



SELINUS UNIVERSITY
OF SCIENCES AND LITERATURE

**DISLESSIA:
ANALISI E STRATEGIE EDUCATIVE**

By
Assunta Ciccarelli

Supervised by
Prof. Salvatore Fava Ph.D

A DISSERTATION

Presented to the Department of Arts & Humanities
program at Selinus University

**Faculty of Arts & Humanities
in fulfillment of the requirements
for the degree of Bachelor of Arts in
Education and Pedagogy**

2019

“Con la presente dichiaro di essere l’unico autore di questa tesi e che il suo contenuto è solo il risultato delle letture fatte e delle ricerche svolte”.

INDICE

CAPITOLO PRIMO

LA DISLESSIA. OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE

	pag. 6
1.1 La storia della dislessia	pag. 7
1.2 Le caratteristiche della dislessia	pag. 11
1.3 Le teorie sulla dislessia	pag. 17
1.4 La Diagnosi Funzionale	pag. 19

CAPITOLO SECONDO

TRATTAMENTI E STRATEGIE EDUCATIVE

	pag. 26
2.1 I trattamenti della dislessia	pag. 27
2.2 Strumenti compensativi e misure dispensative	pag. 31
2.3 Organizzare l'aula	pag. 36
2.4 Organizzare la lezione	pag. 37
2.5 Verifiche e valutazione	pag. 38
2.6 Il libro di testo	pag. 38
2.7 Organizzare il lavoro a casa	pag. 39
2.8 Il Piano Didattico Personalizzato	pag. 40

CASI DI STUDIO

3.1 Il caso di Mattia	pag. 42
-----------------------	---------

CONCLUSIONI

pag. 48

BIBLIOGRAFIA

pag. 49

CONTENUTI E OBIETTIVI DELLA TESI

L'obiettivo principale della tesi è quello di fornire un quadro completo e utile a capire le caratteristiche tipiche della dislessia e in generale dei disturbi specifici di apprendimento, al fine di impostare un intervento tempestivo di recupero. Il lavoro si articola in 2 macroaree:

1. L'osservazione e la valutazione
2. I trattamenti e le strategie educative

L'area dell'osservazione e della valutazione fornisce una definizione accurata sulla dislessia, sulle sue caratteristiche, la sua storia e una guida utile all'individuazione di soggetti che presentano il disturbo.

L'area dei trattamenti e delle strategie educative fornisce indicazioni sugli interventi, metodologie, strumenti e misure finalizzate al miglioramento del disturbo.

Le motivazioni che mi hanno indotto alla scelta di questo tema non sono solamente di natura didattica, dovuto al mio vissuto di insegnante di scuola elementare, ma anche affettivo-emozionale. Negli anni ho visto crescere sensibilmente il numero dei casi ai quali mi sono accostata sempre con molta sensibilità evitando di dare semplicemente sguardi superficiali, viste le problematiche di adattamento e autostima degli alunni con

diversi gradi di severità. Quasi sempre gli alunni dislessici che incontro hanno un concetto di se tendenzialmente negativo, non si sentono sostenuti emotivamente, provano più ansia dei loro coetanei, un'autostima bassa e si sentono poco responsabili del proprio apprendimento. La lettura è la mia passione più grande ed è importante per la mia crescita personale e professionale; sento di essere molto fortunata a possedere un'abilità così preziosa che mi permette di godere appieno di un mondo fatto di parole magiche, potenti e dense di significato. I libri sono per me meravigliosi compagni di viaggio, per questo desidero aiutare i bambini con dislessia a trovare la chiave necessaria ad aprire la porta di quel meraviglioso mondo chiamato "lettura".

CAPITOLO PRIMO

LA DISLESSIA. OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE

SOMMARIO:

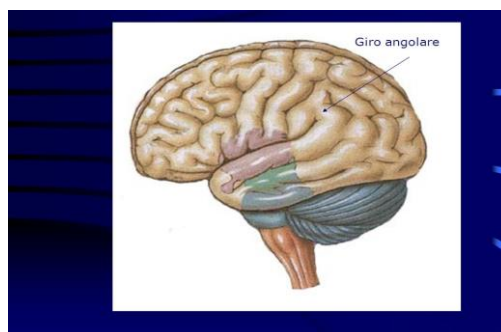
- 1.1 La storia della dislessia
- 1.2 Le caratteristiche della dislessia
- 1.3 Le teorie sulla dislessia
- 1.4 La Diagnosi Funzionale

1.1. LA STORIA DELLA DISLESSIA

I primi studi scientifici sulla dislessia risalgono al XIX secolo. L'educatore Sir Francis Galton nel 1869 si occupò di differenze individuali nell'apprendimento e, qualche anno più tardi, il neurologo tedesco Adolph Kussmaul studiò numerosi casi di adulti con problemi di lettura che avevano danni neurologici associati e introdusse l'espressione "cecità per le parole" ad indicare adulti e bambini che, a seguito di un danno neurologico, manifestavano difficoltà nell'imparare a leggere o a costruire correttamente le frasi.

Il termine "dislessia" inteso come disturbo dell'apprendimento della lettura, fu utilizzato per la prima volta da Rudolf Berlin, un oculista di Stoccarda che riferì il termine ad un caso di un ragazzo che presentava severe difficoltà nella lettura e nella scrittura nonostante mostrasse buone capacità cognitive e uno sviluppo psicomotorio perfettamente nella norma.

Solo nel 1917 l'oftalmologo britannico James Hinshelwood a conclusione dei suoi studi sottolineò due importanti caratteristiche del disturbo: la maggioranza delle persone erano di sesso maschile e spesso, all'interno di una stessa famiglia erano presenti più persone con difficoltà simili. Hinshelwood sosteneva inoltre che il disturbo fosse causato da un deficit nella memoria per le parole e per le lettere dovuto ad un'anomalia cerebrale del giro angolare dell'emisfero sinistro presente fin dai primi stadi di sviluppo dell'embrione.



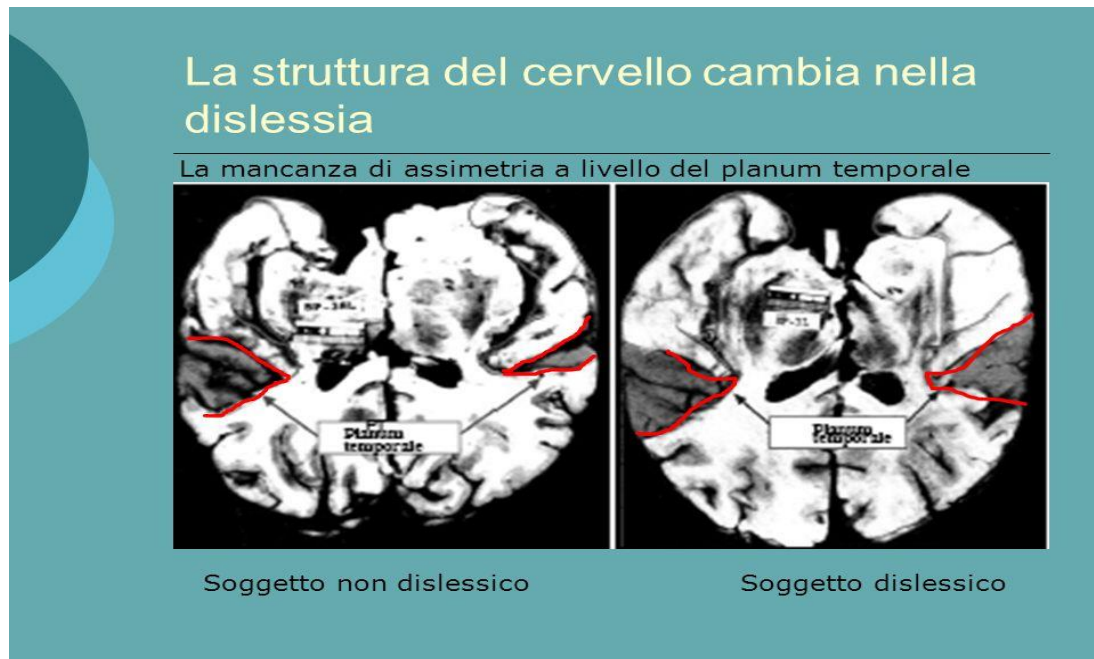
Grazie all'introduzione in ambito clinico del primo test d'intelligenza capace di misurare il quoziente intellettivo, Samuel Orton fu in grado di dimostrare che tutti i bambini definiti compromessi nella lettura di parole, erano in realtà dotati di una intelligenza normale.

