattica scolastica e nella relativa valutazione di profitto.

Creare una cultura dei DSA

Christina Bachmann – psicologa, Centro Risorse

In questi ultimi anni abbiamo assistito a grandi cambiamenti legislativi e normativi riguardo ai DSA. Dall'uscita delle legge L.170/2010) si sono susseguite indicazioni a livello nazionale e regionale, da parte del Ministero dell'Istruzione per l'ambito scolastico e delle Regioni per l'ambito sanitario.

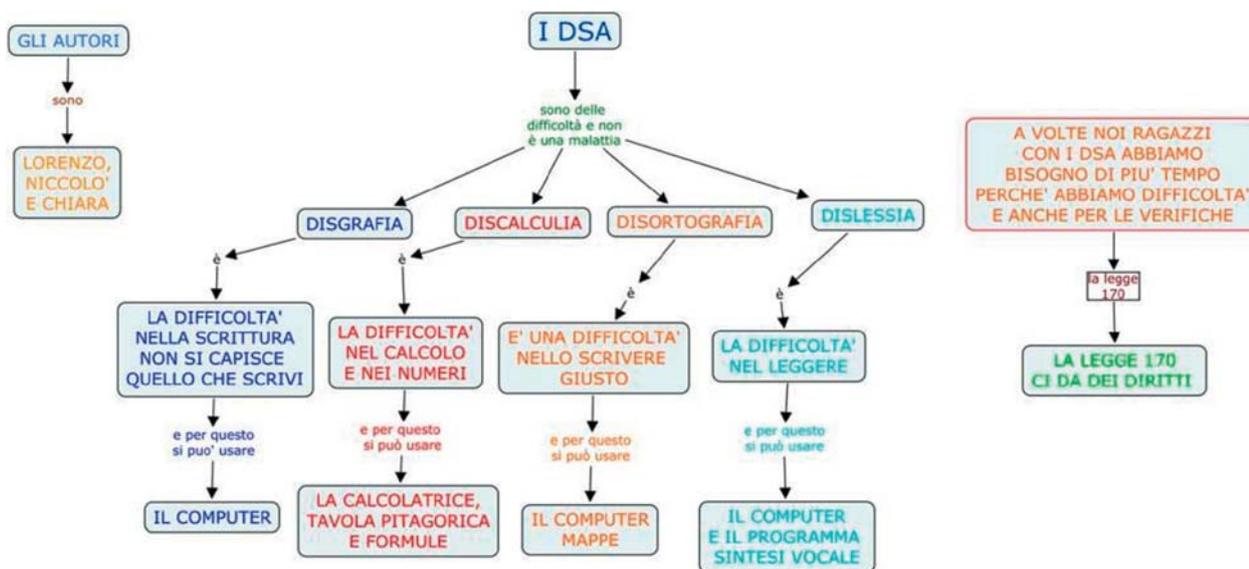
Il Ministero dell'Istruzione ha emanato il decreto attuativo nr.5669 con allegate le Linee Guida (D.M.5669 del 12 Luglio 2011 e Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento); le varie regioni hanno lavorato o stanno lavorando alle normative regionali.

Nel mondo dei clinici, alla prima Consensus Conference del 2007 (Raccomandazioni per la pratica clinica definite con il metodo della Consensus Conference, 2007, CC-RPC) è seguito un interessantissimo aggiornamento (Documento d'intesa elaborato da parte del PARCC in risposta a quesiti sui disturbi evolutivi specifici dell'apprendimento, 2011, RC-DSA-2011) e una Consensus dell'Istituto Superiore di Sanità (CC-ISS, 2011), che ha preso in esame tutta la letteratura internazionale sul tema. In questo clima di frequenti e importanti novità, oltre a formarsi sui DSA è necessario creare un clima culturale che accolga e comprenda i DSA.

Sono numerosi i corsi di formazione sia per clinici sia per insegnanti, i convegni aumentano in maniera esponenziale, la sezione pratese dell'AID ha un calendario sempre più ricco di serate gratuite rivolte alle famiglie, le case editrici stanno studiando testi e font che possano agevolare gli alunni con DSA.

Creare una cultura sui DSA è il primo passo per aiutare i nostri ragazzi nel loro percorso scolastico.

Cosa sono i DSA è ormai noto, il presente convegno è giunto alla quarta edizione con l'obiettivo di proporre approfondimenti sempre più specialistici e attuali. Ma cosa ne fanno i nostri ragazzi? Le seguenti mappe mentali sono state realizzate da alcuni ragazzi della scuola secondaria di primo grado con diagnosi di DSA.

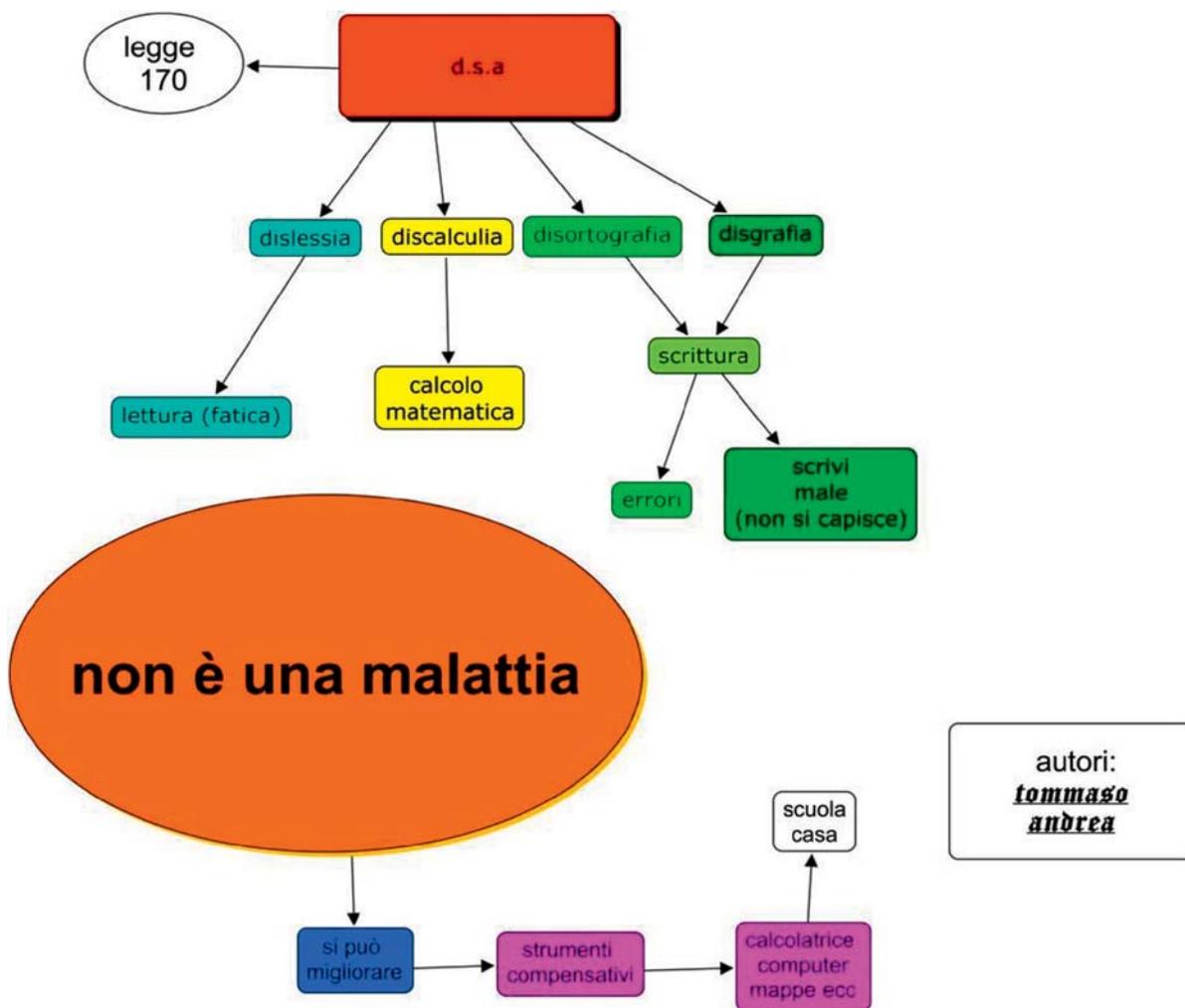


▲
MAPPA 1

La prima (MAPPA 1) è molto chiara da un punto di vista grafico, ha l'intento di spiegare cosa sono i DSA, utilizzando parole semplici. Così ad esempio alla voce disgrafia troviamo "difficoltà nella scrittura, non si capisce quello che scrivi", che in effetti è uno dei criteri diagnostici della disgrafia. Per ogni DSA viene menzionato il tipo di aiuto previsto, per esempio il computer, la calcolatrice, la tavola pitagorica, la sintesi vocale, le mappe. A destra della mappa si può notare una casella molto ampia con scritto "a volte noi ragazzi con DSA abbiamo bisogno di più tempo perché abbiamo difficoltà e anche con le verifiche": la concessione di tempo supplementare per lo svolgimento dei compiti è tra gli aiuti previsti dalla Legge 170. E poi ancora: "la Legge 170 ci dà dei diritti". Quest'ultimo è un punto fondamentale: i ragazzi devono capire che hanno un disturbo, che non è colpa loro, che non c'entra con l'intelligenza e che ora c'è da rimboccarsi le maniche, e che c'è una legge che dà precise indicazioni per la scuola e che li tutela.

In un'altra mappa (MAPPA 2) salta all'occhio un ovale arancione dove c'è scritto che non è una malattia. A noi piace dire che è un modo diverso di funzionare.

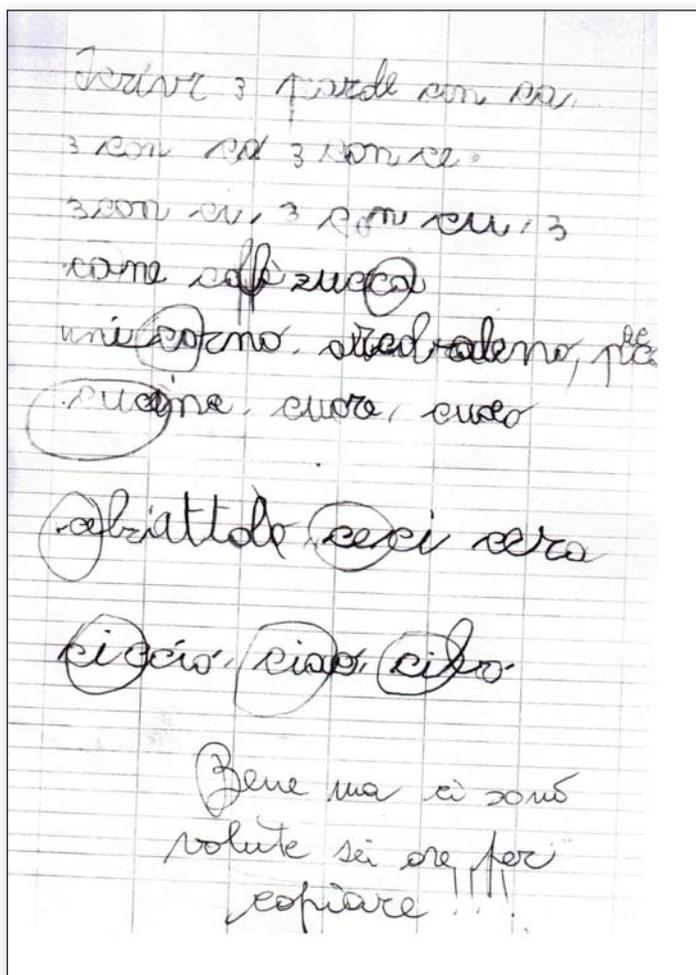
Nonostante la legge sia uscita ormai da 2 anni, non tutti gli insegnanti la conoscono. In una recente ricerca presentata col Dottor Mengheri all'ultimo convegno AIRIPA di Bari è stato proposto un questionario sulle conoscenze degli insegnanti sulla legge: alla prima domanda sulla conoscenza della Legge 170 il 10% risponde di non conoscerla. E anche tra chi la conosce, alla seconda domanda che chiedeva se si sentiva



▲
MAPPA 2

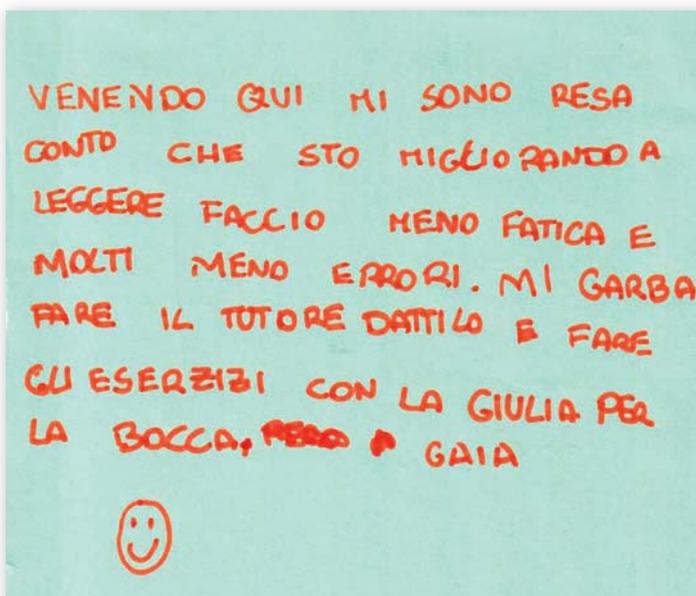
preparato, risponde in gran parte che non si sente preparato. Per questo dobbiamo ancora parlare della legge, perché dal 2010 ad oggi non si è ancora creata una cultura su questa legge.

Il punto fondamentale è che questa legge dà dei diritti ai nostri ragazzi, che loro stessi devono conoscere: hanno il diritto di essere aiutati. Non solo attraverso il computer, ma soprattutto attraverso la comprensione e la sensibilità. Per loro spesso la vita a scuola è difficile. Possiedo un repertorio infinito di "bruttare" prese dai quaderni che mi portano i genitori: spero con tutto il cuore di non vederne più. E le "bruttare" in questi casi non sono i pasticci degli alunni, ma dei loro insegnanti, come ad esempio nella figura seguente, dove la preoccupazione della maestra pare essere sottolineare il tempo eccessivo che il bimbo ha impiegato ("Bene, ma ci sono volute 6 ore per copiare"), invece del motivo di tale lentezza. Ci auguriamo che siano sempre più gli insegnanti che cercano di capire i motivi di alcune difficoltà, siano DSA o altro, come dimostrano di fare gli insegnanti che frequentano corsi o convegni come questo.



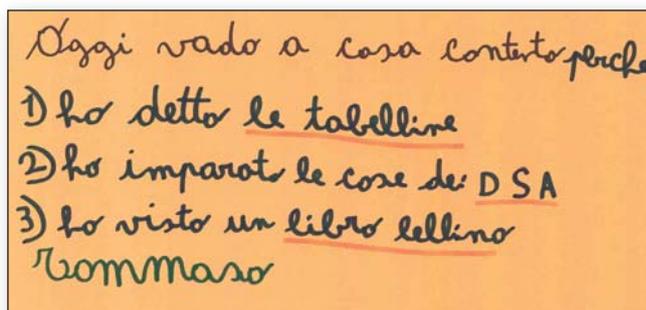
I ragazzi con DSA hanno diritto a essere aiutati con specifici trattamenti. Esistono linee guida per clinici, *Consensus Conference*, riviste specializzate che riportano gli esiti delle ricerche. Un trattamento deve avere certe caratteristiche, è efficace solo se modifica l'evoluzione naturale del disturbo, deve essere coordinato e attuato da professionisti seri e preparati sul tema. Il genitore ha il diritto di richiedere un contratto iniziale, il progetto riabilitativo, dove è indicato su cosa si interviene, che strumenti vengono utilizzati, che risultato ci aspettiamo.

Riporto la testimonianza di una bimba che è stata molto contenta di sapere che questo suo pensiero sarebbe stato utilizzato nel nostro convegno.



Questa ragazzina ha una diagnosi di DSA in comorbidità con un disturbo del linguaggio (aspetto che verrà affrontato dalle Dr.sse Brizzolara e Salvadorini), quindi ha lavorato in laboratorio sul potenziamento della lettura e sull'utilizzo degli strumenti informatici utili al suo DSA e le sono stati assegnati per casa esercizi di terapia miofunzionale ("gli esercizi per la bocca"). Se chi imposta il trattamento non è competente, rischia di sottovalutare questi aspetti, che per Gaia erano diventati fonte di disagio.

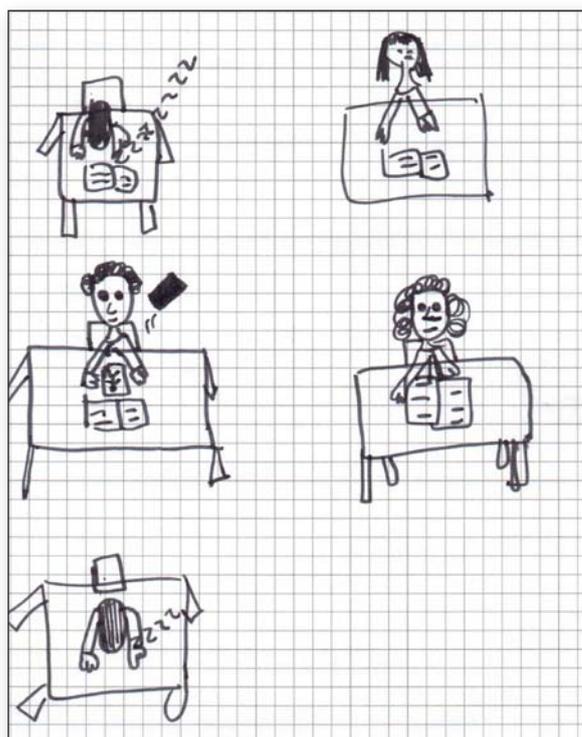
Un altro ragazzino scrive:
 “Oggi vado a casa contento perché ho detto le tabelline”. Gli insegnanti più preparati sanno benissimo che a causa dei problemi di automatizzazione i DSA possono incontrare difficoltà con la memorizzazione delle tabelline: questo ragazzino aveva studiato tutto il fine-settimana, ma la sua maestra, pensando di evitargli una figuraccia, non glielo ha chiesto e lui c'è rimasto male. Quando è arrivato da noi ha riferito cosa era successo in classe ed ha insistito per poterle ripetere. È vero che la maggioranza degli alunni con DSA incontra enormi difficoltà con le tabelline, ma è altrettanto vero che non dobbiamo perdere la flessibilità. Un dislessico può essere esonerato dalla lettura (è un diritto previsto dalla legge), ma è giusto non farlo leggere se è lui ad offrirsi volontario?



“Ho imparato le cose dei DSA”: dopo la diagnosi i genitori non gli avevano riferito che le sue difficoltà avevano un nome, così lui si è sentito sollevato quando a inizio trattamento gli è stato spiegato per quale motivo era da noi. Nascondendo il proprio DSA non è possibile lavorare né a scuola né con i trattamenti, esplicitare cosa è un DSA è il primo passo necessario per promuovere nei ragazzi l'autoconsapevolezza.

“Questo libro è bellino”: si riferisce a un libro scritto con un font per lui più semplice da decodificare, in particolare si trattava di un romanzo in carattere EasyReading® (Federico Alfonsetti, il designer creatore di questo font, è tra i nostri relatori di oggi).

Nel disegno qui a destra c'è una classe e ci sono dei bimbi che dormono. Quella che dorme in prima fila è la bimba autrice del disegno. Ha una diagnosi di DSA. Pensate che idea deve avere della scuola...



E un messaggio per gli insegnanti: la postazione in prima fila o accanto alla cattedra non è per forza la migliore...

Abbiamo chiesto ai nostri ragazzi di provare a dare qualche consiglio ai loro professori. Nel primo documento viene affrontato il tema del dirlo in classe: prima di dirlo alla classe viene suggerito di mettersi d'accordo su quando dirlo, come dirlo e soprattutto chi deve dirlo. Ci sono dei ragazzi che preferiscono dirlo personalmente, magari prima a un gruppetto ristretto di amici fidati, altri che preferiscono che lo faccia il professore. Una buona idea potrebbe essere chiamare in causa un compagno più grande che ci è già passato e presenta la cosa alla classe. Viene chiesto ai docenti di usare delle mappe per spiegare e di farsi registrare.

Caro, professore

Ti scrivo alcuni consigli da usare se in classe ci sono dei ragazzi con dsa.

Mi basterebbe che mi dicessi quando mi interroghi perché così sono più preparata

Se invece mi interroghi a sorpresa infrangi la legge.

C'è una legge, la numero 170, che è per i dsa e che devi rispettarla.

Questa legge dice anche che possiamo portare: gli schemi, la calcolatrice, le cartine, il computer, la tavola pitagorica, le mappe mentali.

Vorrei che mi trattassi con calma, che mi dessi meno compiti, io vorrei che durasse di più la ricreazione perché sembra che duri troppo poco. A ricreazione ci si diverte e quando c'è la lezione mi annoio, mi addormento rimango in dietro perché il professore va troppo veloce.

Quando spieghi per favore rallenta un po'.

Usa le mappe per spiegare.

Di alla classe che io ho dsa perché io mi imbarazzo. Preferisco dire che ho un dsa e non che sono un dsa perché io ho un nome, sono Andrea, sono Beatrice...

Puoi far vedere alla classe un film sul dsa? Per esempio Stelle Sulla Terra.

Una paura frequente dei ragazzi è di essere presi in giro, paura comprensibile e assolutamente naturale. Non tutti i ragazzi affrontano la questione nello stesso modo: ci ha raccontato la sua esperienza un ragazzo che è andato in classe e ha detto: "Ehi ragazzi, lo sapevate che ho un DSA?". Si era sentito nervoso prima di dirlo, ma poi sollevato.

Un altro ragazzo ci racconta che non gli piace per niente essere considerato il dislessico della seconda: "Io non sono il DSA, ho un nome!".

I ragazzi sono tutti diversi l'uno dall'altro, alcuni hanno vissuto esperienze così traumatiche da aver necessità di uno specifico percorso di sostegno psicologico, a volte di una vera e propria psicoterapia.

La consapevolezza emotiva è parte integrante di un percorso di trattamento. Ed è sul piano emotivo che molti bimbi mostrano la loro gratitudine per averli aiutati, è con le emozioni che ci dicono grazie. Essere promossa "PuffCristina", quando Puffetta è il personaggio preferito, è una soddisfazione maggiore di tanti titoli.



A volte è dura, ma il messaggio che vorremmo trasmettere a tutti i ragazzi con DSA è che hanno dentro di sé tante risorse per farcela.
NON MOLLATE!

Tutti i documenti menzionati sono scaricabili dalla sezione download del nostro sito: www.centrorisorse.info/download

Il pediatra e il DSA: possibile percorso integrato con la scuola

Angelo Vigliotti — Medico pediatra, Az.USL4 di Prato

Il DSA rappresenta per i genitori del bambino che ne è affetto una fonte di preoccupazione e di ansia. Già prima della diagnosi un padre attento o una madre accorta intravedono che qualcosa non va nel rapporto con lo studio. Poi dentro il percorso diagnostico e di riabilitazione e recupero, la situazione si complica e può diventare esplosiva perché non sempre questo percorso è facile ed agevole e non sempre i primi interventi sono appropriati e coerenti.

In questo cammino il pediatra di famiglia, punto di riferimento della salute del bambino sia a livello fisico che mentale, ha una funzione fondamentale nella prevenzione e nel percorso riabilitativo. Dovrebbe essere anche un punto di incontro tra famiglia, scuola e neuropsichiatria infantile o psicologia clinica. Ogni disturbo ha una sua specificità che non sempre è comprensibile nemmeno per il pediatra.

Il DSA non è così lineare e così semplice come si può pensare a una prima impressione. Spesso c'è una comobilità pervasiva con altri disturbi, specialmente con il quadro dell'iperattività e disattenzione; con la coordinazione motoria e con altri quadri di psicopatologia.

Ciò che rende importante il quadro generale del DSA e i vari disturbi specifici è l'atipia organizzativa dei circuiti neurofunzionali, come si può osservare nelle varie tecniche di indagine sia di *neuro-imaging* che di biologia molecolare che evidenziano anomalie neurobiologiche.

Le statistiche in Italia (Dott.ssa Laura Firrigno e Prof. Michele Roccella — Univ. di Palermo) parlano del 10-15% della popolazione scolastica per difficoltà specifiche di apprendimento e del 3-5% per i disturbi specifici dell'apprendimento (TAB. 1-2). Mentre in Italia la prevalenza della dislessia è del 3.5%, in USA siamo al 7,3% (Lindgren, de Renzi and Richman, 1985). Il DSA appartiene ai disturbi delle abilità scolastiche.

◀ **TABELLA 1**
Disturbi aspecifici dell'apprendimento

<p>All'inizio della scolarizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ansia da separazione ■ tendenza alla nevrosi reattiva depressiva – fobica ■ possibile fobia della scuola ■ carenze di stimoli relazionali ■ vissutiti di inferiorità <p>Durante la scolarizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ritardi mentali lievi (inapparenti) ■ disarmonie evolutive con difetti neurologici ■ disfunzione cerebrale minima ■ disordine borderline di personalità ■ ADHD ■ Episodi depressivi minori (calo di impegno, senso di colpa, senso di isolamento, contrazione di interesse per la vita sociale) ■ Disfunzione parossistiche (epilessie infracliniche)
--

◀ **TABELLA 2**
Disturbi specifici dell'apprendimento

<p>Dislessia La dislessia è una difficoltà che riguarda la capacità di leggere e scrivere in modo corretto e fluente.</p> <p>Disgrafia La disgrafia è un disturbo specifico della scrittura nella riproduzione di segni alfabetici e numerici.</p> <p>Discalculia La discalculia è un disturbo caratterizzato da ridotte capacità nell'apprendimento numerico e del calcolo in rapporto alla classe frequentata.</p> <p>Disortografia La disortografia è la difficoltà a tradurre correttamente i suoni che compongono le parole in simboli grafici.</p>
--

Un dislessico si stanca più facilmente, ha bisogno di molta più concentrazione e lavora lentamente a causa delle sue difficoltà, perciò è sempre pressato dal tempo.

Le caratteristiche cliniche principali del dislessico sono le seguenti
(fonte AID, www.aiditalia.org)

- Può leggere un brano correttamente e non cogliere il significato
- Può avere grosse difficoltà con le cifre (tabelline), la notazione musicale o qualsiasi cosa che necessita di simboli da interpretare
- Può avere difficoltà nella lettura e/o scrittura di lingue straniere (es. inglese, latino, greco, ecc...)
- Può scrivere una parola due volte o non scriverla
- Può avere difficoltà nel memorizzare termini specifici, non di uso comune
- Può avere difficoltà nello studio (storia, geografia, scienze, letteratura, problemi aritmetici) quando questo è veicolato dalla lettura e si giova invece dell'ascolto (es. registratori, adulto che legge, libri digitali)
- Non prende bene gli appunti perché non riesce ad ascoltare e scrivere contemporaneamente
- Quando si distrae da ciò che sta leggendo o scrivendo ha grosse difficoltà a ritrovare il punto

La disgrafia si può manifestare in diversi modi

- deformazione delle lettere e scarsa leggibilità
- andamento statico del tracciato
- rapporto tra forma e spazio non regolare
- il gesto grafico perde il controllo del movimento che può essere disorganizzato e disordinato
- il contesto grafico non è armonico
- presenza di confusione e di arruffamento

La discalculia presenta le seguenti manifestazioni:

- difficoltà di lettura e scrittura dei numeri
- difficoltà nell'attribuire un significato al numero e nell'eseguire le procedure di calcolo
- difficoltà di acquisire in maniera stabile le tabelline e i più semplici calcoli a mente (fatti aritmetici)
- difficoltà in ambito numerico e aritmetico, come la difficoltà di attribuire al segno algebrico le relative procedure di calcolo (sommare se appare: + moltiplicare se appare: X)

La disortografia può manifestarsi con le seguenti modalità

(www.ladislessia.org)

- confusione tra fonemi simili (tra "f" e "v"; tra "t" e "d"; tra "r" ed "l" ecc.
- confusione tra grafemi simili (difficoltà a riconoscere i segni alfabetici che presentano somiglianza nella forma)
- omissioni (tralascia alcune parti della parola. es. la doppia consonanza pala al posto di palla), una vocale intermedia, una consonante intermedia)
- inversione (inversione nella sequenza dei suoni all'interno delle parole ad esempio sefamoro invece di semaforo).

Il pediatra e la prevenzione

In oltre il 50% dei casi il bambino che ha il DSA ha qualche atipia o ritardo dello sviluppo linguistico e in una percentuale dei casi molto elevata si può trovare una anamnesi familiare positiva (un genitore che ha avuto disturbi dell'apprendimento). Il rischio di dislessia è del 51% se è affetto uno dei genitori, percentuale che sale al 75 % se sono affetti entrambi i genitori. Il disturbo del linguaggio è uno dei predittori più affidabili di DSA.

I disturbi evolutivi del linguaggio sono diversi e comprendono (seguendo l'ICD 10) le condizioni descritte nella **TABELLA 3**.

1. difficoltà nell'articolazione dell'eloquio, che include anche il disturbo funzionale, la lallazione, il disturbo fonologico evolutivo.
2. difficoltà del linguaggio espressivo con limitata forma di vocabolario, scarsa acquisizione di parole, frasi limitate, omissione e ritardo del linguaggio.
3. difficoltà della comprensione
4. afasia acquisita con epilessia (sindrome di Landau - Kliffner) per cui il bambino perde la capacità di espressione e di comprensione (che prima aveva) ma conserva l'intelligenza generale. L'esordio è accompagnato da crisi epilettiche (media di 3-7 anni).

◀ **TABELLA 3**
Disturbi evolutivi specifici del linguaggio e dell'eloquio

Il linguaggio è la capacità di utilizzare un codice per produrre un messaggio. Attenzione! Non bisogna confondere, come si fa spesso, il linguaggio con la comunicazione, che è la capacità di trasmettere un messaggio a qualcuno ed è costituita dall'intenzione di rapportarsi con l'altro. L'intenzione è innata e appartiene all'istinto sociale.

Non vanno dimenticati gli strumenti più arcaici del linguaggio (introduttivi per una buona comunicazione) come lo sguardo, la mimica, il sorriso, il vocalizzo e il gesto. Il linguaggio senza comunicazione è vuoto, è assente. Il sistema linguistico è distribuito in 4 sottosistemi (TABELLA 4).

TABELLA 4**Sottosistemi
del sistema
linguistico****1. Fonetico – fonologico**

È il primo in ordine di tempo che si sviluppa. Un bambino di due anni è in grado di produrre tutti i suoni della nostra lingua e di produrre tutte le combinazioni, ad eccezione della "s", della "r". Il fonema è l'elemento minimo di cui è costituita la parola. Entro i 36 mesi il bambino ne deve avere la padronanza completa.

2. Sintattico

È un insieme di regole per cui si riesce ad esprimere un enunciato e si avvale della grammatica. Si completa entro i 36 mesi anche se in effetti il bambino può fare degli errori.

3. Semantico – lessicale

È l'insieme delle parole conosciute. Dipende molto dall'educazione e dall'ambiente in cui vive il bambino.

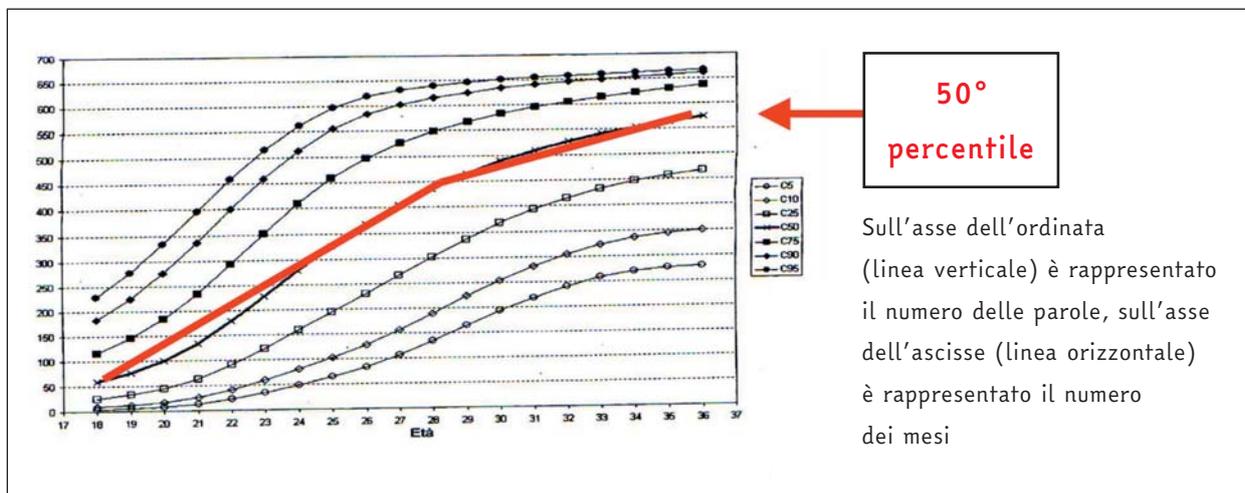
4. Pragmatico

È l'elemento che comincia a dare un significato a una frase.

Il numero di parole che il bambino è in grado di produrre è un indice molto importante di sviluppo linguistico e questo indice ha una relazione lineare con lo sviluppo delle sue capacità sintattiche – grammaticali. Per il pediatra nei bilanci di salute del 18° mese e poi del 36 mese riuscire ad individuare quante parole il bambino dice può essere utile per identificare un rischio di sviluppo tardivo o una alterazione del linguaggio verbale e già

nel colloquio con la famiglia programmare un percorso di attenzione rivolto al bambino e iniziare a dare consigli per sviluppare una buona comunicazione. Nella TABELLA 5 vengono riportati i percentili della produzione di parole.

TABELLA 5
Percentili della
produzione
di parole



Un bambino di due anni deve dire oltre 200 parole (50° percentile), almeno un centinaio deve conoscerle e di queste almeno 25 (più avanti riporto tutte le 25 parole) deve non solo conoscerle ma anche esprimerle e ripeterle in modo chiaro.

Ciò che può fare il pediatra (prevenzione)

Il pediatra nel suo ruolo di medico di fiducia della famiglia del bambino è fondamentale nella valutazione del bambino con fattore di rischio futuro per una DSA. Il pediatra, studiando lo sviluppo del linguaggio del bambino lungo il percorso di crescita ha la possibilità di captare le prime difficoltà che il bambino può presentare e questo ha una importanza enorme come fattore predittivo, considerando che l'80% dei bambini con disturbo di DSA presenta un disturbo del linguaggio. Intanto il pediatra deve avere ben chiaro che esistono tre tipi di disturbi specifici di apprendimento:

1. i disturbi evolutivi specifici del linguaggio
2. i disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche
3. i disturbi evolutivi specifici della funzione motoria

Il pediatra deve conoscere i vari disturbi e avere inquadrato bene le varie tappe del linguaggio nello sviluppo del bambino, avere studiato l'anamnesi familiare e attraverso il rapporto con i genitori nei vari bilanci

di salute capire il comportamento del bambino nella scuola d'infanzia e primaria.

Ricordo che un bambino verso i due anni deve dire tra 50 e 220 parole (molti studi danno un minimo di 75 e un massimo di 225). Tuttavia secondo i ricercatori dell'istituto Bryn Mawr College in Pennsylvania, USA America, 2012 ci sono 25 parole che in tutti i modi devono sapere, la cui mancata conoscenza potrebbe essere una spia molto importante per i futuri problemi di apprendimento o disagi per eventuali ritardi linguistici.

Le parole (che i bambini di questa fascia di età, anche se pigri e taciturni, devono conoscere e saper esprimere) sono le seguenti: Mamma, papà, ciao, giocattoli, cane, gatto, bambino, latte, succo di frutta, palla, sì, no, naso, occhio, banana, biscotto, macchina, caldo, grazie, bagno, scarpa, cappello, libro, andati, di più.

