



Napoli, 3 marzo 2012

“Università Parthenope”

Disturbi specifici dell'apprendimento

Dott. G. Aquino

Psicologo – Psicoterapeuta

Membro Comitato Professionale Nazionale A.I.D.

Cell. 3473624173 e-mail gi.aquino@libero.it

La lettura

Processo di decodifica segno suono

Si realizza in tempi molto rapidi

Procedura semplice e robusta

Rimane stabile anche con significativa riduzione dell'esercizio

In breve tempo diventa automatica

G. Stella, 2006



Si realizza in tempi molto rapidi

Dopo tre mesi di frequenza del primo anno della scuola primaria la maggior parte dei bambini è in grado di scrivere alcune frasi (Stella, 2004).

Alla fine del primo anno della scuola primaria i bambini italiani leggono e scrivono correttamente il 95% delle parole della loro lingua





Francesi 79%; danesi 71%; inglesi 34%



Table 2
Data (% correct) from the large-scale study of reading skills at the end of grade 1 in 14 European languages

Language	Familiar real words	Pseudo-words
Greek	98	92
Finnish	98	95
German	98	94
Austrian German	97	92
Italian	95	89
Spanish	95	89
Swedish	95	88
Dutch	95	82
Icelandic	94	86
Norwegian	92	91
French	79	85
Portuguese	73	77
Danish	71	54
Scottish English	34	29

(data taken from Seymour, Aro & Erskine, 2003)

Psycholinguistic grain size theory

Sostiene che pur essendo la transcodifica un processo universale, comune a tutti i sistemi linguistici, le soluzioni sono diverse e dipendono dalle caratteristiche specifiche dei sistemi stessi e anche le strategie di apprendimento della lettura si sviluppano in maniera diversa a seconda delle differenze nella struttura delle ortografie.

In pratica, i bambini inglesi hanno necessità di tempi molto più lunghi dei bambini italiani per imparare a segmentare le parole, in virtù del fatto che la regolarità del sistema ortografico, con un'elevata corrispondenza tra numero dei fonemi che costituiscono le parole e numero delle lettere da scrivere, favorisce lo sviluppo di queste capacità.

Ziegler Ziegler & Goswami Goswami (2005, 2006)(2006); Stella, 2010

Procedura robusta

All'inizio della II° primaria, dopo l'estate, i bambini leggono anche meglio rispetto alla fine della I°, prima dell'estate.

E così per ogni classe

La lettura

Nel corso del processo di apprendimento, l'automatizzazione porta a una riduzione dell'uso di risorse attentive, che a sua volta porta a un'elaborazione rapida e senza sforzo.



Modelli neuropsicologici

IL MODELLO A DUE VIE DELLA LETTURA

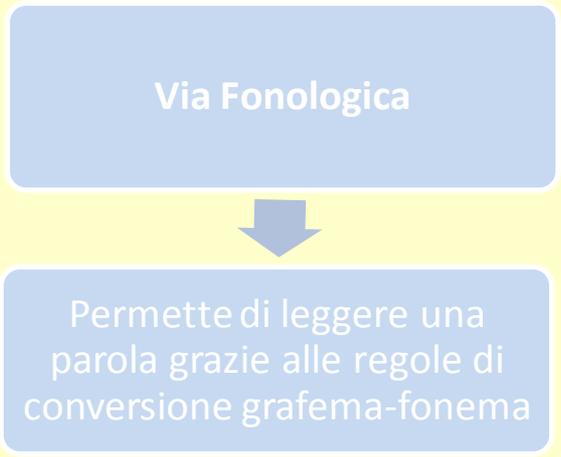
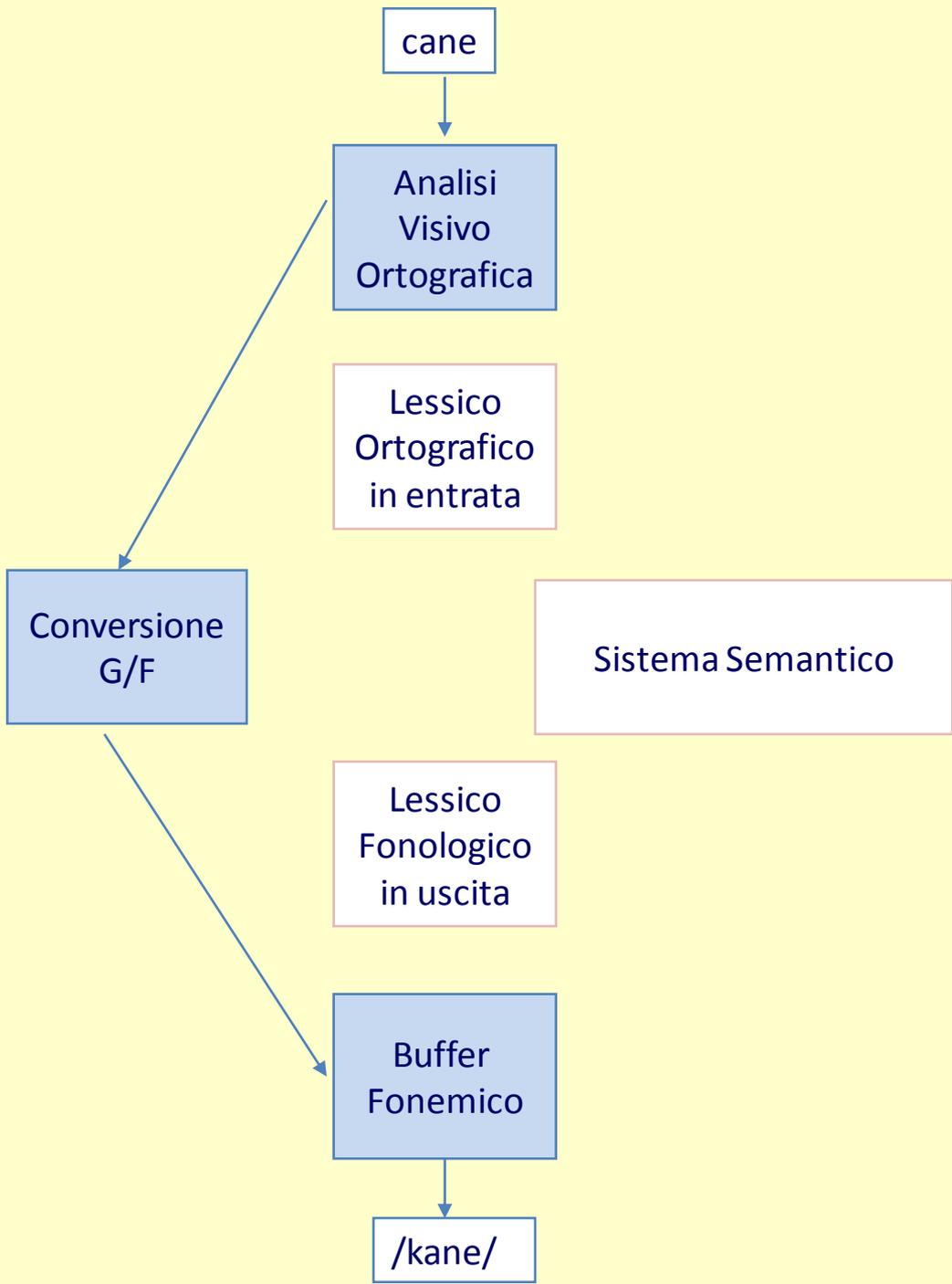
Coltheart, Rastle, Perry, Langdon & Ziegler, 2001

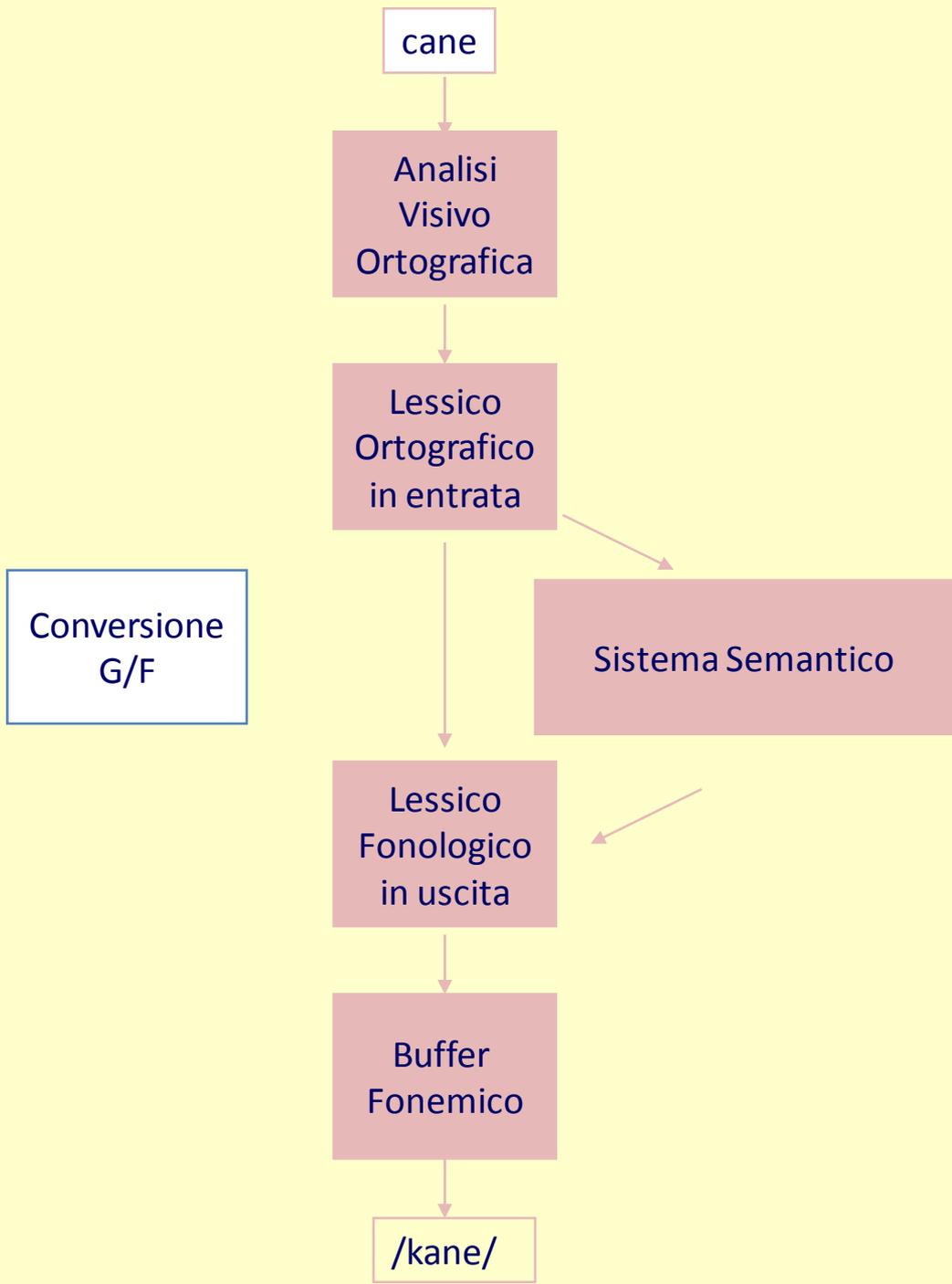


Il processo di lettura può avvenire attraverso due procedure:

via fonologica

via lessicale





Via lessicale



La pronuncia di una parola viene recuperata dal lessico mentale dopo che ne è stato recuperato il significato

Tappe di sviluppo della lettura e della scrittura

Modello di apprendimento della lettura e della scrittura di U. Frith



Il modello spiega come il bambino apprende a leggere e a scrivere.

Concepisce l' apprendimento in modo gerarchico e progressivo in quattro stadi.

Le acquisizioni dello stadio precedente consentono di passare a quello successivo.

Modello di apprendimento della lettura e scrittura di U. Frith

STADIO LOGOGRAFICO

STADIO ALFABETICO

STADIO ORTOGRAFICO

STADIO LESSICALE

Stadio Logografico

Il bambino utilizza indizi visivi salienti per costruire un vocabolario visivo, vale a dire una memoria per alcune parole scritte.

Riconoscimento di parole note grazie alla discriminazione delle loro caratteristiche salienti (forma e colore).

Il bambino non ha ancora alcuna consapevolezza che nella stringa ci sono simboli del suono della parola.

Stadio Alfabetico

Scoperta del meccanismo di conversione grafema-fonema.

Il bambino impara a segmentare le parole in base al riconoscimento dei singoli grafemi.

Permette di leggere un numero enorme di nuove parole, con una procedura di decodifica analitico-sequenziale.

Stadio Ortografico

Il bambino scopre le sillabe e i suoni ad esse corrispondenti. La combinazione tra i grafemi non è illimitata, ma segue delle leggi ortografiche.

Analisi delle parole rapida fatta sulla base di unità più grandi della singola lettera che non devono essere ricodificate fonologicamente.

Riconoscimento di radici morfemiche come unità singole.

Stadio Lessicale

Automatizzazione dei processi di lettura.

I bambini cominciano a leggere parole fluidamente, come se le riconoscessero immediatamente.

Abbandono della strategia di conversione grafema–fonema e costruzione di un *magazzino lessicale* che consente il riconoscimento rapido delle parole conosciute.