Per Orton, la difficoltà di lettura non era da intendere come una "cecità per le parole", ma come una "strefosimbolia", cioè una tendenza a invertire le lettere della parola letta (dal greco *strepho*", inverso, e "*symbolon*", segno). Del resto, un errore che si era spesso riscontrato nei bambini con difficoltà di lettura riguardava proprio l'inversione delle lettere che componevano la parola. Inoltre Orton indicò come possibile causa biologica della strefosimbolia un'anomalia di comunicazione tra i due emisferi cerebrali.

Tra il 1960 e il 1975 molti clinici e ricercatori posero una crescente attenzione nei riguardi della dislessia che emerse come categoria diagnostica formale all'interno dei disturbi specifici di apprendimento insieme ai disturbi della scrittura e del calcolo. Negli anni a seguire, fino al 1985, si consolidarono le conoscenze sulla dislessia e furono identificate le procedure diagnostiche e cliniche standardizzate.

In questi anni Galaburda e i suoi collaboratori rilevano, a seguito di osservazioni post mortem su persone con dislessia, un maggior numero di simmetrie atipiche del planum temporale del cervello rispetto a quanto riportato per la popolazione senza difficoltà di

lettura, in aree cerebrali che elaborano il linguaggio.



Alla fine degli anni ottanta, nuove tecnologie come la tomografia assiale computerizzata (TAC) e la risonanza magnetica funzionale (RMNF) hanno permesso di visualizzare l'attività cerebrale delle persone con dislessia, anche durante l'esecuzione di particolari compiti cognitivi e di lettura. E' stato così possibile dimostrare una relazione diretta tra le alterazioni neuroanatomiche e neurofunzionali e i disturbi specifici di apprendimento. L'esperienza personale di Ronald Davis riguardante il notevole successo ottenuto lavorando come ingegnere brevettatore di numerose invenzioni nonostante le sue difficoltà nell'imparare a leggere, furono riportate in un

libro intitolato “Il dono della dislessia”. Davis formulò un modello pedagogico specifico, capace di valorizzare i ragazzi con tale caratteristica. Anche se numerosi, però, i casi con abilità speciali non rappresentano la maggioranza delle persone con dislessia, le quali mostrano, per lo più, capacità comuni.

Nel panorama italiano la dislessia è progredita più lentamente. Il maggiore interesse mostrato dagli esperti del settore, dai genitori e dagli insegnanti, ha condotto nel 1997 alla nascita dell'Associazione Italiana Dislessia (AID).

La necessità di un percorso diagnostico definito dai maggiori esperti del settore, ha poi portato nel 2007 un comitato di esperti italiani (Consensus Conference) a riunirsi e a formulare nel 2011 un documento d'intesa sotto la supervisione dell'Istituto Superiore di Sanità. Sul piano ministeriale educativo, soltanto nel 2010 il Parlamento ha approvato una legge specifica, la 170/2010, con l'intento di tutelare la possibilità di una didattica inclusiva per i ragazzi con disturbi specifici di apprendimento e di garantire loro il diritto all'istruzione, favorendo il successo scolastico e riducendo i disagi relazionali ed emozionali attraverso misure didattiche e di supporto. A tal proposito è fondamentale chiarire la differenza tra “difficoltà di apprendimento” che fa riferimento a una qualsiasi generica difficoltà incontrata dallo studente in ambito scolastico e il termine “disturbo specifico di apprendimento” il quale sottende la presenza di un deficit più severo e specifico che viene indagato e verificato attraverso un procedimento clinico-diagnostico (Cornoldi 1999; 2007).

1.2 LE CARATTERISTICHE DELLA DISLESSIA

Secondo i criteri diagnostici del DSM, il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali maggiormente utilizzato nel mondo dai professionisti della salute mentale, i bambini con dislessia leggono in modo impreciso, con molti errori, spesso in modo poco fluido, con lentezza e possono presentare difficoltà nella comprensione del testo letto non cogliendone le relazioni, o i passaggi interni e i significati più impliciti. Inoltre mostrano difficoltà nella compitazione (spelling) ovvero nell'individuare le singole lettere delle parole, o aggiungono, omettono o sostituiscono vocali e consonanti. Durante i primi anni della scuola primaria gli errori classici di tutti i bambini, anche di quelli dislessici, sono le sostituzioni di suoni simili come f/v, t/d, c/g, p/b, d/b, e crescendo, gli errori interessano l'uso delle doppie, della gn, sch, sc, che richiedono la memorizzazione della stringa ortografica e della corretta pronuncia.

Normalmente il numero di errori che il bambino con disturbo di lettura compie, si riduce progressivamente e al termine della scuola primaria o nella secondaria l'aspetto della lettura che resta più compromesso è la rapidità, espressa anche dalla fluidità. La diagnosi di dislessia può essere formulata dalla fine della seconda classe della scuola primaria (Consensus Conference 6-7 dicembre 2010). A questo disturbo possono essere associate altre difficoltà che riguardano altre abilità di apprendimento, come la scrittura e il calcolo. Spesso si osservano anche difficoltà nel linguaggio, nella coordinazione fine-motoria (ad esempio allacciarsi le scarpe, i bottoni, infilare le

perline), nell'attenzione, nella memoria (tabelline, alfabeto, regole grammaticali), nell'organizzazione spaziale (distinzione tra destra e sinistra, alto e basso, giorni della settimana, mesi dell'anno, le stagioni e lettura dell'orologio). Una caratteristica rilevante della dislessia evolutiva è la comorbilità, ovvero la presenza in associazione di altri disturbi psicopatologici. In primis le difficoltà di scrittura (disortografia) e del sistema numerico e del calcolo (discalculia).

La **disortografia** è la difficoltà a rispettare le regole ortografiche della lingua. La traduzione corretta dei suoni che compongono la parola in grafemi risulta alterata, con la conseguenza di numerosi errori. Sono i fonemi simili ad essere sostituiti come ad esempio "t" con "d", "b" con "p", "f" con "v". Altri errori riguardano l'accento, l'apostrofo, l'uso dell' "h" nel verbo avere e la doppia consonante (carro – caro). Questi errori sono più numerosi rispetto a quelli compiuti dal resto dei compagni di classe. Inoltre i bambini disortografici producono testi eccessivamente sintetici, poco organizzati, con un lessico scarso e un uso della punteggiatura scorretto. La diagnosi di disortografia è possibile dalla fine della seconda classe della scuola primaria. La **disgrafia** è la difficoltà della qualità del tratto grafico, della velocità di scrittura e della leggibilità. I bambini disgrafici impugnano male la penna, scrivono con caratteri molto grandi o piccoli ed esercitano una pressione sul foglio eccessiva che provoca loro affaticamento e dolore della mano. Hanno difficoltà ad organizzare lo spazio non rispettando i margini. La disgrafia può essere associata alla difficoltà ad eseguire atti

motori fini, ad un disturbo della coordinazione motoria o ad una vera e propria disprassia evolutiva. La **discalculia** è un disturbo specifico dell'apprendimento caratterizzato da difficoltà nelle abilità numeriche e di calcolo, in particolare di quello rapido o eseguito a mente. I criteri diagnostici espressi per questo disturbo dalla Consensus Conference riguardano la quantificazione, la comparazione, le strategie di calcolo a mente, la lettura, la scrittura e la messa in colonna dei numeri. La diagnosi per discalculia è possibile dalla fine della terza classe della scuola primaria. Tra le comorbilità dei disturbi specifici di apprendimento va segnalato il disturbo dello sviluppo della coordinazione (movimenti impacciati e maldestri, difficoltà ad usare le forbici o le posate) e il disturbo del linguaggio (difficoltà nel parlato, nello scritto, nei gesti). Per quanto riguarda gli aspetti emotivi e comportamentali, sono state rilevate difficoltà in almeno il 50% dei bambini con dislessia. I rischi riguardano la possibilità di sviluppare disturbi psicopatologici internalizzanti ed esternalizzanti. I disturbi internalizzanti più frequenti nei ragazzi con dislessia sono l'ansia, la depressione, le malattie psicosomatiche e l'instabilità emotiva.