TABELLA 6

Sviluppo del linguaggio e possibili indicatori del disturbo



6-8 mesi	Lallazione	Da-da-da- / la-la-la (piacere di ascoltarsi)	Produzione scarsa
9-12 mesi	Gestualità comunicativa	Indica, mostra oggetti, li porge per entrare in relazione con gli altri	Difficoltà di comprensione
12-16 mesi	Prime parole	Accompagna le parole con i gesti	Ritardo nelle prime parole
16-18 mesi	Nuove parole	Capisce che ogni cosa ha una parola	Usa con difficoltà parole e gesti per comunicare
18-24 mesi	Associazione di parole	Vocabolario del bambino 50 parole circa (o più)	Meno di 50 parole a 24 mesi
2-3 anni	Frasi	Usa aggettivi e verbi, si chiama per nome	Lunghezza media dell'enunciato (3-5 parole) assente o scarso-non aumento della grammatica
3-4 anni	Parole astratte	Aumenta la comprensione del linguaggio, incrementa il lessico, organizza meglio le frasi a livello sintattico	Difficoltà del linguaggio con pronuncia di suoni incompleta. Scarsa abilità nell'utilizzo delle parole, difficoltà di pronuncia di alcuni suoni (chi/che- ghi -ghe, gn, gl)

Prevenzione specifica per la disgrafia

Durante i bilanci di salute del terzo anno e sesto anno e visite occasionali per altri motivi si può sottoporre il bambino a dei semplici test di approccio che accennano alla fine di questo lavoro. Per la percezione visiva discriminare alcune forme geometriche (quadrato-rettangolo-triangolo-cerchio); discriminare e riconoscere suoni e rumori (percezione uditiva); riconoscere la destra e la sinistra (schema corporeo); equilibrio statico e dinamico come stare in piedi su un solo piede, camminare in relazione a un percorso (coordinazione generale); eseguire un disegno rispettando le relazioni spaziali, ad esempio il disegno di un cielo stellato sopra le onde del mare (orientamento spaziale); eseguire un percorso grafico rispettando la direzione alto-basso, sinistra-destra (coordinazione oculo manuale); ripetere correttamente parole e frasi, riferire una piccola esperienza vissuta, comprendere una breve fiaba o una piccola storia (funzionalità, produzione e comprensione linguistica).

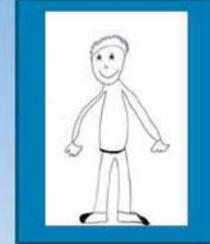
I bambini con disgrafia spesso nel periodo pre-scolare possono presentare goffaggine nella deambulazione, postura non adeguata soprattutto quando sono seduti, prensione inadatta di una penna o di una matita o di un altro oggetto quando scarabocchiano.

Casistica clinica

Vengono presentati 11 casi di bambini con DSA specifico e aspecifico, Alcuni valutati dalla neuropsichiatria e altri valutati dallo psicologo clinico con diagnosi appropriata. A questi bambini che si sono presentati nel mio studio anche per visite occasionali, ho fatto fare una copia (o un dettato) e qualche disegno.

Dislessia - disortografia - disgrafia

I ragazzi di oggi possono avere dei problemi ma con l'ebbrezza con gli esempi positivi con lo sporto di ogni giorno e con il recupero di alcuni l'osate il rispetto verso se stessi verso se stessi e verso gli altri il senso della famiglia l'amicizia sincerità la lealtà, possono migliorare e perfezionare e diventare più forti.



10 anni - M

Non DSA - M - 9 anni

Lera una volta... in una calda estate un'allegria sicula che continuava a cantare sul ramo di un albero, mentre sotto di lei una lunga fila di formiche;
"Ma perché lavorate tanto ~~che~~ venite qui all'ombra a ~~non~~ ripararsi dal sole potremo cantare ~~insieme~~ insieme!



**Disturbo specifico di apprendimento
(vissuti di inferiorità)**

Non DSA - M - 14 anni

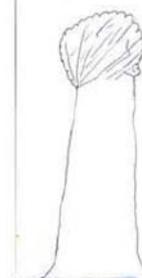
Scrittura
lenta,
modello

Vivo nella città di Prato che è una bella città. Purtroppo quest'estate non è piovuto da più di due mesi, per cui il caldo si è fatto sentire ed umidità non ha reso facile il riposo notturno. Oggi però è diverso c'è più fresco perché alcuni giorni ha piovuto

Disturbo specifico di apprendimento
Mancanza di attenzione, concentrazione

Disturbo specifico dell'apprendimento - 11 anni - M

C'era una volta un soldato nobile che tornava dalla guerra. nonostante il suo coraggio le sue tasche erano vuote e la spada era rimasta la sua unica ricchezza passando in mezzo a una foresta incontrò un vecchio stregone che lo fermò

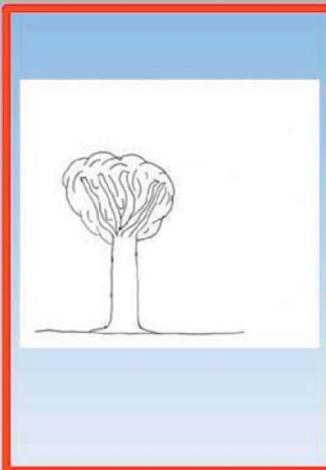


La diagnosi N.P.I. ha messo in evidenza una insufficienza mentale

Grafia
statica,
titubante

Dislessia - discalculia - M -9 anni

L'era un volta... una rana presentosa che non
perdeva occasione per far vedere alla sua compagne
quanto fosse diversa e migliore di loro.
Se saltavano, lei cercava sempre di saltare più in
alto di tutte, se si tuffavano voleva essere la
prima a scendere in acqua: insomma qualche
cosa si faceva, voleva primeggiare.



**Scrittura lenta e poco armonica (nel rapporto
massa grafica e spazio)**

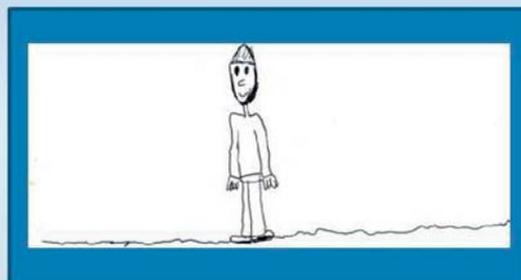
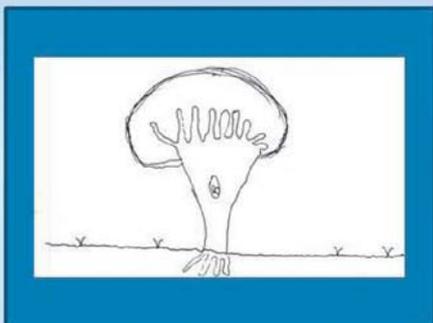
Discalculia - 13 anni - F

C'era una volta... una lepre, che
vantandosi di correre più veloce
di chiunque altro prendeva sem-
pre in giro una tartaruga =
per la sua lentezza, finché
questa seccata le rispose: "Ma
chi credi di essere? Sì, d'accor

**Scrittura snervata
Ipoenergetica e stretta
tra parole, tra righe e tra
lettere**

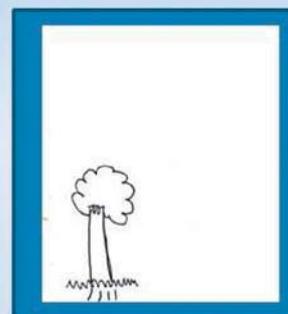
Dislessia- disortografia -disgrafia 11 anni - M - N.P.I.

*L'era una volta un bosco dove viveva una volpe molto bella
e molto furba. Conigli, topi, uccelli e tutti gli altri animali
scappavano al suo apparire, ~~spesso~~ sprendo quando
forse ~~era~~ crudele e insaziabile*



Dislessia (con difficoltà nella scrittura) N.P.I

*C'era una volta... uno specchio fabbricato dal diavolo e che aveva il potere
di riflettere ogni cosa al contrario. Il volto di una persona buona diventava
malvagio, mentre uno sguardo d'odio sembrava un'occhiata amorevole.
Ma lo specchio si ruppe, e i frammenti si sparsero per il mondo
conservando il loro potere malefico: se entravano negli occhi*



F. 10 anni e 10 mesi

Strumenti per il pediatra (valutazione in età prescolare)

1. Questionario del linguaggio per i genitori (PLC)

Il Parents Language Check-list è formato da 12 domande e va somministrato da pediatri per i bambini da 36 mesi a 38 mesi, rivolgendo le domande ai genitori.

2. Prova di ripetizione di parole

È composta da 15 parole di complessità e lunghezza bilanciate. A questa lista sono state aggiunte 4 parole-prova (nuca, trave, palato, patente) da presentare al bambino perché acquisiti familiarità sia con la prova sia con il pediatra. Il pediatra deve pronunciare la parola e il bambino deve ripetere. Per le parole-prova il bambino può ripetere diverse volte, per le 15 parole del test le parole vanno ripetute una sola volta. Va fatto ai bambini di 3-4 anni. Dura pochi minuti (5 minuti circa).

3. Denominazione dei colori

Va fatta dall'età di 5 anni e tre mesi fino a 6 anni e tre mesi. È una denominazione rapida dei colori.

Riflessioni

Per avere una buona comprensione del problema dell'apprendimento in senso generale il pediatra deve avere una idea chiara della differenza tra i disturbi evolutivi specifici del linguaggio, i disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche, i disturbi evolutivi specifici della funzione motoria. Questi disturbi si intrecciano tra di loro e spesso in un bambino con DSA, ad esempio in comorbidità, è presente qualche disturbo del linguaggio o della funzione motoria.

Conclusioni

Il pediatra è una figura fondamentale nella prevenzione dei DSA. L'impegno del pediatra non è solo quello della prevenzione precoce e del capire se c'è solo un vero problema di apprendimento, ma anche quello

di fare, una volta che c'è la diagnosi, un lavoro integrato con la scuola per evitare strategie errate, e per dare una mano alla famiglia del bambino e al bambino stesso di supporto positivo. C'è da ricordare che il bambino con DSA, oltre le difficoltà di apprendimento che vive con disagio, la paura dell'insuccesso, le continue frustrazioni, il disadattamento sociale, la perdita di motivazione, può avere un cattivo rapporto con la scuola (sforzo, rabbia, rifiuto, incomprensione) andare verso un disimpegno scolastico (scoraggiamento, confronto, stress), entrare in problemi di disattenzione eccessiva con fughe nella fantasia (per la fatica, lo sforzo, il disinteresse, la preoccupazione), complessi di inferiorità e malessere esistenziale, può reagire con condotte inadeguate (aggressività, ostilità, tensione, irritabilità), e entrare in circolo vizioso di problemi psicosomatici (cefalea, dolori addominali ricorrenti e altre difficoltà riferite al soma). Attualmente all'USL di Prato c'è un accordo tra scuola, struttura di neuropsichiatria infantile e pediatria. In caso di sospetto di DSA la scuola consegna alla famiglia del bambino un modulo che a sua volta la famiglia darà al pediatra per un percorso facilitato di intervento per la diagnosi.

Bibliografia

De Grandis Chiara, *La dislessia* — Erickson ed. — 2007 — Trento

Stella Giacomo et al., *Dislessia evolutiva in pediatria. Guida all'identificazione precoce*, Erickson ed. 2011 — Trento

Pratelli Monica, *Disgrafia e recupero delle difficoltà grafo motorie*, Erickson ed. 2009 (ristampa) — Trento

Reid Gavin, *È dislessia*, Erickson ed. — 2009 (ristampa) — Trento

Web grafia:

Dislessia evolutiva, dott.ssa Luigia Milani — Dipartimento di neuroscienze neuropsichiatria infantile, <http://www.ospedalebambinogesu.it>— 2008

Cíntia Alves Salgado, Logopedista, Dottore in Scienze Mediche — FCM/UNICAMP (Brasile).
Sylvia Maria Ciasca www.nweuroscien.net

Angela Maria Granara, *Correlati comportamentali del soggetto dislessico*,
<http://www.educare.it>

L'Ordine degli Psicologi della Toscana e i DSA

Tania Fiorini – Consigliere e Segretario dell'Ordine degli Psicologi della Toscana, Referente del Gruppo di Lavoro Psicologia per la Scuola

Il gruppo di lavoro Psicologia per la Scuola nasce all'interno del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Toscana, nel marzo del 2006, come primo gruppo istituzionale in ordine di tempo, a riprova dell'importanza della collaborazione tra la Psicologia e il mondo della Scuola. Con la nuova consiliatura del 2010, il gruppo è stato mantenuto e ampliato nei suoi interventi.

L'obiettivo di questo gruppo è la promozione della figura dello psicologo nel contesto scuola.

Il gruppo attualmente è suddiviso in quattro sottogruppi ciascuno con un coordinatore:

1. Metodologia dell'intervento
2. Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)
3. Valutazione dell'efficacia degli interventi
4. Sportello d'ascolto.

In questi anni il gruppo si è occupato di numerose iniziative che hanno riguardato sia attività di ricerca con indagini sul ruolo dello psicologo nel contesto scolastico (pubblicate su www.psicologia.toscana.it), sia convegni ed incontri riguardanti questo tema.

Nello specifico, le attività del 2012 hanno riguardato, per quanto concerne il gruppo che si occupa della "Metodologia dell'intervento", la redazione di un documento "buone prassi sull'intervento dello Psicologo come consulente del sistema Scuola".

Il gruppo che si occupa dello "Sportello d'ascolto" ha svolto una ricerca volta a rilevare l'impiego dello psicologo nei Centri di Informazione e Consulenza (CIC), con particolare attenzione alla tipologia di contratto, al numero di ore e alla remunerazione di questa attività.

Il gruppo che si occupa della "Valutazione dell'efficacia degli interventi", ha offerto consulenza ai colleghi che hanno richiesto un confronto per predisporre una valutazione dell'efficacia dei loro interventi. Inoltre, ha promosso, dandone una maggiore visibilità, quei progetti che prevedevano, già in fase di progettazione, la valutazione dell'efficacia.

Infine, il gruppo che si occupa di "DSA" ha redatto documenti di supporto per l'interfaccia dell'Ordine con la Regione, e di supporto per l'interfaccia con il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi. Ha inoltre monitorato i tempi di attesa della diagnosi presso le strutture pubbliche. In ultimo ha analizzato le criticità della Legge 170/10 e ha curato la realizzazione di un ciclo di incontri nelle Scuole per presentare le criticità e i punti di forza contenuti all'interno della Legge.

È del tutto evidente come l'entrata in vigore della Legge 170/10 abbia assorbito buona parte delle energie del Gruppo Psicologia per la Scuola.

Entrando in merito della Legge 170/10, la maggiore criticità si trova nell'Articolo 3 comma 1: "la diagnosi dei DSA è effettuata nell'ambito dei trattamenti specialistici già assicurati dal Servizio sanitario nazionale a legislazione vigente ed è comunicata dalla famiglia alla scuola di appartenenza dello studente. Le regioni nel cui territorio non sia possibile effettuare la diagnosi nell'ambito dei trattamenti specialistici erogati dal Servizio sanitario nazionale possono prevedere, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, che la medesima diagnosi sia effettuata da specialisti o strutture accreditate".

Il ricorso al termine "specialista" ha creato confusione dal momento che non esiste alcun percorso formativo che, ai sensi di legge, specializzi in DSA. Infatti la fondatezza delle nostre perplessità ha trovato riscontro nel documento Accordo Stato Regioni del 24 luglio 2012.

In questo documento il Legislatore si è trovato a definire, disambiguando, il significato del termine specialista.

Per la Legge, il termine "specialista" viene rilasciato a chi ha frequentato un corso di specializzazione almeno quadriennale *post-lauream*, invece nell'accordo Stato Regioni, all'Articolo 2 "Criteri qualitativi per l'individuazione dei Soggetti accreditati per il rilascio della diagnosi", si dice che: "Ai soli fini del rilascio delle diagnosi di DSA, gli specialisti e le strutture per poter essere accreditati ai sensi della Legge n. 170/2010, devono dimostrare il possesso dei seguenti requisiti:

- documentata esperienza nell'attività diagnostica dei DSA;
- disponibilità di un'équipe multidisciplinare costituita da neuropsichiatri

- infantili, psicologi, logopedisti ed eventualmente integrata da altri professionisti sanitari e modulabile in base alle fasce d'età;
- dichiarazione d'impegno a rispettare le *Raccomandazioni per la pratica clinica dei DSA (2007-2009)* e il suo aggiornamento, nonché i risultati della *Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità (...)"

In particolare la locuzione "specialisti o strutture accreditate" utilizzata dalla Legge 170/10 citata per l'individuazione dei soggetti che potranno affiancare il Servizio Sanitario Nazionale nell'attività diagnostica, deve essere interpretata come riferita a soggetti specificamente riconosciuti dalle regioni per il rilascio della certificazione di DSA. La diagnosi dei DSA deve essere, quindi, effettuata nell'ambito dei trattamenti specialistici già assicurati dal Servizio Sanitario Nazionale a legislazione vigente.

Gli effetti di un'interpretazione rigida della Legge, ha già oberato il Sistema Sanitario Regionale con tempi di attesa che oggi oscillano tra i 10 e i 19 mesi. Questi sono tempi che mal si conciliano con i diritti garantiti dalla nostra Costituzione, in particolare con il diritto alla salute (Art. 32 della Costituzione) e con il diritto allo studio (Art. 34 della Costituzione).

Diversi istituti scolastici in assenza delle specifiche indicazioni che la legge stessa si riserva di fornire successivamente, cominciano ad esigere solo diagnosi fatte dal Sistema Sanitario pubblico. In alcuni casi sono state perfino rifiutate diagnosi fatte da privati prima dell'entrata in vigore della Legge, tanto che l'Ordine degli Psicologi della Toscana nel gennaio 2011 s'è visto costretto a chiedere al proprio legale di precisare che le diagnosi svolte dai privati, prima dell'entrata in vigore della Legge (2 novembre 2010) sono valide a tutti gli effetti.

In conclusione, da parte dell'Ordine degli Psicologi della Toscana, si sta facendo quanto in nostro potere per facilitare l'adempimento di quanto disciplina la Legge, attraverso incontri con la Regione, l'Università e le Associazioni. Tuttavia rimane ancora molto da fare per dare pieno compimento a quanto prevede la Legge in materia di DSA e addivenire, quindi, ad una presa in carico efficace dei soggetti interessati.

La relazione clinica nei DSA

Lauro Mengheri — Psicologo, Studio Verbavoglio, Livorno

Perché non legge come gli altri bambini?

Perché scrive così male che nemmeno lei riesce a rileggersi?

Perché non riesce ad imparare le tabelline?

Quante volte vengono rivolte queste domande ai clinici e agli insegnanti. Quanto volte i genitori brontolano i figli perché sono "pigri". Quante volte troviamo scritto sui quaderni "Sei troppo lento".

Oggi ci sono opposti pensieri sull'argomento, ma non si tratta di avere opinioni o di esprimere consensi, si tratta di conoscere o non conoscere la situazione. Sugli articoli di quotidiani autorevoli talvolta leggiamo ironicamente che le classi sono popolate da dislessici e che sta diventando una moda.

Di fatto, non tutti i bambini sono dislessici, disortografici, disgrafici o discalcolici. Non tutti i bambini sono pigri.

In Italia è in corso un diffuso dibattito culturale e scientifico sui Disturbi Specifici dell'Apprendimento. In Toscana dopo la Delibera di Giunta Regionale, D.G.R. 1159/2012, i DSA sono stati denominati DSAP per distinguerli dai Disturbi dello Spettro Autistico. Il dibattito è stato stimolato dalla non più recentissima promulgazione della Legge n° 170 dell'8 ottobre 2010 (*Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico*).

Uno dei meriti della Legge 170/2010 e dei successivi provvedimenti (Decreti, Direttive e Circolari ministeriali, Delibere regionali, Conferenza Stato Regioni) è aver cercato di distribuire le responsabilità al fine di creare un dialogo costruttivo tra i clinici, insegnanti e famiglie. Una triade che troppo spesso è rimasta scissa con tre nicchie ecologiche diverse e ben protette.

La Legge definisce alcune questioni cocenti tra cui la definizione del percorso diagnostico, le caratteristiche dei disturbi ed inoltre delega le Regioni circa l'emanazione di Linee Guida (D.G.R. Toscana 1159/2012).

Cerchiamo adesso di fare ordine per definire sinteticamente i quadri clinici con un linguaggio comprensibile ai più.

I disturbi evolutivi specifici di apprendimento

I riferimenti internazionali utilizzati nella definizione e classificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) sono rappresentati da:

- ICD 10 (F81 Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche)
- DSM IV TR (315 Disturbi dell'apprendimento).

All'interno della relazione diagnostica i genitori e gli insegnanti (ma anche i clinici!) dovranno vedere scritto il codice internazionale che per i Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche è *F81*. Vale a dire che in tutto il mondo scientifico che utilizza l'ICD 10, l'F81 avrà il medesimo significato avendo in tal modo un linguaggio condivisibile tra operatori, almeno nosograficamente parlando.

Si tratta di disturbi che coinvolgono uno specifico dominio di abilità, le competenze strumentali degli apprendimenti scolastici, lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale.

Come delineato dalla *Consensus Conference* (2011) e ripreso dalle *Linee guida per la diagnosi e gestione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento* (DGR 1159/2012) si ritiene che la diagnosi di DSA possa essere ipotizzata anche in presenza di competenze cognitive in area limite (Quoziente Intellettivo — QI tra 70 e 85) laddove le prestazioni scolastiche risultino significativamente deficitarie rispetto a quelle attese in funzione del QI.

La rilevanza dell'argomento è dovuta alla prevalenza dei DSA (oscillante tra il 2,5 e il 3,5 % della popolazione in età evolutiva per la lingua italiana) e alle ripercussioni che questi disturbi determinano sulla persona, traducendosi spesso in un abbassamento del livello scolastico conseguito (con frequenti abbandoni nel corso della scuola secondaria di secondo grado) e una conseguente riduzione della realizzazione delle proprie potenzialità sociali e lavorative. (CC ISS, 2011).

Disturbo specifico della lettura, Dislessia

La definizione dell'*International Dyslexia Association*, (2003) spiega la Dislessia Evolutiva come una disabilità specifica dell'apprendimento di origine neurobiologica caratterizzata dalla difficoltà di effettuare una lettura accurata e/o fluente e da abilità scadenti nella scrittura e nella decodifica. Queste difficoltà tipicamente derivano da un deficit nella componente fonologica del linguaggio che è spesso inattesa in rapporto alle altre abilità cognitive e alla garanzia di un'adeguata istruzione scolastica.

La velocità è misurata in sillabe al secondo, l'accuratezza in numero di errori.

Le prove previste per la valutazione sono: lettura di brano, di parole, non parole e lettere, diversificate per età e momento dell'anno scolastico.

Prendendo spunto dalla CC del 2007 si ravvede:

- 1) la necessità di somministrare prove standardizzate di lettura a più livelli: lettere, parole, non-parole, brano;
- 2) la necessità di valutare congiuntamente i due parametri di rapidità/accuratezza nella performance;
- 3) la necessità di stabilire una distanza significativa dai valori medi attesi per la classe frequentata dal bambino [convenzionalmente fissata a $-2ds$ dalla media per la velocità e al di sotto del 5° percentile per l'accuratezza], in uno o nell'altro dei due parametri menzionati.

Anche la CC dell'ISS (2011) riporta *“si raccomanda, ai fini della diagnosi di DSA, di continuare a utilizzare le deviazioni standard (in particolare per i punteggi di rapidità, più normalmente distribuiti) e i percentili (in particolare per i punteggi di accuratezza o di errore, caratterizzati da distribuzioni asimmetriche), perché le proprietà distribuzionali dei punteggi ai test garantiscono maggiore precisione rispetto al riferimento al livello di scolarità. La funzione che descrive l'evoluzione delle competenze con la scolarizzazione è infatti troppo poco lineare per permettere di calcolare ed esprimere misure significative di ritardo nell'apprendimento (un divario di 3 anni nella scuola primaria è, per esempio, ben più significativo di un divario di 3 anni nella scuola superiore)”*.

Dalle ricerche appare sempre più chiaro che le difficoltà di comprensione non sono strettamente legate alle difficoltà di decodifica e non paiono essere una semplice conseguenza delle stesse. Nella popolazione normale la relazione fra decodifica e comprensione decresce all'aumentare della scolarizzazione (come descritto dal modello *“simple view of reading”* di Gough e Tunmer, Gough, 1986), a indicare che diventando progressivamente più automatizzata, la decodifica perde rilevanza come predittore della comprensione (Cain, 2000; Catts, 2006; Nation, 2010).

Non saranno le singole prove a definire la diagnosi, ma il profilo stilato dall'equipe. La valutazione deve riguardare il dominio specifico oggetto dell'indagine, ma complessivamente saranno *“scansionate”* molte funzioni (attentive, mnestiche, visuo-motorie, linguistiche, psichiche, ecc.) arrivando a stilare un profilo di funzionamento ovvero una diagnosi di secondo livello

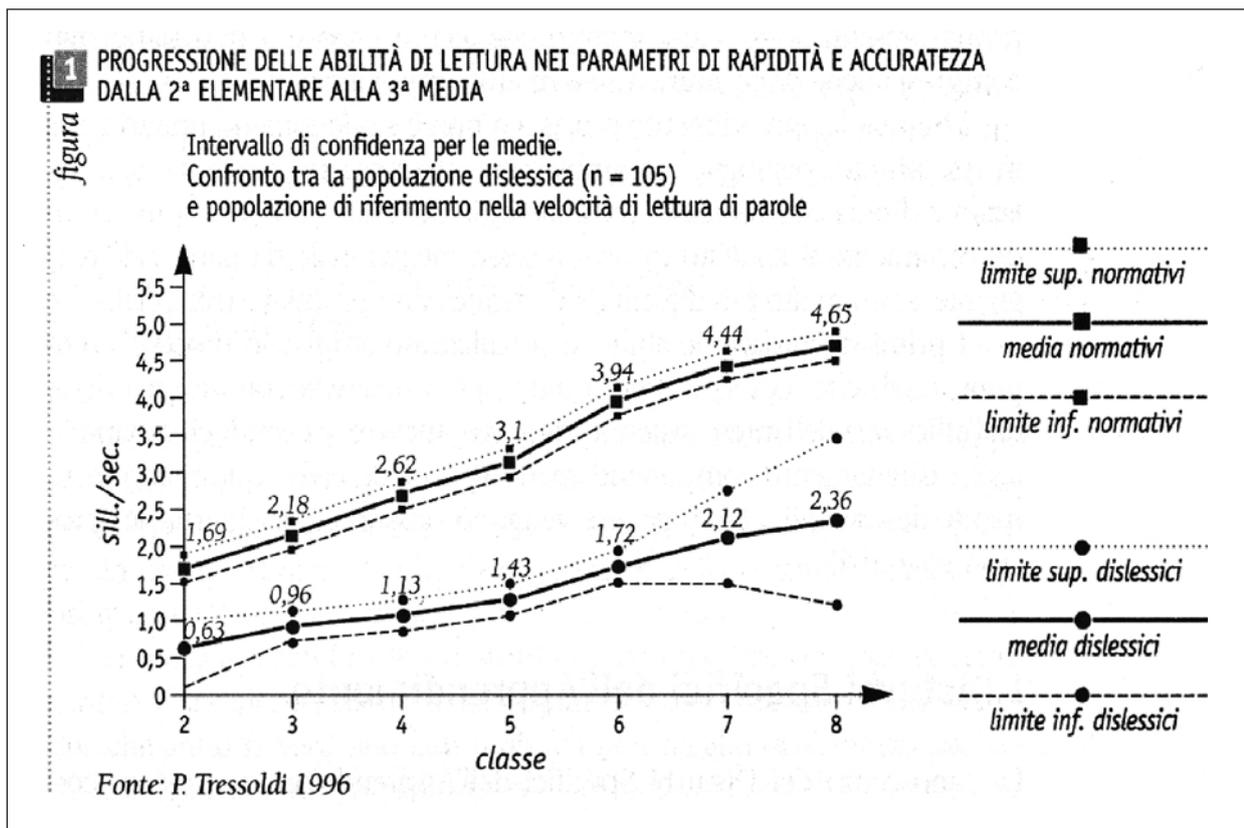
articolata, con indicazioni utili sia alla famiglia sia agli insegnanti. Se la famiglia, il clinico e la scuola lavoreranno di concerto formando una unica *equipe* il successo scolastico potrebbe essere meno complicato per il bambino o il ragazzo.

Riguardo all'età minima in cui è possibile effettuare la diagnosi, essa dovrebbe teoricamente coincidere con il completamento del 2° anno della scuola primaria.

Tuttavia, è importante precisare che già nel corso del 1° anno della scuola primaria è possibile rendersi conto sia da parte dei clinici sia da parte di insegnanti, della presenza di profili funzionali deficitari. Nonostante per il clinico non sia possibile formulare la diagnosi nosografica è tuttavia consigliato e auspicabile esplicitare il deficit funzionale, per iniziare così attività di potenziamento e recupero.

Dal punto di vista dell'insegnante già nel corso del 1° anno della primaria è possibile attivare specifiche attività di potenziamento sulle strumentalità deficitarie individuate dal docente stesso.

FIGURA 1
Velocità in sill./sec.
Nella prova
di Lettura di Parole
dalla 2ª Primaria
alla 3ª media



Disturbo specifico della scrittura, Disortografia e/o Disgrafia

Gli aspetti condivisi circa il Disturbo della Scrittura, riguardano la sua suddivisione in due componenti:

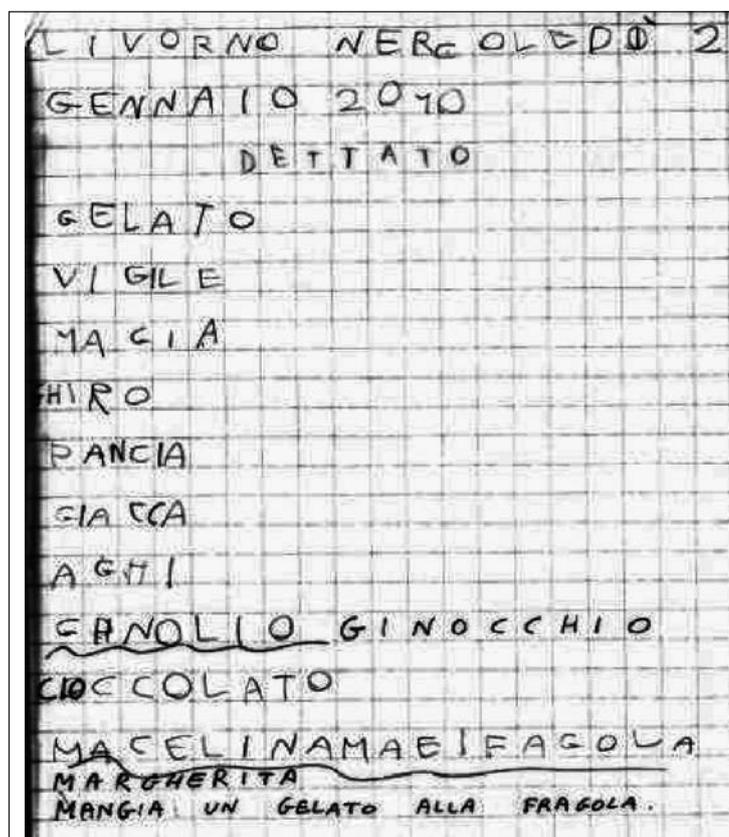
- una di natura linguistica (deficit nei processi di cifratura);
- una di natura motoria (deficit nei processi di realizzazione grafica).

Come per la lettura anche per la scrittura, è necessario somministrare prove standardizzate; in particolare, per la disortografia è condiviso il parametro di valutazione della correttezza, costituito dal numero di errori (al di sotto del 5° centile siamo in fascia clinica), mentre per la disgrafia, i principali parametri di valutazione riguardano la fluenza o velocità (<2 deviazioni standard) e l'analisi qualitativa delle caratteristiche del segno grafico.

Il Disturbo di Scrittura può presentarsi in isolamento (raramente) o in associazione (più tipicamente) ad altri disturbi specifici. Al fine di descrivere questa possibile co-occorrenza di più disturbi, senza stabilire una gerarchia tra gli stessi, è stato proposto dai documenti di consenso di utilizzare la dicitura estesa "Disturbo Specifico di Apprendimento della Lettura e/o della Scrittura (grafia e/o ortografia) e/o del Calcolo".

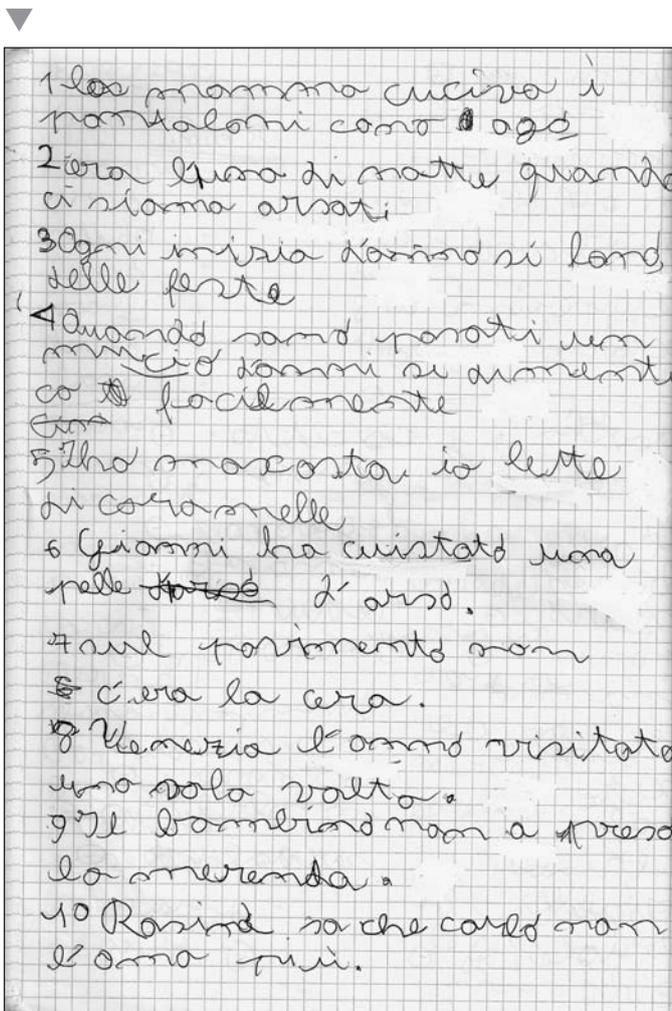
La Disgrafia o disturbo nella grafia (intesa come abilità grafo-motoria), riguarda la capacità di scrivere in maniera fluente, rapida e comprensibile. Per tale diagnosi è necessario analizzare l'assetto morfologico, spaziale e la velocità della grafia (prassie). L'alterazione dei processi qualitativi della grafia determina una scarsa comprensibilità dello scritto ed un processo di scrittura nel complesso poco fluido e molto faticoso. Per la condivisione dei criteri diagnostici per la Disgrafia l'AIRIPA ha redatto un documento, *Criteri per*

FIGURA 2
Dettato a scuola



la diagnosi di disgrafia: una proposta del gruppo di lavoro AIRIPA (Russo, et al. 2011); in occasione della presentazione di Cesare Cornoldi del documento viene riferito che "Ci preme in particolare segnalare le cautele che il gruppo di lavoro ha introdotto al fine di differenziare fra una semplice difficoltà e un vero e proprio disturbo. Un vero disturbo, infatti, si caratterizza per il fatto di essere profondamente radicato nel bambino e quindi di essere suscettibile solo di lenti e parziali miglioramenti. Il disturbo è infatti legato a preesistenti strutture neurali del bambino ed è tipicamente associato ad altri sintomi neuropsicologici. Una difficoltà nel grafismo può invece avere un carattere temporaneo ed essere anche associato a fattori di ordine motivazionale ed emotivo. Basta considerare le insicurezze e le variabilità nel grafismo del bambino, per capire quanto esso debba consolidarsi nel tempo e transitoriamente possa presentarsi in forme poco accettabili che certamente non costituiscono

FIGURA 3
Difficoltà grafiche



sintomi di disgrafia".

Per la diagnosi di Disortografia è necessaria la presenza di un numero di errori ortografici che si discostino per difetto in maniera importante rispetto ai risultati dei bambini della stessa classe scolastica (misurati attraverso batterie di test standardizzati). Per la Disortografia evolutiva in accordo con i Documenti di consenso è importante utilizzare come *cut-off* il 5° centile.

Rimangono intatti i criteri per la diagnosi di disturbo evolutivo specifico di apprendimento.

È un disturbo che riguarda il processo di trascrizione basato sul meccanismo di conversione da suono (fonema) a segno (grafema) e il riconoscimento e/o il mantenimento e quindi l'automatizzazione di regole ortografiche che permettono la corretta scrittura di parole con trascrizione ambigua.

Angelelli e collaboratori (2010), riferiscono che le problematiche legate alla scrittura possono insorgere anche in assenza di diagnosi di dislessia,

ma più frequentemente lo sono. Gli insegnanti tendono a riferire che i bambini rimangono indietro durante un dettato, nello spontaneo scrivono poche parole e frasi e gli errori ortografici sono piuttosto frequenti. Nel percorso diagnostico della disortografia è bene tener di conto come nell'analisi della scrittura sia indispensabile valutare in modo diversificato le varie componenti calligrafiche, di velocità in produzione, ortografiche, sintattiche, lessicali, di contenuto, di punteggiatura (Vio et al, 2012). Ognuna delle componenti concorre infatti in modo indipendente al processo di scrittura (Berninger e Whitaker, 1993). Per i clinici sarà utile (suggerito anche dalla CC ISS, 2011) verificare la condizione di disturbo all'interno di due prove di scrittura, quali ad esempio dettato di parole e non parole.