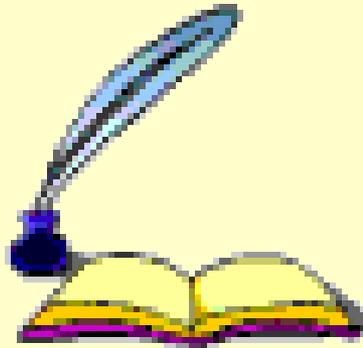
quindi

La completa acquisizione delle prime tre fasi rende completa la modalità di lettura tramite la via fonologica.

Il raggiungimento della quarta fase permette al bambino di utilizzare correttamente la via lessicale e di leggere le parole conosciute senza bisogno di operare la conversione grafema-fonema.

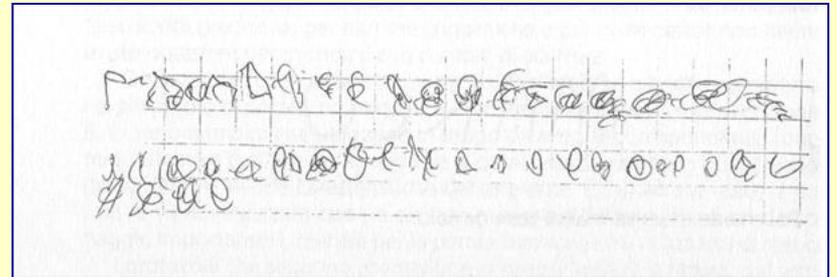
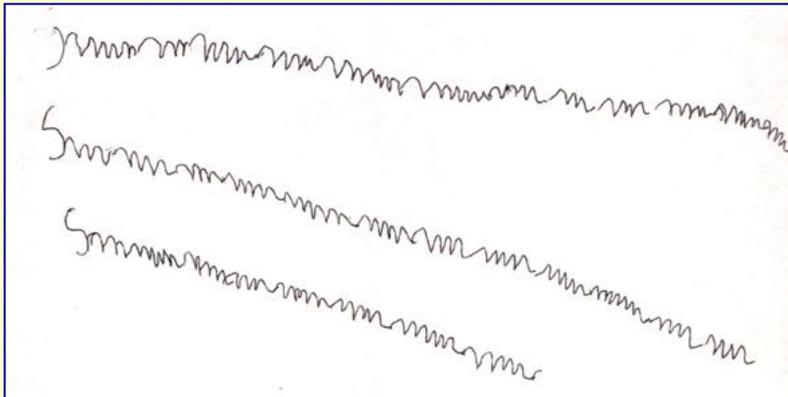
Ferreiro e Teberosky

Nel processo di apprendimento della scrittura è possibile individuare la seguente successione di stadi.



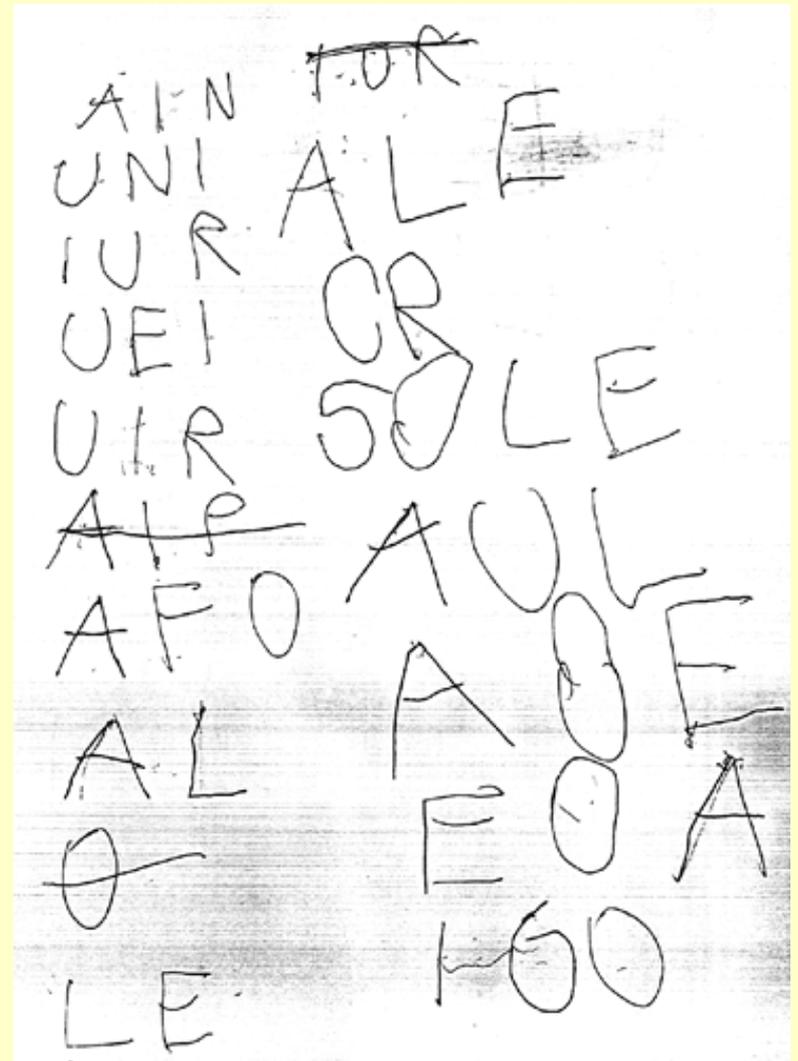
Fase degli scarabocchi

Il bambino scrive in modo non convenzionale, non legato alle lettere, segnando ghirigori che simulano la scrittura corsiva senza avere legami né col suono, né con la parola.



Fase preconvenzionale

Il bambino usa le lettere dell'alfabeto combinate a caso. In genere sono lettere uguali, alternate, in numero superiore o uguale a tre o, se le conosce, le lettere del proprio nome ricombinate.



Concetto di parola dal punto di vista del suo significato e non fonologico (parole lunghe/corte,...)

TRENO

COCCINELLA



sougfeszcvbsul

sug

QPNQ

Formica

PNEQNC

MUSCA

SNCOMQ

DITO

NECNMQNOSQINQ

TRENO

COINOCQNEONLONQI
CQI (BALENA)

Fase Sillabica

- ciò che è rappresentato nella scrittura non è più l'oggetto, ma la parola
- i bambini scoprono il rapporto tra suono e segno
- tracciano un segno per ogni sillaba della parola

Sillabica preconvenzionale

A ogni sillaba corrisponde una lettera che però non ha corrispondenza con il suono della parola.

ITE per CAMINO

In questa fase il bambino ipotizza che ad ogni suono corrisponda una lettera.

Sillabica convenzionale

Il bambino usa per ogni sillaba una lettera che è correlata con la sillaba reale.

CMN o AIN o CIN per CAMINO

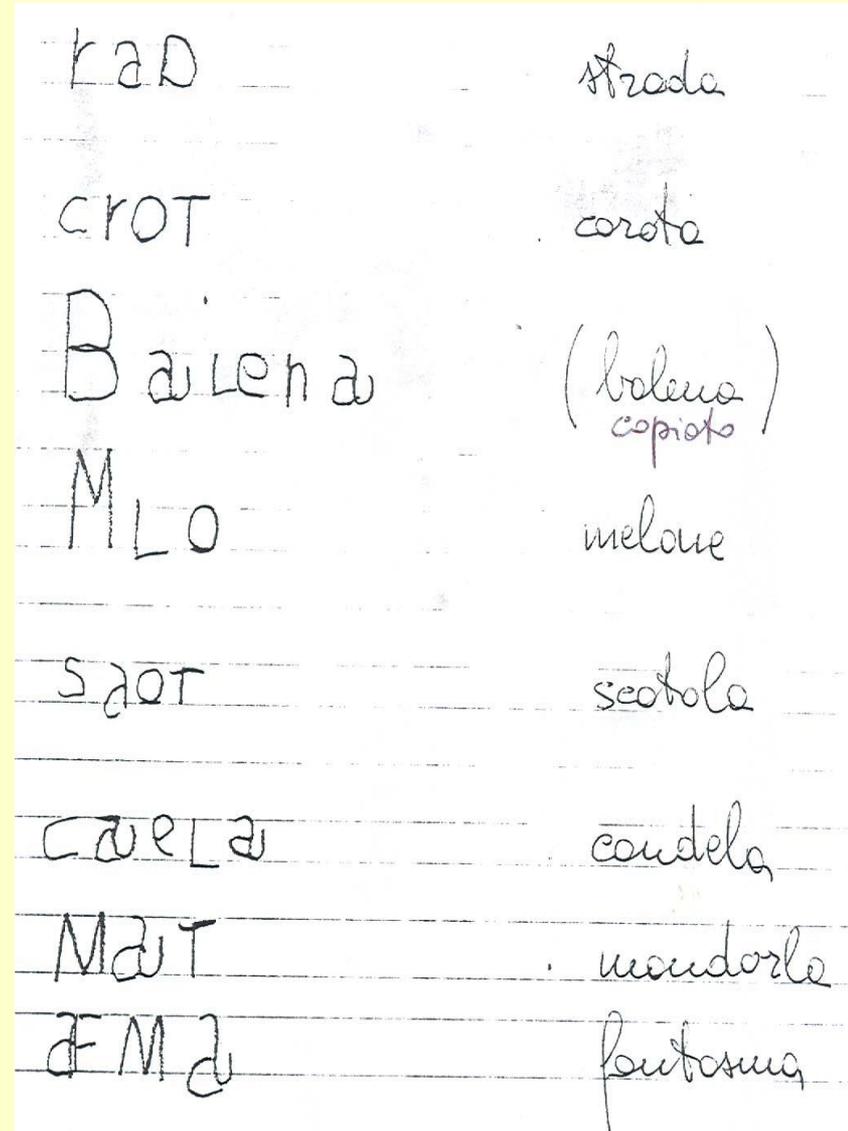
AE	oro
UE	lume
IO	viso
OA	cola
OA	valpe
AA	scorpa
OO	tronco
AEA	colena
AOE	
AOE	colore
AIO	magico
AEA	candela
AIA	lacrima
VEE	studente

Sillabica alfabetica

Il bambino scrive un numero di lettere maggiore di una per sillaba.

CAMINO CAMN o CMINO o AMIN o AINO

È una fase transitoria

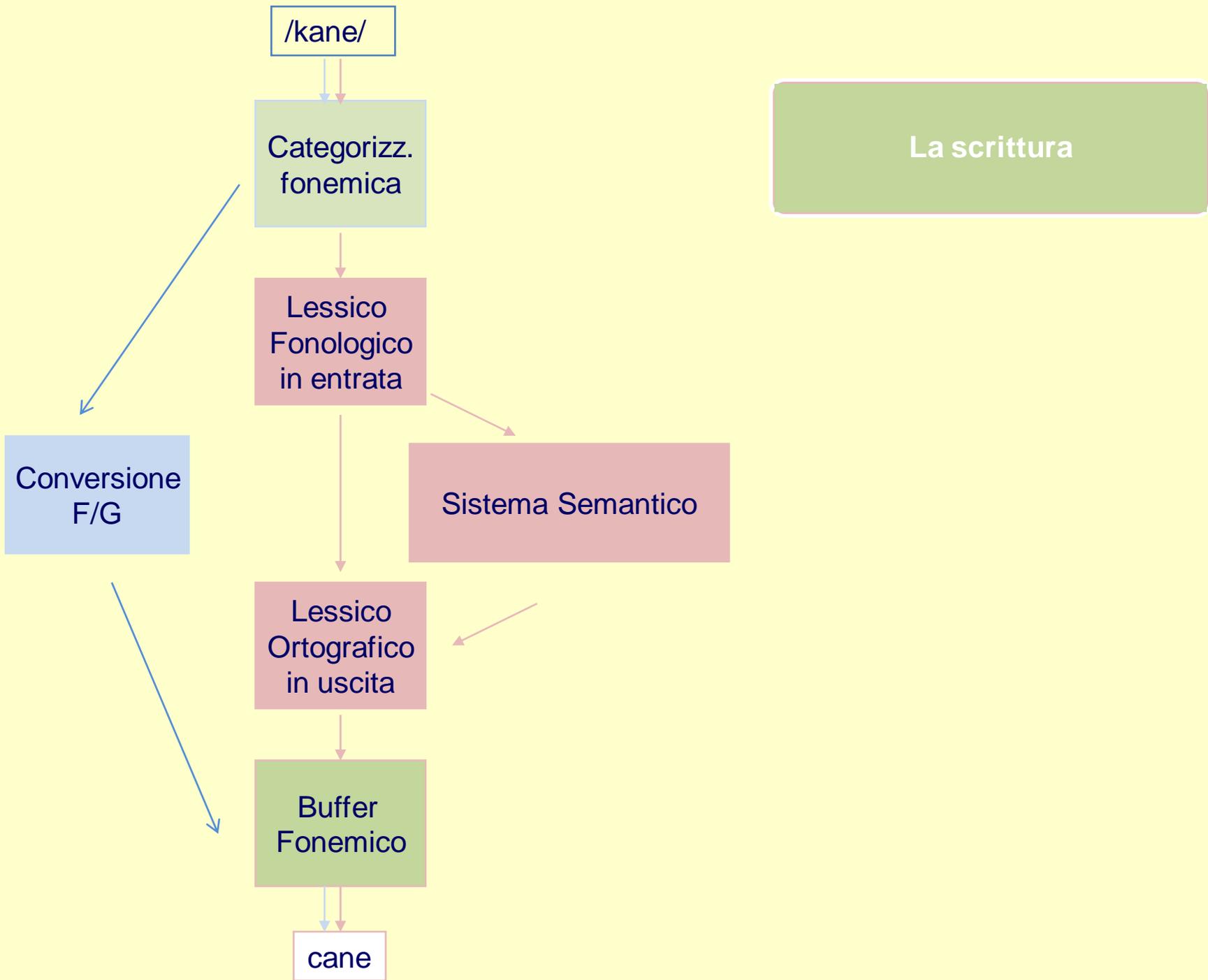


Fase Alfabetica

- in questa fase i bambini sono impegnati a completare la loro conoscenza delle regole di trascrizione
 - i bambini scrivono tutte le sillabe con almeno due segni
- rimangono da risolvere i problemi relativi alle sillabe che si scrivono con più di due segni (/stra/; /stram/; /sta/) e dei suoni che si scrivono con più di un segno (/sc/; /gl/).