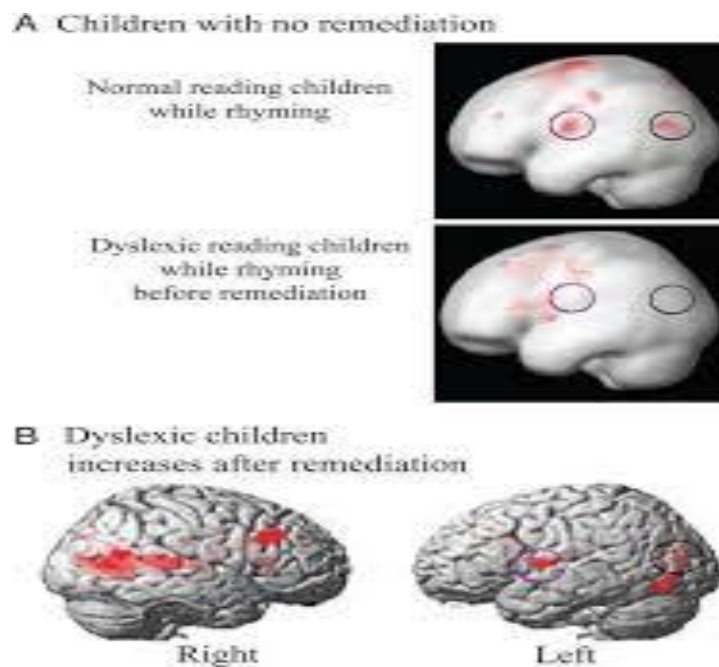
I disturbi esternalizzanti sono il disturbo da deficit di attenzione (ADHD), di iperattività e impulsività. Pertanto, quando un bambino riceve una diagnosi di dislessia è consigliabile valutare anche gli aspetti comportamentali per verificare l'eventuale presenza di un ADHD. Altro disturbo esternalizzante associato alla dislessia è il disturbo oppositivo provocatorio (DOP) con difficoltà di controllo delle proprie emozioni e

aggressività per la frustrazione di non riuscire a svolgere correttamente le attività scolastiche. Anche i bambini con disturbo dello spettro autistico ad alto funzionamento (cioè con QI nella norma), e quindi in grado di sostenere la didattica al pari dei compagni di classe, risultano maggiormente a rischio di sviluppare difficoltà di apprendimento rispetto ai bambini con sviluppo tipico e, una diagnosi tardiva espone il bambino a un maggior rischio psicopatologico. Va specificato che il disturbo di apprendimento può essere diagnosticato solo in assenza di disturbi sensoriali (per esempio visivi o uditivi) o di epilessia. Questi casi si riferiscono a **disturbi specifici di apprendimento**.

All'interno del cervello di ogni essere umano non esiste un'area innata della lettura come per il linguaggio. Per imparare a leggere c'è bisogno di qualcuno che ce lo insegna. Più il bambino è stimolato e incoraggiato ad utilizzare una comunicazione verbale ricca, più efficace sarà la riorganizzazione cerebrale che accompagna la sua acquisizione della lettura. Le nuove tecniche di indagine definiscono i meccanismi cerebrali che sono alla base della lettura e delle sue difficoltà, ma non diagnosticano la presenza o meno di dislessia. Questi strumenti (RMNF, risonanza magnetica funzionale, EEG elettroencefalogramma) dimostrano che la lettura è una funzione cognitiva complessa, articolata in più processi e supportata da una rete di regioni cerebrali, principalmente dell'emisfero sinistro, connesse alla ricodifica fonologica, all'analisi dei suoni, al loro mantenimento in memoria e alla percezione visiva. I centri principali coinvolti nella

lettura sono tre. Nel lobo frontale si trova l'**area di Broca** coinvolta nell'articolazione e nell'analisi fonologica della parola; nelle regioni parieto-temporali posteriore, si trova la **via dorsale**, coinvolta nell'analisi delle parole (traduzione dei grafemi in fonemi), e la **via ventrale**, situata nelle regioni occipito-temporali, coinvolta nella lettura fluente. Infine nell'emisfero sinistro di questa regione è stata individuata la **visual form area**, ovvero l'area della forma visiva della parola, coinvolta nell'accesso e nella lettura automatica di parole intere. Studi di neuroimmagine hanno rivelato che le persone con dislessia mostrano volumi di materia grigia inferiore nelle regioni cerebrali coinvolte nei processi di lettura e volumi ridotti e anomalie della sostanza bianca. Differenze significative si evidenziano anche a livello del corpo calloso (sempre di sostanza bianca) che permette la comunicazione fra i due emisferi cerebrali. In sintesi, il cervello di una persona con dislessia ha una diversa distribuzione della sostanza grigia, della sostanza bianca e delle loro interconnessioni ed una attività alterata rispetto al cervello di una persona senza difficoltà di lettura quando impegnata nell'esecuzione di un compito. Di recente è stato ipotizzato il "**rumore neurale**" come origine della dislessia, cioè uno sbilanciamento dell'eccitabilità neurale, maggiore nei circuiti implicati nei compiti di lettura. Uno dei primi studi ha valutato, con l'utilizzo della RMNF, le variazioni dell'attività cerebrale dei bambini impegnati in un compito di lettura di non parole. L'esame di RMNF è stato registrato prima e dopo un ciclo di trattamento della durata di otto settimane rivolto a otto bambini e adolescenti con dislessia, a seguito del quale

hanno mostrato miglioramenti nell'accuratezza di lettura e cambiamenti a livello cerebrale. Prima dell'intervento i ragazzi con dislessia mostravano il classico profilo di ridotta attivazione corticale dei circuiti cerebrali posteriori e le aree temporo-parietali di sinistra; dopo il trattamento mostravano un aumento dell'attività dell'emisfero sinistro posteriore e, in particolare, nel giro temporale superiore sinistro.



Per quanto riguarda la lettura è stato osservato che, accoppiando la stimolazione cerebrale non invasiva (tDCS, transcranial Direct Current Stimulation, stimolazione transcranica a corrente continua) con esercizi e training per il miglioramento della lettura, la velocità e la correttezza di quest'ultima, migliorano sia in bambini e adulti

con dislessia che nei normolettori. Tutto ciò è stato verificato da una recente ricerca condotta su un gruppo di bambini e adolescenti italiani con dislessia. Il trattamento è durato in tutto sei settimane con diciotto sessioni di terapia per tre volte a settimana, ciascuna di venti minuti. Soltanto metà dei partecipanti riceveva una vera stimolazione tDCS e metà ne riceveva una placebo. Al termine dello studio, solo coloro che avevano ricevuto la tDCS miglioravano nei compiti di lettura anche dopo il trattamento, gli altri non mostravano miglioramenti. Questo studio dimostra che l'accoppiamento dei training cognitivi e della stimolazione non invasiva è il connubio ottimale per il miglioramento di altre abilità come la memoria, il linguaggio e le abilità motorie.

1.3 LE TEORIE SULLA DISLESSIA

Molti ricercatori ritengono che alla base della dislessia ci sia un **disturbo linguistico** in particolare nelle difficoltà di analisi fonologica, ovvero un deficit nelle abilità di discriminare i tratti acustici necessari per distinguere i fonemi. Altri suppongono che alla base della dislessia ci sia un **deficit nell'elaborazione visiva**. Effettivamente, una stringa di lettere per essere decodificata fonologicamente deve essere prima percepita visivamente, e le persone con dislessia mostrano spesso deficit in compiti di riconoscimento visivo. L'informazione visiva viene trasmessa dai recettori della retina alle cellule gangliari che funzionano parallelamente in due vie chiamate magnocellulare

e parvocellulare. Queste proiettano il segnale ad uno dei nuclei del talamo che infine lo trasmette ai centri cerebrali superiori. I deficit descritti e confermati da ricercatori come Boden e Giaschi (2007) sono stati attribuiti ad una compromissione della via magnocellulare.