Tuttavia il giudizio del clinico rimane fondamentale per la stesura del profilo e della diagnosi.

Disturbo specifico del Numero e/o del Calcolo, Discalculia Evolutiva

È un disturbo che interessa la produzione o la comprensione della quantità, il saper conoscere simboli numerici, eseguire algoritmi di base. Probabilmente è il disturbo meno conosciuto tra i DSA.

Gli studenti italiani sono i "meno performanti" alle prove INVALSI per la matematica in Europa. In effetti molte sono le persone che trovano la matematica complessa e "ostica" senza ovviamente presentare un disturbo. La prevalenza per la discalculia evolutiva è di gran lunga più bassa rispetto agli altri DSA. La CC ISS (2011) tiene in considerazione la possibilità di utilizzare due diversi profili deficitari:

- relativo ad alterazioni nelle componenti di **cognizione numerica** (ad esempio, strategie calcolo a mente, *subitizing*, quantificazione, comparazione),
- alterazioni nelle procedure di **esecuzione del calcolo** (lettura e scrittura dei numeri, incolonnamento, algoritmi del calcolo scritto, recupero dei fatti numerici).

Le prove di letteratura suggeriscono di considerare come cruciali i fatti numerici o il processamento numerico (Geary, 1993; Landerl et al, 2004; CC ISS, 2011).

Per la diagnosi è opportuno attendere il termine del terzo anno della primaria (per gli altri disturbi specifici il termine del secondo) anche se vale quanto detto precedentemente circa l'individuazione di profili deficitari già

al secondo anno e l'attivazione di attività di potenziamento e riabilitazione.

Per la valutazione delle competenze di cognizione numerica si raccomanda di tener conto soprattutto del parametro rapidità. In effetti per quanto riguarda la correttezza pare opportuno utilizzare la distribuzione percentile. La correttezza senza pressione cognitiva tende ad aumentare generalmente, mentre permane lentezza e scarso automatismo procedurale.

Lucangeli e collaboratori (2007) per quanto riguarda la cognizione numerica sostengono che sia possibile individuare deficit nelle abilità inerenti l'intelligenza numerica già in età prescolare, vale a dire conteggio, conoscenza lessicale, semantica e sintattica. In fase di procedura diagnostica è opportuno indagare le competenze collegate agli apprendimenti aritmetici quali la memoria e le abilità visuo-spaziali.

La stima in base alla prevalenza sopra riportata suggerisce circa 1-2 allievi con DSA per classe. La normativa menzionata sta cercando di agevolare l'interazione tra gli addetti ai lavori favorendo il dialogo ed un linguaggio condiviso. È necessario ricordare che i bambini con disturbo specifico degli apprendimenti sono bambini con una intelligenza almeno nella norma e che il successo scolastico dipende in larga misura dal terreno che viene loro preparato dagli adulti operatori e genitori.

Bibliografia

- Angelelli P., Notarnicola A., Judica A., Zocolotti P., Luzzatti C., (2010), Spelling impairments in Italian dyslexic children: phenomenological changes in primary school, "Cortex", vol. 46, n.10, pp. 1299-1311.
- Berninger V.W., Whitaker D., (1993), Theory-based branching diagnosis of writing disabilities, "School Psychology Review", vol. 22, n.4, pp. 623-642.
- Cain K. et al., Phonological skills and comprehension failure: a test of the phonological processing deficit hypothesis. *Reading and Writing*(2000); 13:31-56.
- Catts H.W. et al., (2006), Language deficits in poor comprehenders: a case for simple view of reading. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 49:278-293.
- DSM-IV-TR, Ed. Masson, a cura di Andreoli V., Cassano G.B, Rossi R., (2007). *Consensus Conference, Aid, Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento*, (2007).
- Geary D.C., (1993), Mathematical disabilities: Cognitive, neuropsychological, and genetic components. *Psychological Bulletin*.
- Gough P.B. & Tunmer W.E., (1986). Decoding, reading, and reading disability. *Remedial and Special Education* 7:6-10.

Icd 10, Classificazione Multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente, Ed. Masson, a cura di Guarneschi Cazzullo A. (1997).

Istituto Superiore di Sanità, (ISS) (2011), Consensus Conference Disturbi Specifici dell'apprendimento, http://snlg-iss.it/cc_disturbi_specifici_apprendimento.

Landerl K., Bevan A., Butterworth B., (2004), Developmental dyscalculia and basic numerical capacities: a study of 8 - 9-year-old students; *Cognition* 93, pp. 99-125.

Lucangeli D., Ianniti A., Vettore M., (2007), *Lo sviluppo dell'intelligenza numerica*, Roma, Carocci.

Nation K., et al., (2010), A longitudinal investigation of early reading and language skills in children with poor reading comprehension. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 51:1031-1039.

Russo M.R., Tucci R., Cornoldi C., Tressoldi P., Vio C., Bilancia G., Di Brina C., Borean M., Bravar L., Zoia S., Iozzino R., (2011), *Criteri per la diagnosi di disgrafia: una proposta del gruppo di lavoro AIRIPA*.

Tressoldi P.E., (1996), " L'evoluzione della lettura e della scrittura dalla 2a elementare alla 3a media. Dati per un modello di sviluppo e per la diagnosi dei disturbi specifici"; in *Età Evolutiva* , 53, 43-55.

Vio C., Tressoldi P.E., Lo Presti G. (2012), *Diagnosi dei disturbi specifici dell'apprendimento scolastico*. Erickson, Trento.

Apprendimento e funzioni esecutive

Francesco Benso — Psicologo, Università di Genova



APPRENDIMENTO E FUNZIONI ESECUTIVE

Francesco Benso

Docente di Psicologia Fisiologica - Polo M.T. Bozzo - Università di Genova



*Polo Universitario di ricerca e intervento sui disturbi del
linguaggio e dell'apprendimento "M.T. Bozzo"*

Prato 2012

1

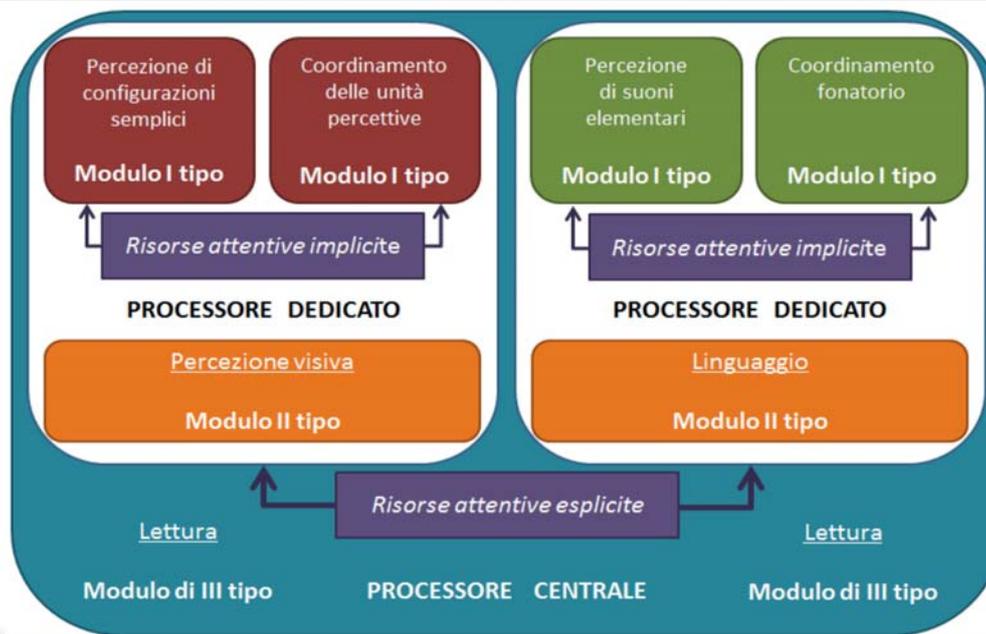
- Un modello validato

Fa luce sui meccanismi sottostanti la lettura

Ciò permette 4 passaggi fondamentali:

- 1) Valutazione precoce degli indici di rischio già a 4/5 anni
- 2) Proposte di programmi preventivi a livello della scuola dell'infanzia (Benso 2010)
- 3) Indagine diagnostica per verificare oltre i problemi di lettura le diverse cadute nei sottosistemi
- 4) In funzione della costruzione di un protocollo abilitativo centrato.

Il modello multicomponentiale della lettura di Moscovitch e Umiltà, 1990



- **Prevenzione secondo il modello**
- Giochi fonici
- Ritmi rime filastrocche per progredire nelle
- Fusioni, segmentazioni, traslitterazioni, spoonerismi.
- Educazione all'immagine.
- Esplorazione visiva (copia, descrizioni, confronti).
- Sistema esecutivo
- Coordinazione motoria fine
- Controllo dell'interferenza (giochi con finta e cattura)
- Avvio shifting (cambiamenti veloci di compito... prima la mano SX poi la Dx utilizzo mani /piedi ecc)
- Updating (ricordare gli ultimi due /tre stimoli passati per...)
- Attenzione
- Orientamento volontario e automatico (giochi di palla con finta)

Siamo consapevoli che esistono e sono largamente accettati anche modelli monocomponenziali più tendenzialmente linguistici o visuoperceptivi che comunque non ignoriamo anche perché abbiamo criticamente affrontato questi lavori . Benso et al. (in preparazione)

I modelli unici sono confutabili sia perché gli assolutismi vanno in contraddizione e non reggono logicamente, sia...per la scoperta dei sistemi dei neuroni specchio che accentuano le aspre critiche di condanna alla modularità stretta fodoriana, già iniziate da eminenti neuropsicologi negli anni '90

- Vi sono degli autorevoli lavori sui sistemi dei neuroni specchio che portano Gallese ad affermare
- *“L'immagine del linguaggio che i risultati di queste ricerche ci consegnano è molto diversa da quella, ancora dominante, di un sistema linguistico modulare chiuso, indipendente e disincarnato, che manipola rappresentazioni simboliche amodali.”* (Gallese 2007 pag 5/6).
- Il modello multicomponenziale di Moscovitch e Umiltà (1990) congloba tutte le teorie
- Tale modello è stato più volte messo alla prova da nostre sperimentazioni ed ha retto ai nostri tentativi di falsificazione (nel senso popperiano del termine)

Studio su differenze tra soggetti di controllo (56) e dislessici (14)

- Differenze significative:
 - Prove di lettura (rapidità e accuratezza)
 - Prove di comprensione
 - Prova di dettato
 - Prova di calcolo (foglio A switch matematico)
 - Prove di Memoria di lavoro
 - (updating, alpha span, spoonerismo)
 - Prove esecutive fonologiche (denominazione e fluenza verbale)
 - Prove esecutive (num indietro-num avanti)
 - Prove visuo-percettive/esecutive (copia TPV, Figura di Rey)
 - Prove esecutive e attentive spaziali informatizzate (Flanker neutre, benefici orientamento automatico)

Studio 2 – Discussione e Conclusioni 1

- È stata riscontrata una difficoltà per i cattivi lettori nelle prove che valutano le diverse abilità che compongono il modello della lettura di Moscovitch e Umiltà (1990).
- Secondo tale modello infatti la lettura è un modulo di terzo tipo complesso che dipende dalla solidità dei moduli di secondo tipo sottostanti (linguaggio e percezione) e soprattutto dai processori dedicati e dal processore centrale che coordina tutto il processo di lettura.

Studio 3 – Risultati

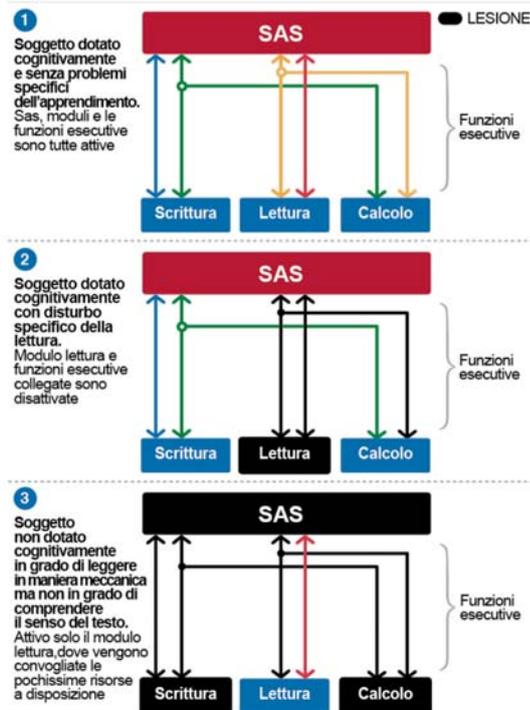
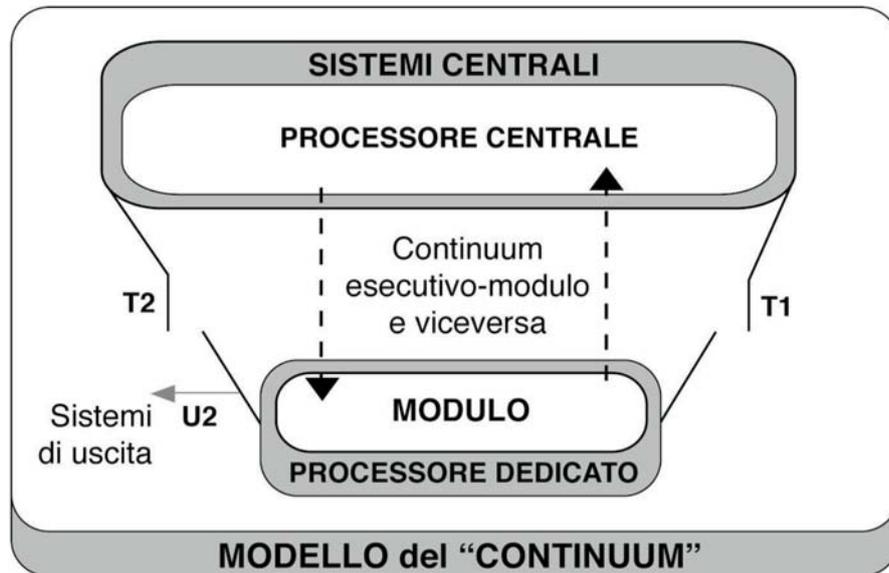
Variabile dipendente	Componenti predittive	Varianza spiegata dal modello
Rapidità di lettura brano	- Foglio A switch di calcolo - Subtest di Copia TPV - Navon incongrue locali - Ricerca visiva 1 test di Cancellazione	R ² corretto = .523
Accuratezza di lettura brano	- Subtest di Copia TPV	R ² corretto=.072
Rapidità lettura parole	- Denominazione colori - Subtest di Copia TPV - Switch di calcolo (foglioB-foglioA) - Flanker neutre	R ² corretto=.479
Accuratezza lettura parole	- Alpha span - Switch di calcolo (foglioB-foglioA) - Subtest di Copia TPV - Costi Test di orientamento volontario	R ² corretto=.541
Rapidità lettura non parole	- Denominazione colori - Span cifre indietro - Denominazione Numeri - Subtest di Copia TPV	R ² corretto = .527
Accuratezza lettura non parole	- Spoonerismo - Alpha span	R ² corretto=.419
Accuratezza dettato	- Spoonerismo - Subtest di Rapporti spaziali TPV - Ricerca visiva 1 Test di Cancellazione	R ² corretto=.532
Comprensione del testo	- Spoonerismo - Figura complessa di Rey - Fluenza verbale FAS - Foglio 8 Test di Cancellazione	R ² corretto=.618

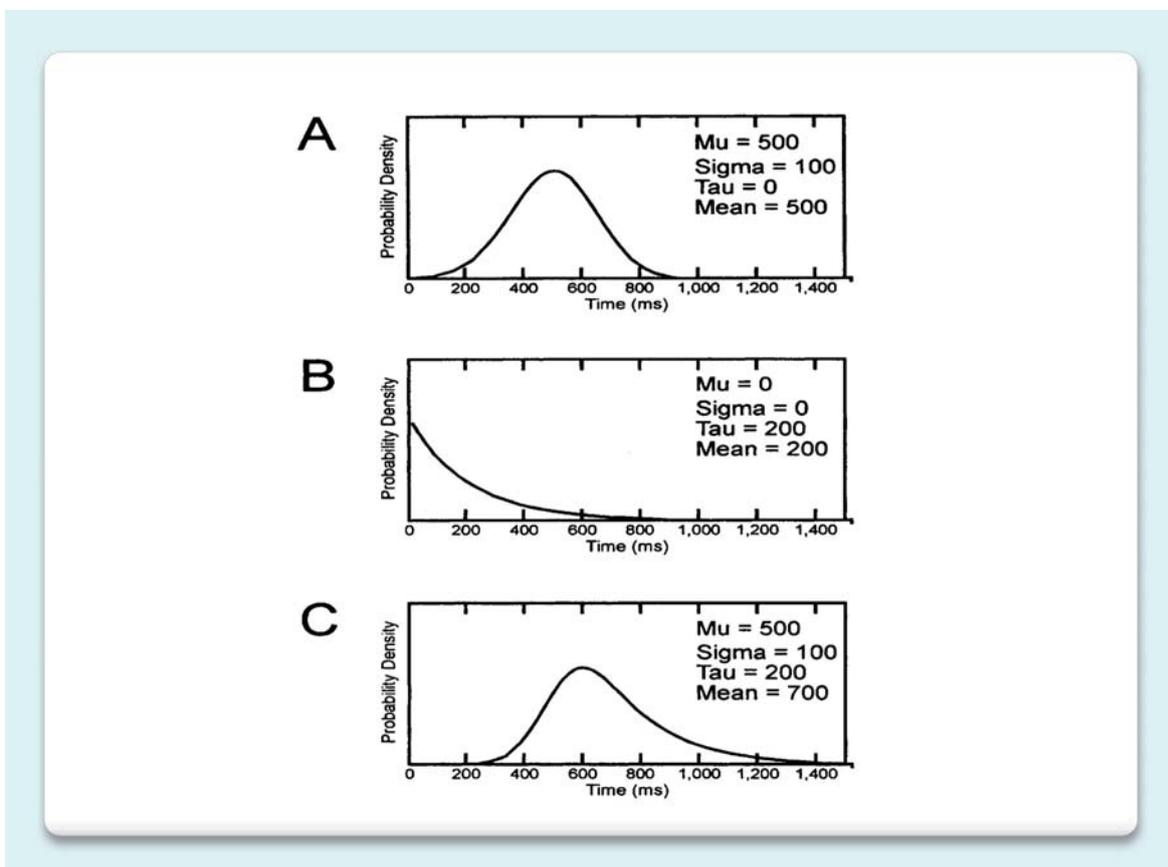
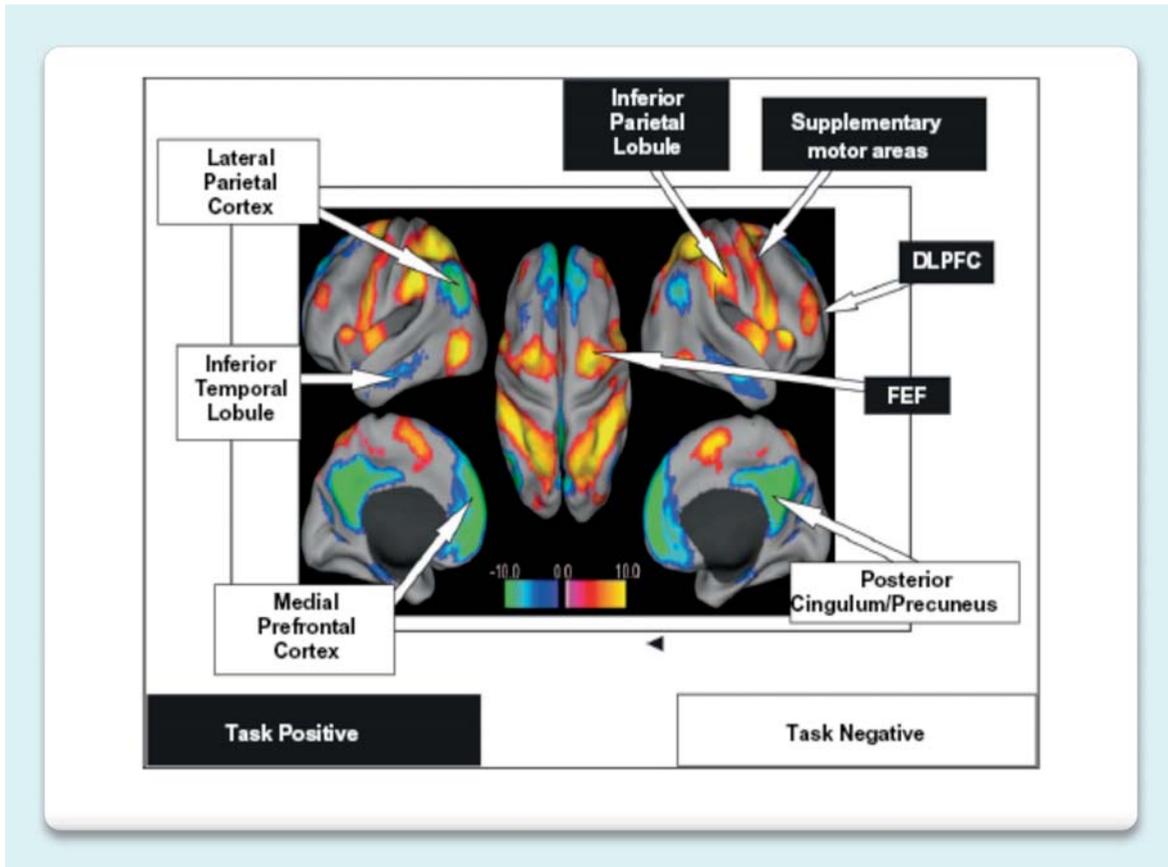
Studio 3 – Discussione e Conclusioni

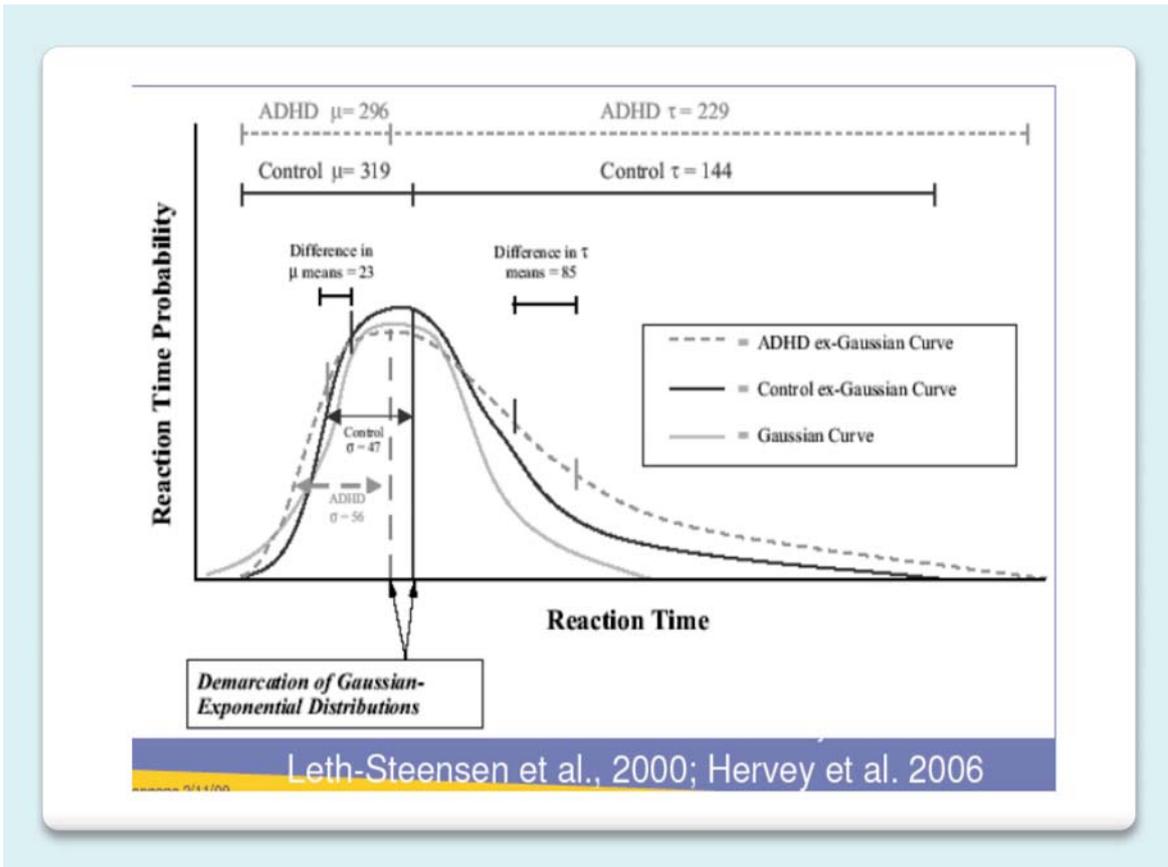
- Nelle rette di regressione che analizzano i predittori per la rapidità e l'accuratezza di lettura di brano, parole e non parole, emergono variabili di diverso tipo:
 - visuo-percettive
 - linguistiche
 - attentive-esecutive
 - riaggiornamento in memoria di lavoro

Ulteriore evidenza del modello multicomponentiale della lettura di Moscovitch e Umiltà (1990)

Modello Benso 2007



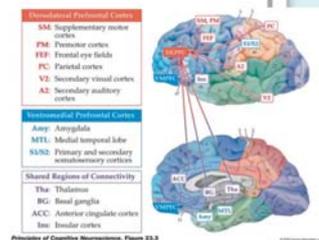




- Valutazione del controllo nel conflitto
- Aree cerebrali Giro del cingolo anteriore (24 BA) e Corteccia prefrontale dorsolaterale (9; 46 BA)
- Neurotrasmettitore maggiormente implicato: Dopamina (Fan e Posner 2004)

Tabella 7.11. Test Flanker - IV primaria - tempi semplici e compensati

	n	media	ds	err. st.				
RT congrue	533	650	162	588	42	164	13	49
RT compensati congrue	533	685	186	549	31	147	19	129
RT incongrue	499	699	148	556	11	65	16	153
RT compensati incongrue	499	786	195	576	14	75	25	222
RT neutre	526	639	160	494	15	84	16	147
RT compensati neutre	526	684	200	525	23	121	19	152



Effetto Flanker



IL TRATTAMENTO INTEGRATO

Per affrontare processi abilitativi o riabilitativi è necessario fornire agli operatori clinici protocolli ben definiti dotati di coerenza nei confronti di un modello teorico. Benso (2004), propone come sintesi della letteratura esistente il modello del "continuum implicito".

Tale modello prende in considerazione tre fondamentali aspetti tra loro distinti, ma in continua interazione: i sistemi centrali e le funzioni esecutive, i sistemi specifici modulari (apprendimenti per la neuropsicologia) e le emozioni.

Valuteremo brevemente i lavori teorici di sostegno per ognuno di questi ambiti.

FRANCESCO BENSO UNIGE

17

PROGETTO "LE TRACCE" Comune di LOANO

		GENN					MAGGIO			
		Raven	lettura (sill/sec)			lettura (sill/sec)				
NOMI	classe		parole	punz	non pard	punz	parole	punt z	non pard	Punt z
1	4	95%	1,65	-1,45	1	-1,51	2,96	0,507	1,76	0,44
2	4	75%	0,93	-2,52	0,84	-1,92	1,44	-1,761	0,9	-1,8
3	5	23%	0,99	-2,51	0,88	-1,81	1,36	-2,071	1,19	-1,3
4	5	75%	1,46	-1,95	0,7	-2,12	2,58	-0,619	1,41	-0,9
5	5	48%	1,94	-1,38	0,97	-1,66	2,15	-1,131	1,32	-1,1
6	5	90%	1,1	-2,38	0,94	-1,71	1,5	-1,905	1,51	-0,7
7	4	20%	1,32	-1,94	0,77	-2,1	1,73	-1,328	1,32	-0,7
8	5	30%	1,17	-2,3	0,7	-2,12	2,1	-1,19	1,38	-0,9
9	5	12%	0,97	-2,54	0,9	-1,78	1,86	-1,476	1,47	-0,8
10	5	50	1,95	-1,37	0,91	-1,76	3,97	1,036	2,03	0,17
11	5	18%	1,27	-2,18	0,61	-2,28	3,03	-0,083	2,18	0,43
Medie			1,3409	-2,05	0,838182	-1,89	2,243636	-0,911	1,497273	-0,6
Diff Parole in 4 mesi				-0,9 sillabe al secondo differenza attesa ottimistica 0,3						
Notare anche il rientro dei punti z in alcuni soggetti										

Effetto dei trattamenti nei Centri di Neuropsichiatria Infantile del VCO Rilevamento dopo un anno. Guadagno di circa 1 sillaba al secondo

S	RAVEN perc	BRANO			PAROLE			NON PAROLE			BRANO			PAROLE			NON PAROLE		
		sill/sec	punto z	sill/sec	punto z	sill/sec	punto z	sill/sec	punto z	sill/sec	punto z	sill/sec	punto z	sill/sec	punto z	sill/sec	punto z		
1	75	2,20	-1,72	1,38	-1,85	1,22	-0,94	2,56	-1,56	2,43	-1,49	1,57	-0,80						
2	75	1,67	-2,39	1,32	-2,60	1,28	-1,55	2,31	-2,33	1,82	-2,98	1,53	-1,65						
3	50	2,49	-2,16	2,06	-2,70	1,48	-1,72	3,45	-2,63	2,64	-2,48	2,02	-1,24						
4	25	1,47	-1,13	1,18	-0,80	1,41	0,59	3,01	0,01	1,87	-0,48	2,44	2,94						
5	25	1,35	-2,16	1,35	-1,27	1,16	-0,08	1,87	-1,49	1,52	-1,02	1,30	-0,22						
6	25	1,79	-2,07	1,98	-1,33	1,12	-1,40	3,11	-1,03	3,10	-0,83	1,67	-0,95						
7	25	0,86	-2,81	0,61	-2,41	0,70	-1,89	1,87	-2,21	1,57	-1,58	1,20	-1,00						
8	50	2,20	-1,72	2,27	-0,99	1,61	-0,55	2,72	-1,13	3,10	0,00	2,12	0,33						
9	35	1,06	-1,86	0,99	-1,13	0,72	-1,27	2,01	-1,30	1,76	-0,65	1,30	-0,22						
10	50	1,70	-1,71	1,51	-1,03	1,01	-1,03	2,83	-0,78	2,06	-0,84	1,61	0,05						
11	75	1,55	-2,32	1,44	-1,98	1,19	-1,28	2,28	-1,81	2,12	-1,80	1,59	-1,07						
12	60	2,51	-1,25	1,75	-1,30	1	-1,51	2,64	-1,19	3,06	-0,05	1,42	-0,88						
M	47,5	1,74	-1,94	1,49	-1,60	1,16	-1,05	2,76	-1,45	2,25	-1,18	1,65	-0,39						
D	20,5	0,53	0,48	0,47	0,67	0,28	0,72	0,50	0,73	0,60	0,92	0,37	1,20						

Velocità di lettura in sillabe/secondo ed errori tra parentesi

Fornito dalla Dott.ssa Berriolo del Centro Medico "Alassio Salute"

	Gennaio 2008 (12 anni)	Febbraio 2009 (13 anni)
➔ Brano	3,48 (17)	4,72 (13)
➔ Parole	3 (5)	4,4 (4)
➔ Non-parole	1,7 (13)	2,76 (10)

casi trattamenti

Velocità di lettura in sillabe/secondo ed errori tra parentesi

Fornito dalla Dott.ssa Montaldo "Il Giro del Cielo" GENOVA

	Luglio 2008 (17 anni)	Punto ZETA	Dicembre 2008 (18 anni)	Punto ZETA
➔ Brano	3,59 (1)	-2,04	4,73 (0)	-1,58
➔ Parole	2,94 (3)	-2,12	4,15 (3)	-1,16
➔ Non-parole	1,53 (3)	-2,00	2,02 (3)	-1,53

Velocità di lettura in sillabe/secondo ed errori tra parentesi

Tratto da Benso 2004 b

	1998 (14 anni)	1999	2000	2001 (17 anni)
➔ Brano	2,2	3,49	-	4,7
➔ Parole	1,75 (7)	2,74 (4)	3,06 (1)	3,31 (1)
➔ Non-parole	1,2 (10)	1,7 (3)	2,4 (3)	2,2 (4)

➔ WISC mag 1994
QIV 75 QIP 72 QIT 75

➔ WISC dic 1999
QIV 94 QIP 86 QIT 89

Come si può notare anche il QI aumenta. Questo aspetto è stato rilevato anche da Rueda et al (2005) che, come noi, somministrano training di stimolazione del Sistema Esecutivo Attentivo di controllo

IL TRATTAMENTO INTEGRATO

I punti cardine del trattamento oltre all'integrazione delle stimolazioni sono:

- 1) Una diagnosi che metta in luce le diverse sottocomponenti in modo da poterle trattare in modo specifico.
- 2) Oltre ai moduli disturbati vanno trattati anche gli aspetti attentivi esecutivi di sostegno (soprattutto le risorse)
- 3) Il materiale creato per la stimolazione dovrà essere molto flessibile per graduarne la difficoltà anche con minime sfumature di incremento.
- 4) Ne discende, conseguentemente, la necessità di un rapporto uno a uno per tarare perfettamente sul singolo soggetto la difficoltà del compito; valutando che le esercitazioni facilmente superabili o molto difficoltose non possono favorire miglioramenti delle funzioni e dei processi trattati.
- 5) Bisogna salvaguardare la coerenza (con i protocolli ed i modelli) e la costanza nella somministrazione dei trattamenti, (in funzione della tipologia del caso, due o tre volte o più alla settimana con sedute che vanno dai 30 ai 60 minuti).
- 6) L'operatore deve creare una buona alleanza terapeutica con il soggetto sostenendo la motivazione e la volontà

FRANCESCO BENSO UNIGE

23

- Misurare l'attenzione e le funzioni esecutive non è così semplice (Miyake et 2000; Miyake e Freedman 2004; Benso in press)
- Gli strumenti utilizzati dovrebbero isolare il tipo di attenzione prevalente per quel dato strumento di misura. Non saranno pertanto le interpolazioni eseguite con specifici sub item della WISC né misure incerte come quelle di cancellazione che potranno stabilire o peggio escludere le inevitabili cadute nelle funzioni esecutive ed attentive dei soggetti con DSA
- Allerta fasico
- Allerta tonico (attenzione sostenuta)
- Orientamento (automatico e controllato)
- Selettiva
- Dimensioni del focus attentivo
- FE (valutare la prevalenza dei costrutti di shifting, controllo esecutivo, updating variabilmente interagenti)

04/05/12

TIPI DI TRATTAMENTO INTEGRATO

Per il lavoro specifico sulle funzioni strumentali risultate deboli ai test

- a) esercizi metalinguistici e se necessario metodo logopedico
- b) esercizi sulla percezione visiva, attraverso l'esplorazione (copia confronto e descrizione) e stimolazione dell'attenzione visiva (focus e orientamento); utilizzo di metodi optometrici.
- c) esercitazioni con turbolettori utilizzati secondo le regole del metodo integrato.
- d) esercitazioni sulla scrittura per la disgrafia con trattamento psicomotoro globale e training di motricità fine.
- e) esercizi sulle memorie a breve e lungo termine visuospatiali ed uditive.
- f) interventi metacognitivi sulla comprensione del testo e sul problem solving dopo che sono state rinforzate le risorse, il sistema di controllo, il riaggiornamento in memoria di lavoro e la pianificazione (es. esercitazione con "mediazione" con torre di Hanoi)

Nome e Cognome		Data
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Training/altro	Situazione	Appunti
Matrici	4x4 con 11	2 errori autocorretti
α Span	3 (4)	
Listening span	3	V/F
Loci	5/22	soprattutto visivi
Tachisto	400 ms parole bisillabe 70%	centrale con presegnalaz
	400 ms parole bisillabe 40%	casuale senza presegnalaz
	600 ms parole bisillabe 50%	casuale senza presegnalaz
	500 ms non parole bisillabe 63%	centrale con presegnalaz
Pasat	(*) fino al 6 (0) fino al 4	
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

TACHISTOSCOPIO

Istruzioni secondo la teoria della modularizzazione

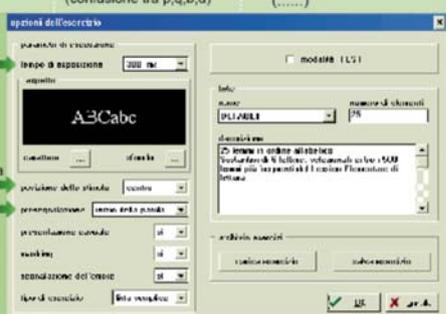
➔ **CARATTERISTICHE GENERALI**

<p>MATERIALE</p> <ul style="list-style-type: none"> 15 liste di 20 parole <hr/> <p>TIPI DI PAROLE</p> <ul style="list-style-type: none"> Bisillabe piane "Non parole" di 4 lettere Bisillabe complesse Trisillabe "Non parole" di più lettere Parole sempre più lunghe e complesse 	<p>OBIETTIVI</p> <ul style="list-style-type: none"> Abbassare i tempi di esposizione fino a 150-200 ms 60-80% risposte esatte <hr/> <p>VARIABILI</p> <ul style="list-style-type: none"> Caratteri: dimensioni aspetto (maiuscolo o no) Tipo di visione (centrale, laterale) Tempi di esposizione <p><small>*gruppi consonantici gn, gl, difficoltà ortografiche (confusione tra p,q,b,d)</small></p>	<p>MODI</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 liste per volta Risposta orale, ogni seduta almeno una lista scritta (ogni tanto di "non parole") Abbassare i tempi di esposizione ogni volta che si inserisce una nuova difficoltà* Tarare ogni volta i tempi sul soggetto <hr/> <p>COSTANTI</p> <ul style="list-style-type: none"> Punto di fissazione centrale Mascheramento (.....)
---	---	--

Regolazione dei ms ➔

Dove apparirà la parola ➔

Dove apparirà la croce che presegnaia l'arrivo della parola ➔



L'obiettivo del Tachistoscopo è scendere al di sotto dei **200 ms** (tempo di spostamento saccadico) in modo che il lettore riesca a leggere una parola con un colpo d'occhio guidato dall'attenzione

➔ **UTILIZZO: FASE 1**

<p>INIZIARE CON</p> <ul style="list-style-type: none"> Caratteri grandi Visione centrale 4 liste di bisillabe piane <p>⚠ Sostituire le liste ogni tanto per evitare che il b/no le impari a memoria</p>	<p>PER VELOCIZZARE, AUTOMATIZZARE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Variare: <ul style="list-style-type: none"> a) dimensione caratteri b) far leggere dentro un riquadro 2 Sostituire 1 lista con "non parole" di 4 lettere (non prima di 1-2 settimane) 3 Somministrare una delle lista di bisillabe piane con apparizione casuale della parola a dx o a sx del punto di fissazione (visione periferica casuale) 4 Aumentare le liste in visione periferica
--	--

➔ **UTILIZZO: FASE 2**

<p>INIZIARE</p> <ul style="list-style-type: none"> Come inizio fase 1 2 liste bisillabe piane in visione periferica 2 liste bisillabe complesse e trisillabe in visione centrale <p>⚠ Non prima di un mese e mezzo /due mesi di training quasi giornaliero di una ventina di minuti</p>	<p>PER VELOCIZZARE, AUTOMATIZZARE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 A sedute alterne inserire anche una lista di non parole che via via vanno aumentate come numero di lettere (5-6) 2 Aumento delle liste in visione periferica: <ul style="list-style-type: none"> a) Inserire in visione centrale le liste con parole sempre più lunghe e complicate o che il bambino ha più difficoltà a leggere o fa più errori b) Inserire in visione periferica le liste che nella fase precedente erano in visione centrale 
--	--

➔ **CONTINUARE**

<ul style="list-style-type: none"> Lavorare con 2 parole affiancate 	<ul style="list-style-type: none"> Inizialmente bisillabe con caratteri diversi 	<ul style="list-style-type: none"> Dopo con 3 parole e caratteri uguali 	<ul style="list-style-type: none"> Utilizzare i sistemi di progressione fin qui esposti nelle diverse fasi 	<ul style="list-style-type: none"> Al posto delle "non parole" utilizzare liste di cifre in visione centrale
--	--	--	---	---

I viandanti e il platano La gallina dalle uova d'oro

In Un una signore calda aveva estate una due
gallina viandanti che trovarono ogni un giorno po'
faceva di uova fresco d'oro! sotto Egli un pensò
enorme che platano. ci I fosse due, un però,
mucchio iniziarono d'oro a dentro
dire la che gallina i magica,
platani così fossero la inutili,
uccise perché e non le davano apri frutti. la Così
l'albero pancia. urlò La loro gallina, d'essere
però, degli dentro ingrati era a fatta parlare
di male carne di come lui, le mentre altre, si
così godevano l'uomo la avido sua rimase
fresca senza ombra!
niente.