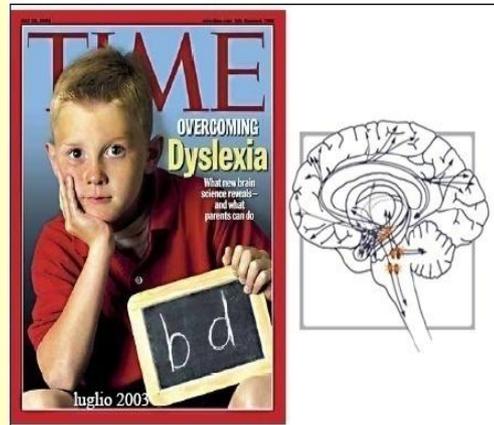
Fase Alfabetica convenzionale

A questo punto si può considerare raggiunta la scrittura e si può affermare che il bambino sa segmentare la parola in fonemi e scrivere tutte le lettere.



Ipotesi eziologiche

La Causa della Dislessia Evolutiva è Multi-Fattoriale



Familiarità per la Dislessia

Nel 65% dei casi di D.E. si registra familiarità per lo stesso disturbo.

(Stella et al., 1997)

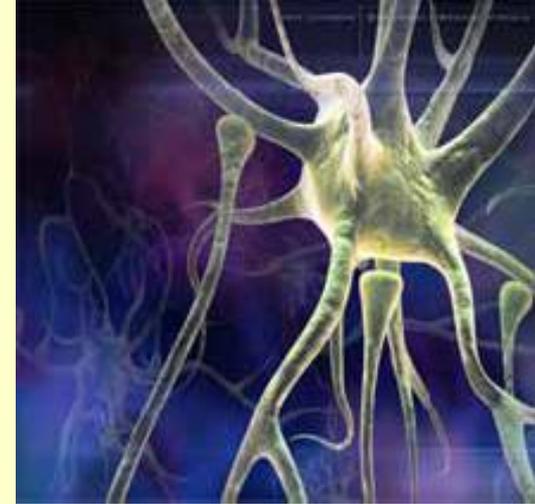
71% dei gemelli monozigoti

29% dei gemelli dizigoti.

(Defries et al., 1991)



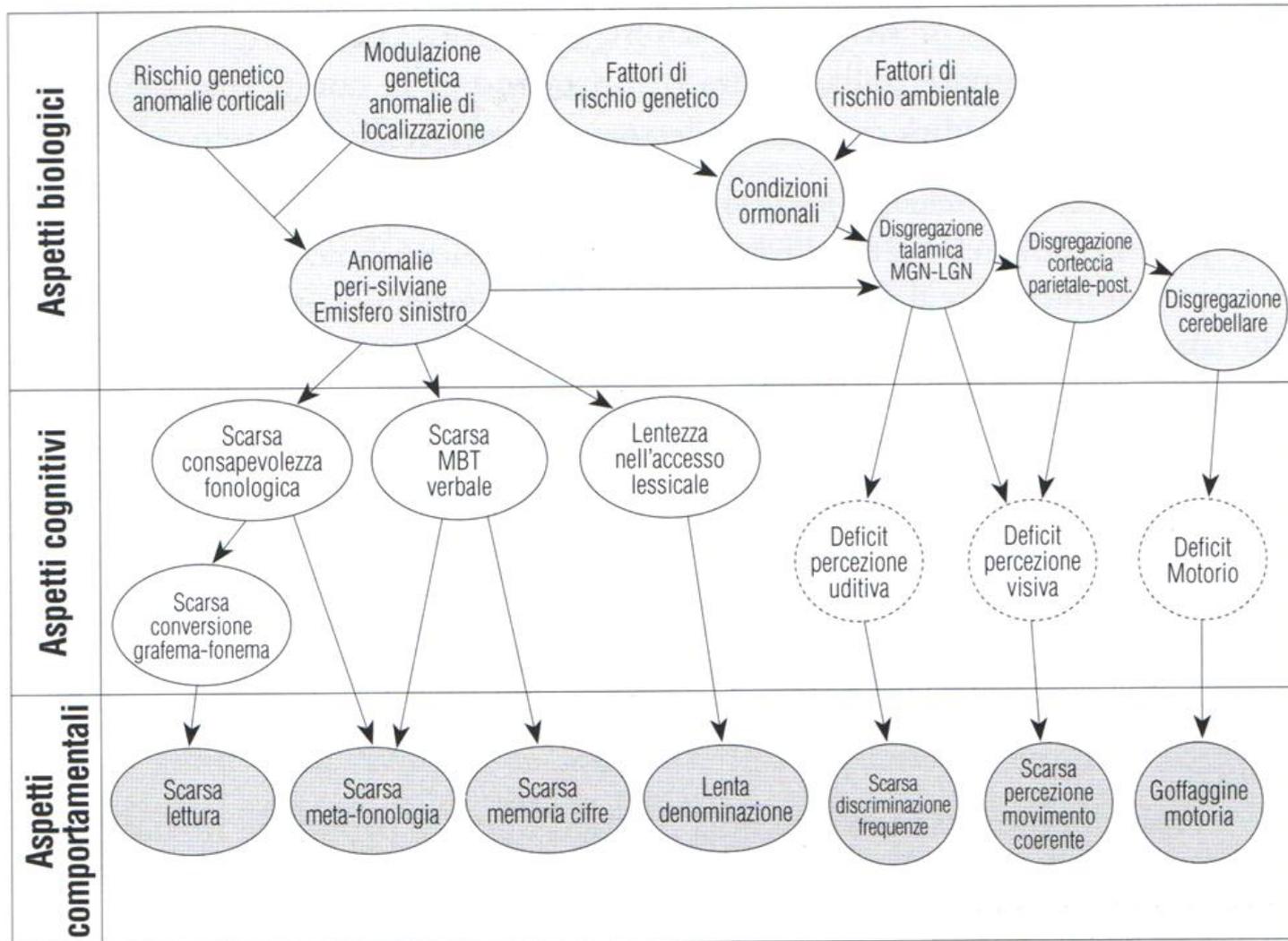
Fattori causali



Deficit della processazione fonologica
(Bradley e Bryant, 1978; Brady e Shankweiler, 1991
Snowling, 1981; Vellutino, 1979)

Deficit visivo/uditivo magnocellulare
(Livingstone e al., 1991; Lovegrove e al., 1990;
Stein e Walsh, 1997; Tallal, 1980; Eden e al., 1994)

Deficit cerebellare dell'automatizzazione
(Nicolson e Fawcett, 1990; Nicolson e al., 2001)



Modello teorico di Ramus (2006).

Integra in un'unica cornice teorica molte delle conoscenze attuali sulla dislessia

Anche se la presenza di disturbi percettivi e motori può associarsi ai quadri di dislessia, solo il Deficit Fonologico appare essere una causa necessaria e sufficiente della dislessia.

Gli altri deficit qualora siano presenti possono aggravare il quadro.

(Ramus, Rosen, Dakin, Day, Castellote, White, Frith, 2003)

Definizione DSA

D.S.A.

I riferimenti internazionali utilizzati nella definizione e classificazione dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) sono:

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



Caratteristica principale dei D.S.A.

SPECIFICITA'



D.S.A.

Compromissione selettiva, ma significativa e persistente, di specifici domini di abilità:

lettura

scrittura

grafia

calcolo

D.S.A.

Interessano le competenze strumentali degli apprendimenti scolastici

lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale



D.S.A.

In assenza di:

- deficit sensoriali
- danno neurologico
- disturbi primari della sfera emotivo-relazionale

In presenza di:

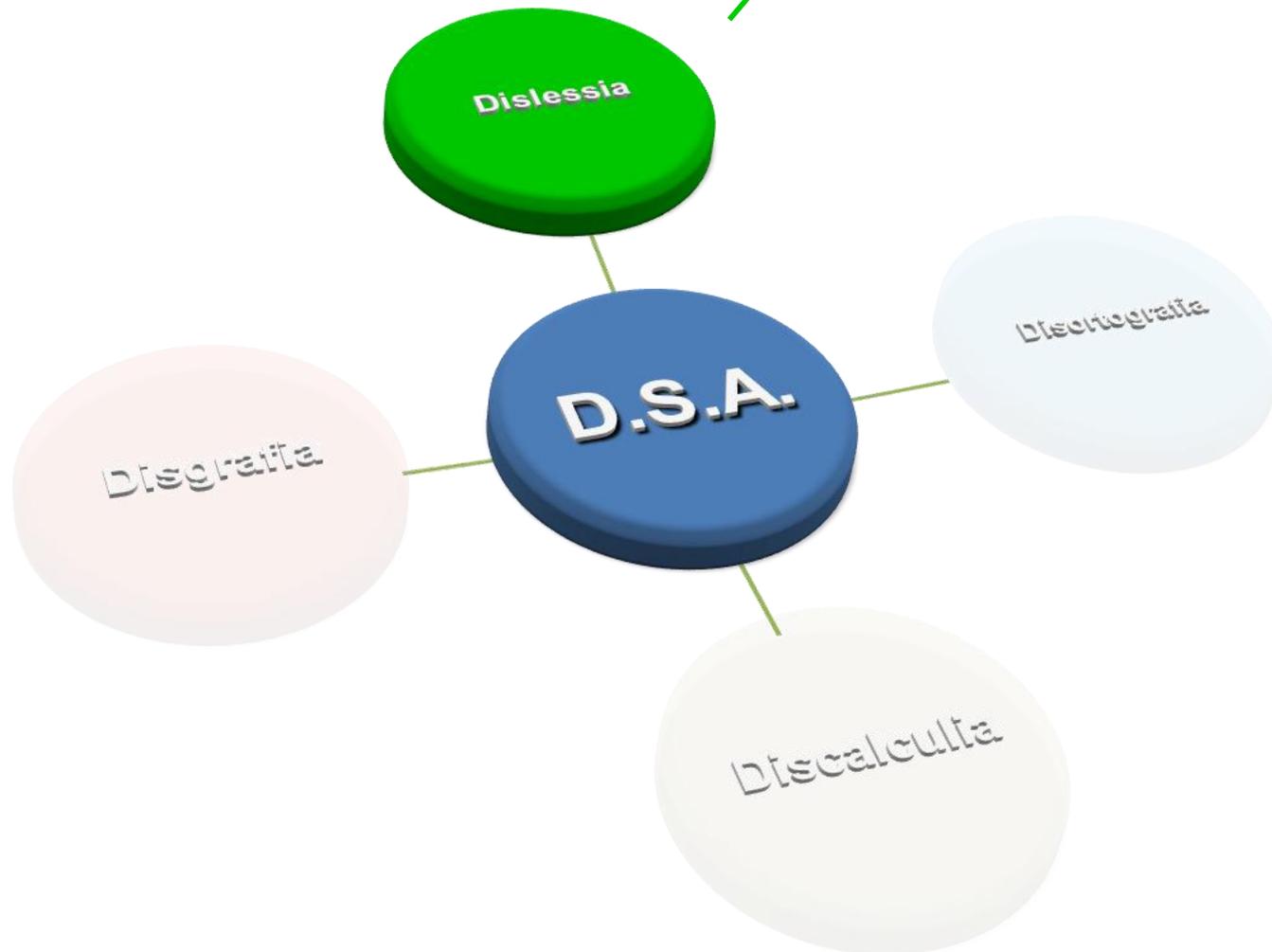
- istruzione adeguata e di normali opportunità educative

I DSA si caratterizzano inoltre per i seguenti elementi:

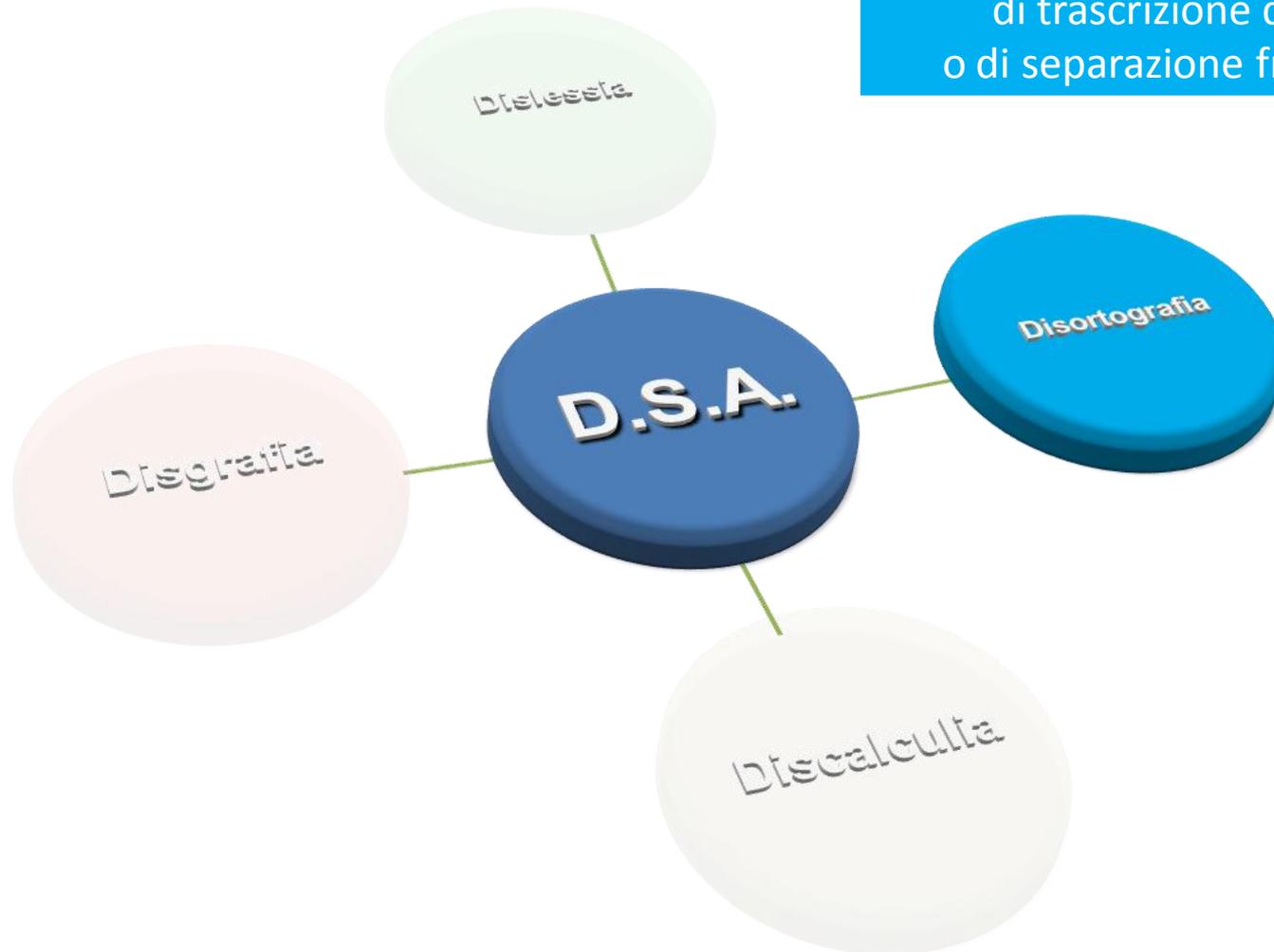
1. Il carattere “evolutivo” (in opposizione ad “acquisito”);
2. La diversa espressività del disturbo nelle differenti fasi evolutive dell’abilità in questione;
3. La quasi costante associazione con altri disturbi (comorbidità);
4. Il carattere neurobiologico delle anomalie processuali che caratterizzano i DSA;
5. I fattori ambientali - rappresentati dalla scuola, dall’ambiente familiare e dal contesto sociale – che si intrecciano con quelli neurobiologici e contribuiscono a determinare il fenotipo del disturbo e un maggiore o minore disadattamento.

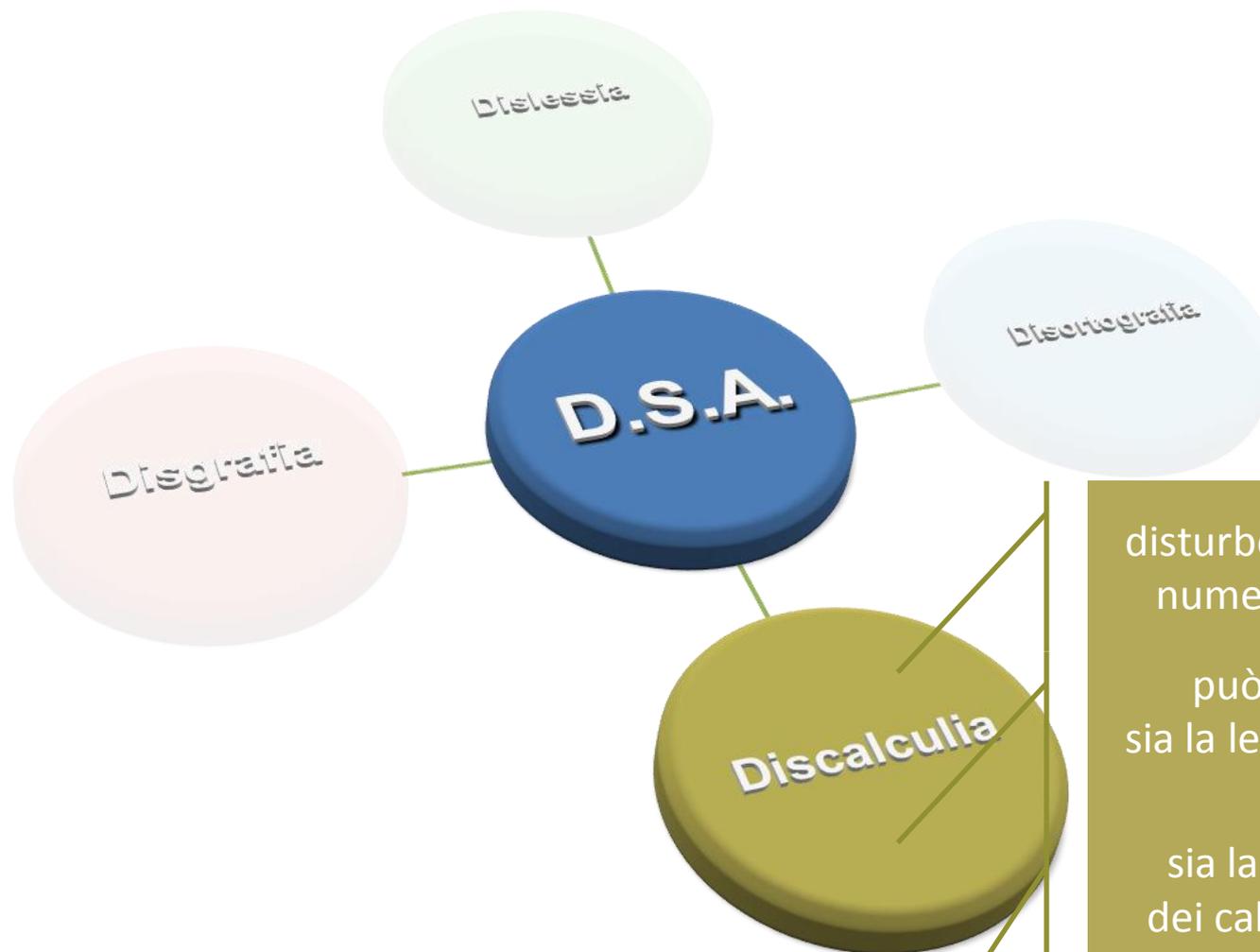


difficoltà nel leggere in
modo corretto e
fluente



disturbo della scrittura
scorretta applicazione delle regole
di trascrizione dei suoni
o di separazione fra le parole

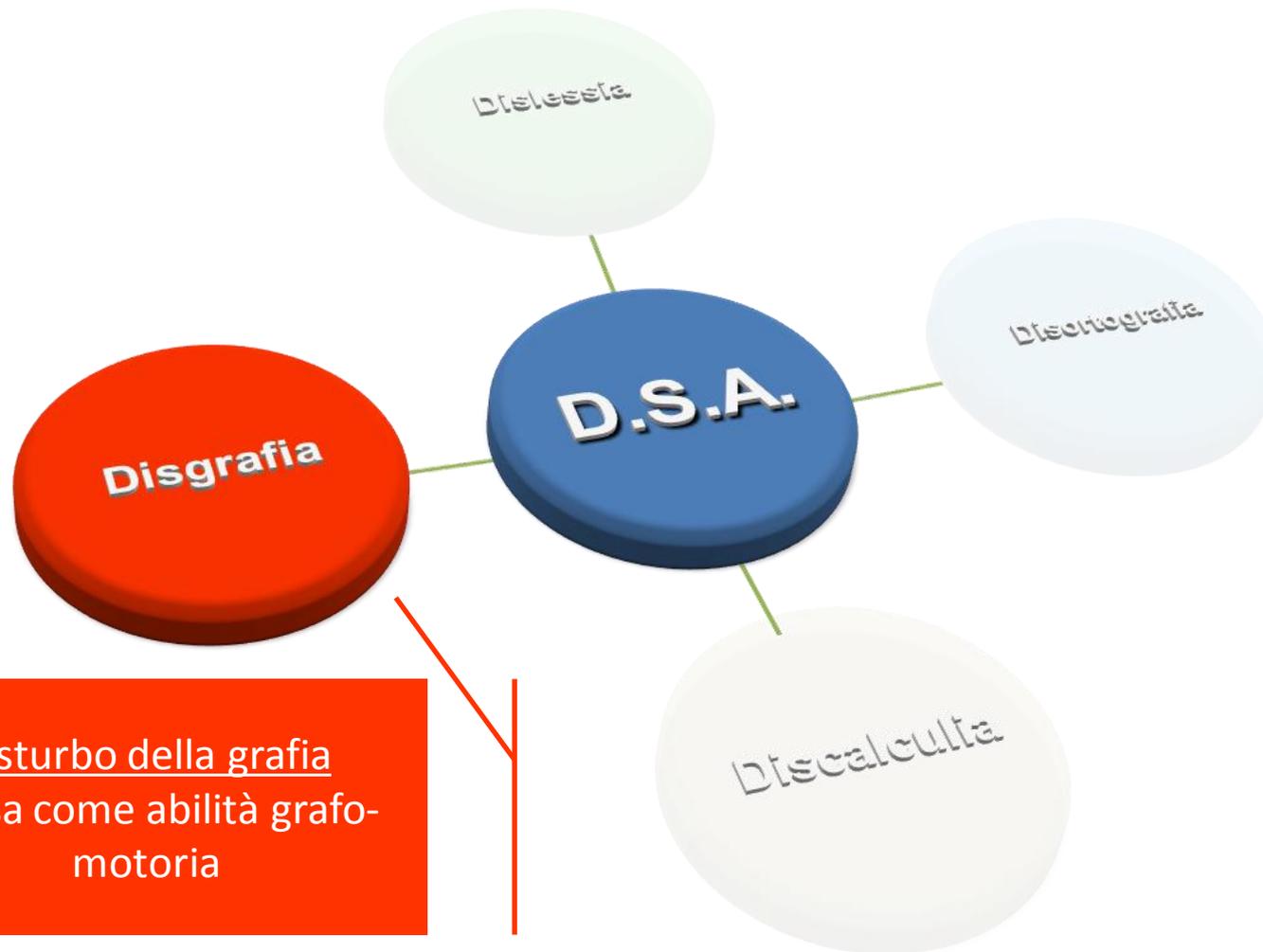




disturbo delle abilità di
numero e di calcolo

può interessare
sia la letto-scrittura del
numero

sia la realizzazione
dei calcoli a mente o
degli algoritmi del
calcolo scritto



disturbo della grafia
intesa come abilità grafo-
motoria

Sistema di classificazione DSA - ICD10

F81 Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche

F81.0 Disturbo specifico della lettura

F81.1 Disturbo specifico della scrittura

F81.2 Disturbo specifico delle abilità aritmetiche

F81.3 Disturbi misti delle abilità scolastiche

F81.8 Altri

F81.9 Non specificati

Quadri clinici DSA

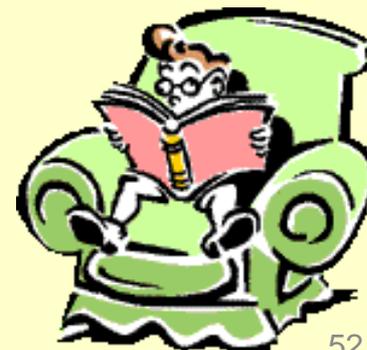


Caratteristiche della dislessia

Partenza lenta della lettura e scarsi progressi con il passare del tempo

Mancata fissazione della corrispondenza fonema-grafema

G. Stella et al., 2011





Difficoltà nel legare le lettere in parole

Spezzettamento delle parole in sillabe con tentativo di ricomposizione graduale

Perdita di sillabe

Facilità nel confondere parole con suoni simili

G. Stella et al., 2011





Difficoltà a mantenere la corretta posizione nella
linea di lettura

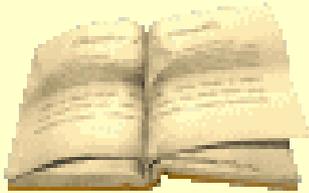
Difficoltà nel passaggio da una riga alla successiva
con frequenti salti di riga

Estrema difficoltà a ritrovare il segno una volta che è
stato perduto

Salto di parole o aggiunta di parole extra



G. Stella et al., 2011



Lettura lenta, esitante, senza intonazione

Confusione tra parole simili

Scarso rispetto della punteggiatura

Anche se la lettura della parola è corretta può sfuggire il senso o il significato

G. Stella et al., 2011



Errori di lettura



La sillaba CCV diventa CV-CV

madre/madore

La parola viene abbreviata per eliminazione di una sillaba

denuncia/decia

Sostituzione di consonanti sorde/sonore

f/v, c/sc, g/c, p/b, d/t. vaso/faso

Errori di lettura



Ortografici (O)

Errori di ricostruzione in cui il riconoscimento visivo è basato su indizi ortografici insufficienti.

Costruivamo → contruiamo; in riva → invece;

america → amare; calcina → cellina; fiume → fumo.

Morfologici/Derivazionali (M)

Il riconoscimento visivo della parola è insufficiente e porta a produrre parole che hanno una medesima radice morfemica.