Sono stati verificati effetti positivi sull'apprendimento della lettura mediante l'impiego di strumenti che consentono di mascherare il testo circoscritto riducendo l'effetto di affollamento visivo.

Un'altra teoria sulle cause della dislessia è quella detta cerebellare o del deficit di memoria implicita o di automatizzazione deputata a compiti di tipo percettivo, cognitivo e motorio. Ad esempio andare in bicicletta implica la messa in atto di specifiche sequenze motorie che con l'allenamento raggiungono fluidità e si automatizzano. Anche la lettura fluida può essere considerata un processo che deriva dall'automatizzazione dell'associazione tra grafemi (visivi) e fonemi (verbal). Molti sono i circuiti cerebrali implicati nell'apprendimento implicito come i gangli alla base del cervelletto, attivi in compiti in cui è richiesto di apprendere sequenze motorie ripetute fino ad automatizzare la risposta. Poiché il cervelletto è considerato cruciale nello svolgimento dei compiti motori, i ricercatori e i clinici vedono un deficit di apprendimento implicito una delle cause della dislessia e riconducono tale difficoltà a un alterato funzionamento cerebellare.

Nicolson e collaboratori nel 2001 segnalavano come le persone con dislessia presentino

spesso oltre al deficit fonologico, una difficoltà nella coordinazione motoria, segno presunto del coinvolgimento cerebellare. Le attuali teorie non considerano la dislessia come il risultato di un unico deficit neuropsicologico, ma come un insieme di difficoltà associate tra loro, che variano in termini di gravità, frequenza e co-occorrenza. E' certo che la dislessia, e più in generale i disturbi specifici di apprendimento, sono il risultato dell'interazione di fattori genetici e neurobiologici, pertanto non dovuti a problemi psicologici. I figli con genitori con dislessia hanno un rischio maggiore di presentare lo stesso disturbo. La dislessia non è causata dalla scarsa motivazione alla lettura e allo studio, né da una non completa lateralizzazione, tantomeno dalle ecografie eseguite durante la gravidanza così come ipotizzato in passato.

1.4 LA DIAGNOSI FUNZIONALE

Si sottolinea l'importanza di identificare precocemente il disturbo della dislessia per la definizione di un intervento mirato. Durante la **scuola dell'infanzia** alcuni comportamenti e difficoltà in determinate aree possono essere considerati predittori di DSA. Queste caratteristiche fortunatamente si manifestano raramente, ma un'attenta osservazione può permettere di individuare i soggetti che ne presentano la maggior parte. I comportamenti predittori di DSA sono:

- **le anomalie nelle sequenze** (confondere i giorni della settimana, non ricordare i mesi dell'anno, il susseguirsi delle stagioni, problemi nell'elaborazione dei

numeri in avanti e indietro);

- **le difficoltà di orientamento spaziale** (confondere la destra con la sinistra, sopra e sotto, prima e dopo, ieri oggi e domani);
- **le difficoltà di coordinazione motoria** (goffaggine, difficoltà nella vestizione, nell'usare le forbici, nel copiare il disegno, disordine nel foglio e nel battere le mani andando a tempo con la musica);
- **le difficoltà nelle abitudini nel gioco** (difficoltà nell'uso dei puzzle e delle costruzioni, predilezione per televisione e videogame);
- **le difficoltà nelle relazioni con gli altri** (nel comprendere le consegne verbali, nell'eseguire più istruzioni nello stesso tempo, difficoltà di memoria, di espressione verbale fluente e nell'apprendimento di filastrocche o rime);
- **le difficoltà nell'organizzazione del lavoro** (dimenticare, perdere o rompere i materiali di lavoro).

Nella **scuola primaria**, molte di queste situazioni possono essere comuni durante il primo anno, ma la loro persistenza deve indurre a qualche sospetto. I comportamenti predittori di DSA nella scuola primaria sono:

- **la mancanza di ascolto** (difficoltà a ricordare le istruzioni, a raccontare storie o eventi vissuti);
- **lo scarso impegno** (difficoltà a mantenere l'ordine, a descrivere per iscritto);
- **la scarsa concentrazione** (difficoltà nel copiare un lavoro a causa della necessità di smontare le singole lettere, perdendo spesso il segno);
- **l'imprecisione** (scarso controllo della penna, evidenti difficoltà di tipo prassico);
- **l'incontrollabilità del lavoro** (ripetizione errata della stessa parola a causa della percezione visuale complessiva della parola stessa).

Se nel primo anno di scuola il bambino non compie i progressi attesi, è opportuno considerare la richiesta di una valutazione completa, per individuare le difficoltà alla base degli scarsi progressi e definire i suoi punti di forza e debolezza. Se già dalla scuola dell'infanzia l'insegnante individua un disturbo nell'evoluzione fisiologica del linguaggio, può consigliare alla famiglia di rivolgersi ad un esperto. Se successivamente vengono rilevate delle difficoltà nel rendimento scolastico, con ritardo nell'apprendimento della letto-scrittura e considerando il bambino a rischio, anche a seguito delle informazioni riportate dai docenti dell'infanzia (C.M. n.562 del 3 aprile 2019), l'insegnante può invitare la famiglia a fare una visita specialistica in modo che le figure professionali pertinenti lo sottopongano ad una serie di test finalizzati,

assumendosi la responsabilità di un'eventuale formulazione di diagnosi. I professionisti coinvolti sono:

- **lo psicologo**, per la somministrazione dei test d'intelligenza e per i disturbi di apprendimento;
- **lo psicologo specialista in neuropsicologia o neuropsichiatra infantile**, per l'individuazione di patologie cerebrali e per consigli non necessariamente di tipo scolastico;
- **il logopedista**, per le difficoltà di linguaggio parlato e scritto;
- **lo psicomotricista**, per le difficoltà di motricità fine e grossolana e per programmi con esercizi dedicati;
- **l'audiometrista**, per la misurazione delle funzioni uditive;
- **l'optometrista**, per la misurazione delle funzioni visive.

Questi specialisti generalmente indagano aree di competenza differenti:

- valutazione cognitiva
- valutazione del linguaggio recettivo

- valutazione del linguaggio espressivo
- valutazione delle capacità attentive
- valutazione delle capacità mnestiche
- valutazione delle prassie
- valutazione della capacità di lettura e comprensione del testo
- valutazione delle capacità di scrittura
- valutazione delle competenze aritmetiche

Nel caso in cui il bambino valutato abbia un disturbo specifico dell'apprendimento, lo specialista stilerà una **diagnosi funzionale** comprensibile dalle persone che appartengono ai diversi contesti di vita del bambino. Il genitore potrà decidere liberamente se inoltrarle o meno alla scuola.

La prima pagina del report, stampata su carta intestata del valutatore, deve contenere nomi e qualifiche dei professionisti coinvolti, il nome dell'esaminato, la data di nascita e della valutazione, la classe e la scuola.

La sezione **anamnesi e background**, include un riassunto riguardante l'anamnesi della storia di sviluppo, scolastica e familiare, l'anamnesi medica limitata a disturbi

potenzialmente correlati alla difficoltà di apprendimento e le informazioni sugli aiuti ricevuti in passato.

Nella sezione **altri report**, vanno inclusi i risultati di qualsiasi altra precedente valutazione psicologica.

Seguono:

le condizioni della valutazione (es. luogo, ora di effettuazione delle prove che potrebbero influire sulla performance dell'esaminato);

le osservazioni sul comportamento avuto dall'esaminato durante la valutazione, che potrebbero avere influenzato la performance;

i risultati ai test, con l'elenco dei test somministrati, i punteggi e l'interpretazione dettagliata dei risultati;

la classificazione diagnostica nella quale il valutatore esplicita i criteri diagnostici ai quali fa riferimento (es. criteri espressi da DSM, Consensus Conference).

Se le componenti di decodifica o la comprensione del testo risultano deficitarie, la diagnosi sarà quella di disturbo della lettura. Per valutare l'abilità di lettura, il clinico di riferimento somministra prove di lettura adeguatamente standardizzate a più livelli: parole, non-parole e brano. Nel primo caso, prove di lettura di più parole, l'alunno deve leggere più liste di parole il più velocemente e correttamente possibile. Questa prova valuta l'abilità di decodificare del materiale scritto. Nella prova di lettura di non-parole, l'alunno ha il compito di leggere delle liste di non-parole (parole inventate, accostando

diverse sillabe nella propria lingua madre) il più velocemente e correttamente possibile. Questa prova valuta l'abilità di conversione grafema-fonema. Nella prova di lettura di brano, l'alunno ha il compito di leggere un testo adatto per età e fascia di scolarizzazione il più velocemente e correttamente possibile. Questa prova valuta l'abilità di decodificare del materiale scritto appartenente a un contesto di significato.