Così la l'airone madre ficcò lo il
mise suo alla capo prova nella
dandogli gola un del pezzetto lupo
di ed incenso estrasse e l'osso. la L'airone



Così la l'airone madre ficcò lo il
mise suo alla capo prova nella
dandogli gola un del pezzetto lupo
di ed incenso estrasse e l'osso. la L'airone



Così la l'airone madre ficcò lo il
mise suo alla capo prova nella
dandogli gola un del pezzetto lupo
di ed incenso estrasse e l'osso. la L'airone



Così la l'airone madre ficcò lo il
mise suo alla capo prova nella
dandogli gola un del pezzetto lupo
di ed incenso estrasse e l'osso. la L'airone



IL TRATTAMENTO INTEGRATO

In base alla indagine diagnostica si costruirà un protocollo che ottimizzi e selezioni le esercitazioni da tutte le sessioni principali elencate sopra, creando anche una gerarchia di priorità dei trattamenti (ad esempio è più importante leggere e comprendere che scrivere correttamente).

Verrà anche indicata una attività artistica sportiva utile a sollecitare le funzioni sopra descritte in base alle inclinazioni, ai punti di forza e di debolezza emersi dall'indagine diagnostica.

FRANCESCO BENSO UNIGE

31

TIPI DI TRATTAMENTO INTEGRATO

Per sviluppare le risorse

- a) doppi compiti simultanei graduati sull'abilità del soggetto
- b) doppi compiti successivi (task shift)
- c) un compito con interferenza gradualmente crescente
- d) compiti di visualizzazione e rielaborazione dell'immagine visiva

Per stimolare i diversi tipi di attenzione

- a) compiti di orientamento e riorientamento dell'attenzione spaziale uditiva, tattile e visiva, sia volontari che automatici
- b) compiti di allerta fasico (pronti e via) e tonico (attenzione sostenuta)

TIPI DI TRATTAMENTO INTEGRATO

Per sollecitare le funzioni esecutive di Base

- a) compiti che necessitano un controllo (e l'inibizione) di risposte prepotenti
- b) compiti di avvio e di flessibilità (task shift)
- c) compiti di rielaborazione e di riaggiornamento della memoria di lavoro uditiva e visiva
- d) compiti di pianificazione che contengono gradualmente e crescenti difficoltà di inibizione, flessibilità, rielaborazione in memoria di lavoro e ricordo a lungo termine di strategie efficaci.

Punti fondamentali sui trattamenti attentivi

- 1) **Dai Processi Bottom Up passare gradualmente ai processi Top Down** come avviene nello sviluppo (dalla fase implicita alla fase esplicita; Karmiloff Smith)
- Gli aspetti dell'attenzione guidata dagli stimoli (processo Bottom Up) vanno utilizzati con cautela per rinforzare veramente i processi guidati dall'interno (endogeni; Top Down). Passaggio dall'attenzione implicita automatica a quella esplicita volitiva. (misura dei tempi ... Benso et al. 2008). La difficoltà per chi è debole attentivamente non è quella di seguire stimoli affascinanti (ore di video giochi e di TV), ma di staccarsene.
- Pertanto, estrema cautela con programmi totalmente giocosi e attraenti. La cattura dell'attenzione può essere ottenuta con stimolazioni esterne accattivanti, ma subito dopo bisogna allungare i tempi dei processi attentivi endogeni (gradualmente), ciò si può ottenere solo con la presenza e il supporto "empatico" di un Operatore.

Punti fondamentali sui trattamenti attentivi

2) Dall'allerta fasico passare gradualmente all'allerta tonico

Un'analisi accurata dell'allerta tonico e fasico spinge ad affermare che è possibile valutare come attenzione sostenuta anche il livello attentivo concentrato in un breve lasso temporale (Posner et Boies, 1971; Posner e Rafal 1987).

Mantenere un bambino con disturbo di attenzione o con sistema esecutivo debole concentrato nel tempo che intercorre tra il pronti e via (che il terapeuta abilmente tenderà ad allungare di volta in volta) è un aspetto molto importante che si riverbererà positivamente anche sull'attenzione sostenuta migliorandone il livello.

Alcuni protocolli di abilitazione delle risorse attentive lavorano sull'allerta fasico (pronti e via) più facilmente trattabile dell'allerta tonico che vorrebbe dire costringere il soggetto a sostenere l'attenzione per lungo tempo. Ciò entrerebbe in contraddizione con il suo stato di debolezza.

Punti fondamentali sui trattamenti attentivi

3) L'allerta fasico come attivatore delle diverse forme dell'attenzione

A conferma di quanto detto, Strum et al. (1997), trovano che l'allerta è una funzione fondamentale nella teoria gerarchica dell'attenzione e se è sollecitato può intervenire anche sui livelli di attenzione **divisa, selettiva e focalizzata**.

Più sorprendente ancora è quanto constatato da Robertson et al. (1995). Essi trattano pazienti con emi-inattenzione (neglect) e li addestrano ad interiorizzare una autoesortazione all'allerta, una sorta di "pronti" interno ogniqualvolta devono prepararsi a rispondere a qualche stimolo anche nella vita quotidiana.

Otengono miglioramenti nella prontezza delle risposte e contemporaneamente si riduce anche l'effetto del neglect (!). Ciò indicherebbe che i sistemi attentivi pur funzionalmente separati e alimentati da diversi neurotrasmettitori trarrebbero iniziale attivazione dal circuito dell'allerta che, come abbiamo visto, è identificato da Corbetta e Shulman come la via ascendente della noradrenalina che dal tronco dell'encefalo (locus coeruleus) sale ramificandosi verso destra per arrivare fino al lobo frontale.

Punti fondamentali sui trattamenti attentivi

4) Possibilità di provocare gli stati attentivi "attraverso la percezione veloce"

Lavorare con percezioni visive (ad es. tachistoscopio), uditive (ad es. localizzazione di suoni sempre più brevi), tattili (sempre più brevi -ruvido, neutro, liscio)

5) Trattare tutti i tipi di attenzione e le funzioni esecutive di base in ogni seduta

Programmi come quello di Benso 2004 "tipo PASAT" o tipo "PASOT" che permettono di trattare tutti questi aspetti in 15 minuti circa di training. In seguito, sulla base delle debolezze evidenziate dalle diagnosi lavorare in modo specifico sui sistemi attentivi o esecutivi risultati più disturbati.

Alcuni punti riassuntivi

Avvio e allerta fasico pronti via

Memoria associativa e percorsi (dai 4 anni)

Switch di primo tipo spaziali (più visivi) (esplorazione inseguimenti)

Switch di secondo tipo cambiamento di compito motorio(giochi con palla o arti marziali).

Concentrare l'attenzione con stimoli uditivi, tattili, visivi brevi...sempre più brevi... da rilevare prima e da discriminare tra distrattori poi.

Vincere i conflitti (giochi che catturano le risposte inadeguate, giochi di controllo e di resistenza all'interferenza che deve essere gradualmente aumentata).

Doppi compiti in genere.

Esercizi tipo PASAT, PASOT, SWITCH anche abbinati

Esercizi di riaggiornamento e rielaborazione in memoria di lavoro (visuospatiali e verbali)

Gestione della frustrazione sul compito e della dilazione del premio (ambiente strutturato come quello delle arti marziali, tecniche comportamentiste, istruttore sportivo formato)

Trattamenti per l'attenzione di Benso (2001) adattati dal test PASAT di Gronwall (1977) (Paced Auditory Serial Additional Test)

1/2

■ Nel trattamento saranno utilizzati numeri, somme e moltiplicazioni. Si arriverà a sollecitare i diversi tipi di attenzione, a selezionare i processi, a gestire la frustrazione e l'interferenza. Come «effetto collaterale» abbastanza evidente il training può aiutare a recuperare discalculie perché migliora i fatti matematici.

Fasi del trattamento

■ **Verifica dei fatti matematici** (con +, -, ×, ÷) → In questa fase è necessario verificare gli «automatismi» del soggetto. Bisogna tarare il test e quindi sapere quali operazioni a mente sono automatiche.

■ **Realizzare un mazzo di 30 carte con numeri dallo 0 al 9** → Le carte vanno presentate girate verso il soggetto una sopra l'altra.

■ **Il soggetto, secondo la regola del Pasat, dovrà sommare o moltiplicare le ultime due carte**

3	1
---	---

1

7	3
---	---

4	2
---	---

«4» «7» «6»

■ Sono coinvolte vari aspetti dell'attenzione: «automatici» (orientamento, selezione, focalizzazione) «volontari» e «dipendenti dal sistema Esecutivo» (inibizione) da un'operazione all'altra, attenzione sostenuta, gestione dell'interferenza, allocazione di risorse per eseguire operazioni mentali.

■ **Creare una tabella con i numeri da 0 a 9 sparsi**

1	8	5	4	2	1	8	2
3	1	3	4	2	8	1	4
1	4	3	3	4	3	3	4
2	7	8	1	3	3	2	8
5	4	1	7	3	8	1	2
2	1	4	7	1	3	1	8

Attenzione sostenuta (altrimenti si perde il numero; da calcolare) spostamento nello spazio seguendo la penna (attenzione spaziale), focalizzazione della casella colore, saldezza e edonizzazione del fuoco passando da un punto all'altro del foglio e utilizzando tabelle con numeri di grandezza differenti.

Interferenza uditiva: nella prima fase aiuta la memoria a breve termine del soggetto, nella seconda crea un'interferenza che lo costringe ad allocare nuove risorse attentive.

■ **Spostarsi con la penna da una casella all'altra e sommare o moltiplicare secondo la regola del Pasat**

VELOCITÀ: Inizialmente l'operatore dovrà «aggiocare» il soggetto (tramando sui numeri con la punta della penna, poi più piano, dovrà incalzare fino ad arrivare a staccare quasi immediatamente la punta dalla casella).

SPOSTAMENTI: Compiere movimenti più ampi, indicando numeri diversi tra loro. Il Sistema Esecutivo viene sollecitato dal fatto che deve sostenere l'attenzione e deve organizzare uno «switch» di tipo spaziale.

■ **Continuare l'esercizio con l'intervento sonoro dell'operatore**

INTERFERENZA UDITIVA CONGRUENTE: Operatore mentre tocca le caselle dice il nome del numero corrispondente.

INTERFERENZA UDITIVA INCONGRUENTE: Operatore mentre tocca le caselle non dice il nome del numero corrispondente, ma uno diverso.

■ **Creare caselle di due colori diversi per differenziare i compiti**

CASELLA ROSSA: «+» Se si rimane sulle caselle bianche si addiziona, se si va su quelle rosse si moltiplica, cambiamento di compito.

Immagine tratta dal libro di Eva Benso 2010

Trattamenti per l'attenzione di Benso (2001) adattati dal test PASAT di Gronwall (1977) (Paced Auditory Serial Additional Test)

2/2

■ **Creare 2 tabelle identiche: la prima con caselle grigie, la seconda identica ma con caselle senza griglia (in seguito la seconda potrà avere numeri qualsiasi)**

VANNO SEMPRE DATE IN COPPIA: Si usa prima la tabella con le tocche grigie, poi quella bianca.

Come procedere

Il soggetto può aiutarci con le dita per non perdere il foglio.

Compito: Sommare o moltiplicare i numeri sulle caselle grigie. In questo caso si salta 1 casella bianca.

Compito: Il soggetto non avendo più la guida dei colori, ma dovendo sempre saltare di uno, sarà costretto dal «francheggiato» (i numeri a fianco) e dovrà gestire l'attenzione mantenendo la configurazione necessaria alla ricerca stimolando, perciò, le risorse dell'esecutivo. Esercizio simile da fare per l'attenzione, sia per allenare il salto saccadico resistendo ai distrattori.

Varianti

Stesso compito: salto di 1. In questo caso la difficoltà aumenta perché non si torna a capo nello stesso punto.

Salto di 2. Si torna a capo sempre in corrispondenza della prima colonna (aumentando l'ampiezza del salto saccadico).

Salto di 2. In questo caso la difficoltà aumenta perché non si torna sempre a capo nello stesso punto (solo ogni 3).

Solo uditivo

Il soggetto non avrà più un riferimento visivo, ma dovrà compiere le operazioni ascoltando la voce dell'operatore (algebra a come era concepito in origine il test). POLMA FACE: la voce dell'operatore tiene un ritmo che aumenta gradualmente, senza esagerare. SICUREZZA FACE: la voce dell'operatore è registrata su un supporto audio e il soggetto dovrà infine gestire l'ansia prodotta dall'incalzare dei numeri.

Immagine tratta dal libro di Eva Benso 2010

Genitori e figli di fronte ai DSA

Romina Domanico e Denni Romoli – Psicologi e Psicoterapeuti,
Centro Risorse, Prato

La presente relazione andrà ad evidenziare alcuni degli aspetti di più frequente riscontro clinico nella pratica di sostegno psicologico a latere degli interventi abilitativi e riabilitativi in senso stretto nell'ambito dei DSA. Tali interventi, che si pongono come elemento a volte centrale con bambini con DSA, possono interessare il bambino stesso e la sua famiglia. Il bambino con DSA, oltre alle specifiche difficoltà di apprendimento, riporta con frequenza, e la letteratura e la pratica clinica ce lo confermano, una serie di possibili condizioni di disagio e rischio clinico (a volte di franca psicopatologia); allo stesso modo, la coppia genitoriale può presentare assetti relazionali di coppia e familiari che possono alimentare, mantenere o esacerbare il disturbo di apprendimento del bambino, in processi spesso circolari e purtroppo auto-rinforzanti. Fermandoci inizialmente su quanto riportato dai bambini con DSA, i vissuti psicologici che caratterizzano un bambino con DSA sono variegati. Tra quelli di più frequente riscontro possiamo segnalare i seguenti:

- 1. ANSIA:** l'ansia è una manifestazione fisiologica che porta all'attivazione dell'organismo in preparazione/risposta ad un evento di varia natura (nel nostro caso potrebbe essere un compito scolastico), ha uno scopo adattivo e di preparazione all'azione e può comportare la messa in atto di congrue strategie per affrontare il problema. Nel bambino con DSA essa si caratterizza, allo stesso modo, seppur disfunzionalmente, per un intento protettivo a breve termine (ad esempio, possibili risposte di evitamento e fuga di fronte all'oggetto ansiogeno, in questo caso rappresentato dall'universo scuola/apprendimento), ma potenzialmente disadattivo a medio lungo-termine (attivazione reiterata del sistema neurovegetativo che comporta sia la risposta di allarme di fronte all'oggetto temuto sia un conseguente calo della prestazione, con possibili circuiti reciprocamente rinforzanti di insuccesso-paura-evitamento-insuccesso). Ciò, chiaramente, si collega ad altre possibili conseguenze a livello affettivo-cognitivo e sociale.

- 2. AFFETTIVITÀ:** è possibile registrare con frequenza una caduta del tono dell'umore in risposta all'insuccesso scolastico, soprattutto in virtù della strutturazione di una immagine di sé come bambino incapace e indegno. Ciò può essere negativamente rinforzato dalla presenza di elevate aspettative genitoriali. A livello clinico si riscontra la presenza di tristezza associata al pensiero delle attività scolastiche, che può estendersi fino ad includere un globale detrimento e perdita di interesse per le normali attività anche extra-scolastiche, un grossolano senso di colpa e vissuti di indegnità, frequenti somatizzazioni che a volte hanno la funzione di evitare la frequentazione scolastica, nonché di manifestare un crescente disagio di tipo depressivo (soprattutto nei bambini). Se la situazione si prolunga nel tempo è possibile assistere ad una globale diminuzione dei livelli di autostima e di autoefficacia, nonché di agency e mastery (capacità di agire e controllare la situazione), con possibili coartazioni emozionali, evitamento coattivo, funzionamento cognitivo superficiale. In tal senso, viene ribadita la centralità nei processi di apprendimento sia delle aspettative di riuscita sia del valore assegnato al compito. Mentre le aspettative chiaramente si collegano alla percezione di essere capaci di affrontare quella particolare situazione (nel nostro caso, potrebbe essere un compito scolastico), il valore si riferisce agli obiettivi a breve, medio e lungo termine che la persona si pone, dalle percezioni di sé future, dalle aspettative dei genitori e degli altri significativi, da motivazioni intrinseche e per la personale autostima. In base a tale modello, non è quindi sufficiente che un bambino si valuti come capace di affrontarlo, ma che dia anche importanza, valore, a quanto sta svolgendo, che rientri nei suoi obiettivi e che quindi possa consentire di tollerare anche una certa soglia di frustrazione. Nel caso di bambini con DSA, la percezione di incapacità di svolgere un compito può associarsi alla perdita di valore e di obiettivi a medio-lungo termine, con una caduta dell'immagine di sé, della progettualità futura e dell'autostima, nonché a sentirsi meno responsabili del loro apprendimento e a persistere poco, abbandonando con maggiore rapidità il compito alle prime difficoltà.
- 3. A PROPOSITO DI BAMBINI CON DSA,** si è parlato di realismo depressivo; mentre in individui senza DSA si riscontrano teorie attribuzionali volte a massimizzare il senso di autostima (attribuirsi il merito di un successo) e minimizzare il rischio di detrimento della globale immagine di sé (ridimensionamento e messa in prospettiva in caso

di insuccessi/fallimenti), in soggetti con DSA si assiste con frequenza alla strutturazione di sistemi attribuzionali rigidamente interni in caso di insuccessi, con associate emozioni di vergogna, impotenza, senso di colpa, umiliazione (sono un incapace, sono poco intelligente, sono stupido, non ci arrivo) e esterni in caso di successi (ho avuto fortuna, il prof mi vuole bene, gli faccio pena, ecc.). Tali stili attributivi sono stati definiti anche "impotente" e "pedina": il primo è lo stile di chi, in risposta a frequenti insuccessi, sviluppa lo schema affettivo-cognitivo di "non essere in grado", "non avere le capacità", con un successivo ritiro dell'impegno che porterà a sperimentare altri insuccessi. Uno stile evitante, che se a breve termine solleva come sopra detto dai vissuti ansiosi e depressivi legati al fallimento, a lungo andare produce il fallimento che, nel breve termine, cerca di eliminare. In caso di successo, ciò non gioverà, poiché il soggetto lo attribuirà a cause esterne. Lo stile "pedina", invece, si caratterizza per uno stile di pensiero fatalista per il quale non importa quale sia l'impegno profuso, le cose andranno in una maniera indipendente dal mio impegno. Tale modalità porta il bambino a non trarre vantaggio né dai successi, né dagli insuccessi, poiché non saranno attribuiti a sé. Verbalizzazioni tipiche sono "l'insegnante non mi capisce", "non è la scuola giusta per me", "non sono capitato in una buona classe". Tale stile può portare alla globale demotivazione, poiché nulla è visto come sotto il proprio controllo.

- 4. CAPACITÀ DI ADATTAMENTO:** in tal senso, è possibile riscontrare una diminuzione clinicamente significativa, in molti casi, delle globali capacità di modulazione emozionale e una perdita delle capacità di connessione sociale, specialmente per le bambine (social engagement); in alcuni casi si assiste alla strutturazione di difficoltà interpersonali, in particolare con il gruppo dei pari, che possono a volte esitare in quadri psicopatologici di particolare rilevanza, come i disturbi della condotta e uno stile di comportamento oppositivo e antisociale associato a disturbi dell'attività e dell'attenzione. Ciò, chiaramente, va ad implementare la designazione del bambino, che rischia di essere isolato dal gruppo dei pari ed etichettato. Numerose evidenze sottolineano che i bambini con DSA spesso risultano esclusi dai compagni, oltre che per la minore attrattiva, anche per difficoltà relazionali legate alla carente capacità di "leggere il contesto emozionale", un deficit meta-cognitivo di mentalizzazione che può portare i bambini stessi a distorcere

negativamente la lettura delle interazioni sociali, ad una teoria della mente deficitaria, alla minor assertività nei contesti sociali (stante anche la di munizione dell'autostima e della percezione di valore personale). Ciò può manifestarsi anche qualora il bambino, grazie a specifici trattamenti, migliori i deficit di apprendimento, mantenendosi al di là dello specifico disturbo di apprendimento. Tali situazioni fanno comprendere la necessità di una presa in carico globale del bambino, da attuarsi fin dalla iniziale raccolta anamnestica, che dovrà certamente ricomprendere anche variabili esterne alla sintomatologia afferente ai DSA.

Le suddette conseguenze si associano all'osservazione clinica con alcuni altri fattori, quali la presenza di elevate aspettative genitoriali, le richieste scolastiche e il confronto con il gruppo dei pari.

Riguardo al primo di questi fattori, sempre più nella nostra società si riscontrano coppie genitoriali che investono in modo eccessivo sulla riuscita scolastica del figlio, ponendo una marcata enfasi sul successo scolastico del figlio come strumento di sostegno alla personale autostima come individui e come genitori. Di converso, il fallimento scolastico del figlio può essere interpretato come un atto volto a minare la percezione di competenza genitoriale, con possibili e conseguenti agiti che possono peggiorare ulteriormente la situazione (accuse, umiliazioni, aggressioni verbali e fisiche). In tale direzione, alcune ricerche sottolineano non sorprendentemente che i bambini sviluppano stili attributivi simili a quelli degli adulti significativi, cosa che rende ancor più evidente la necessità, a volte, di un lavoro anche non la famiglia più o meno allargata.

Allo stesso modo, un ambiente scolastico che denigra il bambino che sperimenta il fallimento non fa altro che reiterare ulteriormente la percezione, nel bambino, di essere incapace e delusivo per gli adulti. Le conseguenza, in età adolescenziale e adulta, non sono confortanti: recenti ricerche richiamano rischi clinici rilevanti a medio-lungo termine quali il persistere di una bassa autostima in età adulta, mancata realizzazione professionale, dispersione scolastica, possibili problemi con la giustizia e aumentato rischio suicidiario.

Tali possibili evoluzioni di un DSA sono importanti per i clinici che lavorano con le famiglie e non solo con i bambini, per attuare interventi precoci di screening e intervento non soltanto centrati sugli specifici aspetti deficitari propri di un DSA, ma anche sul più globale contesto familiare e scolastico, così come emerso (2011) anche

nell'aggiornamento e revisione della Consensus Conference sui DSA del 2007. Questi ultimi dovranno essere coinvolti e consapevolizzati circa il loro ruolo e la loro possibilità "terapeutica", che si attuerà non grazie ad interventi miracolosi, ma piuttosto grazie ad un lento e graduale miglioramento che dovrà sinergicamente coinvolgere i vari attori presenti. Per quanto ci concerne, vogliamo concentrarci sulle conseguenze a latere di una DSA, alla prevenzione e all'intervento in presenza di un ulteriore disagio, oltre alla sintomatologia specifica dei vari DSA. In particolare, ci riferiamo all'intervento con la coppia genitoriale e sul bambino, escludendo i trattamenti abilitativi e riabilitativi specifici del singolo DSA, che concernono la strutturazione di un globalmente adeguato ambiente familiare e il sostegno psicologico al bambino. Oltre ad un intervento abilitativo-riabilitativo il più possibile precoce, il bambino può necessitare di un intervento di sostegno psicologico volto a rivedere gli schemi affettivo-cognitivi relativi alle sue capacità, al suo valore personale e al sostegno alle sue capacità meta-cognitive. Inoltre, in caso siano presenti vissuti a tonalità ansioso-depressiva, questi ultimi possono ulteriormente determinare interferenza sui processi di attenzione, nei processi mnestici, di ragionamento logico, di astrazione e di elaborazione del materiale da apprendere. In tal senso, la comorbidità condiziona inevitabilmente l'espressione clinica del disagio, la prognosi e la scelta degli interventi. A livello clinico, occorrerà aggirare la domanda se "nasca prima l'uovo o la gallina", che in altri termini è: sono più importanti le componenti cognitive o sono più importanti le componenti motivazionali ed emotive? Ad oggi, tale domanda trova una risposta chiara in numerosissime evidenze afferenti a campi differenti del sapere, dalla biologia alle neuroscienze, dalla psicopatologia alla moderna psicologia cognitiva evoluzionistica: cognitivo ed affettivo sono embricati in modo inseparabile, tanto che una loro disgiunzione è una forzatura epistemologica oramai sorpassata che appartiene a modelli causali unilaterali insostenibili in ambito scientifico.

Allo stesso tempo, con la coppia genitoriale è possibile e a volte indispensabile attuare percorsi di sostegno per evitare inutili colpevolizzazioni di loro stessi e del figlio ("non sono un buon genitore", "ho sbagliato tutto", ecc.) e rivedere le aspettative relativamente al successo scolastico del figlio, in particolare quelle associate alla personale autostima e autoefficacia come genitori. In tal senso, occorre lavorare con la coppia genitoriale affinché sviluppi la consapevolezza che il successo e l'insuccesso scolastico vanno sganciati

dal risultato in termini di competenza genitoriale: se il figlio prende brutti o buoni voti ciò non dovrebbe tradursi in un brutto o un buon voto per i genitori! Se lo stile educativo è focalizzato eccessivamente sui risultati, il rischio è che l'adulto si ritrovi a criticare eccessivamente il bambino perché non si impegna, non si applica, fallisce, né lo gratifica per il successo scolastico. La differenza tra il Bravo e Mi fa piacere vederti contento per quello che hai fatto. Ciò non vuol nemmeno dire lavorare affinché vi sia una prona rassegnazione (una accettazione a tutti i costi di tutto), quanto piuttosto una equilibrata capacità di modulare l'aspettativa di riuscita (indispensabile per il figlio) e la propria autostima come genitori. Un lavoro di supporto psicologico con la coppia genitoriale e con il bambino diviene ancor più necessario qualora l'intervento abilitativo/riabilitativo sia tardivo, poiché è più probabile che si siano nel frattempo strutturati aspetti psicologici aggravanti come quelli sopra-menzionati. Va anche considerato che, in caso di una distimia perdurante, aumenta sensibilmente sia il rischio di un disturbo depressivo maggiore sia il rischio suicidiario. Tra gli aspetti che possiamo considerare nel lavoro con la coppia genitoriale, vi è la capacità di modulare il sostegno al bambino, mediando tra un eccesso di supporto (che evita al bambino il confronto con le difficoltà e alla lunga trasmette il messaggio implicito che senza un aiuto esterno non è capace di riuscire) e il disinvestimento. Quella che Vigotskij, molti anni addietro, definiva "zona di sviluppo prossimale" e Bruner definì "scaffolding". Né troppo vicino (sostituirsi al bambino), né troppo lontano (non è una mia responsabilità). In tal senso, occorrerà lavorare con il bambino affinché si autorizzi a poter chiedere aiuto nei momenti di difficoltà, confrontandosi con i vissuti di inadeguatezza e vergogna che potrebbero derivare da una storia di ripetuti fallimenti. L'obiettivo non è soltanto quello della riuscita scolastica, ma di garantire l'autonomia e l'autoregolazione del bambino. Nei genitori, ciò si associa alla necessità, per sostenere il figlio, di essere disponibili ad aiutarlo, tollerandone i fallimenti e sostenendo le competenze, sempre con realistica fiducia nelle sue possibilità, in un'ottica che preveda il passaggio da una etero-regolazione ad una auto-regolazione del bambino.

L'intervento sulla famiglia dipende chiaramente dalla situazione iniziale, che richiede al clinico grande attenzione diagnostica in merito all'età di esordio del disturbo, alla gravità clinica, alla comorbidità con altri quadri più o meno psicopatologici, al contesto familiare e all'eventuale presenza di psicopatologia nei genitori e alla storia clinica dei genitori

e del figlio. Da non trascurare che la richiesta di consulenza spesso giunge dopo un periodo più o meno lungo nel quale i genitori e la scuola hanno già cercato possibili spiegazioni delle difficoltà scolastiche del figlio, nonché forme di intervento che però, evidentemente, non hanno dati i risultati sperati. Perciò, ancora una volta il momento diagnostico, piuttosto che schiacciarsi in una mera categorizzazione del piccolo paziente, deve essere momento nel quale il clinico riflette sulla natura delle cose, in un'ottica diagnostica ampia e funzionale (efficienza cognitiva, area motivazionale, aspetti affettivo-cognitivi, motivazione della richiesta, situazione familiare e scolastica, ecc.). L'intervento, tenuto conto delle suddette variabili, può prevedere aspetti psicoeducativi, relativi alla creazione iniziale di una salda alleanza di lavoro con la famiglia nella sua interezza e alla trasmissione di informazioni circa la natura del DSA, fino alla previsione di una psicoterapia individuale/familiare, del bambino o della coppia genitoriale. A ciò si aggiunge la necessaria collaborazione con le istituzioni scolastiche e con altri operatori della salute coinvolti (neuropsichiatra, logopedista)

Bibliografia

- Cornoldi, C. (a cura di) (2007). *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento*. Bologna: Il Mulino.
- Moè, A., Cornoldi, C., De Beni, R., & Veronese, L. (2004). How can a student's depressive attitude interfere with the use of good self-regulation skills? *Advances in Learning Disabilities, 17*, 207-220
- Panel di Aggiornamento e Revisione della Consensus Conference DSA (2011). *Raccomandazioni cliniche sui DSA. Risposte a quesiti*. Bologna, 1 febbraio 2011.
- Tressoldi, P.E., & Vio, C. (2012). *Il trattamento dei disturbi specifici dell'apprendimento scolastico*. Torino: Erickson.
- Wong, B.Y.L. (1994). The relevance of longitudinal research to learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 27* (5), 270-274.

Dai *late talkers* ai DSA: continuità e discontinuità

Renata Salvadorini[°] e Daniela Brizzolara^{*}

[°] Logopedista, IRCCS Stella Maris, Pisa; ^{*} Psicologa, IRCCS Stella Maris, Pisa

IV° Convegno Nazionale Centro Risorse

DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA) E SCUOLA
Risorse per l'Apprendimento

Prato 26 ottobre 2012

Dai Late Talkers ai DSA: continuità e discontinuità

Renata Salvadorini
Daniela Brizzolara

UO di Neurologia e Neuroriabilitazione, IRCCS Stella Maris
Calambrone – Pisa



GRUPPO DI LAVORO
LABORATORIO DEL LINGUAGGIO
e DI NEUROPSICOLOGIA
A. Chilosi

Consulenti e Collaboratori

D. Brizzolara	Psicologa
P. Cipriani	Neuropsichiatra Infantile
C. Casalini	Psicologa
B. Cerri	Logopedista
F. Gasperini	Psicologo
M. Massei	Educatore Professionale
S. Mazzotti	Psicologa
L. Pfanner	Psicolinguista
R. Salvadorini	Logopedista

.....PERCHE' UN INTERVENTO SUI DISTURBI DI LINGUAGGIO.....

MOLTI BAMBINI CON RITARDO DI LINGUAGGIO PRECOCE SVILUPPANO UN DISTURBO SPECIFICO DI LINGUAGGIO

(Bishop e Edmundson 1987)



IL DISTURBO SPECIFICO DI LINGUAGGIO RAPPRESENTA PER I BAMBINI UNA CONDIZIONE DI RISCHIO PER LO SVILUPPO DI UN DISTURBO SPECIFICO DELL'APPRENDIMENTO

(Bishop e Adam 1990, Brizzolara et al. 1993, Cipriani et al. 1997, Brizzolara et al. 1999, Chilosi et al. 2003, Bishop e Clarkson 2003, Conti-Ramsden et al. 2007, Brizzolara et al. 2001)

DOMANDE E RIFLESSIONI SU....

IL TRATTAMENTO COME E QUANDO MOBILIZZA IL DISTURBO?

IL TRATTAMENTO RAPPRESENTA UN FATTORE PROTETTIVO RISPETTO AL MANIFESTARSI DI UN DSA SUCCESSIVO?

QUALI SONO I FATTORI CRITICI CHE CONDIZIONANO LA SCOLARIZZAZIONE DI QUESTI BAMBINI?

E' POSSIBILE RICAVARE ALCUNI INDICI PREDITTIVI CIRCA LO SVILUPParsi DI UN DSA NEI PREGRESSI/IN ATTO DSL?

.....CHI SONO I BAMBINI CON RITARDO DI LINGUAGGIO....

I BAMBINI PARLATORI TARDIVI (LATE TALKERS)



PRESENTANO MENO DI 50 PAROLE A 24 MESI E/O ASSENZA DI COMBINATORIA A 30 MESI IN ASSENZA DI DEFICIT INTELLETTIVI, SENSORIALI E/O DI ALTRA NATURA

(Rescorla 1988, 1989)

...COME EVOLVONO I BAMBINI PARLATORI TARDIVI TRA 24 E 36 MESI..

RIMANGONO DIBATTUTI GLI INDICI DI RISCHIO CHE PERMETTONO DI INDIVIDUARE I BAMBINI PARLATORI TARDIVI CHE SVILUPPANO IN SEGUITO UN DISTURBO LINGUISTICO



L'USO DEI GESTI COMUNICATIVI
IL LIVELLO FONOLOGICO TRA 24 E 30 MESI
LE ABILITA' DI COMPrensIONE
ALTRI

.....I BAMBINI PARLATORI TARDIVI E LA
COMPRESIONE.....