Cucivano → cucina; cresciuti → crescenti; avete → avendo.

PROVA 2

Istruzioni. Leggi a voce alta le seguenti liste di parole il più velocemente possibile senza fare errori.

Avvertenza. Le sigle corrispondono a: *a.a.*: alto valore d'immagine, alta frequenza; *a.b.*: alto valore d'immagine, bassa frequenza; *b.a.*: basso valore d'immagine, alta frequenza; *b.b.*: basso valore d'immagine, bassa frequenza.



<i>a.a.</i>	<i>a.b.</i>	<i>b.a.</i>	<i>b.b.</i>
uomo	lama	pena	fama
vino	sale	modo	ente
mano	nido	pace	fase
casa	lino	tipo	resa
pane	cero	arte	mito
palazzo	margin	fortuna	dominio
ragazzo	formica	domanda	invidia
bambina	insetto	accordo	simbolo
mattina	verdure	ragione	azzardo
dottore	zingaro	esempio	manovra
acqua	uscio	sogno	scalo
occhio	chiodo	scelta	taglia
signora	scimmia	bisogno	globulo
campagna	chirurgo	consigli	sciagura
padre	corvo	volta	motto
testa	torta	amore	sfogo
mamma	lampo	forza	sfida
mondo	piume	pezzo	bando
letto	cesto	posto	tizio
finestra	castello	bellezza	amarezza
fratello	ostacolo	successo	denuncia
domenica	frattura	sorpresa	conforto
giornata	alimento	pensiero	prodezze
giornale	cassetto	autorità	distacco
bagno	vasca	segno	svago
foglia	giglio	voglia	veglia
scherzo	pugnale	rischio	schiera
famiglia	maglione	qualcosa	sciopero

lettura di parole
valuta la capacità di
lettura in assenza di
riferimenti semantici o
sintattici



Case e palazzi

Sono andato al ricovero dei vecchi a trovare un vecchio muratore. Erano tanti anni che non ci vedevamo.

— Hai viaggiato? — mi domanda.

— Eh, sono stato a Parigi.

— Parigi, eh? Ci sono stato anch'io, tanti anni fa. Costruivamo un bel palazzo proprio in riva alla Senna. Chissà chi ci abita. E poi dove sei stato?

— Sono stato in America.

— L'America, eh? Ci sono stato anch'io, tanti anni fa, chissà quanti. Sono stato a Nuova York, a Buenos Aires, a San Paulo, a Montevideo. Sempre a fare case e palazzi e a piantare bandiere sui tetti. E in Australia ci sei stato?

— No, ancora no.

— Eh, io ci sono stato sì. Ero giovane allora e non muravo ancora, portavo il secchio della calcina e passavo la sabbia al setaccio. Costruivamo una villa per un signore di là. Un bravo signore. Ricordo che una volta mi domandò come si cucinavano gli spaghetti, e scriveva tutto quello che dicevo. E a Berlino ci sei stato?

— Non ancora.

— Eh, io ci sono stato prima che tu nascessi. Bei palazzi, che facevamo, belle case robuste. Chissà se sono ancora in piedi. E ad Algeri ci sei stato? Ci sei stato al Cairo, in Egitto?

— Ci voglio andare proprio quest'estate.

— Eh, vedrai belle case dappertutto. Non per dire, i miei muri sono sempre cresciuti ben dritti, e dai miei tetti non è mai entrata una goccia d'acqua.

— Ne avete costruite, di case...

— Eh, qualcuna, non per dire, qua e là per il mondo.

— E voi?

— Eh, a far le case per gli altri sono rimasto senza casa io. Sto al ricovero, vedi? Così va il mondo.

— Sì, così va il mondo, ma non è giusto.



Caratteristiche della disgrafia

Difficoltà a utilizzare lo spazio del foglio

Lettere scritte in maniera non convenzionale

Parole anche correttamente scritte, ma con lettere diseguali nel tratto e nelle dimensioni con conseguente cattiva leggibilità

Mancato rispetto dei margini

Difficoltà nel controllo della penna con rigidità e mancato rispetto della riga

Indiscriminato uso di lettere maiuscole o minuscole, stampato o corsivo

G. Stella et al., 2011

Caratteristiche della disortografia



errori ortografici
persistenti

sostituzione di suoni simili
(p/b; d/t; m/n)

frequenti inversioni

ripetizioni di lettere o di parole



Errori ortografici persistenti

Errori non fonologici

Separazioni illegali (in-sieme)

Fusioni illegali (“lacqua”, “nonèvero”)

Scambio grafema omofono (“quore”, quaderno, squola)

Omissione o aggiunta di h

Accenti, doppie



Caratteristiche della discalculia



Ritardo nell'apprendimento della sequenza dei numeri

Difficoltà nella conta soprattutto all'indietro

Difficoltà nella lettura e scrittura dei numeri

Rallentamento nell'apprendimento degli algoritmi

Difficoltà nell'automatizzazione delle tabelline

Generale efficienza ne I problem-solving



(conteggio 30 - 1: tempo: _____ errori: _____)

100 99 98 ^{//} 97 96 95 94 93 92 91 ⁸⁰ 90 89 88 87 86 85 ^{//} 84 83 82 81 ⁷⁰ 80
79 ^{//} 78 77 76 75 74 73 72 71 ⁶⁰ 70 69 68 67 ⁶⁵ 66 65 64 63 62 61 ⁵⁰ 60
59 ^{//} 58 57 56 55 54 ^{//} 53 52 51 ⁴⁰ 50 49 48 47 46 45 44 43 42 41 ^{// 30} 40
39 ^{//} 38 37 36 35 34 33 32 31 ^{// 20} 30 29 28 27 26 25 ^{//} 24 23 22 21 20 ^{//}
19 18 17 ^{//} 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

PROVA 6: LETTURA DI NUMERI

LISTA 1	LISTA 2	LISTA 3	LISTA 4
193	1832	31020	142634
234	2008	18714	829126
302	3516	23456	602136
840	2345	40908	569327
385	4080	33829	143951
568	5309	83064	754131
614	6776	67767	642263
767	6021	90257	587319
419	8925	73512	134627
715	7918	20056	836124
522	4497	56918	621181
997	7614	59449	465487



cla



mm

LISTA 1	LISTA 2	LISTA 3	LISTA 4
193	1832	31020	142634
234	2008	18714	829126
302	3516	23456	602136
840	2345	40908	569327
385	4080	33829	143951
568	5309	83064	754131
614	6776	67767	642263
767	6021	90257	587319
419	8925	73512	134627
715	7918	20056	836124
522	4497	56918	621181
997	7614	59449	465487

193

234

302

840

385

568

~~614~~ 614

477

419

767

522

687

1832

2008

3516

2045

4080

5309

6766

6021

8825

7818

4847

7814

3020

180361

24560

4808

33829

864

6877

8877

700412

2006

506818

~~508~~

5818



cla

3. TABELLINE

1: risposta corretta; 0: risposta errata o esitazione >2"

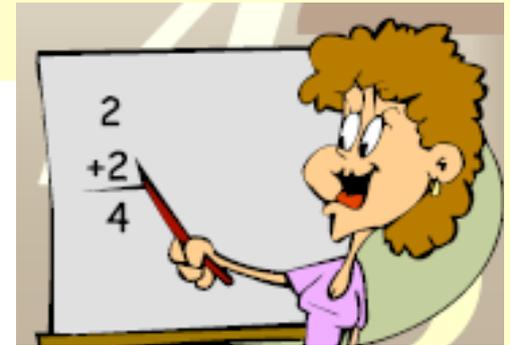
Tabellina del 4: 4 8 12 16 20 24 28 32 36 40

Risposte esatte: ____/10

Tabellina del 7: 7 14 21 28 35 42 49 56 63 70
64

CALCOLO SCRITTO

(Prova 8)



$$\begin{array}{r} 12 + \\ 16 = \\ \hline 28 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 46 + \\ 18 = \\ \hline 54 \end{array}$$

↑

$$\begin{array}{r} 839 + \\ 243 = \\ \hline 1074 \end{array}$$

↑

$$\begin{array}{r} 2756 + \\ 1978 = \\ \hline 31213 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 19 - \\ 13 = \\ \hline 06 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 54 - \\ 27 = \\ \hline 3 \end{array}$$

↑

$$\begin{array}{r} 435 - \\ 243 = \\ \hline 2 \end{array}$$

↑ ↑

$$\begin{array}{r} 4070 - \\ 1246 = \\ \hline 3236 \end{array}$$

↑ ↑

$$\begin{array}{r} 6 \times \\ 4 = \\ \hline 8 \end{array}$$

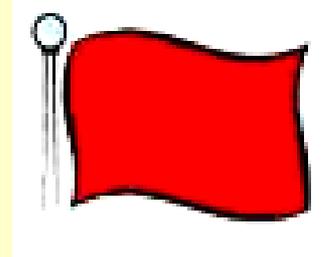
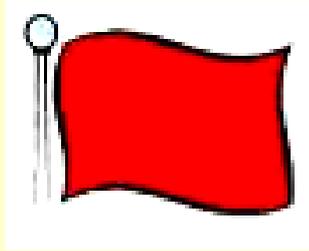
↑

$$\begin{array}{r} 18 \times \\ 3 = \\ \hline 15 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 23 \times \\ 41 = \\ \hline 83 \end{array}$$

↑ ↑

$$\begin{array}{r} 37 \times \\ 56 = \\ \hline 870 \end{array}$$



Le bandierine rosse e i fattori di rischio

C.C. I.S.S., 2011

limite temporale entro cui considerare un bambino a rischio di DSA:

prima metà della seconda classe della scuola primaria

dalla metà/fine della seconda classe della scuola primaria il disturbo presenta un quadro clinicamente significativo ed è diagnosticabile

le raccomandazioni che seguono fanno riferimento a bambini che non hanno ancora frequentato la seconda classe della scuola primaria

Fattori di rischio

“Quegli elementi personali o sociali la cui presenza aumenta la probabilità che un individuo manifesti nel tempo un dato disturbo. Tali fattori devono pre-esistere alla comparsa del disturbo stesso”.

R. Penge, 2010

C.C. 2007



“... sono stati individuati dei segni o indicatori di rischio che hanno mostrato un buon valore predittivo e permettono di attivare degli utili percorsi di rinforzo funzionale”.

In età
prescolare

Difficoltà
nelle competenze:

- comunicativo-linguistiche
- motorio-prassiche
- uditive e visuospatiali
- in presenza di anamnesi familiare positiva

La presenza di un deficit nel linguaggio

DSL

legame

DSA





I bambini con disturbo dello sviluppo del linguaggio manifestano in più del 50% dei casi (60 – 70 %) un successivo DSA.

continuità legata

Immaturità delle abilità di processamento fonologico che è presente in molti disturbi specifici di linguaggio nell'ultimo anno della scuola dell'infanzia.

Casalini, Brizzolara, 2002; Dufva et al, 2001; Penge et al, 1991; Chilosi et al, 2003; Chilosi et al, 2000; Bishop, Adams, 1990; Chilosi et al, 2000; Mazzoncini et al, 2000; Persichini et al 2001; Brizzolara et al, 2007; Gasperini et al, 2008

G. Stella et al., 2011



Scuola
dell'infanzia

Anomalie
nelle sequenze:

- Confondere i giorni della settimana
- Non ricordare i mesi dell'anno
- Difficoltà a memorizzare le date
- Non riconoscere il susseguirsi delle stagioni
- Difficoltà a riconoscere le lettere nelle parole e le parole nelle frasi
- Problemi anche nell'elencazione dei numeri, all'avanti e all'indietro

G. Stella et al., 2011



Scuola
dell'infanzia

Difficoltà
nell'orientamento
spazio-temporale:

- Confusione destra sinistra
- Confusione sopra sotto
- Confusione temporale tra prima e dopo, oggi o domani

G. Stella et al., 2011



Scuola
dell'infanzia

Difficoltà nella
coordinazione motoria:

- Precoci difficoltà nelle attività sportive in cui si usano mani o piedi
- Difficoltà nelle procedure di vestizione
- Scarsa destrezza nell'uso delle forbici
- Difficoltà nel mantenere linee armoniche nel disegno o nel rispettare i bordi mentre colorano

G. Stella et al., 2011



Scuola
dell'infanzia

Altre:

- Difficoltà nella comprensione di consegne verbali
- Difficoltà nel seguire più istruzioni nello stesso tempo
- Difficoltà nell'espressione verbale fluente anche se dispongono di un buon vocabolario
- Dimenticare facilmente o "perdere" la parola che avevano in mente
- Scambiare parole
- Usare strutture grammaticali fantasiose
- Essere estremamente coincisi
- Difficoltà nell'apprendimento delle filastrocche o nell'imparare le rime

C.C. I.S.S. 2011

B1.1 Si raccomanda che venga condotta un'anamnesi accurata al fine di accertare l'esposizione ai seguenti fattori di rischio, di cui è stata dimostrata o ipotizzata l'associazione con lo sviluppo di DSA:

- due o più anestesie generali successive al parto, prima del quarto anno di vita (rischio aumentato di DSA)
- presenza di disturbo del linguaggio così definito: bambini che all'età di 5 anni cadono sotto il 10° centile in più di una prova di sviluppo del linguaggio e che mantengono questo livello di prestazione a 8 anni (rischio aumentato di sviluppo di dislessia)
- sesso maschile (rischio aumentato di sviluppo di dislessia)
- storia genitoriale di alcolismo o di disturbo da uso di sostanze, soprattutto in preadolescenti maschi tra i 10 e i 12 anni (rischio aumentato di DSA)
- familiarità: un genitore affetto da dislessia (rischio aumentato di dislessia)
- esposizione prenatale alla cocaina (rischio aumentato di DSA).