Congiuntamente alle prove di lettura si valuta il parametro di rapidità e correttezza della decodifica. Infine il clinico rileva in almeno uno dei parametri (rapidità e/o correttezza) una distanza significativa dei risultati delle prove effettuate rispetto ai valori medi attesi per la classe frequentata dall'alunno. Questa distanza è fissata a -2 deviazioni standard dalla media per la rapidità (espressa in sillabe al secondo) e al di sotto del 5° percentile per l'accuratezza.

Va sempre tenuto in considerazione che il disturbo è innato, la modificabilità, anche se con esercizi specifici di riabilitazione, è modesta, gli adattamenti didattici non sono sufficienti a migliorare il quadro clinico e, anche se i livelli di correttezza possono migliorare, permane comunque un'eccessiva lentezza.

CAPITOLO SECONDO

TRATTAMENTI E STRATEGIE EDUCATIVE

SOMMARIO:

- 2.1 I trattamenti della dislessia
- 2.2 Strumenti compensativi e misure dispensative
- 2.3 Organizzare l'aula
- 2.4 Organizzare la lezione
- 2.5 Verifiche e valutazione
- 2.6 Il libro di testo
- 2.7 Organizzare il lavoro a casa
- 2.8 Il Piano Didattico Personalizzato

2.1 I TRATTAMENTI DELLA DISLESSIA

Nonostante la dislessia sia nota da moltissimi anni, abbiamo ancora poche certezze sul trattamento da utilizzare. Secondo le raccomandazioni cliniche, un progresso nella lettura viene considerato tale se migliora la lettura più di quanto ci si possa attendere dall'evoluzione naturale, cioè in condizione di non trattamento. Inoltre, il miglioramento deve essere percepito dal bambino, dai genitori e dagli insegnanti. Infine deve essere stabile nel tempo, almeno per sei mesi. Un elemento importante che limita la possibilità di generalizzazione dei risultati ottenuti dagli studi ad oggi disponibili è che questi sono stati condotti principalmente in popolazioni di lingua inglese, che ha un'ortografia in cui la stessa lettera può rappresentare differenti fonemi e differenti lettere possono rappresentare lo stesso fonema. Si tratta, quindi, di un'ortografia molto diversa da quelle trasparenti come l'italiano, che mostra un'elevata corrispondenza fra grafema e fonema. Tenendo presenti tutte queste limitazioni c'è da dire che, a oggi, il **metodo fonologico** (phonics training) è l'approccio terapeutico riabilitativo più utilizzato e, secondo la letteratura internazionale, il più efficace. Questo metodo mira a potenziare le abilità metafonologiche del bambino, consentendogli di "smontare" le parole, individuando le sillabe o i singoli suoni in esso contenuti. Perché il bambino impari a leggere e scrivere è importante, infatti, che riconosca quanti e quali elementi (sillabe o fonemi) compongono la parola e in quale ordine di esposizione. Con il phonics training la correttezza e velocità della lettura

risultano positive. Per verificarne l'efficacia, Galuschka e collaboratori nel 2014 hanno confrontato diverse modalità di trattamento (training sulla fluenza di lettura, sulla consapevolezza fonologica, sulla comprensione di lettura, trattamenti farmacologici), incluso il metodo fonologico. I risultati hanno confermato la sola efficacia del phonics training sulla lettura e sulle abilità metafonologiche rispetto agli altri trattamenti analizzati.

Trattamenti innovativi sono stati proposti da Franceschini che insieme ai suoi collaboratori ha pubblicato uno studio basato sull'uso dei videogame d'azione che, determinando effetti positivi sull'attenzione visiva e spaziale, migliorano anche le competenze di lettura. Bakker e Judica nel 2002 per favorire la velocità di lettura, aspetto molto difficile da recuperare, hanno condotto alcuni studi utilizzando il tachistoscopio, uno strumento che prevede la presentazione visiva di sillabe, parole, non parole e frasi, utilizzando tempi di esposizione sempre più ridotti o stimoli di lunghezza sempre maggiori. Ciò consente di automatizzare la lettura globale della parola, evitando o riducendo una scomposizione più analitica delle lettere. Queste ricerche non sempre hanno evidenziato risultati concordanti ed effetti significativi sulla lettura. Esistono inoltre studi sull'efficacia di interventi di tipo farmacologico, che non sono molto diffusi e hanno fornito risultati negativi (metilfenidato). Miglioramenti nella lettura sono stati evidenziati solo nei bambini con ADHD che presentavano dislessia in comorbilità. Un altro ambito di ricerca ancora in fase di definizione sta

verificando la concentrazione nel sangue di alcuni acidi grassi come gli omega 3 e gli omega 6 in adulti con dislessia (Laasonen, Hokkanen, 2009), evidenziando alterazioni nella concentrazione degli acidi grassi studiati e aprendo nuove ipotesi terapeutiche volte al loro riequilibrio. Più recentemente, nel 2017, Karahmadi, Salehi ed altri, hanno pubblicato uno studio che documenta i benefici dell'uso della memantina nel trattamento della dislessia. La memantina modula l'azione del glutammato, un trasmettitore neuronale particolarmente coinvolto nei processi di memoria e apprendimento. I risultati appaiono promettenti sebbene debbano essere verificati su numeri più ampi di bambini (lo studio coinvolgeva solo 62 partecipanti). In questi ultimi anni è stato condotto uno studio che ha portato all'ipotesi secondo la quale stimolando direttamente le aree cerebrali ipoattive nelle persone con dislessia, sarebbe possibile modificare direttamente l'attività di alcuni circuiti cerebrali implicati nella lettura rendendoli più efficienti e migliorare anche le competenze di lettura. La TMS (stimolazione magnetica transcranica) e la tDCS (stimolazione transcranica a corrente diretta) rappresentano le principali metodiche di stimolazione non invasiva del sistema nervoso. L'applicazione della stimolazione cerebrale non invasiva ha dimostrato sia un effetto transitorio, dopo una singola stimolazione, sia un effetto prolungato, a seguito di diciotto sessioni di training. Tutto ciò offre la possibilità di effettuare training efficaci di breve durata a basso costo. Iniziare tempestivamente un trattamento consente di ridurre le difficoltà di apprendimento e lo stress emotivo che ne consegue.

Un training può essere intrapreso non solo a seguito della fine della seconda classe della scuola primaria, ma anticipato fin dalla prima classe nei casi in cui le difficoltà di apprendimento dei processi di letto-scrittura siano marcate, o, addirittura, all'ultimo anno della scuola dell'infanzia nei casi in cui gli apprendimenti dei prerequisiti siano severamente deficitari. Tuttavia nonostante la Consensus Conference sottolinei come entro la metà del primo anno della scuola primaria gli insegnanti debbano tempestivamente rilevare la presenza di eventuali indici di rischio o di marcate difficoltà di apprendimento, l'individuazione del disturbo avviene ancora tardivamente, spesso alla fine della scuola primaria o addirittura nella scuola secondaria. Rispetto all'età e alla classe frequentata, generalmente, la prassi clinica prevede che, nelle prime fasi di apprendimento, sia proposto un training mirato a favorire la correttezza di lettura, mentre successivamente si cerca di favorire la velocità con accesso al significato di quanto letto.

Nei casi di diagnosi tardiva solitamente non si propone un training specifico finalizzato al miglioramento della correttezza e della velocità di lettura, ma vengono suggerite strategie compensative volte a favorire l'autonomia nello studio, la comprensione e la produzione del testo e un proficuo apprendimento.