STUDIO SULLA COMPRESIONE (Chilosi et al. 1998)

CAMPIONE DI 23 BAMBINI CON ETA' MEDIA DI 28 MESI (R
22-34 MESI)

COMPRESIONE NELLA NORMA 52%, RITARDATA 17%,
DEFICITARIA 31%

SECONDA VALUTAZIONE ALL'ETA' DI 39 MESI (RANGE 34-44
MESI)

SVILUPPO DEL DISTURBO SPECIFICO DI LINGUAGGIO

100% DEI BAMBINI CON DEFICIT DI COMPRESIONE

75% DEI BAMBINI CON RITARDO DELLA COMPRESIONE

25% DEI BAMBINI CON COMPRESIONE NELLA NORMA

..I BAMBINI CON DISTURBO SPECIFICO DI LINGUAGGIO
DOPO I 36 MESI..

DSL RECETTIVO-ESPRESSIVI

DISTURBO DELLA COMPRESIONE MORFOSINTATTICA CON
DEFICIT DI PRODUZIONE SIA MORFOSINTATTICA CHE
FONOLOGICA

DSL ESPRESSIVI

NORMALITA' DELLA COMPRESIONE CON DEFICIT DELLA
PRODUZIONE MORFOSINTATTICA E FONOLOGICA

DSL FONOLOGICI (DA 48 MESI)

NORMALITA' DELLA COMPRESIONE E DELLA PRODUZIONE
MORFOSINTATTICA CON DEFICIT DELLA SOLA FONOLOGIA
(COMPREDONO ANCHE I FONETICO-FONOLOGICI E I CLASSE
I DODD)

CARATTERISTICHE GENERALI

Ecologia: stimolazione del bambino all'interno del gruppo dei pari (da 2 a 4)

Interattività: qualità e quantità delle stimolazioni proponibili

Multidimensionalità: vengono stimolate aree comunicativo-linguistiche ed extra

Intensività e personalizzazione: monteore dei gruppi variabile tra 6 ore al mattino (trisettimanale) e 4 ore al pomeriggio (bisettimanale) per cicli di 6 mesi complessivi – 4 riabilitativi con spazi di trattamento individuale per specifiche stimolazioni

Multiprofessionalità: vengono impiegati un logopedista ed un educatore

TRATTAMENTO DI GRUPPO PT

PROCEDURE INDIRETTE (METODOLOGIA INTERACT)

INCREMENTO LOQUACITA'

PASSAGGIO DA COMUNICATORE PASSIVO A ATTIVO (TASSONOMIA FEY)

BILANCIAMENTO ASSERTIVITA'/RESPONSIVITA'

COUNSELING ALLA FAMIGLIA

PROCEDURE INDIRETTE

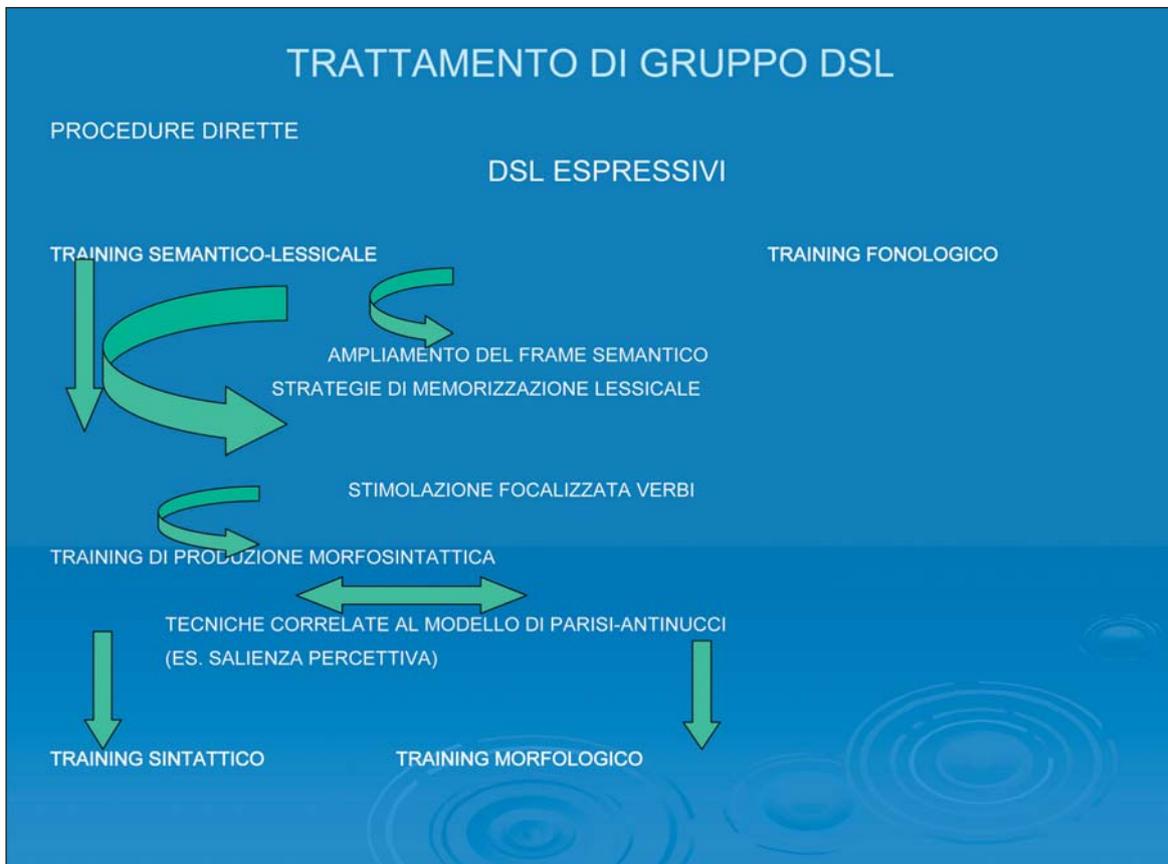
SCHEDE PER GENITORI

FILMATI MODELLO

LIBRETTO PER GENITORI (in collaborazione con ASL Reggio Emilia)

MONITORAGGIO ACQUISIZIONI

PVB, ASCB, CL 1-4







CONSIDERAZIONI

IL TRATTAMENTO SEMBRA RAPPRESENTARE UN BUON ELEMENTO DI MOBILIZZAZIONE DEL DISTURBO INIZIALE

TALE MOBILIZZAZIONE APPARE MAGGIORE IN RELAZIONE ALLA PRECOCITA' DELL'INTERVENTO A PARITA' DI MODELLO DI INTERVENTO

IN RELAZIONE ALLA TIPOLOGIA DI DSL I DATI SEMBRANO AVVALORARE QUANTO PREVISTO IL LETTERATURA (Law 2005, 2007) OVVERO MAGGIORE INCISIVITA' PER I DISTURBI ESPRESSIVI RISPETTO A QUELLI RECETTIVO-ESPRESSIVI CHE SI PRESENTANO «CRITICI» SOPRATTUTTO SE SONO BREVI E TARDIVI

E L'APPRENDIMENTO?.....

Continuità e Discontinuità fra Disturbo del Linguaggio e Dislessia

• Continuità:

DSL che diventano dislessici

Dislessici che hanno avuto problemi di linguaggio orale

Discontinuità :

DSL che non diventano dislessici

Dislessici che non hanno avuto problemi di linguaggio orale

Disturbi del linguaggio orale e della lingua scritta : associazioni

- Esiste un'elevata comorbidità fra questi disturbi di sviluppo (Pennington e Bishop, 2009)
- Il rischio di sviluppare un disturbo della lingua scritta in bambini con DSL a 6 anni è da 2 a 3 volte maggiore che fra i bambini che non presentano DSL (Catts, 2002,2005)

Deficit linguistici orali associati alla dislessia evolutiva

> 50% di dislessici di lingua inglese (n=110)
prestazioni < di 1 d.s ad una batteria di
test linguistici orali (Mac Arthur, 2000)

Debolezza linguistica
causa o conseguenza delle difficoltà nella
lingua scritta?

Quale legame fra DSL e Dislessia ?
Quali deficit comuni ai due disturbi?

Il Disturbo del Linguaggio in cui sono spesso presenti
disturbi fonologici
(isolati o in associazione con altri deficit linguistici)

esperimento naturale per la verifica
dell'ipotesi fonologica della dislessia

Dal DSL al DSA

- **Studi retrospettivi** : uso di questionari interviste, e documentazione clinica e scolastica
- Chilosi et al (2009); Brizzolara et al (2006)
- Hall e Tomblin (1978)
- **Studi prospettici** : Studi longitudinali in bambini con ritardo del linguaggio (combinazione di 2 parole assente a 30 mesi), con diagnosi di DSL o in bambini a rischio familiare di dislessia
 - Scarborough e Dodrich (1990)
 - Lyttinen et al (2001)
 - Catts et al (2002, 2005)
 - Gerrits e De Bree (2008)
 - Brizzolara et al (2011)
 - Bishop et al (2012)

Alcuni studi di tipo retrospettivo e di tipo prospettico in bambini di lingua italiana

1: Bambini giunti in consultazione per sospetta dislessia in età scolare (valutazione linguistica orale e dati retrospettivi sullo sviluppo linguistico precoce)

2: Studi longitudinali dell'acquisizione della lingua scritta su bambini con DSL

Do Phonologic and Rapid Automatized Naming Deficits Differentially Affect Dyslexic Children With and Without a History of Language Delay? A Study of Italian Dyslexic Children

AQ2 Daniela Brizzolara,*† Anna Chilosi,* Paola Cipriani,*† Gloria Di Filippo,‡ Filippo Gasperini,†
 Sara Mazzotti,† Chiara Pecini,*† and Pierluigi Zoccolotti ‡§

Cognitive and Behavioral Neurology (2006)

Sviluppo Linguistico Precoce

- Questionario anamnestico (Chilosi, 2006, 2009)
- Lentezza nell'acquisizione del vocabolario fra 24 ed i 36 mesi;
 - Ritardo del linguaggio combinatorio (dopo i 30 mesi) e/o ritardo nella produzione delle prime frasi grammaticali;
 - Persistenza di errori fonologici nella pronuncia oltre il 4° anno di età;

Ritardo Linguaggio (RL)

N = 15 (10 M, 5 F)
Età media = 11 a 2m

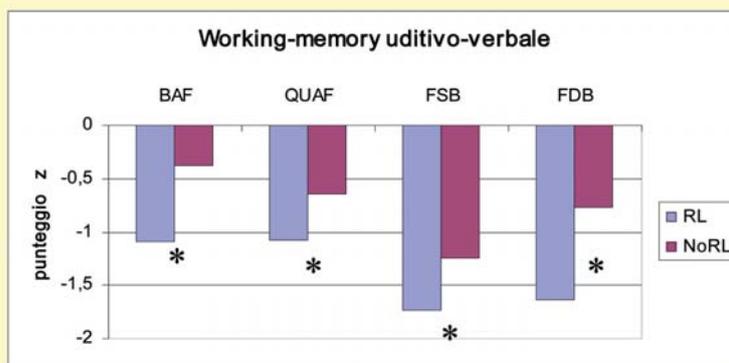
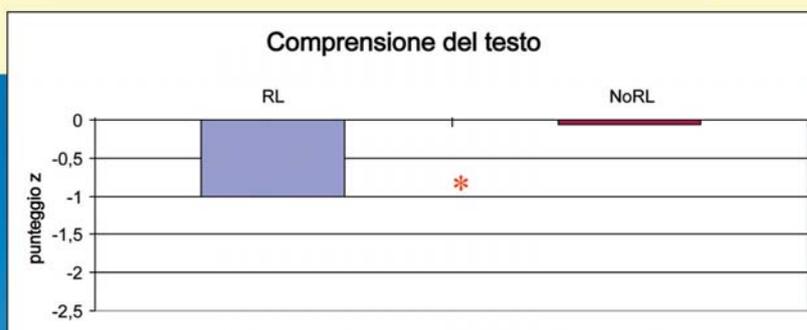
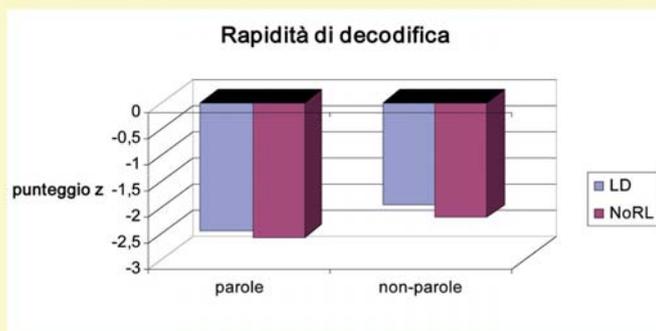
41%

59%

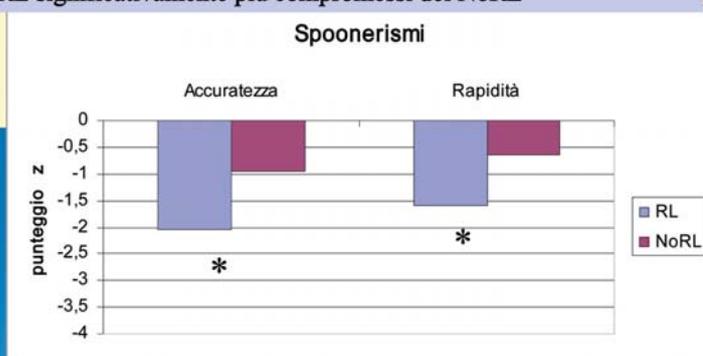
No Ritardo Linguaggio (NoRL)

N = 22 (14 M, 8 F)
Età media = 11 a 3m

La prestazione di RL e NoRL non differisce significativamente, nella decodifica, ma differisce nella comprensione



RL significativamente più compromessi dei NoRL



Denominazione Rapida Automatizzata (Rapid Automated Naming, RAN) (De Luca et al., 2005)

Misure: velocità (in secondi per sillaba) accuratezza (numero di errori e di omissioni)

The diagram illustrates the RAN task components:

- A 10x5 grid of numbers:

4	2	6	9	7
6	7	2	2	6
2	9	7	4	2
7	4	9	9	2
9	4	7	4	7
2	6	9	6	6
4	7	6	7	2
6	9	4	9	6
7	4	9	4	2
2	9	7	6	4
- A 10x5 grid of icons: hand, fish, star, dog.
- A 10x5 grid of colored squares in various colors (red, yellow, blue, green, black).
- A 10x5 grid of icons with a callout bubble containing the text "Cane, mano, pera...".

Continuità /Discontinuità

- I dislessici che hanno avuto un pregresso RL hanno alcune difficoltà di processing fonologico (working memory fonologica ad es.) non presenti nei dislessici che non hanno avuto difficoltà di linguaggio documentate retrospettivamente
-
- **Ran deficit comune a tutti i dislessici sia RL che noRL**

READING AND SPELLING DISABILITIES IN CHILDREN WITH AND WITHOUT A HISTORY OF EARLY LANGUAGE DELAY: A NEUROPSYCHOLOGICAL AND LINGUISTIC STUDY

Anna Maria Chilosi,¹ Daniela Brizzolara,^{1,2} Laura Lami,³ Claudia Pizzoli,³ Filippo Gasperini,¹ Chiara Pecini,¹ Paola Cipriani,^{1,2} and Pierluigi Zoccolotti^{4,5}

¹Scientific Institute "Stella Maris," Pisa, Italy, ²Division of Child Neurology and Psychiatry, University of Pisa, Italy, ³Regional Centre for Linguistic and Cognitive Disabilities, ASL, Bologna, Italy, ⁴Neuropsychology Research Centre, IRCCS Fondazione Santa Lucia, Roma, Italy, and ⁵University of Rome "La Sapienza," Italy *Child Neuropsychology*, 2009

Language delay is a frequent antecedent of literacy problems, and both may be linked to phonological impairment. Studies on developmental dyslexia have led to contradictory results due to the heterogeneity of the pathological samples. The present study investigated whether Italian children with dyslexia showed selective phonological processing deficits or more widespread linguistic impairment and whether these deficits were associated with previous language delay. We chose 46 children with specific reading deficits and divided them into two groups based on whether they had language delay (LD) or not (NoLD). LD and NoLD children showed similar, severe deficits in reading and spelling decoding, but only LD children showed a moderate impairment in reading comprehension. LD children were more impaired in phonological working memory and phonological fluency, as well as in semantic fluency, grammatical comprehension, and verbal IQ. These findings indicate the presence of a moderate but widespread linguistic deficit (not limited to phonological processing) in a subset of dyslexic children with previous language delay that does not generalize to all children with reading difficulties.

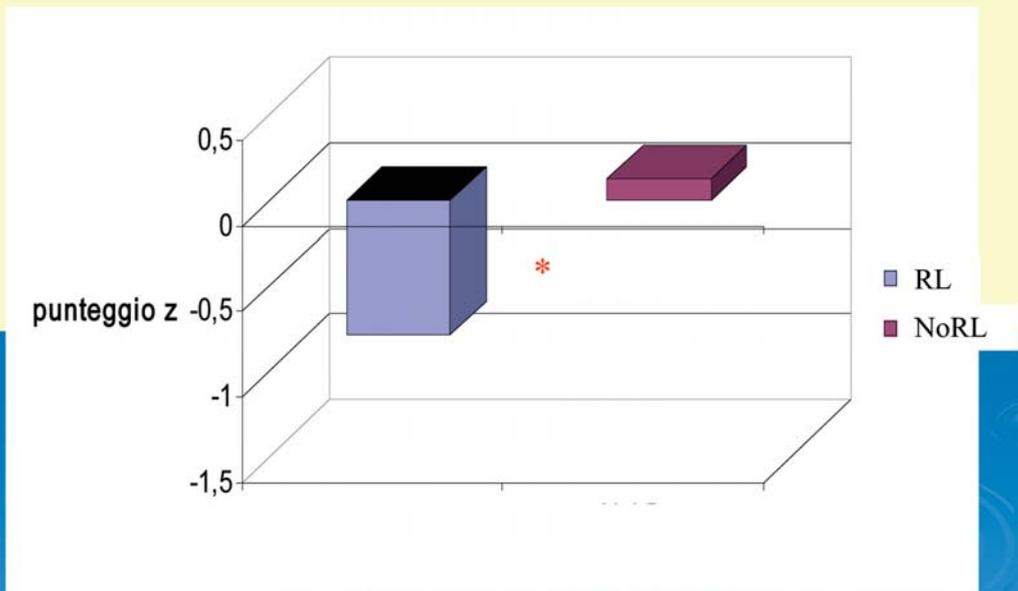
Keywords: Dyslexia; Phonological processing; Early language delay.

Abilità linguistiche orali in dislessici con documentata storia retrospettiva di presenza o assenza di ritardo del linguaggio (RL/noRL)

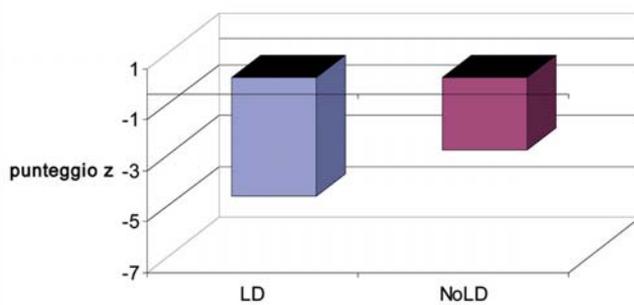
The top chart displays Peabody and TROG scores. The y-axis represents the z-score (punteggio z) from 0.00 to 0.90. The RL group (blue bars) has scores of approximately 0.25 for Peabody and 0.25 for TROG. The NoRL group (purple bars) has scores of approximately 0.65 for Peabody and 0.85 for TROG. An asterisk is placed above the TROG NoRL bar.

The bottom chart displays fluency and denomination scores. The y-axis represents the z-score (punteggio z) from -1.5 to 0.5. The RL group (blue bars) has scores of approximately -1.2 for fluency and -0.5 for denomination. The NoRL group (purple bars) has scores of approximately 0.2 for fluency and 0.1 for denomination. An asterisk is placed above the fluency NoRL bar.

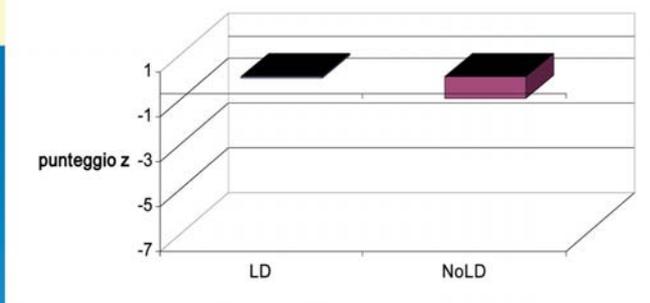
Abilità di di Working-memory fonologica in dislessici con documentata storia retrospettiva di presenza o assenza di ritardo del linguaggio (RL/noRL)



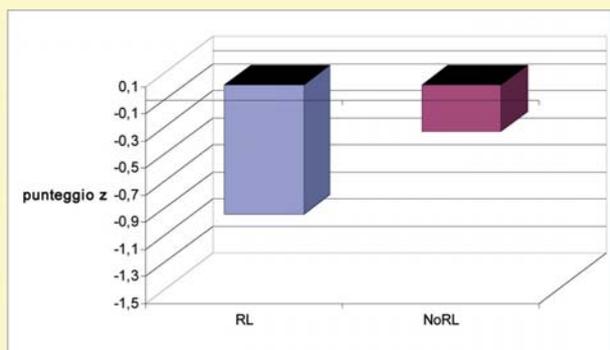
Velocità nel RAN



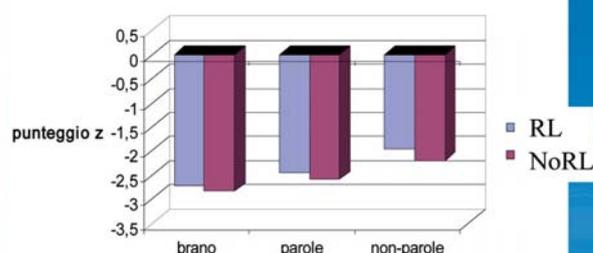
Barrage



Confronto tra RL e noRL nella comprensione di un testo

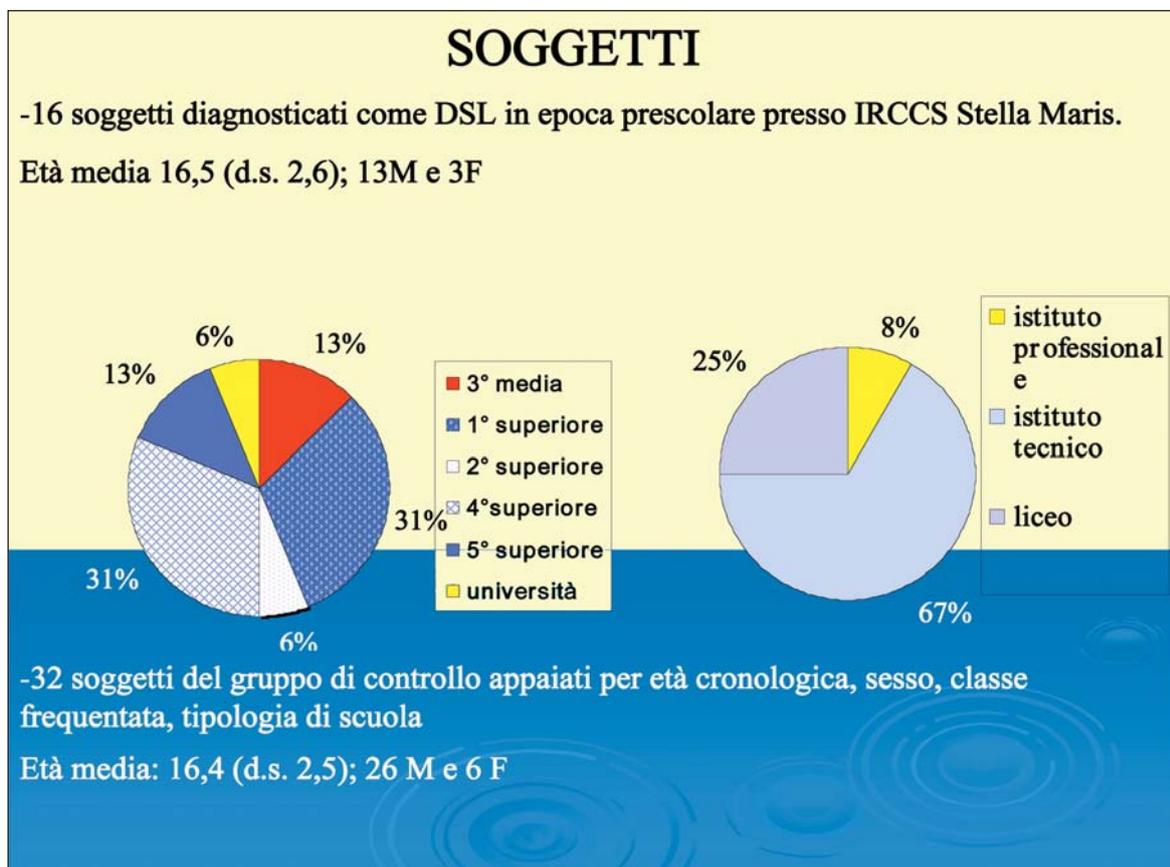


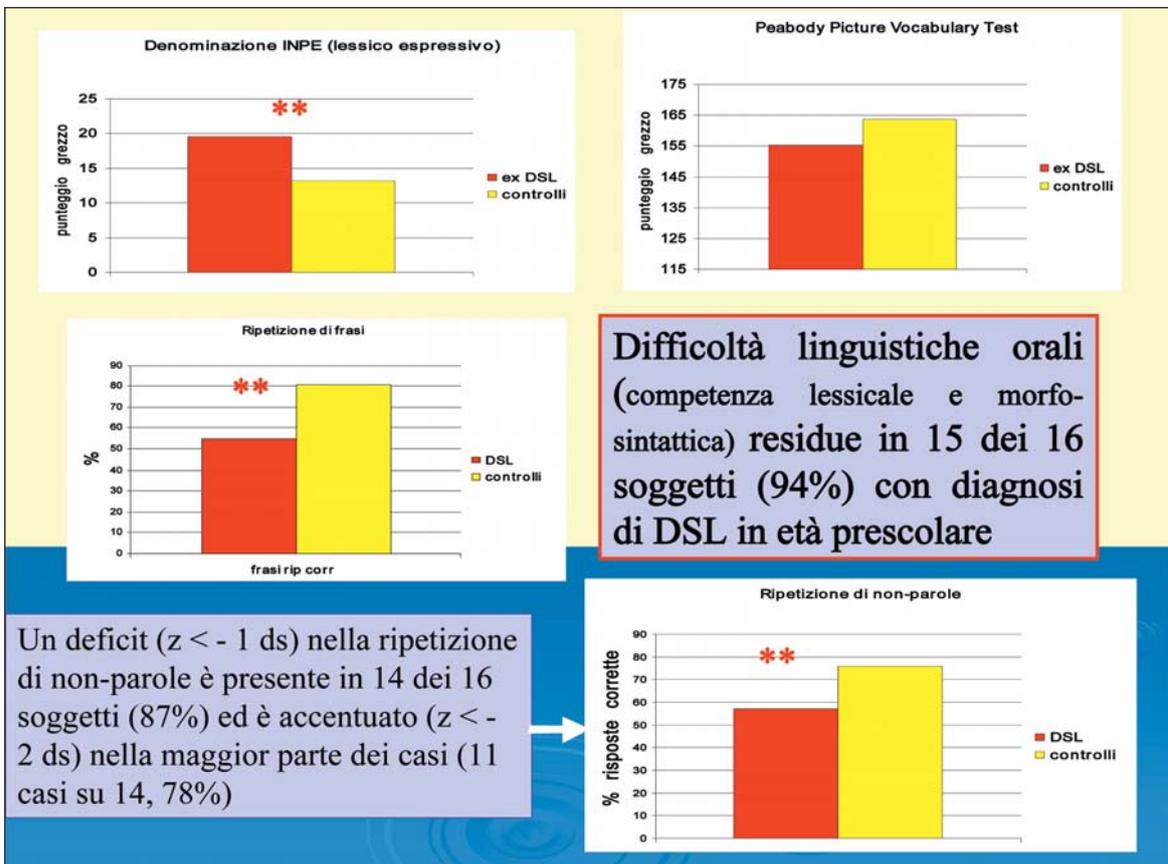
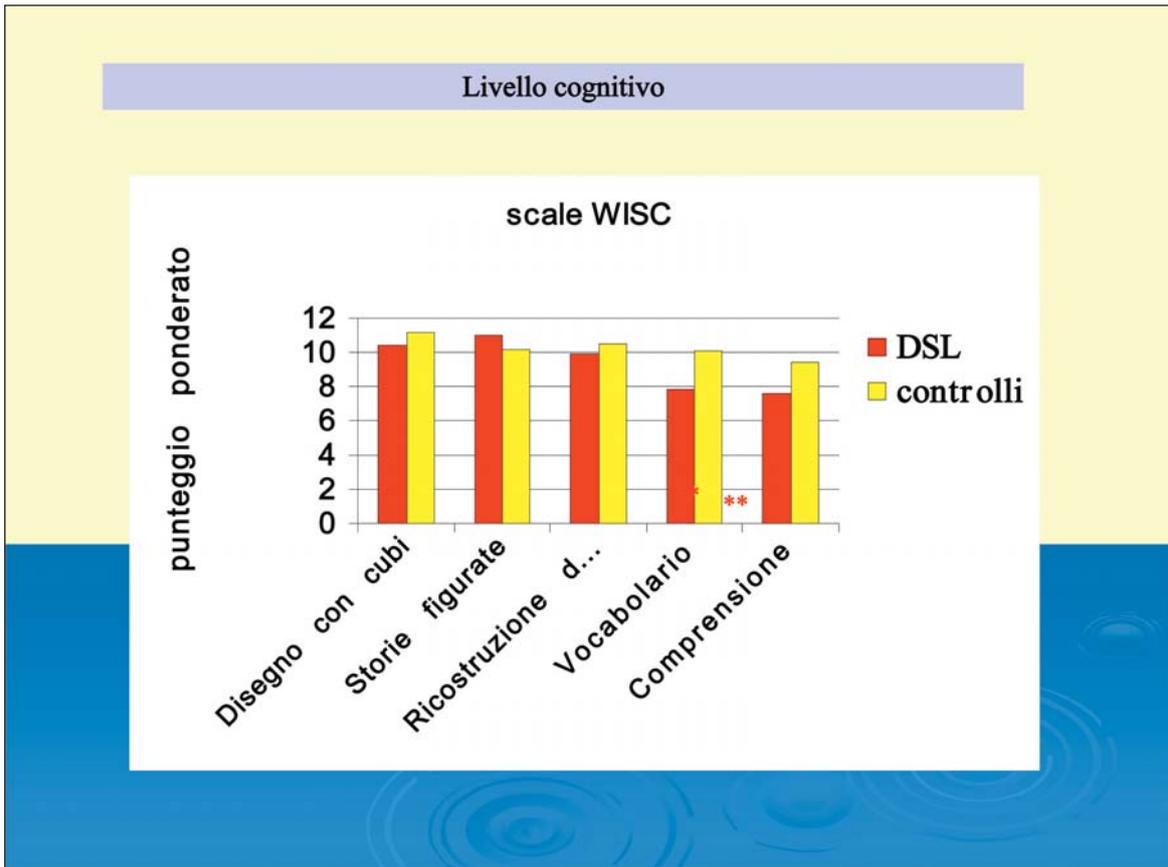
Confronto tra RL e noRL nella velocità di decodifica

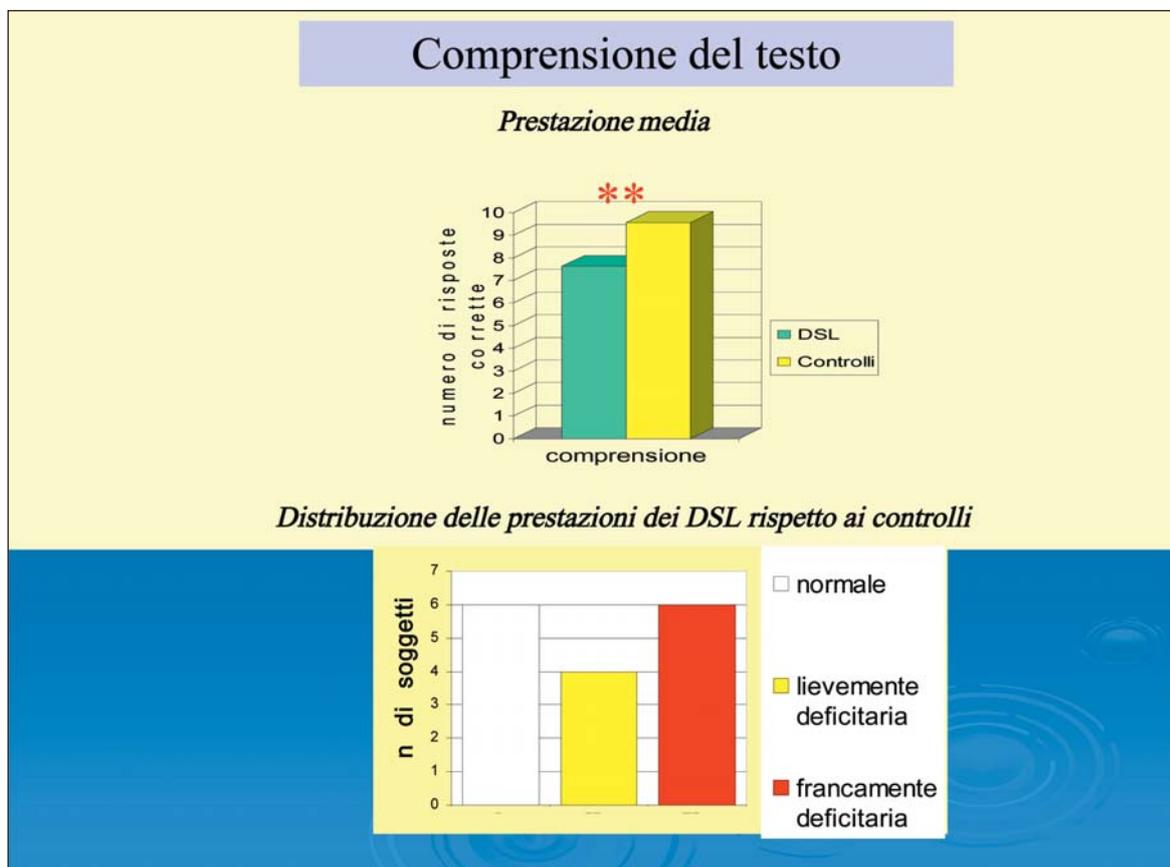
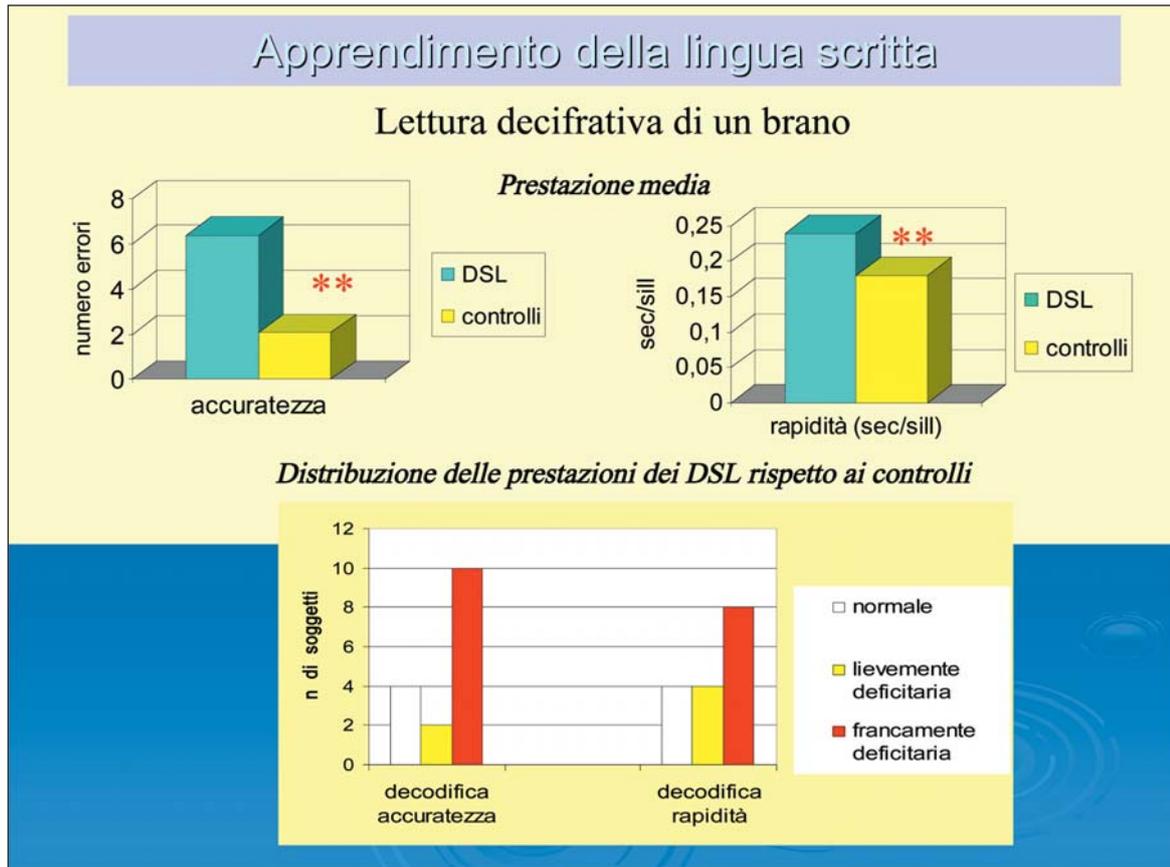


Nei ragazzi dislessici la presenza di un pregresso ritardo del linguaggio è associata a difficoltà linguistiche orali più estese sia di tipo fonologico che non fonologico (semantico-lessicali soprattutto in condizioni di accesso rapido, comprensione grammaticale)

In questo gruppo di ragazzi dislessici le difficoltà linguistiche orali si associano ad un peggiore outcome nella comprensione







Predittività longitudinale

Misure linguistiche prescolari predittive della lettura (decodifica) in adolescenza

Lunghezza media dell'enunciato (MLU) nella narrazione orale

Ripetizione di frasi

Lessico espressivo

Misure linguistiche prescolari e comprensione del testo in adolescenza

Abilità narrative e Comprensione orale

Difficoltà fonologiche isolate a 5 anni predittive di un buon outcome

Bambini con DSL con buona e cattiva evoluzione nella letto-scrittura

Quali caratteristiche linguistiche li differenziano

Fra i bambini con difficoltà specifiche di lettura

- Disturbo del linguaggio espressivo o recettivo/ espressivo più frequente

- Fra i bambini con buon esito di lettura scrittura
- Disturbo fonologico prevalente

Bambini con DSL con buona e cattiva evoluzione nella letto-scrittura

Quali caratteristiche cognitive legate alla lettura li differenziano?