C.C. 2007

“L’individuazione di segni di rischio di difficoltà nell’arco del primo anno della scuola primaria deve avvenire mediante delle osservazioni sistematiche e periodiche delle competenze di lettura e scrittura, con l’obiettivo di realizzare anche delle attività didattico-pedagogiche mirate nel corso dell’anno scolastico.”



Dopo



CC 2007

“Al termine del primo anno devono essere segnalati ai genitori [.....] i bambini che presentano una o più delle seguenti caratteristiche:

difficoltà nell'associazione grafema-fonema e/o fonema-grafema;

mancato raggiungimento del controllo sillabico in lettura e scrittura;

eccessiva lentezza nella lettura e scrittura;

incapacità di produrre le lettere in stampato maiuscolo in modo riconoscibile.”

F81 La Dislessia Evolutiva

Fasi di acquisizione della lingua scritta nel dislessico (1° primaria)

difficoltà e lentezza nell'acquisizione del codice alfabetico e nell'applicazione delle mappature grafema-fonema

controllo limitato delle operazioni di analisi e sintesi fonemica con errori che alterano in modo grossolano la struttura fonologica delle parole lette

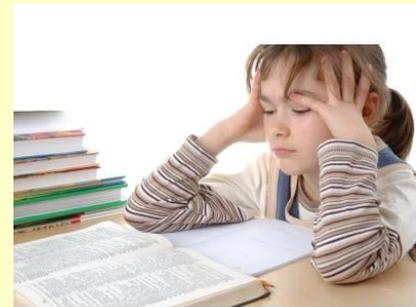
accesso lessicale limitato o assente anche quando le parole sono lette correttamente

capacità di lettura, come riconoscimento di un numero limitato di parole note

C.C. 2007

“Tali difficoltà devono essere **rilevate dal pediatra** nel corso dei periodici bilanci di salute, direttamente o su segnalazione da parte dei genitori e/o degli insegnanti della scuola dell’infanzia e del primo anno della scuola primaria.

La persistenza nel tempo delle difficoltà sopraindicate è un criterio per la segnalazione e l’invio ai servizi sanitari dell’età evolutiva per un approfondimento”.



Indici di rischio per la discalculia



Ultimo anno
scuola
dell'infanzia

Ritardi nell'acquisizione
di abilità inerenti alle
componenti di
intelligenza numerica

- Mancato raggiungimento dell'enumerazione fino a dieci (enunciazione della serie verbale automatica)
- Mancato conteggio fino a cinque
- Non acquisizione del principio di cardinalità (l'ultima parola-numero pronunciata in un conteggio designa la numerosità dell'insieme)
- Difficoltà di comparazione di piccole quantità

Indici di rischio per la discalculia



Fine prima classe
della scuola
primaria

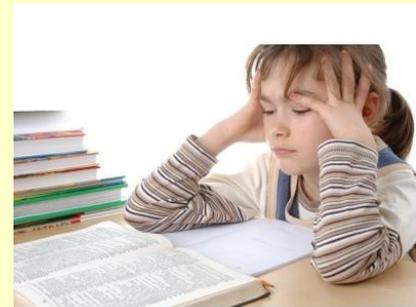
Abilità non raggiunte

- Riconoscimento di piccole quantità
- Lettura e scrittura dei numeri fino a dieci
- Calcolo orale entro la decina con supporto concreto

Indici di rischio per la discalculia

“L’individuazione di tali difficoltà è finalizzata alla realizzazione di attività didattico-pedagogiche mirate durante il secondo anno della scuola prima”.

“In caso di persistenza di tali difficoltà è indicata la segnalazione ai genitori per il successivo invio ai servizi sanitari per l’età evolutiva”.



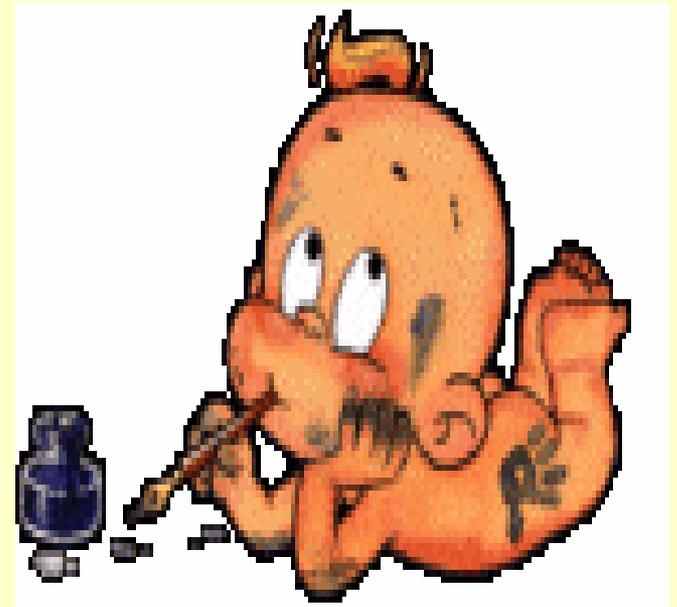
Incidenza



Incidenza

In Europa si calcola che più dell'8% dei bambini in età scolare sia dislessico.

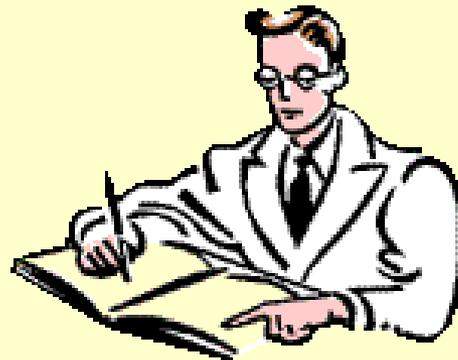
In Italia la percentuale è minore, intorno al 3,5%, perché la nostra lingua è una lingua “trasparente”, cioè noi scriviamo le parole così come le pronunciamo.



Incidenza nei maschi 3/5:1



Età della diagnosi



Età della diagnosi

L'età minima in cui è possibile effettuare la diagnosi di dislessia coincide generalmente con il completamento del **secondo anno della scuola primaria.**

In questo periodo si completa il ciclo dell'istruzione formale al codice scritto e si ha una riduzione significativa dell'elevata variabilità inter-individuale nei tempi di acquisizione della lettura e quindi una significativa attendibilità della formulazione diagnostica.

Discalculia evolutiva: terza elementare.

Consensus Conference, 2007; P.A.R.C.C., 2011, C.C. I.S.S., 2011

Età della diagnosi

Possibile formulare un'ipotesi diagnostica già alla fine del primo anno della scuola primaria per quei bambini con profili molto compromessi e in presenza di altri specifici indicatori diagnostici (pregresso disturbo del linguaggio, familiarità accertata per il disturbo di lettura).

La necessaria conferma diagnostica avviene prevedendo momenti successivi di verifica.

Consensus Conference, 2007; P.A.R.C.C., 2011; C.C. I.S.S., 2011

Criteri diagnostici

QUESITO A1

Quali indicatori del funzionamento intellettuale generale è più opportuno utilizzare ai fini dell'applicazione del criterio di discrepanza nella procedura diagnostica?

- A. Diagnosi di inclusione: nonostante sia auspicabile e consigliabile utilizzare test multicomponenziali, è possibile utilizzare un quoziente mono-componenziale (ad es. scala Leiter, Matrici Progressive di Raven).
- B. Il quoziente totale (multicomponenziale), oppure il migliore tra i quozienti monocomponenziali rilevati, deve essere non inferiore a 85.
- C. In presenza di risultati inferiori a 85 a test monocomponenziali nonverbali (es. scala di Performance alla WISC, scala Leiter, Matrici Progressive o simili), prevedere l'applicazione anche di un test di tipo verbale (almeno 3 subtest della scala Verbale della WISC-III), il cui risultato deve essere non inferiore a 85 (o a 7 nella media dei punteggi ponderati) per soddisfare il criterio di inclusione.
- D. Per bambini di età inferiore a 8 anni, per i quali non è scontata l'acquisizione di abilità cognitive generali sufficienti a sostenere gli apprendimenti formali, verificare sempre entrambi gli ambiti di funzionamento intellettuale (verbale e di performance) per escludere quadri di immaturità globale incompatibile con una diagnosi di DSA. Per questi bambini, prevedere la possibilità della diagnosi solo se anche il più basso dei QI è superiore a 70.
- E. Diagnosi funzionale, necessaria per il trattamento o abilitazione o facilitazione: deve includere una descrizione (in base a test standardizzati) del funzionamento intellettuale verbale e non verbale.

QUESITI A. Valutazione delle modalità diagnostiche attualmente in uso

Risultati ricerca di letteratura

Dalla ricerca effettuata, per i quesiti A sono stati inclusi in totale 42 studi di disegno eterogeneo.

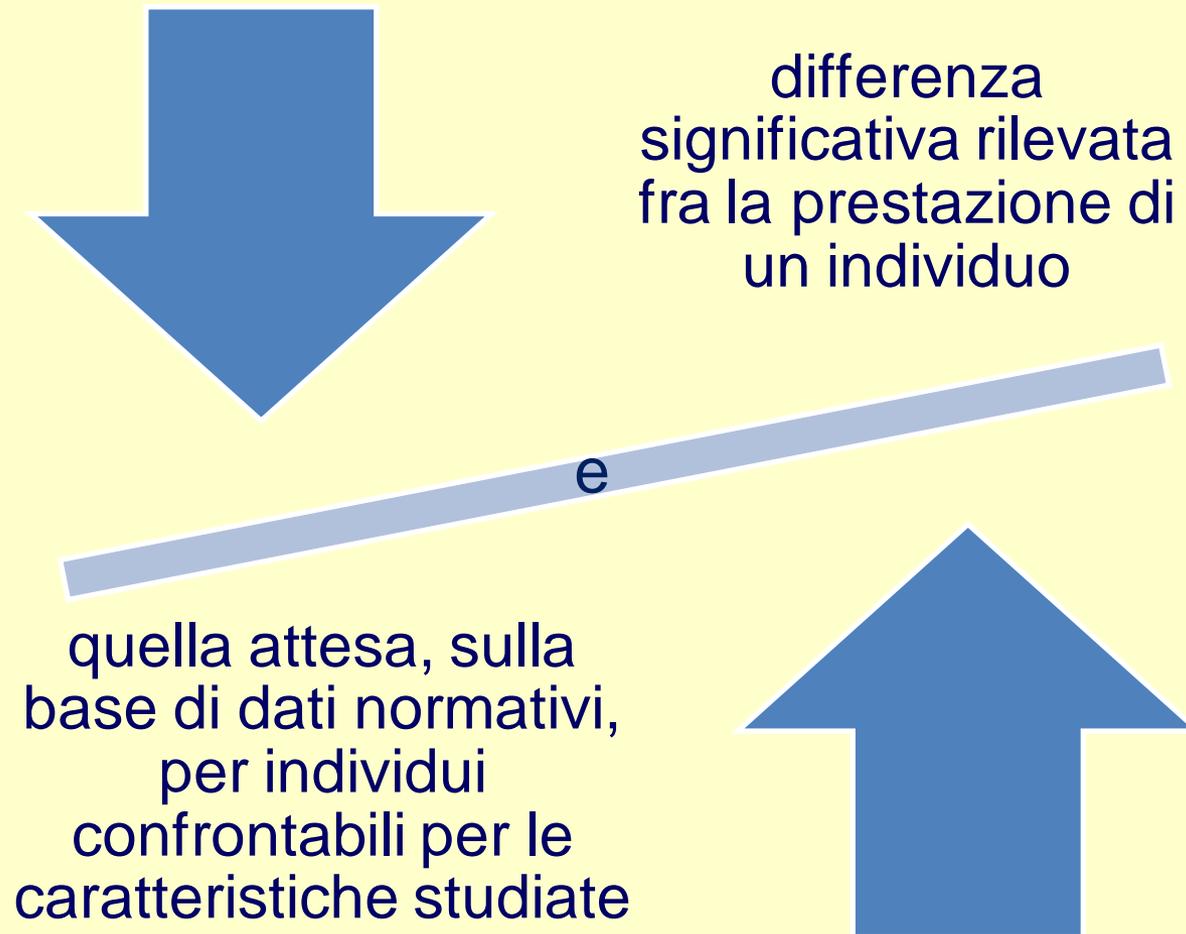
QUESITO A1: Quali sono i criteri diagnostici (lettura, ortografia/compitazione, calcolo) necessari per formulare la diagnosi di DSA?

Premessa

Ai fini della diagnosi di DSA si assumono i criteri diagnostici ICD-10, modificati in alcune loro parti come viene definito nelle raccomandazioni in risposta ai quesiti A1 e A2 sotto riportate. Ove non sono state segnalate modifiche, i criteri ICD-10 sono adottati integralmente. Si precisa in particolare che rimane immutato il criterio di esclusione del ritardo mentale (quoziente intellettuale, QI, inferiore a 70, valutato con un test standardizzato somministrato individualmente).

- A1.1** Si raccomanda, ai fini della diagnosi di DSA, di considerare con maggiore flessibilità il criterio della discrepanza rispetto al QI.
- A1.2** Si raccomanda, ai fini della diagnosi di DSA nelle condizioni di maggiore complessità intellettiva, per esempio con risultati di QI *borderline* (QI compreso tra 70 e 85), di utilizzare per l'esame del livello intellettuale strumenti di misura multicomponenziali, poiché il profilo cognitivo generale è più informativo del semplice livello di QI per la formulazione della diagnosi.
- A1.3** Si raccomanda, ai fini della diagnosi di DSA, di enfatizzare la discrepanza delle prestazioni rispetto alle prestazioni attese per il livello di scolarità del soggetto.