Accanirsi sulla correttezza della lettura ad alta voce può rivelarsi frustrante e inutile ai fini di un apprendimento efficace; diversamente, favorire la lettura a mente, l'individuazione di alcune parole chiave, può risultare decisivo per la comprensione del

testo, fine ultimo del compito di lettura. Il trattamento va sospeso quando:

- i risultati raggiunti permettono l'autonomia del bambino rispetto alle richieste ambientali;
- non ci sono più la motivazione e la disponibilità del bambino e della sua famiglia;
- gli esiti del trattamento, entro sei/dodici mesi dal suo inizio, non soddisfano il criterio di un cambiamento clinicamente significativo.

Il trattamento va gestito da figure specializzate (logopedisti, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, psicologi) con adeguata formazione sui disturbi specifici di apprendimento.

Trattandosi di un disturbo di natura neurobiologica, il problema permane per tutto l'arco della vita. Certamente il riconoscimento tempestivo può fornire al bambino strategie e tecniche valide per contenerne gli effetti negativi, assicurandogli un percorso educativo scolastico e poi lavorativo sereno.

2.2. STRUMENTI COMPENSATIVI E MISURE DISPENSATIVE

Le Linee Guida del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della ricerca del 12 luglio 2011 e allegate al decreto attuativo 5669 della Legge 170/2010 sottolineano l'obbligo per le istituzioni scolastiche di introdurre strumenti compensativi e misure dispensative

per una buona qualità dell'apprendimento.

Gli strumenti compensativi sono strumenti didattici e tecnologici che sostituiscono o facilitano una prestazione in un'area deficitaria per consentire all'alunno di svolgere i compiti con le stesse probabilità di errore degli altri bambini e di raggiungere una buona autonomia nello studio. Tra i più noti indichiamo:

- **la sintesi vocale**, che trasforma un compito di lettura in un compito di ascolto, e che funziona soltanto se non ci sono problemi nella comprensione da ascolto, dato che questo strumento non riesce a cogliere il senso del contenuto e quindi può sbagliare tempi, pause, toni e in alcuni casi anche la pronuncia di parole, creando fastidio nel lettore. La sintesi vocale funziona solo se per superare i limiti espressivi si sfrutta l'iconografia;
- **Il registratore**, che consente all'alunno di non scrivere gli appunti della lezione con il vantaggio dell'espressività della voce umana che favorisce la comprensione e l'attenzione, l'indipendenza dal computer, la possibilità di ascoltare testi ovunque (autobus, treno, ecc) e l'economicità del sistema di ascolto (un lettore MP3 costa poche decine di euro, 30 volte meno di un computer). Purtroppo un limite è la difficoltà di integrare la voce registrata con il supporto visivo. Il registratore si può usare per ascoltare audiolibri di narrativa, normalmente più recitati che letti, e le lezioni registrate a scuola,

efficaci soprattutto perché consentono di rivivere e ricordare un'esperienza. Chiaramente le registrazioni vanno organizzate in modo efficace; non si possono registrare 5 ore di lezione perché ne servirebbero altre cinque per ascoltarle. Bisogna trovare velocemente il punto che interessa, usando registratori digitali che salvano automaticamente data e ora e quindi facilitano la ricerca e la selezione, non registrare attività svolte alla lavagna perché si perderebbe una parte troppo importante della comunicazione e, registrare le lezioni in cui c'è "da ricordare" che non quelle in cui c'è "da capire";

- **I programmi di videoscrittura con correttore ortografico**, che permettono la produzione di testi sufficientemente corretti senza affaticamento della rilettura, facilitando il riconoscimento di alcuni errori che non sempre vengono segnalati tutti e anche le parole segnalate non sempre lo sono davvero;
- **Altri strumenti tecnologicamente meno evoluti** come tabelle, mappe concettuali ecc. che integrano la comunicazione testuale con quella visiva. Chiaramente non esistono mappe già pronte, né ci sono sistemi automatici per produrle ma vanno costruite, e questo lavoro richiede tempo. Per gli alunni dislessici il problema dell'efficienza del lavoro scolastico è uno dei più gravi e sentiti: essi, giustamente, vogliono fare le stesse cose che fanno i compagni,

anche in modo differente, ma non impiegando il doppio del tempo che occorre agli altri e questo potrebbe essere un limite; resta la certezza che la lettura delle mappe si basa prevalentemente sull'analisi grafica, essendo la codifica del testo ridotta alle sole parole etichetta, per cui anche un alunno dislessico, opportunamente addestrato, riesce a leggerle e comprenderle senza problemi. La mappa facilita la memorizzazione e potenzia la comprensione, grazie alle connessioni logiche che collegano i concetti. La migliore strategia didattica per la costruzione di una mappa è quella che prevede il coinvolgimento di tutta la classe, non solo dell'alunno DSA.

Il tempo per l'alunno dislessico è una delle risorse più importanti ai fini dell'apprendimento. E' necessario, sia a casa che a scuola, che l'alunno abbia un orologio da muro o da tavolo, chiaro e ben visibile dalla sua postazione di lavoro che gli consenta di stimare e quantificare il tempo (quello passato, quello che servirà per svolgere un compito e quello effettivamente impiegato) per giungere a fare delle previsioni (quanti esercizi di un determinato tipo può svolgere in un'ora, quanto tempo gli occorre per un'altra tipologia di compito, ecc.). Per la pianificazione del lavoro scolastico lo strumento più diffuso è il diario ma per gli alunni dislessici è davvero una "bestia nera" a causa dello spazio limitato, della difficoltà di decifrare nell'immediato le informazioni testuali (data, ora, materia) e dal fatto che i compiti vengono dettati alla

fine delle lezioni per cui bisogna scrivere in fretta o comunque in tempi non sufficienti per questi alunni. Le strategie compensative assicurano soluzioni efficaci come il diario facilitato, con pagine di dimensione maggiore rispetto al normale (come un quadernone) e con una struttura grafica più chiara e marcata, il registratore, come supporto aggiuntivo da consultare in caso di dubbio e il diario elettronico, un'applicazione informatica interessante per alunni che già usano abitualmente il computer.

Le misure dispensative consentono al bambino con dislessia di non svolgere alcuna attività, che a causa del disturbo, risultano particolarmente difficoltose e che non migliorano con l'esercizio. Il bambino è dispensato dalla lettura a voce alta in classe, dalla lettura autonoma di lunghi brani e di tutte le attività di cui si valutano le abilità di lettura. Per le lingue straniere è opportuno precisare che "l'esonero" riguarda l'insegnamento della lingua straniera nel suo complesso, mentre la "dispensa" concerne unicamente la forma scritta. Le principali misure dispensative previste sono le seguenti:

- dispensa dalla lettura ad alta voce;
- evitare lunghi dettati, fornendo fotocopie in alternativa;
- evitare l'utilizzo di un vocabolario cartaceo, consentendo l'uso di un vocabolario elettronico;
- nelle lingue straniere dare maggior peso al voto orale che al voto scritto;

- programmare tempi più lunghi per l'esecuzione di un compito;
- ridurre il carico di lavoro a casa e durante la fase valutativa a scuola;
- programmare le interrogazioni in classe specificando i contenuti che verranno richiesti, con la possibilità di visionare le mappe concettuali anche in fase valutativa a scuola;
- evitare la sovrapposizione di più valutazioni in contemporanea nello stesso giorno;
- preferire le verifiche orali a quelle scritte.

Spesso c'è confusione rispetto a quando adottare gli strumenti compensativi e le misure dispensative. Secondo le raccomandazioni, non esiste un momento specifico in cui è opportuno farlo, poiché la scelta dipende dal profilo funzionale del bambini. In generale è necessario adottarli quando vi è una limitazione importante dell'autonomia rispetto alle esigenze scolastiche e quando semplici adattamenti scolastici non sono sufficienti.

2.3 ORGANIZZARE L'AULA

L'approccio compensativo, visto dalla parte dell'insegnante, si concretizza partendo dal principio che tutti gli alunni possono conseguire un adeguato successo formativo, anche se non tutti nello stesso modo. Organizzare l'aula significa renderla accogliente, praticamente un luogo dove si sta bene e dove è facile imparare. E' opportuno che le

pareti si esprimano, insegnando e dando rinforzi e suggerimenti con scrittura chiara, leggibile anche da lontano. Il messaggio deve essere fruibile dal posto di ciascuno; si devono usare immagini, fotografie che possono richiamare concetti/parole, schemi, mappe, cartine geografiche ecc. Va sottolineato che non si deve eccedere con marcatori visivi e non si deve trasformare l'aula in un'occasione di distrazione e disturbo attentivo e si evidenzia la necessità di avere un orologio e un calendario di dimensioni adeguate per essere consultati da lontano.