- Memoria di lavoro fonologica
- Rapidità di denominazione (accesso rapido e automatico al lessico)

Ricadute operative

Protocollo di valutazione di abilità linguistiche orali nella valutazione di ragazzi con dislessia evolutiva

Studi mirati all'individuazione di trattamenti riabilitativi finalizzati per dislessici con associate debolezze linguistiche (ricadute attese sulla comprensione del testo)

Dislessici evolutivi con difficoltà linguistiche associate più a rischio per difficoltà di produzione di testi scritti?

CONTINUITA'

I dislessici che hanno avuto
 ritardo del linguaggio subclinico
 coinvolgente lo sviluppo lessicale e morfosintattico
 hanno un deficit prevalente di decodifica

I DSL che diventano dislessici presentano
 sia cattiva decodifica
 sia problemi di comprensione
 deficit lessicali, morfosintattici e fonologici

DISCONTINUITA'

Dislessici che non hanno problemi linguistici...
 DSL che non diventano dislessici
 hanno avuto un deficit fonologico isolato
 trattato

Fattori favorevoli/sfavorevoli nell'evoluzione dal DSL al DSA

Favorevoli**Sfavorevoli**

Tipologia DSL

Late talker recettivo

Diagnosi precoce

Familiarità per DSL e DSA

Trattamento precoce

Persistenti difficoltà
 linguistiche

Conclusioni

Dsl e Dislessia evolutiva sono disturbi complessi, multifattoriali non solo in termini di eziologia genetica e ambientale ma anche di fattori cognitivi sottostanti

Dsl e De conseguenza di una specifica costellazione di deficit

Ciascun deficit individuale potrebbe essere comune nella popolazione generale e tuttavia assumere significato clinico solo quando è combinato con altri deficit. Alcuni deficit (processamento fonologico) specifico del DSL; combinato con deficit di accesso rapido al lessico caratteristico dei DSL con DSA

Quando una diagnosi di discalculia?

Andrea Biancardi — Psicologo e Psicoterapeuta,
 Centro per le Disabilità Cognitivo-Linguistiche, AUSL Bologna

Quando una diagnosi di discalculia?

A. Biancardi e C. Cutrone

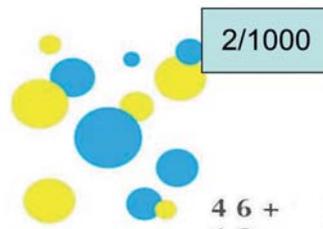
DSA e Scuola: risorse per l'apprendimento



IV Convegno Nazionale Centro Risorse
 Prato, 26/10/2012

Due discalculie e tre difficoltà

- Discalculia pura



2/1000

- Discalculia in comorbilità

$$\begin{array}{r} 46 + 839 \\ 18 = 243 \end{array} \quad \begin{array}{r} 516 \\ 10712 \\ 37216 \end{array} \quad \begin{array}{r} 2.5/100 \\ + \\ = \end{array}$$

- Difficoltà in aritmetica



20/100

Quando una diagnosi di discalculia?

- E' una domanda legittima?
- E' una domanda proponibile anche per dislessia e disortografia?

Quando una diagnosi di discalculia?

Calcolo Vs Lettura e Scrittura:

- Rilevanza e continuità dell'apprendimento delle procedure
- Crisi dei modelli di insegnamento nella cultura occidentale
- Ansia Matematica
- Difficoltà a prevedere la discalculia (screening)

Quindi è una domanda legittima!

Due discalculie

- **Discalculia pura**



- **Discalculia in comorbidità**

$$\begin{array}{r} 46 + \\ 18 = \\ \hline 514 \end{array} \quad \begin{array}{r} 839 + \\ 243 = \\ \hline 10712 \end{array} \quad \begin{array}{r} 2756 + \\ 1978 = \\ \hline 37214 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 54 - \\ 27 = \\ \hline 33 \end{array} \quad \begin{array}{r} 435 - \\ 243 = \\ \hline 212 \end{array} \quad \begin{array}{r} 4070 - \\ 1246 = \\ \hline 3236 \end{array}$$

Oltre le abilità procedurali

- **Pensiero concreto reversibile (Piaget & Szeminska, 1941)**
- **Rappresentazione semantica astratta (McCloskey, 1986, 1992)**
- **Codice grandezza (Dehaene, 1992)**
- **Modulo numerico innato (Butterworth, 2002)**
- **Number sense (Dehaene, 2004)**
- **Cognizione numerica (Consensus Conference, 2007)**
- **Number acuity (Piazza et al. 2010)**
- **Aree corticali: IPS (solco intraparietale bilaterale)**

CONSENSUS CONFERENCE DISTURBI EVOLUTIVI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO

Raccomandazioni per la pratica clinica
definite con il metodo della Consensus Conference
Milano, 26 gennaio 2007

- “Per la valutazione delle competenze di cognizione numerica si raccomanda di tenere conto soprattutto del parametro rapidità. Per l’analisi dei disturbi della cognizione numerica si raccomanda, alla luce delle ipotesi emergenti nella ricerca, l’individuazione precoce di soggetti a rischio tramite l’analisi di eventuali ritardi nella acquisizione di abilità inerenti alle componenti di intelligenza numerica (possibile già in età prescolare).”
- “Per l’analisi dei disturbi delle procedure esecutive e di calcolo si concorda con la prassi comune di definire l’età minima per porre la diagnosi non prima della fine del 3° anno della scuola primaria (3^a elementare), soprattutto per evitare l’individuazione di molti falsi positivi.”

CONSENSUS CONFERENCE DISTURBI EVOLUTIVI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO

Raccomandazioni per la pratica clinica
definite con il metodo della Consensus Conference
Milano, 26 gennaio 2007

- Disturbi specifici del calcolo (discalculia)

La più recente letteratura sul Disturbo del Calcolo distingue nella Discalculia profili connotati da debolezza nella strutturazione cognitiva delle componenti di cognizione numerica (cioè intelligenza numerica basale: subitizing, meccanismi di quantificazione, comparazione, seriazione, strategie di calcolo a mente) ed altri che coinvolgono procedure esecutive (lettura, scrittura e messa in colonna dei numeri) ed il calcolo (recupero dei fatti numerici e algoritmi del calcolo scritto).

discalculia “p”

discalculia “c”

Vi è anche un generale accordo sull’escludere dalla diagnosi le difficoltà di soluzione dei problemi matematici.

Anche per il Disturbo Specifico del Calcolo, come per quelli della lettura e della scrittura, vi è un generale accordo sulla necessità di somministrare prove standardizzate che forniscano parametri per valutare la correttezza e la rapidità, e di applicare il criterio di $-2ds$ dai valori medi attesi per l’età e/o classe frequentata nelle prove specifiche.

Anche il Disturbo del Calcolo può presentarsi in isolamento o in associazione (più tipicamente) ad altri disturbi specifici

Dalla Conferenza di Consenso 2010
le indicazioni per la discalculia

Si raccomanda, ai fini della diagnosi di discalculia, che i test standardizzati per le abilità aritmetiche, cui fa riferimento il manuale ICD-10 al criterio A, considerino i parametri di accuratezza e rapidità nelle abilità aritmetiche.

Si raccomanda, ai fini della diagnosi di discalculia, di ricorrere all'analisi qualitativa degli errori quale ulteriore fonte di informazioni che può aiutare a orientare la diagnosi in particolare nei casi dubbi, differenziando casi specifici da soggetti a basso rendimento.

Dalla Conferenza di Consenso 2010
le indicazioni per la discalculia

In assenza di prove certe su quale sia l'alterazione caratteristica della discalculia nell'esecuzione di abilità aritmetiche, se cioè sia un'alterazione della rapidità o dell'accuratezza, appare utile ricorrere a entrambi i parametri per la valutazione delle abilità di calcolo. L'analisi della qualità degli errori è stata indagata anche nel caso della discalculia: i dati a disposizione supportano l'ipotesi che un'attenta disamina della tipologia di errore e delle modalità di approccio ai quesiti aritmetici possa fornire indicazioni fortemente attendibili della presenza di un disturbo, differenziando i soggetti affetti da discalculia dai soggetti con basso rendimento.

Dalla Conferenza di Consenso 2010
le indicazioni per la discalculia

- Quali tipi di prove e quali indici psicometrici è opportuno utilizzare per la valutazione di lettura, ortografia/compitazione e calcolo nei disturbi di apprendimento scolastico?
- Si raccomanda, ai fini della diagnosi di discalculia, di utilizzare prove per valutare specifiche abilità (fatti aritmetici; padronanza di abilità fondamentali come addizioni, sottrazioni, moltiplicazioni; lettura e scrittura di numeri; confronto di quantità; abilità di conteggio).

Dalla Conferenza di Consenso 2010
le indicazioni per la discalculia

- È ancora in corso il dibattito scientifico su quale dei due modelli teorici della discalculia (discalculia basata sul deficit della cognizione numerica o discalculia procedurale) fornisca migliori spiegazioni dell'eziologia del disturbo. Al momento non è quindi chiaro quale sia la competenza matematica generale colpita. Pertanto la letteratura scientifica è concorde nell'indirizzare all'utilizzo di prove specifiche riguardanti le singole abilità aritmetiche, includendo prove utili a cogliere i fondamenti della competenza, come il concetto numerico e il conteggio, piuttosto che volte a misurare una generica competenza matematica.

La BDE e la CC.2010

si raccomanda, ai fini della diagnosi di discalculia, di utilizzare prove per valutare specifiche abilità (fatti aritmetici; padronanza di abilità fondamentali come addizioni, sottrazioni, moltiplicazioni; lettura e scrittura di numeri; confronto di quantità; abilità di conteggio

Fatti aritmetici. La BDE prevede tre prove per valutare le abilità nei fatti aritmetici: la prova 3, tabelline; prova 4, moltiplicazione a mente; prova 5, addizioni e sottrazioni entro la decina. Per le tabelline dirette vengono richieste quella del 4 e del 7; per quanto riguarda le moltiplicazioni a mente 16 operazioni relative alla tavola pitagorica; per i calcoli entro la decina sei addizioni e sei sottrazioni. In totale il bambino deve fornire 48 fatti aritmetici nelle diverse modalità previste dal test.

Addizioni, sottrazioni, moltiplicazioni. In questo caso la BDE prevede il calcolo in diverse modalità esecutive: nella forma dei fatti aritmetici e nello specifico alle prove 3, 4 e 5 della scala, come prima citato; nel calcolo a mente relativo alle addizioni e alle sottrazioni nella prova 6 della scala; nel calcolo scritto alla prova 8 della scala. La CC2010 non cita le divisioni, né a mente né scritte o altri algoritmi del calcolo, presenti invece in altre batterie. Ciò che si voleva valutare nella BDE, e che sembra rispondere alla medesima logica della CC, è una generica abilità nell'eseguire gli algoritmi del calcolo, già ben identificabile in procedure insegnate ed apprese nei primi anni della scuola primaria come la addizione, la sottrazione e la moltiplicazione, e non tanto verificare le abilità di un bambino rispetto al programma scolastico.

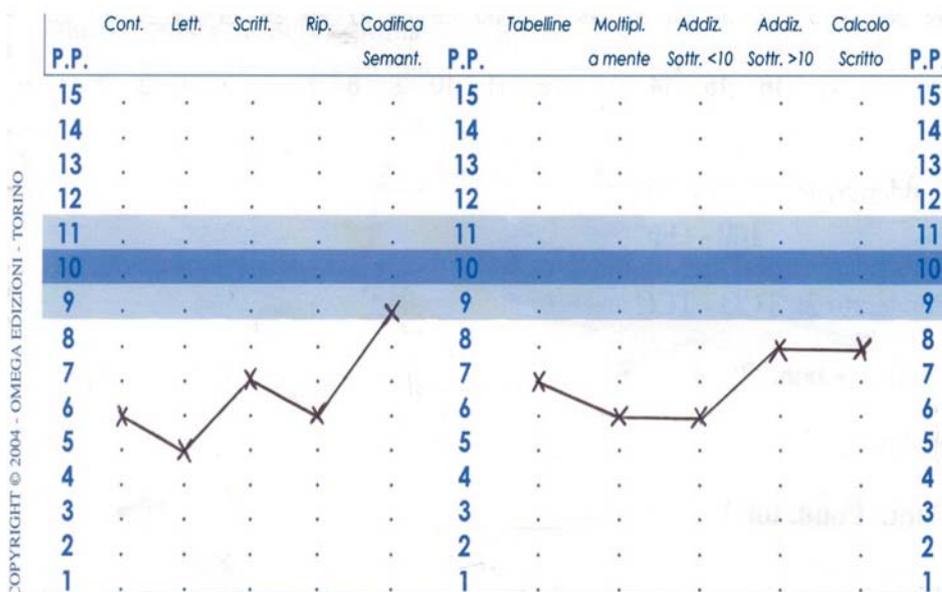
Lettura e scrittura di numeri. La prova 2 della BDE impegna il bambino a leggere una lista numeri a tre, quattro, cinque e a partire dalla quinta elementare sei cifre; la prova 7 propone la scrittura dettata di questi stessi numeri. I numeri sono bilanciati per numero di occorrenze delle diverse cifre che li compongono.

Confronto di quantità. Quest'area di indagine riguarda gli aspetti che la BDE definisce con il termine di "codifica semantica" del numero. Si tratta di due distinte prove che danno un solo punteggio ponderato alla prova 9 definita "triplette prova di inserzione". Nel primo caso il bambino deve decidere qual è il più grande tra tre numeri presentati per iscritto. Per i bambini fino alla terza primaria le triplette sono quattordici, ventidue per i bambini di quinta e di prima media. La prova di inserzioni richiede di identificare quale posizione ha sulla linea dei numeri un dato numero, da inserire in una griglia che contiene altri numeri di riferimento.

Abilità di conteggio. Il bambino è richiesto di contare alla prima prova della scala, la prova 1. In una prima fase della prova egli conta fino a cento, per valutare la competenza di base nel conteggio diretto ed il rate articolatorio nella procedura. Subito dopo egli deve contare all'indietro da cento fino ad uno. Per l'attribuzione del punteggio occorre contare gli eventuali errori commessi e sottrarre il tempo di conteggio in avanti da quello all'indietro.

Profilo BDE

(Biancardi, Fiori 2007)



Dati di comorbidità: discalculia nei DSA

Metodo:

- 64 bambini per i quali è stato possibile somministrare o esaminare i protocolli clinici

- con diagnosi di "Disturbo specifico della lettura" o "Disturbo specifico della scrittura" secondo i criteri diagnostici dell'ICD -10 e in accordo con le raccomandazioni della Conferenza di Consenso, 2010

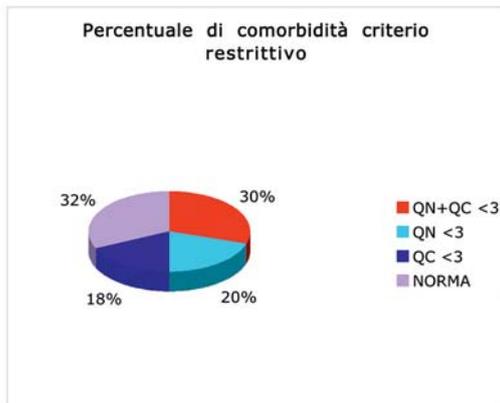
- diagnosi di discalculia formulata nel caso di una caduta funzionale nell'area del numero e/o del calcolo alla somministrazione della BDE

Distribuzione di genere di 37 maschi e 27 femmine. Un range di età compreso tra gli 8 anni e i 12.1 anni (età media 10.3), al termine del 3° anno della scuola primaria al 1° anno della scuola secondaria di 1° grado.

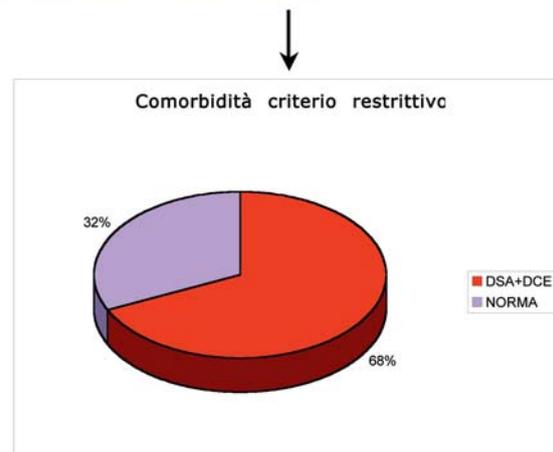
n°sogg	età	M	F
64	10,3	37(58%)	27 (42%)

Classe	N° sogg
III prim	5
IV prim	19
V prim	21
I sec di 1°	19

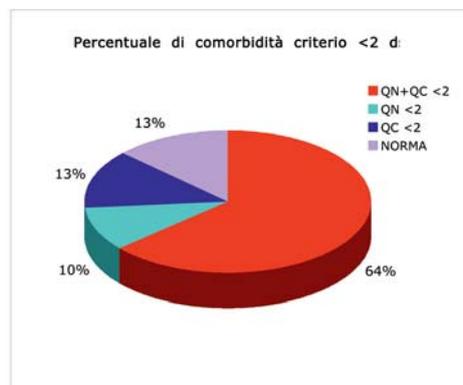
I risultati preliminari configurano un numero elevato di casi in cui i soggetti con diagnosi di dislessia e/o disortografia manifestano difficoltà nell'ambito del numero e del calcolo.



Rispettando il criterio delle - 3 ds il 68% dei soggetti DSA è discalculico



Se si rispettano i criteri indicati dalla Consensus Conference, 2011



I disturbi della lettura e/o della scrittura convivono in situazione di alta co-occorrenza con quelli aritmetici:

87% per prestazioni sotto il cut-off di -2 ds dalla media in almeno uno degli ambiti indagati.

Stiamo lavorando con bambini con discalculia evolutiva?

- Trattamento diagnostico
- Response to instruction (RTI)

Età
Profilo numero e calcolo
Disturbi correlati

Quando

Alla fine della III primaria

Ma tenere presente le indicazioni del TD e della Rtl

In caso di TD o Rtl attendere non oltre la fine della IV primaria

Come ⁽¹⁾ I clinici

- Usare test standardizzati secondo la CC2010
- Utilizzare gli indicatori relativi agli altri disturbi in comorbidity per avvalorare la diagnosi
- Verificare gli effetti del TD e Rtl
- Distinguere tra i differenti profili di Discalculia (numero, calcolo, numero/calcolo; aspetti procedurali, semantici, ecc.)

Come ⁽²⁾ I clinici (e gli insegnanti)

- ICD 10: rientrano in F81.2 o F81.3 (meglio) situazioni di difficoltà settoriale specifica (Transcodifica, Fatti aritmetici, ecc.)
- In profilo F81.0 o F81.1 indicare nella relazione clinica la possibilità di difficoltà nel calcolo e la necessità di usare strumenti (calcolatrice) e strategie (verifiche, definizioni, considerazione degli errori)

Come ⁽²⁾ gli insegnanti

- Alla primaria, lavorare "bene" nei primi anni
- Cogliere le difficoltà (non solo lettura e scrittura)
- Capire quando è necessario segnalare
- Equilibrio negli interventi (Rtl alla primaria)
- Attenzioni alle difficoltà correlate alla secondaria

La diagnosi di DSA nei giovani adulti

Enrico Ghidoni, Azienda Ospedaliera ASMN, IRCCS, Reggio Emilia. Struttura Semplice di Neuropsicologia clinica, disturbi cognitivi e dislessia nell'adulto.

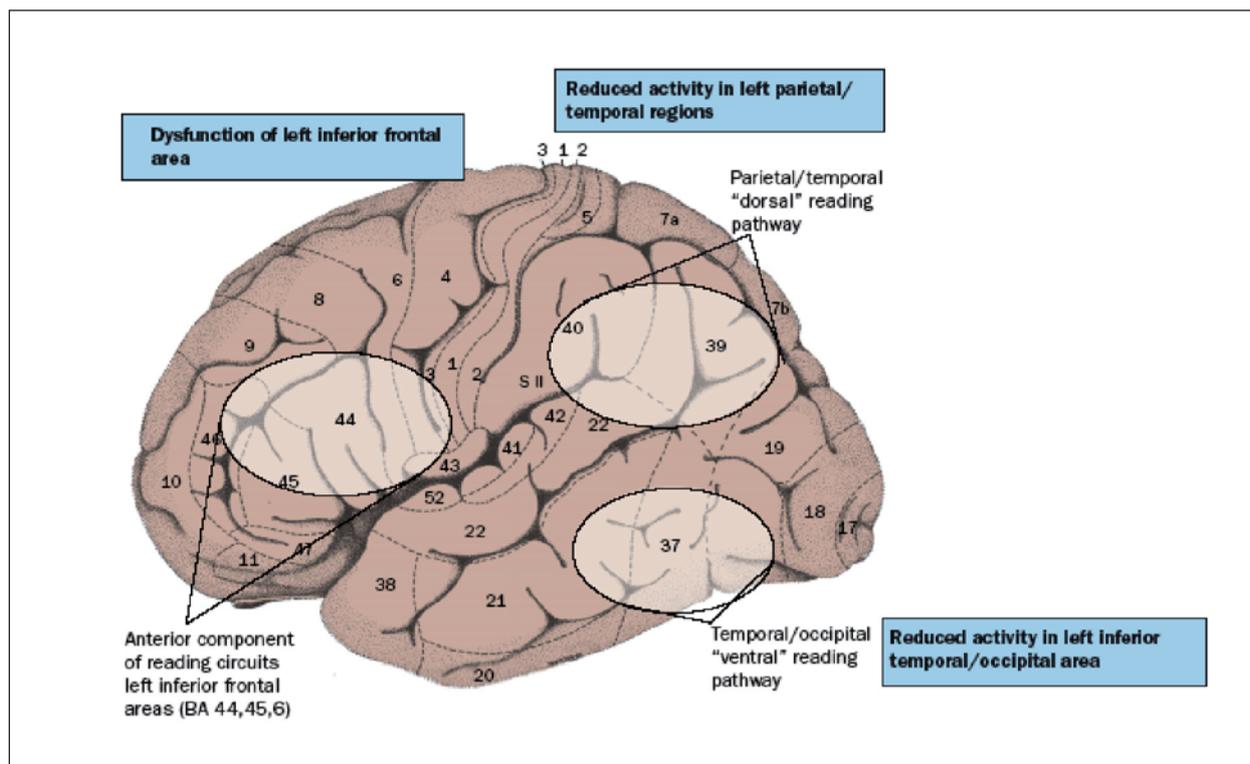
Damiano Angelini, Azienda Ospedaliera ASMN, IRCCS, Reggio Emilia. Struttura Semplice di Neuropsicologia clinica, disturbi cognitivi e dislessia nell'adulto; Università di Modena e Reggio Emilia dipartimento di Educazione e Scienze Umane.

Introduzione

Parlare di diagnosi di dislessia in età adulta implica che vi siano delle differenze tra dislessia evolutiva, che si esprime in età infantile con l'avvio della scolarizzazione, e l'espressione dei deficit in adolescenza ed età adulta. Pertanto per definire tale ambito è bene presentare alcuni dati di letteratura internazionale per comprendere le caratteristiche della dislessia evolutiva, soffermandoci in particolare sull'età adulta.

In uno dei lavori pionieristici di Galaburda e collaboratori (1985), sono state indicate le basi neurobiologiche della dislessia, e più in generale dei disturbi specifici di apprendimento (DSA). In questo studio era stata riscontrata la presenza di alterazioni della struttura anatomica di alcune aree della corteccia cerebrale dei dislessici. Che la dislessia abbia una base neurobiologica è un dato oggi ben dimostrato e basato sulle evidenze dell'alta familiarità e sui numerosi studi di neuroimaging compiuti negli ultimi anni, utilizzando tecniche strumentali molto complesse come la risonanza magnetica funzionale (fMRI), la tomografia a emissione di positroni (PET) e la magnetoencefalografia (MEG).

- Un dato costante è la ipo-attivazione della regione temporale posteriore sinistra nei dislessici.
- Contemporaneamente si può osservare un aumento di attività di aree del lobo frontale.
- Durante il processo di lettura i dislessici attivano poco l'area occipitotemporale sinistra, mentre si ha un incremento di attività in area parietotemporale destra. (VEDI FIGURA 1)



Tale substrato neurobiologico tende a modificarsi dall'età infantile all'età adulta, ma tuttavia mantiene le sue caratteristiche di differenza rispetto ai normolettori. Ci sono evidenze strumentali anche della persistenza di differenze nel substrato neurobiologico in soggetti adulti dislessici diagnosticati in epoca infantile (Eden et al., 2004; Maisog et al., 2008; Krafnick, 2011). Le eventuali modificazioni producono l'effetto definito di compensazione funzionale o, nella migliore delle ipotesi, di recupero quasi completo della funzione, sebbene sia tuttavia poco corretto parlare di recupero, in quanto si tratta di funzioni che non sono mai state acquisite, e quindi mai perse, per poi essere recuperate.

Studi di follow-up

Per analizzare le caratteristiche dei DSA in età adulta, gli studi più efficaci sono quelli longitudinali, contraddistinti da valutazioni con test in epoca infantile e successivi *follow-up* nel corso del tempo.

Uno degli studi più interessanti condotto in Connecticut da Shaywitz e collaboratori (1999), ha evidenziato che ragazzi seguiti dalla scuola primaria fino alla scuola secondaria superiore continuano a presentare lentezza come sintomo principale e persistente deficit fonologico.

▲
FIGURA 1
Aree di maggiore/minore attivazione in fase di lettura in soggetti dislessici.
(da Demonet, 2004, modificata)

Risultati analoghi sono stati ottenuti da Hatcher, Snowling e Griffiths (2002) che hanno riscontrato persistenti deficit nella lettura di non-parole, nello spelling, nello span di cifre e nella velocità di scrittura. Inoltre la loro indagine prevedeva l'analisi del vissuto soggettivo dei ragazzi, e sembra che presentassero difficoltà a manipolare le informazioni, a organizzare e strutturare il lavoro scritto, e sul piano emotivo un alto livello di frustrazione e dubbi sul proprio livello intellettuale.

Undheim (2009) riporta che all'età di 23 anni le abilità di decodifica restano inferiori; inoltre emerge un dato molto significativo: nella riuscita accademica tra normolettori e dislessici vi sono differenze poco evidenti.

Svensson e Jacobson (2006) riscontrano che in un gruppo di dislessici di età 18-19 anni, esaminati circa dieci anni dopo la diagnosi, persistevano problemi fonologici. Il dato è confermato anche in Italia (Lami et al. 2008) e dimostra che la lettura di non-parole è una delle prove più sensibili nei dislessici adulti; come peraltro rilevato anche da un confronto sui primi 50 soggetti, afferenti al nostro laboratorio (Ghidoni et al. 2010).

Profili neuropsicologici

L'analisi degli studi di *follow-up* consente di capire come si modificano le varie abilità nel tempo e altresì di fornire elementi per la definizione di profili neuropsicologici specifici degli adulti. A questi studi si aggiungono le analisi su campioni di dislessici adulti (in cui non viene effettuato alcun confronto con epoche precedenti), che consentono di raccogliere elementi sul profilo da adulti. Il dato più interessante è che nell'adulto dislessico possono essere descritti alcuni problemi di funzionamento cognitivo che vanno ben oltre i compiti di lettura e scrittura.

Nello studio di Felton e collaboratori (1990) viene ulteriormente evidenziato che le prove in cui cadono i dislessici adulti rimangono quelle di lettura di non-parole, di consapevolezza fonologica e di denominazione rapida, mentre altri deficit si riducono se si tiene conto della covarianza con il livello di intelligenza e lo status socio-economico. La denominazione rapida è un compito molto sensibile come emerge anche da diversi altri lavori (Miller et al., 2006; Jones, Branigan e Kelly, 2009). Si può riscontrare anche un deficit delle competenze pragmatiche (Griffiths, 2007) per es. nel test per le abilità linguistiche dell'emisfero destro, nonché deficit in test di working memory (span, token test), specialmente della componente Central Executive (Cohen-Mimran, 2007; Smith-Spark, 2007).

Si rilevano anche deficit di consapevolezza articolatoria (Griffiths e Frith, 2002), nelle funzioni esecutive (Brosnan et al., 2002), e un disturbo dell'area matematica per es. fatti aritmetici, rapidità dell'enumerazione all'indietro (Simmons e Singleton, 2008). Infine sembra che permangano difficoltà nella produzione scritta, infatti Sterling et al. 1998, hanno dimostrato che gli adulti dislessici scrivono più lentamente e producono testi più brevi, usando molte parole monosillabe, e con errori di spelling, prevalentemente di tipo fonologico.

Gli studi effettuati su soggetti dislessici oltre ad evidenziare i deficit spesso presenti, permettono di raccogliere dati sulle potenzialità e abilità che caratterizzano i dislessici che possono essere più sviluppate rispetto ai normolettori. Ad esempio sembra che i dislessici adulti siano più abili nello scoprire nuovi utilizzi di oggetti quotidiani, nel costruire nuovi oggetti da forme semplici, nell'adottare punti di vista non convenzionali, abbandonando un setting precedente; in sintesi possiedono uno stile cognitivo più innovativo (Everatt et al., 1999). Nella pratica clinica si riscontra una particolare predisposizione dei dislessici per le attività artistiche che sembra poter essere spiegata da un talento visuo-spaziale che si sviluppa a causa della loro capacità di processare questa tipologia di informazioni in forma globale piuttosto che in maniera analitica e locale (von Karolyi et al., 2003). Infatti Wolff e Lundberg (2002) notano che tra gli studenti universitari delle facoltà artistiche si riscontra un maggior numero di dislessici.

La diagnosi nell'adulto

È in costante aumento il numero di dislessici che proseguono gli studi e corsi di formazione di vario tipo, ben oltre la scuola secondaria. Pertanto per poter fruire delle varie misure dispensative e il supporto di strumenti compensativi previsti dalla legge 170 e dalle altre norme, si rende necessario poter porre diagnosi di dislessia in età adulta.

Se si riflette sul dato epidemiologico che stima la prevalenza della dislessia in Italia di almeno il 3,5%, e che il MIUR nell'anno scolastico 2011-2012 ha riscontrato la presenza di 1.1% di studenti dislessici nelle scuole italiane, significa che circa 2 casi su 3 sfuggono alla diagnosi in età evolutiva! Questo implica che in età adulta diverse persone chiedono la valutazione ai fini diagnostici per la prima volta, (come capita frequentemente nella nostra esperienza a Reggio Emilia).

Nel nostro centro la richiesta di diagnosi proviene principalmente dagli studenti maturandi o iscritti agli ultimi anni di scuola secondaria di secondo grado (in quanto maggiorenni che spesso hanno subito bocciature) e studenti universitari che intendono usufruire di percorsi facilitati, dato che molte università si stanno attrezzando per fornire aiuto e sostegno. Inoltre, c'è il fenomeno, abbastanza rilevante, degli adulti dislessici che hanno sospeso gli studi ma che vogliono riprenderli per ottenere l'agognato diploma mai conseguito. Infine, abbiamo i genitori di ragazzi dislessici che a posteriori, cercano conferme alle proprie difficoltà, a fronte della diagnosi fatta sul proprio figlio.

Tuttavia in Italia effettuare una valutazione neuropsicologica a scopo diagnostico su adulti risulta tuttora problematico in quanto i ragazzi e adulti non possono essere visti presso i servizi per infanzia ed età evolutiva; non ci sono adeguati strumenti specifici di diagnosi tarati oltre i 18 anni o sono insufficienti; vi è scarso interesse dei laboratori di neuropsicologia per l'adulto verso il tema e le batterie di valutazione per le dislessie acquisite disponibili in tali centri presentano piccoli gruppi di controllo e sono concepite in funzione di deficit specifici solo in parte sovrapponibili alla dislessia evolutiva.

Considerati i limiti appena esposti, da qualche anno è nato il progetto diagnosi di dislessia dell'adulto, dalla collaborazione iniziale tra Università di Modena e Reggio Emilia, l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia e l'Associazione Italiana Dislessia. È stata prevista una prima fase di standardizzazione di strumenti diagnostici su un gruppo di adulti normolettori (controlli) e poi una fase d'individuazione delle prove più sensibili per la diagnosi, confrontando le prestazioni ottenute ai test dal gruppo di controllo e soggetti dislessici

La batteria iniziale comprendeva una serie di test preliminari, composti da: un questionario delle difficoltà scolastiche, l'Adult Dyslexia Checklist, un test per il mancino, un test di ragionamento logico (SPM38), due questionari per gli aspetti affettivi ed emotivi (uno per la depressione, il Beck Depression Inventory, e uno per l'ansia, l'Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A).

Le prove di lettura includevano: lettura di un brano (tempo, errori e rapidità), liste di lettere e di numeri, confronti allografici, liste di parole e non parole (tempo, errori e rapidità); comprensione di un brano. Le prove di scrittura riguardavano liste di parole e non-parole.

Le prove di linguaggio comprendevano test di segmentazione fonemica,

denominazione rapida di lettere, cifre e colori, test di denominazione visiva (Boston, adattato a 60 item), test di fluenza per categorie fonemiche o per categorie semantiche.

Inoltre erano comprese prove di memoria a breve termine (span di parole, di cifre e cubi di Corsi) e un test di memoria di lavoro (il Dual Task, in cui si associa il Digit Span con una prova di tracking simultaneo), prove per le funzioni attentive (il barrage di cifre e il test Night&Day che implica le capacità di controllo e inibizione) e le funzioni visuo-spaziali (linee di Benton), infine, un test di conteggio regressivo da 100 a 1.

Dai risultati ottenuti confrontando il gruppo di controllo con il gruppo di dislessici abbiamo determinato la sensibilità dei diversi test nel discriminare i dislessici dai normolettori.

Nella TABELLA 1 presentiamo la sensibilità dei diversi test.

I confronti tra i primi 60 controlli e i primi 52 dislessici che abbiamo esaminato, hanno potuto evidenziare differenze significative (t -test $p < 0.05$) nelle prove di lettura di un brano, parole e non-parole, confronto di allografi, denominazione rapida (RAN), scrittura di non-parole, span di parole e di cifre, test Night&Day e conteggio regressivo. Perciò queste possono essere considerate prove sufficientemente sensibili, utilizzabili per la diagnosi.