Discrepanza

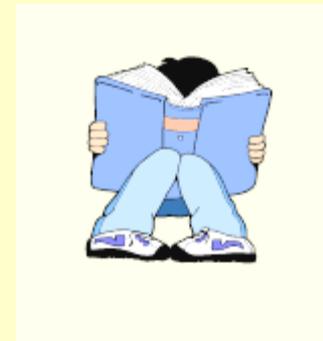


Discrepanza

Distanza significativa della lettura dai valori medi attesi per l'età e la classe frequentata nei parametri velocità e/o accuratezza.

Livello di lettura -2 d.s. dalla media per la velocità e al di sotto del 5° percentile per la correttezza.

Consensus Conference, 2007



Diagnosi

Criteri

Inclusione

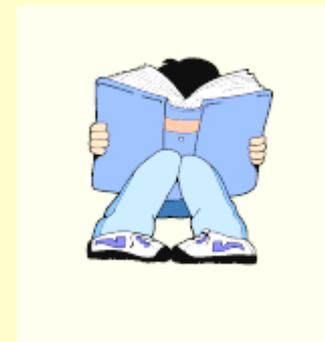
Esclusione



Criteri di inclusione

Intelligenza ≥ 70

La disabilità nella lettura deve essere significativa.
Livello di lettura 2 d.s. < alla media attesa per l'età e
la classe frequentata.



Criteri di esclusione

Importante accertare l'assenza di:

- deficit neurologici
- deficit sensoriali
- disturbi significativi della sfera emotiva
- situazioni ambientali di svantaggio socioculturale che possono interferire con un'adeguata istruzione.



La legge 170/2010 e il ruolo del pediatra



Legge 170/2010

Art. 2

Finalita'

1. La presente legge persegue, per le persone con DSA, le seguenti finalita':

a) garantire il diritto all'istruzione;

b) favorire il successo scolastico, ... ;

c) ridurre i disagi relazionali ed emozionali;

d) adottare forme di verifica e di valutazione adeguate alle necessita' formative degli studenti;

e) preparare gli insegnanti e sensibilizzare i genitori

f) favorire la diagnosi precoce e percorsi didattici riabilitativi;

g) incrementare la comunicazione e la collaborazione tra famiglia, scuola e servizi sanitari durante il percorso di istruzione e di formazione;

h) assicurare eguali opportunita' di sviluppo delle capacita' in ambito sociale e professionale.

Legge 170/2010

Art. 3 comma 3

“E’ compito delle scuole di ogni ordine e grado, comprese le scuole dell’infanzia, attivare, [...], interventi tempestivi, idonei ad individuare i casi sospetti di DSA degli studenti, [.....].

L’esito di tali attività non costituisce, comunque, una diagnosi di DSA”.



Osservazione delle prestazioni atipiche

*“Per individuare un alunno con un potenziale Disturbo Specifico di Apprendimento, non necessariamente si deve ricorrere a strumenti appositi, **ma può bastare, almeno in una prima fase, far riferimento all’osservazione** delle prestazioni nei vari ambiti di apprendimento interessati dal disturbo: lettura, scrittura, calcolo”.*

[....]

“Quando un docente osserva tali caratteristiche nelle prestazioni scolastiche di un alunno, predispone specifiche attività di recupero e potenziamento.

Se, anche a seguito di tali interventi, l’atipia permane, sarà necessario comunicare alla famiglia quanto riscontrato, consigliandola di ricorrere ad uno specialista per accertare la presenza o meno di un disturbo specifico di apprendimento”.

Linee guida DSA

ALLEGATE AL DECRETO MINISTERIALE 12 LUGLIO 2011

Osservazione delle prestazioni atipiche

“È bene precisare che le ricerche in tale ambito rilevano che circa il 20% degli alunni (soprattutto nel primo biennio della scuola primaria), manifestano difficoltà nelle abilità di base coinvolte dai Disturbi Specifici di Apprendimento. Di questo 20%, tuttavia, solo il tre o quattro per cento presenteranno un DSA. Ciò vuol dire che una prestazione atipica solo in alcuni casi implica un disturbo”.

QUESITI D. Modelli organizzativi e fornitura di servizi

QUESITO D1: Qual è la configurazione ottimale dei servizi destinati all'identificazione e al trattamento delle persone con diagnosi di DSA (in termini di strutture, personale e modalità di intervento)?

QUESITO D2: Qual è il percorso ottimale delle persone con diagnosi di DSA dal momento della presa in carico e quali sono le figure professionali coinvolte?

Risultati della ricerca di letteratura

Dalla ricerca effettuata sono stati inclusi per i quesiti D solo 2 studi (uno studio osservazionale di coorte e un RCT).

D.1 Si raccomanda che il percorso dalla diagnosi alla presa in carico e alla riabilitazione dei soggetti con DSA sia il seguente:

1. Entro la metà del primo anno della scuola primaria gli insegnanti rilevano, dopo attività di didattica adeguata, le difficoltà persistenti relative all'apprendimento:
 - di lettura e scrittura: difficoltà nell'associazione grafema/fonema e/o fonema/grafema; mancato raggiungimento del controllo sillabico (consonante-vocale) in lettura e scrittura; eccessiva lentezza nella lettura e nella scrittura; incapacità a produrre le lettere in stampato maiuscolo in modo riconoscibile
 - di calcolo: difficoltà nel riconoscimento di piccole quantità; difficoltà nella lettura e/o scrittura dei numeri entro il 10; difficoltà nel calcolo orale entro la decina anche con supporto concreto

2. In presenza di criticità relative a questi indicatori, gli insegnanti mettono in atto gli interventi mirati (attività di potenziamento specifico) descritte nelle raccomandazioni del quesito B3 (a pagina 42 e seguenti) e ne informano le famiglie.

3. Nel caso in cui le difficoltà relative all'apprendimento di lettura e scrittura (descritte al punto 1) persistano anche dopo gli interventi attivati, gli insegnanti propongono alla famiglia la consultazione dei servizi specialistici ai fini dell'approfondimento clinico.

4. Il *team* specialistico multi-professionale effettua la valutazione, formula la diagnosi e definisce un progetto complessivo di intervento che comunica alle famiglie. Previo accordo con le famiglie, stabilisce i contatti con il personale scolastico ai fini di integrare programmi educativi e interventi specifici.

D.2 Nell'organizzazione dei servizi, si raccomanda di tenere conto del fatto che il modello che garantisce maggiore appropriatezza e integrazione dei processi di diagnosi, presa in carico e abilitazione/riabilitazione (compresa l'inclusione scolastica ottimale) è caratterizzato dai seguenti elementi:

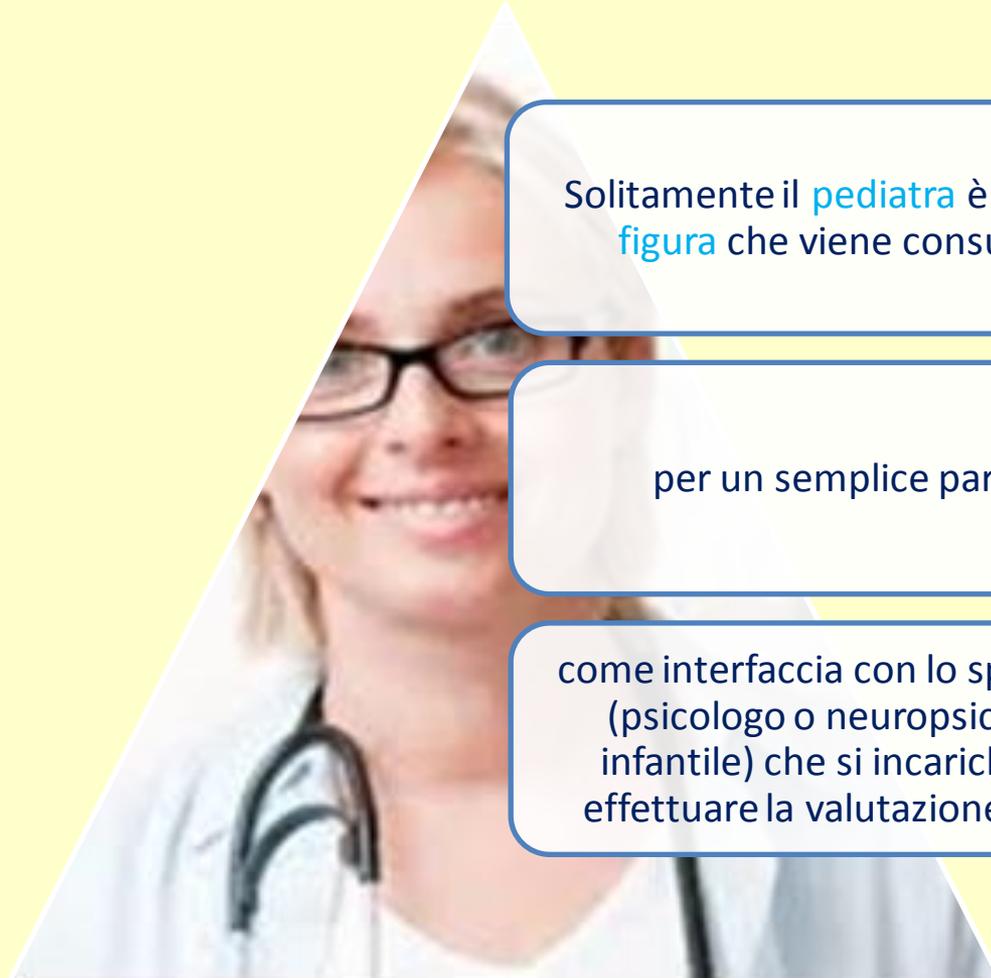
- approccio multidisciplinare in ogni fase del percorso
- collaborazione con le persone e le agenzie che si occupano della salute e dell'educazione del soggetto con DSA (famiglia, insegnanti, scuole, clinici specialisti e pediatri) al fine di promuovere la migliore informazione e sensibilizzazione sul disturbo
- tutte le figure coinvolte sono tenute a mantenere elevato lo standard della loro capacità professionale attraverso adeguati programmi di formazione, *training*, aggiornamento continuo e informazione
- il *team* clinico deve essere multiprofessionale e multidisciplinare e deve includere tra le figure professionali il neuropsichiatra infantile, lo psicologo e il logopedista. Per i soggetti maggiorenni la figura del neuropsichiatra infantile viene sostituita da quella dello specialista medico formato in modo specifico sull'argomento.

D.3 Si auspica che le direttive di cui alla Legge n° 170 del 2010 tengano conto dei principi esposti nel presente documento.

Al raggiungimento di questi obiettivi devono contribuire più figure professionali e istituzioni, a seconda del ruolo rivestito nei diversi momenti dello sviluppo e dell'apprendimento e delle espressioni sintomatiche con cui il disturbo può rendersi evidente.

Il **pediatra** tiene conto degli indicatori di rischio alla luce dei dati anamnestici, accoglie i segnali di difficoltà scolastiche significative riportate dalla famiglia e la indirizza agli approfondimenti specialistici.

Il pediatra ha un ruolo importante

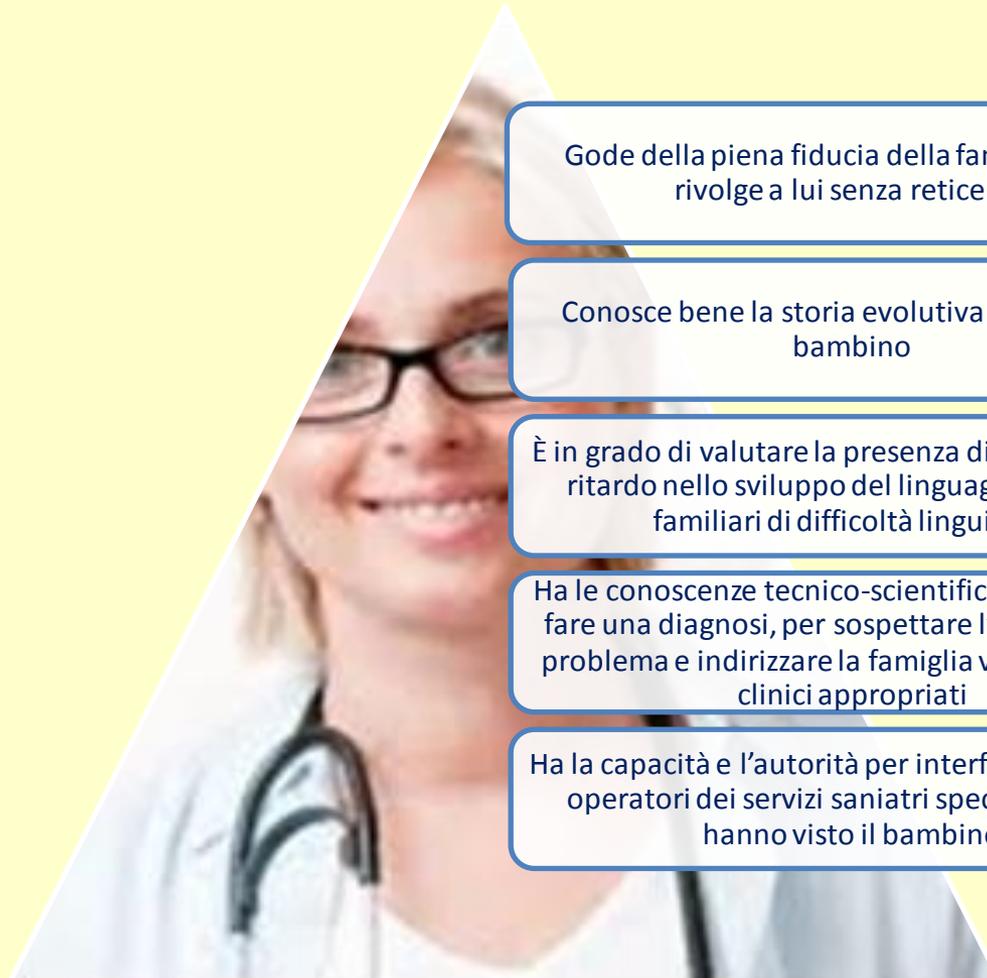


Solitamente il **pediatra** è la **prima figura** che viene consultata

per un semplice parere

come interfaccia con lo specialista (psicologo o neuropsichiatra infantile) che si incaricherà di effettuare la valutazione clinica