2.4 ORGANIZZARE LA LEZIONE

All'inizio della lezione è importante informare gli alunni sull'argomento che si andrà a trattare per richiamare in loro le conoscenze pregresse. Durante la spiegazione che avverrà utilizzando un linguaggio semplice, può essere utile tracciare una mappa alla lavagna, presentare documentari, video, lavagna interattiva, che risultano certamente più interessanti e facili da comprendere e ricordare. All'alunno va chiesto costantemente di fare ipotesi, richiamare ciò che si è già studiato e la trascrizione di frasi brevi, parole concetto o piccoli schemi. Una delle misure dispensative più usate per l'alunno dislessico è l'esonero, ma si può favorire la lettura ad alta voce preparando momenti opportuni, assecondando le richieste personali e proponendo del testo adeguato, per quantità e difficoltà, alle sue competenze. Verso la fine della lezione l'insegnante verificherà che l'alunno abbia ben compreso la consegna dei

compiti per casa, facendosi eventualmente aiutare da un compagno “tutor” che controllerà che tutto sia correttamente annotato sul diario.

2.5 VERIFICHE E VALUTAZIONE

Per gli alunni dislessici le interrogazioni vanno ben programmate, frazionando opportunamente i contenuti e consentendo l’uso di strumenti compensativi (carte geografiche, mappe, schemi ecc.) e l’insegnante dovrà evitare ogni segno di impazienza nell’attesa della risposta. Se la verifica scritta prevede l’uso di schede da compilare queste devono essere chiare, ben strutturate ed avere abbondante spazio per le risposte; se possibile, si possono sostituire le domande scritte con quelle orali. Se l’esigenza di rispettare il tempo a disposizione crea ansia è più opportuno proporre verifiche senza scadenza cercando di portare gradualmente l’alunno a pianificare le attività in modo adeguato. Anche la correzione è importante, si valuta l’impegno perché un compito troppo pieno di errori, anche se meritati, è demotivante e percepito dagli alunni come un invito alla resa.

2.6 IL LIBRO DI TESTO

Per l’insegnante scegliere il libro di testo significa mettersi dalla parte degli alunni che fanno fatica a leggere e a capire. Gli aspetti da esaminare e valutare sono molti; si rivela utile:

- un fondo colorato;
- un testo ben leggibile;
- un linguaggio semplice;
- un sistema efficace per l'individuazione e il riconoscimento delle parole chiave;
- una ricca dotazione di materiale visivo di supporto: cartine, tabelle, disegni, schemi, mappe, fotografie e disegni da leggere, utili per la comprensione.

2.7 ORGANIZZARE IL LAVORO A CASA

Agli studenti non è sempre chiara la differenza tra capire e ricordare. Un conto è comprendere i contenuti, un altro è riuscire a recuperarli quando servono, ad esempio durante le verifiche. Per lo studente di scuola primaria tutto ciò presuppone la previsione di un tempo non superiore a un'ora per lo studio pomeridiano a casa e metà del tempo indicato per chi frequenta la scuola a tempo pieno o con orario prolungato solo in alcuni giorni. Il materiale elaborato durante la lezione va consultato lo stesso giorno della spiegazione, per verificare se quanto raccolto in classe, risulti veramente tutto chiaro.. Farlo in prossimità della lezione successiva, o peggio dopo molti giorni, vuol dire rischiare parte dei contenuti e di trovare incomprensibili anche le proprie annotazioni. Prima della lezione successiva è importante verificare la propria preparazione utilizzando domande di autoverifica relativamente alla materia in questione. Una volta soddisfatti delle proprie risposte è necessario produrre dei

promemoria efficaci sul testo o su altri supporti (schemi, mappe concettuali, ecc) che, con il minimo di informazioni testuali da leggere, forniscano il massimo delle informazioni a distanza di tempo. Oltre alla capacità di valutazione del lavoro che l'insegnante richiede all'alunno di svolgere è importante il coordinamento con i colleghi e con i genitori per promuovere un giusto atteggiamento e delle corrette aspettative nei confronti dei figli che presentano il disturbo della dislessia.

2.8 IL PIANO DIDATTICO PERSONALIZZATO

(L.170/2010 e D.M.5669 del 12 luglio 2011 e annesse Linee Guida)

Il diritto a una didattica personalizzata e l'utilizzo di strumenti compensativi e misure dispensative per i bambini con dislessia si concretizza nella formulazione del Piano Didattico Personalizzato (detto comunemente PDP). Questo, redatto dal consiglio di classe all'inizio di ogni anno scolastico e comunque entro la fine di novembre, deve essere continuamente verificato e monitorato (Legge 170/2010 art. 5 comma 3), e prevedere mezzi e strumenti per raggiungere gli obiettivi di apprendimento didattico (evitando una programmazione semplificata) in maniera efficace diversificando le metodologie, i tempi ecc. E' un patto tra docenti, istituzioni scolastiche, istituzioni socio-sanitarie e famiglia. Grazie al Piano Didattico Personalizzato il bambino può usare strumenti per acquisire i contenuti da studiare che limitano la fatica e il consumo di energie che andranno indirizzate sull'obiettivo di apprendimento previsto.

Nel PDP sono contenuti le seguenti voci:

- dati anagrafici dell'alunno;
- tipologia del disturbo;
- attività didattiche personalizzate;
- strumenti compensativi utilizzati;
- misure dispensative adottate;
- forme di verifica e valutazione personalizzate.

Nel formulare il PDP la scuola ritiene opportuno confrontare la propria valutazione con la diagnosi funzionale redatta dal clinico che definisce un protocollo di informazioni utili e al fine di conseguire gli obiettivi proposti, il Dirigente Scolastico può servirsi di un docente referente al quale assegnare il compito di informazione, consulenza e coordinamento all'interno dell'istituzione scolastica.

CASI DI STUDIO

IL CASO DI MATTIA

Mattia è un bambino di otto anni che giunge alla consultazione per un sospetto di DSA, che verrà in seguito confermato.

Al primo incontro Mattia si presenta con la mamma che appare disponibile e collaborativa. Mattia ha appena concluso la II elementare con parecchie difficoltà e la madre, su sollecitazione degli insegnanti, richiede una consulenza per comprendere cosa accade al bambino. La signora ritiene che il bambino somigli al padre che abbandonò la scuola dopo il secondo anno di scuola secondaria di secondo grado per le stesse difficoltà. Inoltre afferma che Mattia si impegna molto ed è un bambino capace per cui lei non pensa che abbia alcun tipo di disturbo, che, altrimenti manifesterebbe anche in altre attività e non solo nello studio. La psicologa chiede a Mattia cosa pensa della scuola e lui risponde che sta bene con i suoi compagni di classe ma, mentre a casa riesce a fare i compiti che gli assegnano, a scuola gli è più difficile. La psicologa comunica a Mattia e alla mamma che farà dei test che saranno come giochi, puzzle e cose del genere, altri saranno simili ai compiti, ma che non ci saranno voti e che questo servirà a capire come aiutare Mattia a rendere meno faticoso lo studio, sia a casa che a scuola.

DATI ANAMNESTICI E CLINICI DI RILIEVO

Mattia è figlio unico di genitori separati e vive in un clima sereno a casa dei nonni materni con la mamma, che lavora. La gravidanza è stata tranquilla, alla nascita il peso era nella media, le tappe dello sviluppo linguistico, motorio e sfinterico sono avvenute nella norma. L'apprendimento della letto-scrittura viene descritto con una certa lentezza dalle maestre, tanto che alla fine della prima elementare Mattia leggeva sillabando. Le difficoltà che il bambino manifesta nella lettura (salto di lettere), nella scrittura (errori ortografici) e più lievi in matematica hanno spinto la madre di Mattia a sottoporlo anche ad un controllo oculistico, risultato nella norma.

PROFILO PSICOLOGICO

Durante i diversi incontri effettuati, il bambino mostra una buona interazione con la psicologa, collabora e porta sempre a termine le consegne.

VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

La psicologa effettua la valutazione del profilo cognitivo di Mattia e somministra il test **WISC-R** in due sedute senza la presenza della mamma, alla quale è stato chiesto di attendere fuori, così da permettere al bambino di non distrarsi.

Il test WISC-R evidenzia abilità cognitive nella norma, con una discrepanza tra QI verbale e QI di performance.

Dall'analisi di tutti i parametri presi in esame la psicologa deduce che Mattia non ha carenze nell'area della Comprensione Verbale, né in quella dell'Organizzazione Percettiva, né nella Capacità di Concentrazione.

Nell'incontro successivo la psicologa propone a Mattia di risolvere alcuni esercizi, simili a quelli che fa a scuola, gli ricorda che non ci saranno voti, e gli chiede di impegnarsi perché tutto il lavoro dirà come aiutarlo nei compiti.

Dalla valutazione delle abilità di lettura effettuata con il test "**Prove di Lettura MT** per la Scuola Elementare - Correttezza e Rapidità III elementare finale", si rilevano abilità di lettura non adeguate all'età e alla classe frequentata. Oltre la velocità di lettura non adeguata si rilevano errori di tipo morfologico. Quelli più frequenti riguardano l'ultima lettera e la coniugazione del verbo (ad esempio mangiava - mangiavano; carino - carina), per cui, la comprensione del brano letto, valutata con apposite prove, mette in evidenza di aver risentito della scarsa accuratezza nella lettura.

Anche durante la prova di lettura di lista di parole Mattia legge lentamente e commette numerosi errori, molti dei quali nella lettura della parte finale della parola (ad esempio legge peso per pezzo).

La prova che prevede la lettura della lista di non parole risente di errori morfologici e lessicalizzazioni (ad esempio fusto per pusto).

La psicologa riscontra che gli errori che Mattia commette maggiormente sono di tipo morfologico in tutti i tipi di prove, inoltre nella prova che richiede la lettura di non parole, il bambino tende a fare errori di lessicalizzazione, manifestando un utilizzo eccessivo dell'anticipazione: legge la prima parte della parola lentamente e poi accelera, per cui gli errori sono quasi sempre a fine parola. Alla luce di ciò si ipotizza un migliore funzionamento della via lessicale, che Mattia utilizza per riconoscere i grafemi, che ha difficoltà a decodificare.

La prova di scrittura, è caratterizzata da frequenti errori.

Durante la prova di scrittura sotto dettatura, Mattia manifesta chiaramente delle forti difficoltà nella produzione scritta: tende a commettere sia errori di tipo fonologico che non fonologico, confondendo spesso i grafemi m/n omettendo gli accenti, gli apostrofi e le doppie.

Si effettua inoltre un test per verificare se l'acquisizione delle competenze lessicali e morfosintattiche acquisite dal bambino risultano sostanzialmente adeguate per la sua età; in effetti, avendo ottenuto un buon punteggio nel Quoziente Lessicale, si possono considerarle nella norma per la fascia di età di Mattia.

Nella valutazione dell'ambito aritmetico, risulta buona la codifica semantica del numero.

Per quanto riguarda il sistema del numero, Mattia commette errori di omissioni, errori di decina e inversioni nel conteggio regressivo.

Si rilevano, inoltre, difficoltà nella produzione e nella transcodifica, a causa del mancato riconoscimento del valore posizionale dello zero.

Per quanto concerne il sistema di calcolo, il bambino ha raggiunto una discreta conoscenza delle procedure del calcolo scritto ma presenta lievi difficoltà nel recupero dei fatti aritmetici.

DIAGNOSI

Sulla base dei risultati alle prove eseguite appaiono soddisfatti i criteri diagnostici per la diagnosi di **Disturbo Specifico dell'Apprendimento**.

Il livello intellettivo risulta essere nella norma.

Il livello delle abilità di lettura e scrittura si situa al di sotto della media di quanto ci si aspetterebbe data l'età cronologica del soggetto, la valutazione dell'intelligenza e un'istruzione adeguata all'età.

Per quanto riguarda le abilità di calcolo, mentre i tempi impiegati per portare a termine il compito sono lievemente al di sopra della media, si riscontrano gravi difficoltà nella produzione, nella transcodifica e nel recupero dei fatti aritmetici.

COLLOQUIO DI RESTITUZIONE

Nel colloquio di restituzione, a cui sono presenti entrambi i genitori e Mattia, la psicologa pone come obiettivo principale quello di fargli capire che le difficoltà che il

bambino sperimenta a scuola non sono frutto di disimpegno ma di un disturbo specifico dell'apprendimento che non ha a che fare con l'intelligenza.

Subito dopo la psicologa parla solo con i genitori, spiegando che le difficoltà del bambino nello studio sono la conseguenza delle difficoltà e del disagio emotivo che può provare un bambino che convive con un disturbo specifico dell'apprendimento, poiché spesso si auto-percepisce incapace ed incompetente rispetto ai propri coetanei e alle aspettative degli adulti, proprio perché per lui è faticoso e difficile imparare, indipendentemente dai suoi sforzi.

L'operatività e il sostegno che i genitori potrebbero dare a Mattia, potrebbe aiutarli a comprendere e conoscere meglio alcuni aspetti del figlio, i suoi limiti e le sue tante risorse.

Sfruttando la forte attrattiva che ha il computer su Mattia, come da lui asserito, la psicologa ha consigliato l'utilizzo di una serie di software che propongono graduali attività di recupero per le abilità di letto-scrittura e delle abilità matematiche, associato ad un percorso riabilitativo con esperti nel trattamento dei disturbi specifici di apprendimento. Inoltre, a scuola, è stata chiesta la collaborazione agli insegnanti per la valorizzazione delle attività cognitive del bambino finalizzate ad una conclusione di successo della scuola primaria.

CONCLUSIONI

La pratica clinica ha evidenziato come l'insuccesso prolungato, genera nel bambino scarsa autostima e mancanza di fiducia nelle proprie capacità, lo induce alla frustrazione a causa dei suoi inspiegati insuccessi e a manifestare disagi che vanno dalla demotivazione all'apprendimento, ad atteggiamenti aggressivi, fino, in alcuni casi, alla depressione; inoltre, poiché l'erronea attribuzione dei risultati scolastici insoddisfacenti vengono imputati allo scarso impegno, questi alunni, oltre a sostenere il peso della propria incapacità, se ne sentono anche responsabili e colpevoli. Fino all'elaborazione della diagnosi, quindi, il soggetto con DSA vive tutte le sfaccettature del disagio emotivo legato alle sue difficoltà, ecco perché è importante diagnosticare precocemente tali difficoltà ed intervenire con trattamenti specifici.

BIBLIOGRAFIA

VICARI S., MENGHINI D., "La dislessia. Come riconoscerla e trattarla". RAFFAELLO CORTINA EDITORE (2018).

STELLA G., LO PRESTI G., TRESSOLDI P.E., CORNOLDI C., VIO C., e altri, "Dislessia e altri DSA a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti". ERICKSON (2017).

DAVIS R., "Il dono della dislessia. Perché alcune persone molto intelligenti non possono leggere e come possono imparare". ARMANDO EDITORE (1998).

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA', "Consensus Conference. Disturbi specifici dell'apprendimento". Sistema nazionale per le linee guida. MINISTERO DELLA SALUTE (2011).

LEGGE 170, 8 OTTOBRE 2010, "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico". GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA (N. 244).

CORNOLDI C., "Difficoltà e disturbi dell' apprendimento". IL MULINO (2007).

FOGAROLO F., "Costruire il Piano Didattico Personalizzato. Indicazioni e strumenti per una stesura rapida ed efficace". ERICKSON (2012).

FOGAROLO F., SCAPIN C., "Competenze compensative". ERICKSON (2010)

IANES D., CRAMEROTTI S., "Comportamenti problema e alleanze psicoeducative".

ERICKSON (2002)

STELLA G. SAVELLI E., "Dislessia oggi. Prospettive di diagnosi e intervento in Italia dopo la Legge 170". ERICKSON (2011).

SITOGRAFIA

AID – ASSOCIAZIONE ITALIANA DISLESSIA, "Guida al Piano Didattico Personalizzato"
(2010). <http://www.aiditalia.org>