Le prove che non differenziano i dislessici dai controlli sono

TABELLA 1



SENSIBILITÀ dei TEST (% dislessici con test positivo)		Sensibilità %
ADCL		93
Lettura Non Parole	Tempo	69
	Errori	37
	Rapidità	52
Lettura Brano	Tempo	56
	Errori	38
	Rapidità	48
Lettura parole	Tempo	52
	Errori	40
	Rapidità	31
Confronto allografi	Tempo	40
Scrittura non parole	Errori	29
Denominazione Rapida	Cifre tempo	31
RAN	Lettere tempo	29
	Colori tempo	35
Night & Day prova 3	Tempo	33
	Errori	40
Matrici attentive		27
Span di parole		13
Conteggio indietro	Tempo	27
	Errori	44

ovviamente: la prova d'intelligenza di Raven PM38, la prova di comprensione del testo, la prova di scrittura di parole, le prove di linguaggio (denominazione visiva con il test di Boston, fluenza fonemica e semantica), nonché il Dual Task.

Sulla base dei dati di sensibilità abbiamo ricavato una batteria di test "breve" che comprende fundamentalmente i test riportati in tabella 1, a cui sulla base delle caratteristiche del caso si aggiungono eventualmente altri test di approfondimento.

La nostra procedura di valutazione prevede indicativamente i seguenti passaggi:

- Colloquio clinico
 - Storia familiare
 - Storia personale (sanitaria e scolastica)
 - Anamnesi neuropsicologica (disturbi riferiti in passato e attualmente)
 - Eventuali colloqui con familiari
- Prove preliminari + Batteria breve
 - Eventuali approfondimenti
- Colloquio di restituzione
 - Diagnosi, consigli e indicazioni

Produciamo un referto cartaceo che comprende la sintesi delle informazioni raccolte, il dettaglio dei punteggi ottenuti ai test con l'indicazione di eventuali punteggi deficitari o borderline, il commento della prestazione in base alle diverse aree funzionali analizzate, la diagnosi con i codici ICD10, consigli per la persona, indicazioni per la scuola e i riferimenti normativi. Il tutto è redatto secondo quanto previsto dal documento di accordo della conferenza Stato-Regioni.

Studio clinico

Abbiamo utilizzato i dati ricavati dalle prime 200 valutazioni eseguite presso il nostro centro per analizzare le caratteristiche dei dislessici adulti che richiedevano il consulto. È evidente che i dati non vogliono essere rappresentativi del dislessico italiano tipico, in quanto non è stato effettuato un campionamento statisticamente controllato, ma ci siamo basati sull'analisi dei dati ricavati dalla valutazione delle persone che spontaneamente si sono rivolte al centro.

Sono stati valutati 200 soggetti (107M e 93F) di età media di 30.03 ± 11.03 , e scolarità media di 13.1 ± 2.93 . Come si può notare nel **GRAFICO 1**, provengono prevalentemente dal Nord Italia, e dall'Emilia Romagna, che da sola (per ovvi motivi) copre il 31% dei casi.

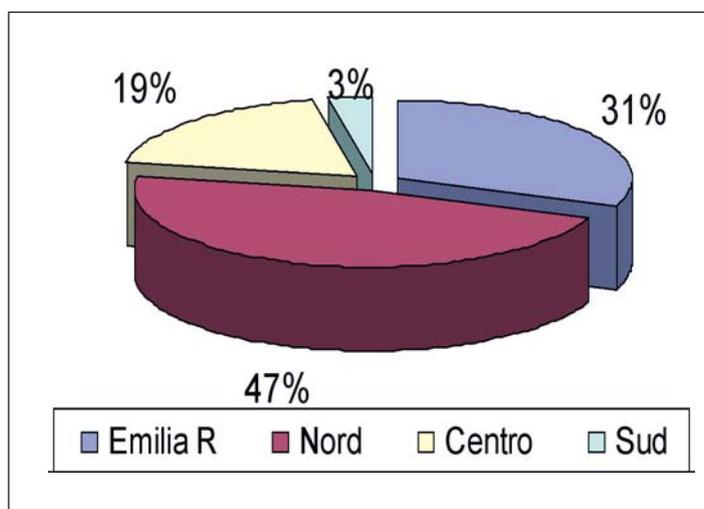
Abbiamo emesso diagnosi di DSA con dislessia isolata o in comorbilità in 152 casi (76%), di altri DSA isolati in 20 soggetti (10%) di cui 11 con discalculia, 5 con disturbo di comprensione; 2 con disturbo di linguaggio e 2 ADHD. Infine un 6% non presentava alcun disturbo evidente e un 8% dei casi presentava prevalentemente una psicopatologia o altro che non consentiva di porre diagnosi di DSA (sindromi genetiche, disturbi aspecifici ecc.).

A scopo qualitativo e descrittivo abbiamo suddiviso le diagnosi emesse in base al grado di severità del disturbo, rappresentato dal livello di caduta nei test (numero di prestazioni deficitarie e deviazioni standard oltre i *cut-off*) e compromissione delle attività che prevedevano l'uso efficiente delle abilità indagate.

Il gruppo dei soggetti DSA era composto da 73 adulti studenti o in formazione e 79 adulti non studenti (lavoratori). Gli studenti erano quasi equamente suddivisibili in Universitari e Maturandi.

Analizzando i dati raccolti in anamnesi relativi alla storia scolastica del gruppo degli studenti, le bocciature sono molto frequenti nei soggetti che stanno facendo la Scuola Secondaria (65.8%); i soggetti che frequentano l'Università hanno invece un tasso di bocciature (nel loro iter scolastico progressivo) molto più basso (31.4%). La storia di debiti formativi invece ha una frequenza abbastanza simile, tra universitari e studenti di Scuola Secondaria, seppure questi ultimi hanno accumulato meno debiti formativi (68.6% rispetto ai 81.5%). Quindi se è possibile estrarre un dato trasversale dal confronto dei due gruppi all'interno del nostro campione, si può ipotizzare che vadano all'Università i ragazzi che hanno una storia scolastica meno disastrosa e, l'altro dato interessante è che sembrano provenire in maggioranza da un qualche tipo di liceo: per contro probabilmente chi frequenta un liceo più facilmente frequenta l'università. Una precedente valutazione e diagnosi l'avevano ricevuta in misura maggiore

GRAFICO 1



il gruppo degli studenti rispetto a quello dei lavoratori; la percentuale più alta di familiarità certificata per DSA è presente nel gruppo di lavoratori, probabilmente perché si tratta spesso di genitori che si sono sensibilizzati alla tematica in seguito a diagnosi di figli. In **TABELLA 2 e 3** si può osservare il dettaglio delle percentuali sulle variabili indagate.

È da notare, collegandoci a quanto descritto in precedenza, che circa la metà del campione complessivo richiede la valutazione per la prima volta nella sua vita.

TABELLA 2
Storia scolastica

		%			
		LAV n79	UNI n35	SEC n38	TOT n152
Tipo di scuola	Liceo	22.8	65.7	34.2	35.5
	Tecnico	36.7	20	50	36.2
	Professionale	24	14.3	15.8	19.7
	Sec. I grado	16.4	—	—	8.5
Diff. Scolastiche		91.1	100	97.3	94.7
Debiti		—	68.6	81.5	56.6
Bocciature		48.1	31.4	65.8	48.7

TABELLA 3
Storia familiare e personale

		%			
		LAV n79	UNI n35	SEC n38	TOT n152
Precedenti Valutazioni		21.5	57.1	47.4	36.2
Precedenti diagnosi DSA		11.4	37.1	36.8	23.7
Familiarità	Negativa	43	40	34.2	40.1
	Sospetta	39.2	45.7	57.9	45.4
	Certificata	17.7	14.3	7.9	14.5
Diff di Linguaggio	Negativa	67	77.1	57.9	67.1
	Sospetta	30.4	14.3	23.7	25
	Certificata	2.5	8.6	18.4	7.9

I dati relativi alla tipologia dei corsi di laurea scelti da tutti i componenti del campione laureati o in corso di studi accademici mettono in evidenza che vi è una prevalenza del corso di laurea in scienze della formazione /educazione; ma vi sono rappresentanti di quasi tutti i principali corsi di laurea. Al momento sembra non essere confermato il dato presente in letteratura relativo alla maggiore presenza di studenti dislessici nelle facoltà artistiche; ma ribadiamo che le nostre statistiche si basano su un gruppo di soggetti non campionato e pertanto è possibile che il numero di studenti con DSA in tali facoltà sia realmente più elevato, ma che tuttavia trovandosi in un contesto a loro favorevole, non sentano la necessità di richiedere una diagnosi.

Per quanto riguarda il gruppo dei lavoratori vi è una prevalenza di professioni a carattere impiegatizio seguito da operai e artigiani.

Analizzando il livello di severità del disturbo e la scolarità nel gruppo di soggetti lavoratori, si evince che il grado di dislessia sembra condizionare in maniera sensibile (ma non statisticamente significativa) il percorso formativo; mentre sembrano meno condizionate le scelte lavorative.

Aspetti psicologici

Analizzando infine gli aspetti emotivo-affettivi legati alla presenza di difficoltà di apprendimento nei soggetti esaminati, e in particolare, quanto queste influiscano sulla vita lavorativa e relazionale, si rileva qualitativamente, che una cospicua parte dei soggetti descrive esperienze passate dai contenuti legati a situazioni scolastiche e in alcuni casi anche familiari, con vissuti di umiliazione, svalutazione personale o colpevolizzazione, che producevano situazioni di ritiro, scarsa autostima, sensi di inferiorità, e inefficienza appresa. Molti soggetti allo stato attuale riferiscono analoghe situazioni consolidando i propri vissuti negativi, solo in alcuni casi i soggetti riferiscono di aver adottato dei comportamenti volti a superare le situazioni di disagio infantile e adolescenziale, provando a riscattarsi dal passato, volendo dimostrare a se stessi e agli altri le proprie potenzialità al di là delle difficoltà settoriali.

La scelta stessa di richiedere la valutazione spesso rappresenta l'apice del riscatto: "voglio fare chiarezza, capire..."; e viene riferita come successiva a una lunga fase di preparazione in cui fanno delle stime sui "costi/benefici" dell'ottenere una diagnosi di DSA. Quando decidono di sottoporsi alla valutazione si sentono come sollevati, e in alcuni casi

riferiscono di sentirsi meglio anche durante il colloquio dopo aver "vuotato il sacco" pieno di esperienze e sentimenti poco piacevoli. Sembra quasi che nel soggetto dislessico adulto, il riconoscersi come dislessico e ricevere una diagnosi lo sollevi da sensi di colpa o inadeguatezza e consenta l'identificazione chiara (certificata) del problema, che permette a livello psicologico, la ristrutturazione della storia personale e una pianificazione in termini positivi del proprio futuro.

Detto questo si possono immaginare le aspettative che la persona nutre di fronte alla valutazione, e si apre il campo al tema della compensazione cui si è accennato nella parte iniziale. Infatti in alcuni casi il processo di lettura sembra compensarsi e non è possibile fare diagnosi di DSA con dati oggettivi ricavati dalla somministrazione dei test.

Chi riceve una diagnosi di dislessia lieve o compensata, ai questionari di screening o durante i colloqui clinici riferisce: di non leggere mai per piacere; riporta facile affaticamento; lentezza di lettura; difficoltà di concentrazione, comprensione, apprendimento ecc. Di certo possiamo affermare che la compensazione che porta a performance apparentemente di livello sufficiente, richiede comunque dispendio supplementare di risorse cognitive e in particolare: nella prosecuzione nel tempo del compito (che spesso richiede abilità non automatizzate dal dislessico); all'aumentare delle richieste come ad es: il volume di studio che aumenta all'aumentare della scolarizzazione, o le caratteristiche stesse del materiale oggetto di studio (terminologie tecniche, sintassi e lessico sempre più complesse ecc.)

Questo determina, sensazione di affaticamento e gli altri sintomi descritti, che portano frequentemente all'abbandono del compito o, in caso di prosecuzione, a prestazione di bassa qualità.

Sovente queste difficoltà vengono riferite anche da persone che alle prove specifiche ottengono prestazioni che risultano nella norma, ma che nella migliore delle ipotesi (ai fini diagnostici) si collocano verso i limiti di soglia. La restituzione della valutazione in questi casi non risulta semplice da gestire a causa della discrepanza tra: dato clinico vs dato psicometrico, e richiede approfondimenti psicometrici e psicodiagnostici, l'attenta analisi dei profili psicologici e neuropsicologici con l'incrocio dei dati raccolti in anamnesi e le osservazioni qualitative in fase di valutazione.

A fatica si riesce comunque a determinare, con un basso grado di incertezza, se ci si trova davanti ad un disturbo che potremmo definire "soggettivo" o ad un mero DSA pregresso attualmente ben compensato. La situazione di deficit recuperato non rappresenta un problema in quanto il soggetto che pur presentava delle difficoltà in età evolutiva

(che sicuramente erano settoriali e di lieve entità) non dovrebbe accusare le difficoltà descritte dai soggetti dislessici "compensati". Questa pertanto è un'area della valutazione in cui resta ancora molto da capire.

Conclusioni

In base a quanto descritto finora si possono trarre diverse indicazioni per il lavoro futuro in ambito clinico e pedagogico. Per ottimizzare, il percorso diagnostico in età adulta è auspicabile la creazione, la modifica e l'incremento degli strumenti di indagine, migliorandoli in termini di sensibilità, validità e attendibilità.

A livello scolastico bisognerebbe predisporre progetti di screening su tutta la popolazione studentesca all'avvio della scolarizzazione e ciclicamente durante l'iter formativo nonché a livello lavorativo extrascolastico. In particolare la scuola, anche sulla base dei recenti sviluppi normativi, è invitata ad assumere un ruolo sempre più importante nella gestione dei DSA, dall'identificazione al supporto.

In una prospettiva evolutiva, è necessario comprendere e sottolineare il ruolo della didattica e della pedagogia nel determinare il destino personale degli allievi con DSA.

Occorre un pre-conoscenza delle basi neurobiologiche dei DSA anche nell'ambiente educativo per agire consapevolmente nel contesto; questo significa costruire una nuova "neuro-psico-pedagogia" dell'apprendimento e dell'insegnamento, un percorso su cui la scuola (e l'università) stanno facendo solo i primi passi. Gli operatori sanitari dovranno favorire questo processo nella scuola, fornendo diagnosi chiare e articolate, utilizzabili anche dai "laici".

La certificazione di DSA, secondo le indicazioni delle Consensus Conferences, rese ufficiali anche da normative nazionali e regionali, debbono contenere le informazioni necessarie per stilare una programmazione educativa e didattica che tenga conto delle difficoltà del soggetto e preveda l'applicazione mirata delle misure previste dalla legge. La menzione della categoria diagnostica non è sufficiente per la definizione di quali misure didattiche siano appropriate per il singolo soggetto. A tal fine è necessario che la certificazione di DSA contenga anche gli elementi per delineare un profilo di funzionamento (che definisce più precisamente le caratteristiche individuali con le aree di forza e di debolezza). Tale descrizione, secondo le indicazioni delle Consensus Conferences sui DSA, deve essere redatta

in termini comprensibili e facilmente traducibile in indicazioni operative per la prassi didattica.

Bibliografia

- Brosnan, M., Demetre, J., Hamill, S., Robson, K., Shepherd, R., & Cody, G. (2002). Executive functioning in adults and children with developmental dyslexia. *Neuropsychologia*, 40, 2144–2155.
- Cohen–Mimran R., & Sapir, S. (2007). Deficits in working memory in young adults with reading disabilities. *Journal of Communication Disorders*, 40, 168–183.
- Demonet, J.F., Taylor M.J., & Chaix Y. (2004). Developmental dyslexia. *The Lancet*, 363 (9419), 1451–1460.
- Eden, G.F., Jones, K.M., Cappell, K., Garreau, L., Wood, F.B., Zeffiro, T.A., et al. (2004). Neural changes following remediation in adult developmental Dyslexia. *Neuron*, 44, 411–422.
- Everatt, J., Steffert, B., & Smythe, I. (1999). An eye for the unusual: Creative thinking in Dyslexics. *Dyslexia*, 5, 28–46.
- Felton, R.H., Naylor, C.E., & Wood, F.B. (1990). Neuropsychological profile of adult dyslexics. *Brain Language*, 39 (4), 485–497.
- Galaburda, A.M., Sherman G.F., Rosen, G.D., Aboitiz, F., & Geschwind, N. (1985), Developmental dyslexia: Four consecutive patients with cortical anomalies. *Annals of Neurology*, 18 (2), 222–233.
- Ghidoni, E., Angelini, D., & Stella, G. (2010). Attività del servizio di diagnosi per studenti e adulti con DSA a Reggio Emilia. In E. Genovese, E. Ghidoni, G. Guaraldi, & G. Stella (Eds.), *Dislessia e università. Esperienze e interventi di supporto* (p. 58). Trento: Erickson.
- Griffiths, C.C. (2007). Pragmatic abilities in adults with and without dyslexia: A pilot Study. *Dyslexia*, 13 (4), 276–296.
- Griffiths, S. & Frith, U. (2002). Evidence for an articulatory awareness deficit in adult dyslexics. *Dyslexia*, 8 (1), 14–21.
- Hatcher, J., Snowling, M.J., & Griffiths, Y.M. (2002). Cognitive assessment of dyslexic students in higher education. *British Journal of Educational Psychology*, 72 (1), 119–133.
- Jones, M.W., Branigan, H.P., & Kelly, M.L. (2009). Dyslexic and nondyslexic reading fluency: rapid automatized naming and the importance of continuous lists. *Psychonomic Bulletin and Review*, 16 (3), 567–572.
- Krafnick, A.J., Flowers, D.L., Napoliello, E.M., & Eden, G.F. (2011). Gray matter volume changes following reading intervention in dyslexic children. *Neuroimage*, 57 (3), 733–741.

- Lami, L., Palmieri, A., Solimando M.C., & Pizzoli, C. (2008). Evoluzione del profilo di lettura nella dislessia. Studio longitudinale su un gruppo di dislessici divenuti giovani adulti. *Dislessia*, 5 (1), 7-17.
- Maisog, J.M., Einbinder, E.R., Flowers, D.L., Turkeltaub, P.E., & Eden, G.F. (2008). A Meta-analysis of functional neuroimaging studies of dyslexia. *Annals of the New York Academy of Science*, 1145, 237-259.
- Miller, C.J., Miller, S.C., Bloom, J.S., Jones, L., Lindstrom, W., Craggs, J., et. al. (2006). Testing the double-deficit hypothesis in an adult sample. *Annals of Dyslexia*, 56 (1), 83-102.
- Shaywitz, S.E., Fletcher, J.M., Holahan, J.M., Shneider, A.E., Marchione, K.E., Stuebing, K.K., et al. (1999). Persistence of dyslexia: The Connecticut Longitudinal Study at adolescence. *Pediatrics*. 104 (6), 1351-1359.
- Simmons, F., & Singleton, C. (2008). Do weak phonological representations impact on arithmetic development? A review of research into arithmetic and dyslexia. *Dyslexia*, 14, 77-94.
- Smith-Spark, J.H. & Fisk, J.E. (2007). Working memory functioning in developmental Dyslexia. *Memory*, 15 (1), 34-56.
- Sterling, C., Farmer, M., Riddick, B., Morgan, S., & Matthews, C. (1998). Adult dyslexic writing. *Dyslexia*, 4 (1), 1-15.
- Svensson, I. & Jacobson, C. (2006). How persistent are phonological difficulties? A longitudinal study of reading retarded children. *Dyslexia*, 12, 3-20.
- Undheim, A.M. (2009). A thirteen-year follow-up study of young Norwegian adults with dyslexia in childhood: Reading development and educational levels. *Dyslexia*, 15, 291-303.
- Von Karolyi, C., Winner, E., Gray, W., & Sherman, G.F. (2003). Dyslexia linked to talent: Global visual-spatial ability. *Brain Language*, 85 (3), 427-431.
- Wolff, U., & Lundberg, I. (2002). The prevalence of dyslexia among art students. *Dyslexia*, 8 (1), 34-42.

Strategie di studio e accorgimenti didattici nei DSA per una migliore applicazione del PDP

Gianluca Lo Presti — Psicologo, Servizio di Neuropsicologia e Psicopatologia dell'Apprendimento, Messina e Catania.

CENTRO RISORSE
CLINICA FORMAZIONE E INTERVENTO IN PSICOLOGIA
 in collaborazione con AID Sezione di Prato
 presenta

IV CONVEGNO NAZIONALE CENTRO RISORSE

DSA e SCUOLA:
Risorse per l'Apprendimento

Prato, 26 Ottobre 2012
 Salone Apollo della Pubblica Assistenza

CON IL PATROCINIO DI:

Gianluca Lo Presti, Psicologo, Psicopatologia dell'Apprendimento – Catania & Messina - Sicilia

Strategie di Studio e Accorgimenti Didattici per una migliore applicazione del PDP

[Gianluca Lo Presti](#), www.neuropsicologia.nelsito.it

2004-2010, Circolari, Ordinanze, Note Ministeriali + DPR 2009

Legge 170 – 8 ottobre 2010
"Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico"

MIUR	Ministero Salute	Conf. Stato-Regioni
-Prot. MIURAOODGOS 3573 – 26 maggio '11	ISS-SNLG -Consensus Conference Giugno '11	- "Indicazioni per la Diagnosi e la certificazione diagnostica dei DSA"
- DM 5669 12 luglio '11		24 luglio '12

Strategie di Studio e Accorgimenti Didattici per una migliore applicazione del PDP

f e Gianluca Lo Presti, www.neuropsicologia.nelsito.it Like

LIVELLO DI FATICA NELLA LETTURA

STUDENTE NORMOLETTORE 

Studente Dislessico 

Studente Dislessico Con Strumento Compensativo 

GLI STRUMENTI COMPENSATIVI NON SONO AIUTI!

MA E' METTERE ALLA PARI GLI STUDENTI CON DISLESSIA

E' PERMETTERE DI STUDIARE.

CONDIVIDI PER FAR CONOSCERE!

Strategie di Studio e Accorgimenti Didattici per una migliore applicazione del PDP

f e Gianluca Lo Presti, www.neuropsicologia.nelsito.it Like

Perché uno studente con dislessia ha bisogno di un efficiente metodo di studio?

Sostanzialmente perché rispetto ai suoi coetanei normolettore non può permettersi di adottare il metodo di studio più diffuso che consiste nel leggere più volte il materiale da studiare, da cui poter eventualmente ricavare riassunti o schemi scritti più o meno ricchi di contenuti, da rileggere prima delle verifiche. La sua difficoltà di lettura gli rallenterebbe non solo i tempi, ma lo affaticherebbe e gli renderebbe precari i processi di comprensione ed elaborazione del testo.



FASI DEL METODO DI STUDIO

- In **classe durante** spiegazione
- A casa:
 - lo **stesso** giorno; il **giorno prima**
 - **Prima** delle verifiche;
 - **Durante e Dopo** le **verifiche**
 - **Ottimizzare** il tempo;

Strategie di Studio e Accorgimenti Didattici per una migliore applicazione del PDP



Gianluca Lo Presti, www.neuropsicologia.nelsito.it


COMPITI	NO TEC	BASSA TEC	ALTA TEC
SCRITTURA 	Dizionario Tabella dei caratteri	Registratore al posto degli appunti Carta copiativa Adattare il foglio con righe, quadretti o spaziatura particolare	Word processor Predizione ortografica Riconoscimento vocale Correttori ortografici Sintesi vocale
LETTURA	Utilizzare il segna riga	Cambiare la grandezza carattere Cambiare la spaziatura Cambiare il colore	OCR e scanner Sintesi vocali Audio libri Scanner a penna
MATEMATICA	Tavola pitagorica La linea dei numeri Tabelle formule e	Calcolatrice Orologi parlanti	Calcolatrice sul pc Fogli elettronici di calcolo
STUDIO	Aiuti per riorganizzare i materiali (cartelline colorate, tabelle con indici visivi) Sottolineare i testi con evidenziatori Carte indice Linea del tempo	Libro degli appuntamenti (agenda) Beeper (svegliare, anche nel cellulare) Fogli con grafici per organizzare	Super mappe Registratori controllo parlato Applicativi ricerca all'interno del pc Agende in internet sincronizzate con il cellulare

Strategie di Studio e Accorgimenti Didattici per una migliore applicazione del PDP



Gianluca Lo Presti, www.neuropsicologia.nelsito.it


Valutazione

- **Predisporre verifiche scalari**
- **Programmare e concordare con l'alunno le verifiche**
- **Prevedere verifiche orali a compensazione di quelle scritte (soprattutto per la lingua straniera)**
- **Valutare tenendo conto maggiormente del contenuto più che della forma**



- **Far usare strumenti e mediatori didattici nelle prove sia scritte sia orali**
- **Introdurre prove informatizzate**
- **Programmare tempi più lunghi per l'esecuzione delle prove**

Strategie di Studio e Accorgimenti Didattici per una migliore applicazione del PDP

  **Gianluca Lo Presti**, www.neuropsicologia.nelsito.it 

**Se un bambino è continuamente criticato
Impara a condannare**

**Se un bambino vive in un ambiente ostile
Impara a battersi**

**Se un bambino è ridicolizzato
Impara ed essere timido**

**Se un bambino è circondato dalla gelosia
Impara a sentirsi colpevole**

Strategie di Studio e Accorgimenti Didattici per una migliore applicazione del PDP

  **Gianluca Lo Presti**, www.neuropsicologia.nelsito.it 

**Se un bambino vive in un ambiente di tolleranza
Impara ad essere paziente**

**Se un bambino viene incoraggiato
Impara ad avere fiducia**

**Se un bambino è giustamente lodato
Impara ad apprezzare**

**Se un bambino vive nell'approvazione altrui
Impara ad amare se stesso**

**Se un bambino viene accettato
Impara ad accettare il mondo**

Strategie di Studio e Accorgimenti Didattici per una migliore applicazione del PDP



CENTRO RISORSE
CLINICA FORMAZIONE E INTERVENTO IN PSICOLOGIA
in collaborazione con AID Sezione di Prato 
presenta

IV CONVEGNO NAZIONALE CENTRO RISORSE

DSA e SCUOLA:
Risorse per l'Apprendimento

Prato, 26 Ottobre 2012
Salone Apollo della Pubblica Assistenza

CON IL PATROCINIO DI:



GIUNTI Scuola 
GIUNTI OS 

GRAZIE A TUTTI

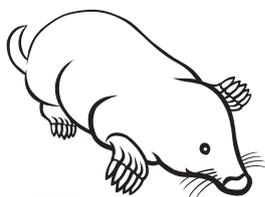
Gianluca Lo Presti,
www.neuropsicologia.nelsito.it

Strategie di Studio e Accorgimenti Didattici per una migliore applicazione del PDP

Il font EasyReading® come strumento compensativo

Federico Alfonsetti — Designer, Edizioni Angolo Manzoni, Torino.



www.easyreading.it

EasyReading®

Font ad alta leggibilità.

Eccellente per i dislessici,
ottimo per tutti.

*Progettare significa offrire una soluzione
ad un dato problema.*

(Bruno Munari)

È questa la chiara e netta indicazione, di uno dei maggiori Maestri del design italiano, che abbiamo seguito nei quattro anni (2006-2009) di lavoro necessari alla realizzazione del font EasyReading®.

Per noi ha significato:

*Progettare uno strumento compensativo
per agevolare la lettura a chi è dislessico.*

A livello internazionale EasyReading® è l'unico font, tra quelli dichiaratamente "dedicati a chi è dislessico", ad essere stato sottoposto a ricerche scientifiche che hanno confermato la sua validità come **strumento compensativo per i lettori con dislessia.**

I risultati di due ricerche scientifiche — autonome e indipendenti — condotte su oltre 600 alunni della scuola primaria e secondaria dalla Dr.ssa Christina Bachmann (psicologo clinico e psicoterapeuta, Centro Risorse, Clinica Formazione e Intervento in Psicologia, Prato), **attestano che:**

"I risultati, che appaiono significativi da un punto di vista sia statistico che clinico, ci consentono di affermare che l'EasyReading® può essere considerato un valido strumento compensativo per i lettori con dislessia e un font facilitante per tutte le categorie di lettori".

Il Font EasyReading® ha ricevuto dall'*AID (Associazione Italiana Dislessia)*, parere positivo per le sue specifiche caratteristiche grafiche che sono utili ad agevolare la lettura a chi presenta problematiche di Dislessia.
(Ufficio Stampa AID - mail del 12 giugno 2011)

Il font EasyReading® ha ottenuto parere positivo alla concessione di incentivi per il suo design innovativo, dal Ministero dello Sviluppo Economico, attraverso la *Fondazione Valore Italia Esposizione permanente del Made in Italy e del design italiano*.

Ma quali caratteristiche grafiche
deve avere un carattere
per essere di buona leggibilità
per il dislessico?

È noto che i caratteri dotati di elementi
decorativi (grazie o serif), come il

Times New Roman

**creano confusione e risultano
di difficile lettura a chi è dislessico.**

È quindi preferibile l'utilizzo di caratteri privi di "grazie" (sans-serif).

Ma anche questi font creano a chi è dislessico difficoltà percettive e interferenze, che provocano confusione nella lettura.

Queste le due cause principali:

- **il possibile scambio tra lettere simili per forma:**
- **l'effetto affollamento.**

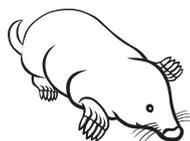
In questa presentazione utilizzeremo come comparazione con l'EasyReading®

il font **Arial**

comunemente considerato di buona leggibilità per chi è dislessico.

I due font sono sempre presentati con la medesima dimensione di carattere.

Le caratteristiche grafiche che rendono



EasyReading®

un font "eccellente" per chi è dislessico.

EasyReading è un font "ibrido"

Carattere bastone
essenziale nel disegno,
presenta "grazie dedicate"
utili a evitare il possibile
scambio visivo tra lettere
e numeri simili per forma.

La forte caratterizzazione
di ogni singola lettera
si associa alla coerenza stilistica
del font nel suo insieme.

Non è un "Braille" per la dislessia, ma un font
ad alta leggibilità eccellente per chi è dislessico e ottimo per tutti.

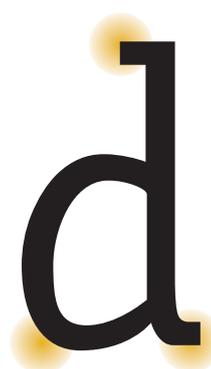
GRAZIA
ASSENTE



GRAZIA
ASSENTE

CASSA
OVALE
IN SU

GRAZIA
PRESENTE



CASSA
OVALE
IN GIÙ

GRAZIA
PRESENTE

EasyReading® risolve l'effetto affollamento (Crowding Effect)

L'ampio spazio presente:

- tra le lettere
- tra le parole
- tra le parole e la punteggiatura
- tra le righe di testo

come potete constatare voi stessi,
dà maggior respiro alla lettura!

Nel font EasyReading® gli spazi tra le lettere
e tra le parole sono molto più ampi di quelli
della media degli altri font

Questo è lo spazio automatico tra le lettere e tra le parole
nel font Arial



Questo è lo spazio automatico tra le lettere e tra le parole
nel font EasyReading®

Nel font EasyReading® lo spazio tra le righe è molto più ampio rispetto alla media degli altri font.

Questo è lo spazio automatico tra le righe nel font Arial



Questo è lo spazio automatico tra le righe nel font EasyReading®



Lettere con ascendenti e discendenti

Nel font Arial e nei font in generale ascendenti e discendenti possono risultare poco visibili **a causa della loro ridotta lunghezza**; in particolare rendono la lettera **o** molto simile alle lettere **dbqp**.

Nel font EasyReading® le ascendenti e le discendenti hanno una **lunghezza superiore di circa il 70%** rispetto alla media degli altri font. Si evita così lo scambio percettivo tra la lettera **o** e le lettere **dbqp**.

odbqppgjyfhklt odbqppgjyfhklt

se hai jolly jack e quadri
fai un gioco più bello

se hai jolly jack e quadri
fai un gioco più bello

Segni di punteggiatura

Nel font EasyReading® tutti i segni di punteggiatura presentano un disegno marcato per agevolare l'individuazione della loro presenza.

Vediamo una frase,
con punteggiatura,
in font Arial.

Il sole è caldo; il cielo è azzurro.
Il mare è calmo, le onde tranquille!
Mi domando: "dobbiamo" partire?

Vediamo la stessa frase,
con punteggiatura,
in font EasyReading®.

Il sole è caldo; il cielo è azzurro.
Il mare è calmo, le onde tranquille!
Mi domando: "dobbiamo" partire?

Come si può notare la punteggiatura nel font EasyReading® è più evidente

Ecco un testo realizzato
con il font Arial dimensione 8

Hänsel e Gretel fecero una fascina con dei piccoli rami. Poi accesero il fuoco e quando la fiamma si alzò la donna disse:

«Mettetevi vicini al fuoco, bambini, e riposatevi, mentre noi andiamo per il bosco a tagliare la legna. Quando avremo finito, torneremo a prendervi».

I due bambini si sedettero vicino al fuoco e, a mezzogiorno, ognuno mangiò il suo pezzettino di pane. Siccome sentivano i colpi di scure, pensavano che il padre fosse vicino. In realtà, non era la scure ma un ramo che egli aveva legato a un albero e che il vento faceva sbattere contro il tronco. Dopo un bel po' di tempo che erano seduti, si addormentarono per la stanchezza e dormirono profondamente.

Si svegliarono che era già notte fonda. Gretel si mise a piangere:

«Come usciremo dal bosco?»

Ma Hänsel la consolò:

«Aspetta ancora un poco che esca la luna e subito troveremo la strada».

Ecco un testo realizzato
con il font EasyReading® dimensione 8

Hänsel e Gretel fecero una fascina con dei piccoli rami. Poi accesero il fuoco e quando la fiamma si alzò la donna disse:

«Mettetevi vicini al fuoco, bambini, e riposatevi, mentre noi andiamo per il bosco a tagliare la legna. Quando avremo finito, torneremo a prendervi».

I due bambini si sedettero vicino al fuoco e, a mezzogiorno, ognuno mangiò il suo pezzettino di pane. Siccome sentivano i colpi di scure, pensavano che il padre fosse vicino. In realtà, non era la scure ma un ramo che egli aveva legato a un albero e che il vento faceva sbattere contro il tronco. Dopo un bel po' di tempo che erano seduti, si addormentarono per la stanchezza e dormirono profondamente.

**Il font EasyReading® risolve
il possibile scambio percettivo
tra lettere simili per forma**

Gli esempi che seguono evidenziano
come nel **font Arial**, e nei font in generale,
sia possibile lo scambio percettivo
tra lettere simili per forma.

Questo scambio, nel **font EasyReading®**,
è evitato dalla "forte caratterizzazione"
del disegno e dalla attribuzione
di "grazie dedicate" a ogni singola lettera.

Arial
scambio percettivo possibile



paia pala

EasyReading®
scambio percettivo improbabile



paia pala

Arial
scambio percettivo possibile



aja aia

EasyReading®
scambio percettivo improbabile



aja aia

Arial
scambio percettivo possibile

ASCENDENTE
CORTA



hn

GRAZIE
ASSENTI

GRAZIE
ASSENTI

leghi legni

EasyReading®
scambio percettivo improbabile

ASCENDENTE
LUNGA



hn

GRAZIA
PRESENTE

leghi legni

Arial
scambio percettivo possibile



OC

SPAZIO
RIDOTTO

aloe alce

EasyReading®
scambio percettivo improbabile



OC

SPAZIO
AMPIO

aloe alce

<p>Arial scambio percettivo possibile</p>  <p>CHIUSURA BASSA DELLA CONFLUENZA CENTRALE</p> <p>RAME RANE</p>	<p>EasyReading® scambio percettivo improbabile</p>  <p>CHIUSURA ALTA DELLA CONFLUENZA CENTRALE</p> <p>RAME RANE</p>
---	--

<h3>Numeri</h3>	
<p>Arial scambio percettivo possibile</p> <p>STESSO ANDAMENTO COSTANTE DELLE CURVE</p>  <p>ASTA INCLINATA SPAZIO RISTRETTO</p>  <p>96</p> <p>DISEGNO IDENTICO CAPOVOLTO E RIBALTATO</p>	<p>EasyReading® scambio percettivo improbabile</p> <p>SPAZIO AMPIO</p>  <p>CASSE OVALI</p> <p>ASTA DRITTA SPAZIO AMPIO</p>  <p>SPAZIO AMPIO</p> 

Stile Italic

In molti font nello stile Regular la lettera a presenta un uncino superiore, mentre nello stile *Italic* l'uncino è assente rendendo possibile lo scambio percettivo tra la lettera *a* e la lettera *o*. Questa volta per la comparazione con EasyReading® utilizzeremo il font Trebuchet (indicato di buona leggibilità per il dislessico), poiché il font Arial non presenta questa caratteristica.

UNCINO
PRESENTE

ao

Trebuchet Regular

UNCINO
ASSENTE

ao

Trebuchet Italic

UNCINO
PRESENTE

ao

EasyReading Regular

UNCINO
PRESENTE

ao

EasyReading Italic

caos *caos*

caos *caos*

Il font EasyReading®

per le caratteristiche grafiche

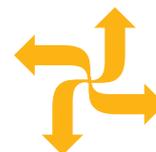
del disegno e per le grazie attribuite,

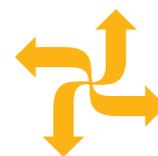
evita il possibile scambio percettivo,

tra lettere simili per forma,

anche effettuando un ribaltamento

percettivo orizzontale o verticale





Nel font Arial, e nei font in generale, le lettere **bdqp** sono quelle più a rischio di scambio se si effettua un ribaltamento percettivo orizzontale o verticale (o tutti e due i ribaltamenti contemporaneamente).

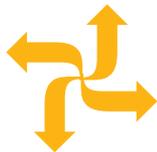
Questo perché queste quattro “diverse” lettere in realtà sono rappresentate da un “identico” disegno ribaltato orizzontalmente o verticalmente.

Per evidenziare meglio la problematica vediamo questo esempio.

Prendiamo una matita e rigiriamola come ci pare...

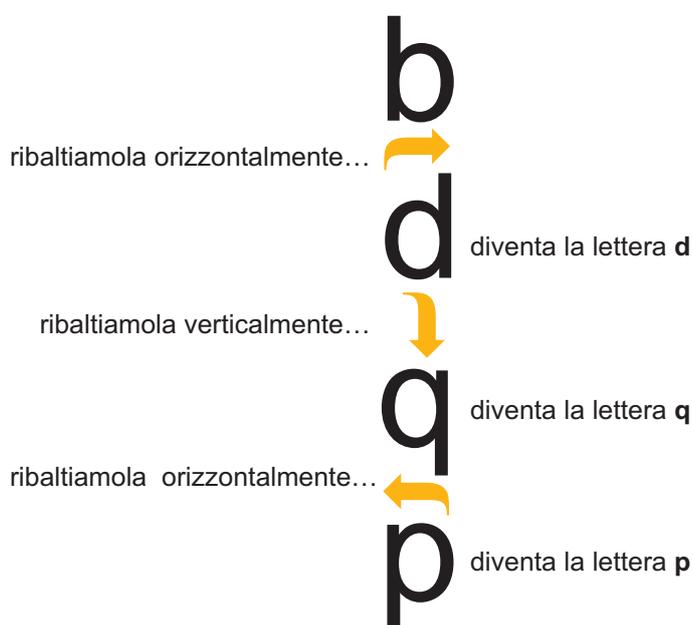
È stata capovolta e ribaltata in tutti i sensi...

ma voi avete sempre percepito...
che è una matita!



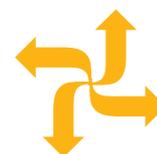
Con le lettere non è così... Se effettuiamo delle variazioni spaziali percettive (capovolgimento, ribaltamento, o avvicinamento), come vedremo tutto si complica... **il significato delle lettere cambia!**

Prendiamo la lettera **b** del font Arial



... e potremmo continuare all'infinito!

Nel font EasyReading® le lettere **bdqp** hanno ognuna un disegno "diverso" e grazie "dedicate".



Di conseguenza anche se ribaltate orizzontalmente o verticalmente (o tutti e due i ribaltamenti contemporaneamente) **non sono "confondibili" tra loro.**

Prendiamo la lettera b del font EasyReading®

ribaltiamola orizzontalmente...	b 	non diventa la lettera d	nell'EasyReading la d è questa	d 
ribaltiamola verticalmente...	d 	non diventa la lettera q	nell'EasyReading la q è questa	q 
ribaltiamola orizzontalmente...	q 	non diventa la lettera p	nell'EasyReading la p è questa	p 

con il font Arial anche la lettera **n** e la lettera **u**
sono confondibili effettuando un ribaltamento verticale

nu	Riproponiamo le due lettere ma ribaltando verticalmente la u		nn	Visto... sono specularmente identiche!
-----------	--	---	-----------	---

proviamo ora con la lettera **n** e la lettera **u** del font EasyReading®

nu	Riproponiamo le due lettere ma ribaltando verticalmente la u		nn 	Visto... in virtù del disegno e delle grazie attribuite restano diverse!
-----------	--	---	---	---

Il font EasyReading®
per le caratteristiche grafiche
del disegno e per le grazie attribuite,
evita il possibile scambio percettivo
tra una lettera simile per forma
a due lettere abbinata che vengono
percettivamente ravvicinate ➡➡

nel font Arial la lettera **w** e due lettere **v**
sono confondibili effettuando un ravvicinamento percettivo

W V V

Riproponiamo
la lettera **w**
e abbiniamo
due lettere **v**
ravvicinate



W W

Visto... sono simili!

proviamo ora con la lettera **w** e due lettere **v** del font EasyReading®

w V V

Riproponiamo
la lettera **w**
e abbiniamo
due lettere **v**
ravvicinate



w W

Visto...
in virtù del disegno diverse!

nel font Arial la lettera **m** e due lettere **n**
sono confondibili effettuando un ravvicinamento percettivo

m nn

Riproponiamo
la lettera **m**
e abbiniamo
due lettere **n**
ravvicinate



m m

Visto... sono simili!

proviamo ora con la lettera **m** e due lettere **n** del font EasyReading®

m nn

Riproponiamo
la lettera **m**
e abbiniamo
due lettere **n**
ravvicinate



m m

Visto... in virtù del disegno e delle
grazie attribuite restano diverse!

nel font Arial la lettera **m** e le lettere **rn**
sono confondibili effettuando un ravvicinamento percettivo

m rn

Riproponiamo
la lettera **m**
e abbiniamo
le lettere **rn**
ravvicinate



m rn

Visto... sono simili!

proviamo ora con la lettera **m** e le lettere **rn** ravvicinate del font EasyReading®

m rn

Riproponiamo
la lettera **m**
e abbiniamo
le lettere **rn**
ravvicinate



m rn

Visto... in virtù del disegno e delle
grazie attribuite restano diverse!

EasyReading®
è un font ad "alta leggibilità"
particolarmente indicato per:

— gli stranieri che devono
imparare una nuova lingua

— i testi digitali e i siti web



— la segnaletica stradale e interna

quando velocità,
scarse condizioni di luce
o distanza creano condizioni
di lettura «non ottimali»

Via M. Voglino

sala gialla →



— i manuali d'uso

e i foglietti di indicazioni per farmaci

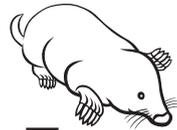
dove l'utilizzo
di corpi tipografici
molto piccoli
ostacola la lettura

LENIXANASEPLUS

I farmaci generici o equivalenti sono quei medicinali non più coperti da brevetto o da certificato di protezione complementare, che a differenza delle specialità medicinali vengono commercializzati direttamente con il nome del principio attivo. Per essere più precisi, ed evitare confusioni tra i possibili sinonimi, si utilizza la Denominazione Comune Internazionale (DCI), che è una contrazione del nome chimico, di solito troppo lungo, accettata da tutte le nazioni, seguita dal nome dell'azienda che produce il medicinale.

Esattamente come la specialità medicinale da cui derivano, i

Grazie per l'attenzione



EasyReading®

www.easyreading.it

Strumenti compensativi e misure dispensative per promuovere l'autonomia

Luca Grandi, Responsabile del Centro Ricerche Anastasis (CRA),
Bologna

Testo a cura di Giulia Corradini, logopedista, Centro Risorse, Prato
Si ringrazia Luca Grandi per la disponibilità a utilizzare i contenuti del suo intervento e per la gentile revisione del testo.

Luca Grandi è Responsabile del Centro Ricerche Anastasis (CRA), l'attività di ricerca e sviluppo della cooperativa Anastasis, una delle principali aziende italiane nel mercato dei software didattici, riabilitativi e compensativi. Oltre all'attività di ricerca nel campo degli strumenti informatici, Grandi si occupa di formazione e Campus per insegnanti, educatori, genitori, operatori socio-sanitari e ragazzi; è docente in Corsi di Perfezionamento e Master di numerose Università e autore di diverse pubblicazioni, tra cui il volume *Come leggere la Dislessia e i DSA* (ed. Giunti Scuola); partecipa a progetti europei per definire modelli di intervento condivisi e buone pratiche a livello internazionale e ha partecipato come esperto al gruppo di lavoro per il Panel di Aggiornamento e Revisione della Consensus Conference DSA del 2011.

Luca Grandi ha "scoperto" di essere dislessico a 25 anni. In realtà è sempre stato consapevole delle proprie difficoltà in ambito scolastico, ma solo da adulto ha potuto dare un nome a tutto questo.

La sua esperienza personale e la ventennale collaborazione con il prof. Giacomo Stella gli hanno permesso di comprendere a fondo, sulla propria pelle, come (e quanto) la possibilità di utilizzare strumenti compensativi possa ridurre l'impatto delle difficoltà caratteristiche del DSA (e non solo), permettendo a molti bambini e ragazzi di esprimere le proprie potenzialità.

Il suo intervento si intitola, non a caso, "Strumenti compensativi e misure dispensative per promuovere l'autonomia" e si caratterizza

per il suo approccio fortemente interattivo, coinvolgente e diretto, ricco di esempi emblematici, che riescono sempre a far entrare chi ascolta nel mondo dei DSA.



Per introdurre l'argomento, Grandi propone una vignetta che rappresenta un'insegnante che sta spiegando ad una bambina, la quale però, nel suo fumetto, pensa: "Imparare, questo è il problema!". Questa bambina ha probabilmente delle difficoltà ad apprendere: non si tratta però di difficoltà generalizzate, ma di difficoltà che si manifestano a causa della modalità di insegnamento, tradizionalmente basata sulle abilità di lettura e scrittura, e quindi principalmente su un canale di accesso alle informazioni di tipo visivo-verbale.

Subito dopo vengono proiettati due brevi filmati, tratti entrambi dal film *Il piccolo Nicolas e i suoi genitori*, di Laurent Tirard (Francia, 2009).

Nel primo si vede un'insegnante che sta interrogando i suoi alunni in classe e chiede al protagonista "Qual è il fiume che attraversa Parigi?"

Il ragazzino è in evidente difficoltà e non riesce a trovare la risposta, ma viene "salvato" dal suono della campanella. Mentre i suoi compagni corrono via, l'insegnante lo ferma e gli chiede "Non mi hai detto che sei stato sul BateauMouche con i tuoi genitori? (...) E dove navigano i BateuxMouches?". Il ragazzino adesso risponde immediatamente "Sulla Senna!". Apparentemente, l'insegnante pone a Nicolas la stessa

domanda due volte, ma in realtà la seconda volta la domanda evoca un'esperienza, e non si limita alla semplice richiesta di un termine.

Nel secondo filmato arriva in classe il Ministro dell'Istruzione, che decide di interrogare e chiede, proprio a Nicolas, il nome del fiume che attraversa Parigi. A questo punto la scena si sposta dalla classe per entrare nella testa del bambino, dove si vede il piccolo Nicolas su uno strano macchinario, che cerca disperatamente di ritrovare l'informazione richiesta nella sua memoria. Alla fine riesce a rispondere correttamente alla domanda del Ministro, ma per farlo deve ricordare la domanda della maestra che, essendo legata alla sua esperienza, gli aveva consentito di ricordare la risposta, e rivedere quindi dentro di sé tutta la scena avvenuta nei giorni precedenti in classe. Questi due filmati rappresentano in modo molto efficace la difficoltà, comune a molti ragazzini con DSA, di reperire nella memoria le informazioni, soprattutto se apprese in modo nozionistico e mnemonico attraverso il solo studio di un testo scritto.

Con questi esempi, Grandi riesce a mostrare in pochi minuti (e con poche parole) come le difficoltà tipiche di un DSA, che già per definizione si manifestano quasi esclusivamente negli apprendimenti scolastici, possano essere accentuate da una modalità di insegnamento di tipo tradizionale, che si avvale quasi esclusivamente del canale visivo-verbale.

La scelta di questi materiali risulta quindi azzeccatissima, non solo perché riescono a trasmettere perfettamente questo messaggio, ma anche perché questi esempi, un'immagine e due filmati, ci permettono di comprenderlo in modo immediato e molto efficace, utilizzando proprio dei canali diversi (visivo-non verbale e uditivo).

Negli ultimi anni si è assistito ad una vera e propria rivoluzione tecnologica, che ha travolto le nuove generazioni e cambiato profondamente il loro modo di vivere, pensare e apprendere, rendendo la modalità di insegnamento tradizionale sempre meno adeguata per tutti, e non più soltanto per i DSA.

Per questo Grandi mostra alcuni dati tratti da due ricerche.

La prima, pubblicata nel 2008 dall'OECD (l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), riporta i primi risultati di un progetto promosso dal CERI (il Centro per la Ricerca e l'Innovazione nell'Insegnamento, un organismo dell'OECD), intitolato "New Millennium Learners", che si pone l'obiettivo di comprendere gli effetti delle tecnologie digitali sulle aspettative e le attitudini scolastiche dei cosiddetti *nativi digitali*, la nuova generazione di studenti. Attraverso i grafici che riportano i risultati ottenuti chiedendo ai ragazzi di elencare le metodologie didattiche

utilizzate a scuola e successivamente di esporre invece quelle che desidererebbero, Grandi (di)mostra l'evidente discrepanza tra l'offerta della scuola e le aspettative dei ragazzi.

La seconda ricerca, intitolata "Cittadini e Nuove Tecnologie" e pubblicata dall'ISTAT nel 2011, rappresenta un'analisi piuttosto ampia sull'utilizzo del computer e di Internet in Italia. I dati esposti da Grandi si riferiscono agli utenti di Internet, uno strumento che viene utilizzato soprattutto dai ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 20 anni e sempre meno con l'aumentare dell'età.

Questo ci fa capire come questi ragazzi, almeno a casa, possano usufruire di modalità di apprendimento diverse da quella tradizionale (unico canale visivo-verbale), che risulta ormai inadeguata, non soltanto per i DSA, ma per la maggioranza degli studenti. La scuola dovrebbe quindi proporre una didattica nuova, più inclusiva per tutti, che si avvalga di più canali di apprendimento.

In quest'ottica è molto più semplice capire come gli strumenti compensativi non siano semplicemente degli strumenti che compensano o riducono una determinata difficoltà, ma degli strumenti *aumentativi*, che permettono a tutti di esprimere le proprie potenzialità.

Anche le misure dispensative, ovvero le strategie didattiche che l'insegnante può mettere in atto per rendere le richieste più idonee ed efficaci all'apprendimento dei propri alunni, non sono delle "concessioni" per agevolare lo studente in difficoltà, ma delle strategie per permettere a quello studente di raggiungere gli obiettivi formativi.

Strumenti compensativi e misure dispensative hanno quindi lo scopo di consentire a chi li utilizza di esprimere il proprio potenziale di apprendimento e di raggiungere il massimo obiettivo formativo possibile. Per questo non possono essere considerati automaticamente come l'immediata soluzione a tutte le difficoltà scolastiche, né possono essere gli stessi per tutti, ma anzi devono essere personalizzati e individualizzati.

Molto spesso i genitori e gli insegnanti si trovano di fronte alla difficoltà di scegliere gli strumenti giusti per i propri figli e alunni, talvolta con la paura di aiutarli troppo o troppo poco. Secondo Grandi la scelta dello strumento può risultare molto più semplice una volta compresa la differenza sostanziale tra obiettivo e compito: quando un genitore porta per la prima volta il proprio figlio a giocare a tennis, il suo obiettivo sarà probabilmente che il bambino si diverta, si confronti con gli altri, socializzi, si "sfoghi", faccia attività fisica, etc., mentre il compito, ovvero l'attività che il bambino deve svolgere, è quella di tirare una pallina ad una certa

distanza, sperare che l'avversario non la colpisca, se la colpisce e la palla torna indietro colpirla nuovamente, etc. A nessuno verrebbe mai in mente di dire al proprio figlio: "Mi raccomando, vai a giocare a tennis, così impari a colpire una pallina al volo, lanciarla a una certa distanza...". Non è quello l'obiettivo. E se il bambino che va a giocare a tennis per diversi motivi non raggiunge l'obiettivo (per esempio non si diverte), la soluzione che ci appare più ragionevole è indubbiamente quella di cambiare sport.

Questo è esattamente quello che dovrebbe avvenire anche a scuola in tema di strumenti compensativi e misure dispensative. Un esempio classico è quello del ragazzino che non riesce a svolgere dieci espressioni: l'obiettivo in questo caso è quello di velocizzare lo svolgimento delle espressioni; farne dieci, ovvero ripetere più volte un'attività per automatizzarla, è il compito. Per permettere a quel ragazzino di raggiungere l'obiettivo, l'insegnante potrà modificare il compito, assegnandogli solo una o due di quelle espressioni (strategia dispensativa) e suggerendogli di crearsi uno schema che gli ricordi le regole per risolverle (strumento compensativo).

Solo se obiettivi e compiti sono chiaramente definiti è possibile mettere in atto una didattica veramente individualizzata e personalizzata, più inclusiva per tutti. Ma a questa *conditio sine qua non* si aggiunge oggi sempre più la necessità di rinnovare le modalità di insegnamento tradizionali, di sfruttare più canali di accesso alle informazioni e di introdurre le nuove tecnologie.

La necessità di rinnovamento appare chiara anche dai dati della ricerca dell'Eurostat, pubblicata nel 2006, intitolata *The e-society in 2005*. *More than a third of EU25 population have no basic computer skills*. *Large differences between the generations*, che mette ancora una volta in luce la differenza generazionale nell'utilizzo delle tecnologie (ovviamente a favore dei giovani) e il ritardo dell'Italia rispetto a molti paesi europei.

La questione del fumetto presentato all'inizio "Imparare, questo è il problema" diventa quindi una vera e propria sfida, ma anche un'importante opportunità per la scuola di oggi, che deve riuscire ad allinearsi alla rivoluzione tecnologica in atto e proporre nuove modalità di apprendimento più adeguate, certamente ai bambini e ragazzi con DSA, ma più in generale a tutti gli studenti, ormai nativi digitali.

Oggi infatti, è sicuramente più in difficoltà una persona che non sa usare il computer piuttosto che una lenta a leggere!

La mia storia di dislessia

Giacomo Cutrera, AID Associazione Italiana Dislessia

Testo a cura di Sara Marzialetti, logopedista, Centro Risorse.

Si ringrazia Giacomo Cutrera per la disponibilità a utilizzare i contenuti del suo intervento.

L'intervento conclusivo del IV Convegno Nazionale "DSA e scuola: risorse per l'apprendimento", organizzato dal Centro Risorse a Prato il 26 ottobre 2012, è stato quello di Giacomo Cutrera, membro del consiglio direttivo dell'Associazione Italiana Dislessia (AID).

Giacomo, o per meglio dire l'Ingegnere Cutrera, è un giovane dislessico neolaureato in ingegneria informatica che da dieci anni gira l'Italia raccontando la propria personale esperienza. Ha creato all'interno dell'AID il gruppo Giovani Dislessici Italiani ed è autore del libro autobiografico *Demone Bianco. Una storia di dislessia*, che è già stato scaricato gratuitamente dal sito internet dedicato (<https://sites.google.com/site/demonebiancodislessia/>) da più di cinquantamila persone, sia in formato di testo sia in formato audio; il libro nel 2010 è divenuto anche uno spettacolo teatrale ad opera di una compagnia di giovani teatranti di Cuneo.

Non stiamo quindi parlando di un relatore tecnico, di un esperto della materia, come lui stesso tiene a ribadire più volte, ma di un ragazzo che racconta la propria storia con l'intento di far conoscere cosa sia la dislessia e soprattutto quali siano le difficoltà e i pregiudizi che i ragazzi dislessici incontrano nel mondo della scuola.

Cutrera spiega con molta semplicità la propria dislessia: "Faccio una fatica bestiale a leggere", dice. A questo si sommano anche difficoltà nel calcolo, nella grafia e nell'ortografia. La dislessia però, precisa, non è né una disabilità, né una malattia, né un handicap: la dislessia è una neuro-diversità, un modo diverso di funzionare. A tale proposito fornisce un esempio calzante: se noi tutti provassimo a scrivere con la nostra mano non dominante, incontreremmo grandi difficoltà. Se obblighiamo un mancino a scrivere con la mano destra egli si sentirà un incapace e questo provocherà una malattia, perché la difficoltà sarà somatizzata, e un handicap, perché non riuscirà a raggiungere i medesimi traguardi

dei coetanei. Tutte queste difficoltà non sono determinate dal mancinoismo, ma dalla condizione in cui il mancino viene messo: un mancino ha il cervello che funziona in un modo diverso da quello di un destrimane, ma non è un disabile. Esattamente come un dislessico. C'è però fra le due condizioni una differenza evidente, di tipo culturale: mentre il mancinoismo è ormai conosciuto e largamente accettato, molto resta ancora da fare in tal senso per la dislessia. È questa ignoranza che genera le difficoltà che i ragazzi dislessici incontrano nella scuola e nell'università. È per combattere l'ignoranza del problema che Cutrera gira da anni in lungo e in largo l'Italia, cercando di evitare che altri ragazzi giungano alla diagnosi di dislessia a quattordici anni, dopo molte sofferenze e iniquità.

Egli racconta che la sua velocità di lettura è la metà rispetto a quella dei coetanei, a fronte di un affaticamento triplo. Questo ci dà un metro di quanto la sua dislessia abbia potuto inficiare le sue prestazioni in tutti i compiti scolastici che implicavano la lettura. Inoltre, spiega, a questo si aggiunge il problema di automatizzazione che la dislessia porta con sé. A questo proposito fornisce l'esempio delle tabelline, che normalmente noi tutti impariamo ripetendole molte volte, finché non entrano nel "pilota automatico della memoria", come lo chiama lui. I ragazzi dislessici invece hanno difficoltà con l'automatizzazione, per cui devono ricorrere a metodi alternativi, che rallentano notevolmente il processo.

Il successo universitario di Cutrera testimonia che l'automatizzazione è molto utile per velocizzare i calcoli, ma non è fondamentale. Introduce così, facendo riferimento al proprio esame di Analisi Matematica, l'argomento degli strumenti compensativi. È molto comodo sapere le tabelline, ma non è determinante; anzi, questa abilità non aiuta a svolgere i calcoli complessi richiesti, per i quali tutti devono ricorrere all'ausilio della calcolatrice. La cosa fondamentale è che tutti i ragazzi sappiano cosa significa moltiplicare o dividere, prima di servirsi della calcolatrice.

Un altro problema tipico che i dislessici incontrano in matematica è con i simboli grafici contenuti nelle espressioni, in particolare, dice, con quel segno meno che appare o scompare magicamente, creando un inevitabile effetto valanga nei passaggi successivi della risoluzione. Si tratta della stessa difficoltà di discriminazione che si manifesta nei grafemi simili per forma (come "b", "d", "p" e "q"), nel leggere lo stampato minuscolo o nello scrivere in corsivo.

Dopo aver esposto quali siano gli effetti che la sua dislessia ha nello svolgimento dei compiti scolastici, Cutrera illustra le possibili soluzioni, rappresentate dagli strumenti compensativi e dalle misure dispensative

previste nella Legge 170 del 2010 in materia di Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

Come esposto sopra, l'uso di strumenti compensativi che sofferiscono alle difficoltà di automatizzazione, ad esempio la calcolatrice o la tavola pitagorica, non sostituisce le conoscenze dei ragazzi dislessici, ma anzi è fondamentale per permettere un percorso scolastico realmente formativo. In merito alle misure dispensative da adottare, Cutrera porta come esempio la strategia didattica adottata dalla sua insegnante di matematica alla scuola superiore: per fronteggiare gli imprevedibili "effetti valanga" causati dall'aggiunta o dall'omissione di simboli matematici, gli faceva eseguire le espressioni alla lavagna. In questo modo poteva correggerlo ogni qual volta commetteva errori di questo genere ed evitare che compromettessero lo svolgimento dell'intero esercizio; la valutazione poteva così essere più adeguata e oggettiva.

Un'altra misura dispensativa molto efficace, dice Cutrera, è raddoppiare il tempo a disposizione dell'alunno per lo svolgimento delle verifiche scritte. Se egli impiega il doppio del tempo a leggere, spiega, inevitabilmente allo scadere del tempo fornito avrà completato la metà degli esercizi rispetto ai compagni: ne risulta una valutazione necessariamente insufficiente a fronte di esercizi svolti correttamente. Il suo professore di matematica provò a mettergli a disposizione il doppio del tempo e ne risultò una verifica interamente esatta. In questo modo aveva potuto mostrare la propria preparazione ed essere valutato per le proprie competenze, senza che gli fosse regalato niente; perché, prosegue Cutrera, se un alunno è impreparato, non è fornendo del tempo supplementare che la sua prestazione migliora.

Nella scelta delle strategie dispensative più idonee bisogna tenere conto non soltanto della velocità di esecuzione, ma anche dell'affaticamento. Se per un test molto lungo l'insegnante decide di fornire un tempo doppio all'alunno dislessico, non lo aiuterà, perché ben presto la fatica inizierà a influire sul rendimento. Per svolgere l'esame di analisi matematica all'università, il professore di Cutrera non poteva raddoppiare semplicemente il tempo a sua disposizione, portandolo a sei ore consecutive, perché l'affaticamento avrebbe inficiato la sua prestazione. Decise quindi di suddividere la prova in due parti e di fargliela completare in due giorni distinti. A tal proposito egli riporta per intero la frase che questo professore gli disse al termine dell'esame: "Ci scusi se abbiamo dovuto trattenerla un giorno in più, ma questo strumento era per noi necessario per poterla valutare correttamente". Questo prezioso punto di vista dovrebbe essere comune a tutti gli insegnanti che hanno a che fare con alunni con DSA.

Molto spesso per motivi organizzativi però non è possibile fornire un tempo aggiuntivo. Si può però creare un test ad hoc, con lo stesso grado di completezza e difficoltà, che richieda un tempo d'esecuzione minore. Come Cutrera tiene a rilevare in vari passaggi dell'intervento, nessuno vuole che siano fatti sconti o favoritismi, anzi, questo sarebbe offensivo nei confronti dei ragazzi dislessici; la loro richiesta è soltanto quella di essere valutati al netto delle difficoltà causate dai loro disturbi.

Riporta a questo proposito vari aneddoti incresciosi, raccolti direttamente o indirettamente in questi anni. Gli è capitato di sentirsi riferire frasi del tipo: "Bene, ti ho dato il doppio del tempo, quindi ti dimezzo il voto"; oppure "Suo figlio prende cinque, ma le cose le sa, pensi a quelli che prendono cinque e non sanno le cose!"; o ancora: "Ah, adesso tutti i lazzaroni dobbiamo chiamarli dislessici". L'episodio più sconcertante che riferisce è quello di una ragazza alla quale, nonostante avesse ottimi voti, volevano rifiutare il diploma perché era dislessica. Sono queste le situazioni che rendono la dislessia un handicap, come Cutrera riferiva all'inizio dell'intervento. Tutto ciò nasce dall'ignoranza del problema, dalla cattiva informazione e dalla carenza di formazione del personale docente.

C'è però anche una caratteristica del disturbo che contribuisce ad aggravare la situazione: la sua invisibilità. Se entra in classe un ragazzo con un braccio ingessato, nessuno si oppone a che gli siano concessi degli aiuti per ovviare alle sue difficoltà. Nel caso di un ragazzo dislessico invece ci saranno sempre insegnanti e compagni che vedranno questi strumenti come favoritismi ingiusti. Perché il gesso si vede, ma la dislessia no. Spesso poi, oltre a essere invisibile agli altri, lo è anche ai ragazzi stessi, che sono presi a questo punto da quella che lui chiama ironicamente "malattia di Rambo": si sforzano al massimo, vogliono fare tutto come gli altri ragazzi, rifiutando compensi e dispense.

Per cercare di favorire il confronto e la consapevolezza dei suoi coetanei dislessici, Cutrera propose ormai dieci anni fa di creare dei gruppi giovani all'interno dell'Associazione Italiana Dislessia. L'Associazione, racconta, all'epoca era costituita esclusivamente da genitori e per i ragazzi non esisteva un contesto all'interno del quale incontrarsi. Oggi il gruppo Giovani Dislessici Italiani conta migliaia d'iscritti ed è attivo su tutto il territorio nazionale.

Un altro luogo comune di cui spesso sono vittima i ragazzi dislessici è quello di essere svogliati e di non impegnarsi abbastanza nello studio. Cutrera in un passaggio particolarmente toccante del suo intervento racconta

di quanto sia doloroso e frustrante per un ragazzo che si sta impegnando con tutte le proprie forze per riuscire ad ottenere buoni risultati sentirsi dire certe cose. Per sfatare questo pregiudizio ci mostra un'immagine molto efficace: ci sono due ragazzi in bicicletta, uno ha davanti a sé una strada pianeggiante, mentre l'altro è ai piedi di una salita molto ripida. La didascalia recita: "Uno dei due non ha voglia di andare in bicicletta". Un ragazzo dislessico sa che a scuola dovrà fare una fatica immane per leggere anche solo poche righe, per cui è naturale che non abbia voglia di andarci. L'errore comune sta nel pensare che questo comportamento sia sintomo di svogliatezza e non abbia niente a che fare con le difficoltà causate dal disturbo.

Cutrerá chiede infine a un uditore di leggere un passo del suo libro in cui racconta la parte più difficile della propria storia di dislessia. Quando ha iniziato ad essere consapevole delle sue difficoltà, i suoi voti hanno iniziato ad aumentare; questo miglioramento è stato però interpretato dai suoi professori come la conferma della sua carenza di impegno nello studio. Lo sforzo per migliorare era stato un boomerang e gli insegnanti si erano rivelati soltanto degli esaminatori ciechi e sordi. Continuavano a pretendere da lui ciò che lui, oggettivamente, non poteva dare e a colpevolizzarlo per le sue prestazioni inadeguate. È stato quello il momento in cui ha deciso di opporsi e di dedicare molto del proprio tempo alla diffusione della conoscenza della dislessia, per cercare di evitare ad altri ragazzi di provare la rabbia e la frustrazione che lui sentiva in quel momento. Ma non solo. Vuole anche trasmettere loro la forza per fare quello che lui chiama "scatto B/H1".

A questo proposito conclude il proprio intervento leggendo dal suo libro la similitudine dell'autobus, che cito interamente:

"L'autobus è come la scuola: corre veloce, più veloce di te e, da piccolo, questa velocità ti coglie di sorpresa e l'autobus ti passa davanti, ti sfugge di mano. In quel caso puoi arrenderti e aspettare quello successivo o continuare a correre. La B, l'autobus dietro, è la strada alternativa che noi dislessici troviamo per raggiungere la velocità degli altri e, lo scatto B/H1, è la nostra più grande vittoria. In quel tratto, gli altri, fanno i conti con il semaforo e con l'impossibilità di tagliare la curva, fanno i conti con i propri limiti. In quel momento la tua vera forza si manifesta e avviene il sorpasso. Si parla spesso di grandi inventori dislessici e di scienziati che hanno visto dove altri non potevano; beh, queste sono persone che hanno fatto quello scatto, mentre tutti gli altri erano bloccati al semaforo rosso dei limiti".

Il Centro Risorse si presenta

Il Centro Risorse è nato nel 2008 con l'obiettivo di contribuire al miglioramento della qualità della vita, attraverso una vasta gamma di offerte volte alla promozione del benessere e alla cura della persona nel suo contesto familiare e ambientale. In breve tempo è diventato una realtà radicata sul territorio e punto di riferimento per la diagnosi e il trattamento dei DSA. Organizza ogni anno un convegno nazionale sui DSA e un Master annuale (www.masterdsa.it).



Il team del Centro Risorse collabora attivamente con psicologi, pedagogisti, logopedisti, neuropsichiatri infantili, pediatri, psichiatri, neurologi, dentisti, terapisti della neuro e psicomotricità, insegnanti, avvocati e altre figure professionali.

Tra i nostri servizi: valutazioni psicologiche, psico-diagnostiche e neuropsicologiche (colloqui clinici, somministrazione di test, stesura

di relazioni, questionari e reattivi), valutazioni logopediche per disturbi del linguaggio, diagnosi e trattamento dei disturbi psicologici dell'età evolutiva e dell'età adulta, training autoregolativo per ADHD, parent training per ADHD, psicoterapie per l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta, supervisioni e tutoraggio, ipnosi regressiva per adulti, consulenze tecniche peritali di parte e extra-giudiziali, consulenze tecniche d'ufficio per il Tribunale di Prato.

Diagnosi dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento

È attivo un servizio di diagnosi dei DSA (dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia) e degli altri disturbi dell'apprendimento (disturbo della comprensione del testo, disturbo visuo-spaziale, disturbo della soluzione dei problemi, disturbi generalizzati dell'apprendimento).

Comprende un incontro con i genitori per la raccolta dei dati anamnestici e apertura della cartella clinica; incontri di valutazione dello stato degli apprendimenti

(lettura, scrittura e calcolo) e della abilità compromesse (da 2 a 4 incontri, a seconda delle difficoltà motivo della richiesta); valutazione del funzionamento neuropsicologico (attenzione, memoria, percezione, ecc.); valutazione dell'efficienza intellettiva; colloquio di restituzione con i genitori; relazione clinica scritta con risultati dei test somministrati, sintesi diagnostica e indicazioni didattiche per la scuola consegnate in forma scritta ai genitori.

La procedura diagnostica si attiene alle indicazioni delle Consensus Conferences sul tema (CC DSA, 2007, 2010; DSA Documento d'intesa, PARCC, 2011; CC ISS, 2011) e prevede l'inquadramento diagnostico e l'approfondimento del profilo funzionale del disturbo.

Il servizio è rapido e accurato, i tempi brevi sono garantiti.



Laboratori di potenziamento e recupero

Con adeguati interventi di trattamento si permette all'alunno di cogliere le opportunità di apprendimento, di potenziare alcune abilità carenti e di compensare le sue difficoltà specifiche.

I laboratori si occupano di: training fonologico e metafonologico, trattamento sublessicale, controllo consapevole dell'errore ortografico, comprensione e produzione del testo, calcolo e intelligenza numerica, strategie e metodo di studio, problem solving, utilizzo degli strumenti informatici, ecc.

Dato che i DSA sono un diverso modo di funzionare, il trattamento agirà sulle conseguenze e non sulle cause.

L'alunno imparerà da una parte a potenziare le abilità carenti, dall'altra ad acquisire consapevolezza riguardo alle proprie capacità, apprendendo nuove strategie per compensare le proprie difficoltà, anche avvalendosi di ausili informatici.

Valutazione e trattamento logopedico

È attivo un servizio di logopedia (valutazione e trattamento) per bambini ed adulti. Il logopedista è l'operatore sanitario che svolge la propria attività nella prevenzione, valutazione e trattamento riabilitativo delle patologie della voce, del linguaggio orale e scritto e della comunicazione in età evolutiva, adulta e geriatrica. Collabora con altri clinici alla diagnosi di tali patologie e si pone come riferimento nella loro rieducazione.

Patologie trattate: Ritardo di linguaggio, Disturbi del linguaggio e della comunicazione, Disturbi specifici di linguaggio (DSL), Disturbi della fluenza (Balbuzie), Deglutizione disfunzionale (Terapia Miofunzionale), Ipoacusia, Patologie della voce, Disturbi cognitivi conseguenti a cerebrolesioni.

Nell'ambito dei servizi per l'età evolutiva la patologia più diffusa è il Disturbo Specifico di Linguaggio (DSL), cioè un disturbo dello sviluppo del linguaggio che non è causato da patologie e che ha importanti conseguenze sugli apprendimenti curricolari. Ricerche recenti mostrano la stretta relazione con i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA). Il DSL è diagnosticabile a partire dai tre anni di età, ma sono presenti importanti indicatori anche prima dei tre anni. I trattamenti per tale disturbo risultano più efficaci se svolti in età precoce ed è quindi importante realizzare tempestivamente la diagnosi.

Per ulteriori informazioni: www.centrorisorse.info

Ringraziamenti

L'organizzazione di un convegno è sempre un'impresa molto impegnativa e si realizza solo attraverso un lavoro condiviso. È un punto di incontro, un momento di riflessione sull'operato di un altro anno, una occasione di scambio con i colleghi e di aggiornamento su quanto di più recente e serio ci offre la ricerca sul tema.

Ringrazio pertanto tutti gli operatori del Centro Risorse che hanno contribuito alla realizzazione, i docenti che con entusiasmo hanno risposto all'invito, tutti gli enti che hanno mostrato attivamente il loro interesse concedendo il loro patrocinio, la Pubblica Assistenza che come ogni anno ci ha accolto con calore e disponibilità e infine tutti i partecipanti che con la loro presenza ci danno un feedback positivo del nostro impegno, ci stimolano con le loro domande, ci motivano a continuare con passione il nostro lavoro.

È un piacere poter pubblicare questi atti con la Edizioni Angolo Manzoni, in un font, l'EasyReading®, che personalmente abbiamo potuto testare come utile per i nostri ragazzi con dislessia.

Ci auguriamo che possano essere di aiuto per tutti gli operatori del settore e soprattutto di riflesso per tutti gli alunni con DSA, in modo che non si sentano soli ad affrontare questo loro diverso modo di funzionare.

Vi aspettiamo numerosi alla prossima edizione!

Christina Bachmann