Il pediatra ha un ruolo importante



Gode della piena fiducia della famiglia che si rivolge a lui senza reticenze

Conosce bene la storia evolutiva e clinica del bambino

È in grado di valutare la presenza di un eventuale ritardo nello sviluppo del linguaggio o storie familiari di difficoltà linguistica

Ha le conoscenze tecnico-scientifiche, se non per fare una diagnosi, per sospettare l'esistenza del problema e indirizzare la famiglia verso percorsi clinici appropriati

Ha la capacità e l'autorità per interfacciarsi con gli operatori dei servizi sanitari specialistici che hanno visto il bambino



dalla sua “lettura” della situazione spesso dipende il successivo corso di eventi

se cioè il bambino affronterà un’indagine diagnostica

se la valutazione del problema sarà rinviata a un momento successivo

Strumenti del pediatra



Valutazione in età prescolare

Prova di denominazione rapida di colori

La velocità di denominazione, valutata prima dell'inizio dell'insegnamento formale della lingua scritta, è un buon predittore della successiva abilità di lettura.

Wimmer, Mayringer, 2002; de Jong e van der Leij, 2003; Scalisi et al., 2005

G. Stella et al., 2011

Prova di denominazione rapida di colori

La prova è destinata a bambini dell'ultimo anno della scuola dell'infanzia, di età compresa tra i 5 anni e 3 mesi e i 6 anni e 3 mesi.

Uno strumento di screening oggettivo, rapido, affidabile e rigoroso per individuare, già alla fine della scuola dell'infanzia, la probabilità che un bambino possa incontrare difficoltà scolastiche alla fine del primo anno della primaria.

G. Stella et al., 2011

Prova di denominazione rapida di colori

La prova consiste nel denominare correttamente e il più velocemente possibile una tavola di colori.

I soggetti a rischio di un eventuale DSA non riescono a svolgere la prova in maniera efficiente e rapida, in quanto soffrono di un deficit di automatizzazione in relazione a compiti continui, come lo è il denominare rapidamente dei colori in serie.

G. Stella et al., 2011

Prova di denominazione rapida di colori

Il soggetto con DSA impiega un tempo maggiore a denominare i colori rispetto a un soggetto non DSA, perché deve svolgere volontariamente il compito e quindi ripescare ogni volta in memoria il nome del colore e poi denominarlo.

La difficoltà non sta quindi nella conoscenza del termine da utilizzare, ma nel riprodurlo velocemente anche se si tratta di parole ad alta frequenza.

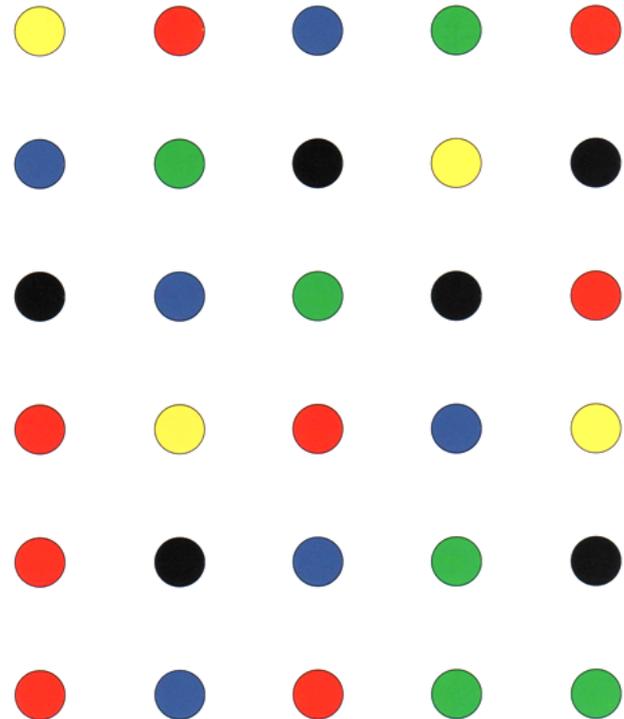
G. Stella et al., 2011

Prova di denominazione rapida di colori

Foglio di prova



Foglio di somministrazione



Prova di denominazione rapida di colori

Tempo totale (in secondi)	
Numero autocorrezioni	
Numero errori	
Non eseguibile (non conosce i colori)	
Non eseguita (rifiuto)	

Valutazione del punteggio alla Prova di denominazione rapida di colori

Per l'identificazione dei soggetti con possibili difficoltà rifarsi alla tabella qui sotto, dove gli indicatori di rischio vengono individuati in base al tempo:

32 Secondi	Media
Tra 32-50 secondi	Medio rischio
+ 50 Secondi	Forte rischio

Screening nella scuola primaria

- **SPILO**
- Strumento Per Identificazione Lentezza (della) Lettura Orale



SPILLO

E' uno **strumento di valutazione** che, **in un solo minuto**, consente di rilevare due parametri considerati significativi nella capacità di **lettura: la velocità e l'accuratezza**

E' il risultato del lavoro scientifico pluriennale condotto da Giacomo Stella e dalla sua equipe ed è stato *validato su un campione di 1500 bambini.*

SPILLO



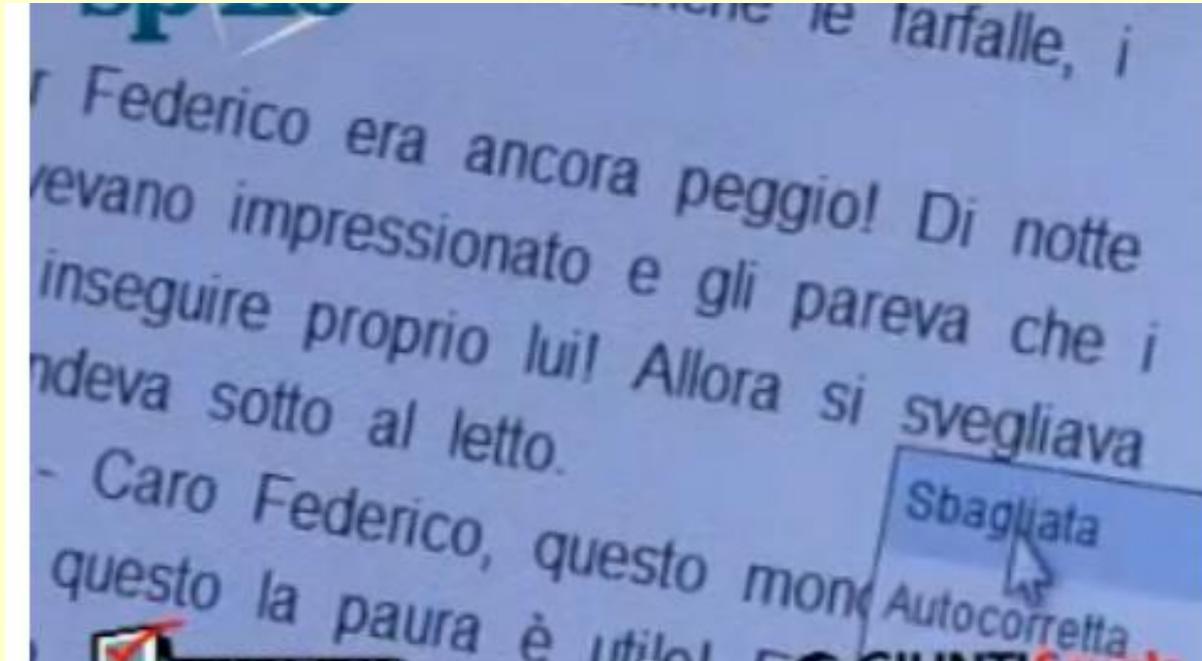
Al bambino viene consegnato un cartoncino con un testo da leggere ad alta voce fino a quando il pediatra darà un segnale di stop (dopo 60" dal segnale di inizio lettura).



Durante la prova, *il pediatra segue sul monitor del PC la lettura effettuata dal bambino,*

.....

.... evidenziando e registrando gli errori di lettura e le autocorrezioni



Il pediatra clicca sull'ultima parola letta ed il programma riporta immediatamente il calcolo delle parole lette, la velocità di lettura espressa in sillabe al secondo ed il numero di errori e di autocorrezioni.

SPIILLO

I risultati della prova di lettura sono indicati secondo 4 valutazioni:

1. livello di lettura pienamente raggiunto
2. livello di lettura sufficiente
3. richiesta di attenzione
4. richiesta di intervento immediato

Se viene segnalata una richiesta di attenzione, può essere utile che il pediatra, dopo aver fatto trascorrere almeno un mese, verifichi nuovamente con SPIILLO il livello di abilità.

TABELLA 3
Soglie per il numero di parole lette nel brano (Y1)

Classi	I	II	III	IV	V
Criterio completamente raggiunto (CCR)	≥ 41	≥ 66	≥ 97	≥ 123	≥ 146
Prestazione sufficiente (PS)	(30-41)	(54-66)	(77-97)	(108-123)	(127-146)
Richiesta di attenzione (RA)	(16-30)	(34-54)	(64-77)	(78-108)	(96-127)
Richiesta di intervento immediato (RII)	≤ 16	≤ 34	≤ 64	≤ 78	≤ 96

TABELLA 4
Soglie per il numero di sillabe al secondo lette nel brano (Y2)

Classi	I	II	III	IV	V
Criterio completamente raggiunto (CCR)	≥ 1,48	≥ 2,38	≥ 3,33	≥ 4,18	≥ 4,87
Prestazione sufficiente (PS)	(1,1-1,48)	(1,97-2,38)	(2,77-3,33)	(3,63-4,18)	(4,23-4,87)
Richiesta di attenzione (RA)	(.58-1,1)	(1,27-1,97)	(2,30-2,77)	(2,80-3,63)	(3,32-4,23)
Richiesta di intervento immediato (RII)	≤ .58	≤ 1,27	≤ 2,30	≤ 2,8	≤ 3,32

TABELLA 5
Soglie per il numero di errori commessi nella lettura del brano (Y3)

Classi	I	II	III	IV	V
Criterio completamente raggiunto (CCR)	≤ 1	≤ 1	≤ 1	≤ 1	≤ 1
Prestazione sufficiente (PS)	2	2	2	2	2
Richiesta di attenzione (RA)	3	(3-4)	3	3	3
Richiesta di intervento immediato (RII)	≥ 4	≥ 5	≥ 4	≥ 4	≥ 4

SPILLO

Non è uno strumento diagnostico per la diagnosi di dislessia, ma uno strumento per valutare il rischio di un possibile Disturbo Specifico di Apprendimento.

Può essere somministrato dalla terza classe in avanti in qualsiasi momento dell'anno scolastico, mentre nella prima classe la somministrazione va effettuata nel mese di maggio, nella seconda classe nel mese di febbraio.

SPILLO

spillo

Federico era un bambino come tanti altri. Solo che, se si avvicinava un'ape, lui aveva subito paura che lo volesse pungere. Federico non aveva paura solo delle api, a lui facevano paura anche le farfalle, i cani e i gatti...

Se guardava la televisione, per Federico era ancora peggio! Di notte sognava i programmi che lo avevano impressionato e gli pareva che i mostri più spaventosi volessero inseguire proprio lui! Allora si svegliava con il cuore in gola e si nascondeva sotto al letto.

Il suo papà un giorno gli disse: - Caro Federico, questo mondo non è perfetto! Ci sono tanti rischi! Per questo la paura è utile! E' una cosa preziosa, ma tu devi farti coraggio. Non puoi passare la vita nascosto sotto il letto!

Quando c'è un pericolo vero, datti da fare. Se vedi un incendio, avvisa i pompieri; se arrivano i banditi e fanno una rapina, chiama i carabinieri; se qualcuno sta male, rivolgiti all'ospedale!

Però se tutto va bene stai tranquillo e di buon umore.

Usa la paura con giudizio e non la sprecare mai!

Chiudi



Alunno 2 - Classe 1 A - Scuola De Amicis

Checklist per i pediatri

Creata da ACP e AIRIPA, con le seguenti finalità:

1. Facilitare raccolta di informazioni di tipo anamnestico (es. diario suggestivo per possibile sviluppo DSA?)
2. Evidenziare quali competenze è importante siano presenti in una fascia di sviluppo del bambino
3. Individuare possibili segnali di rischio di:
 - successivo sviluppo di DSA in età prescolare
 - di sospetto DSA in età scolare

C. Toso, 2009

Fase prescolare e primi mesi della scuola primaria

1. fa fatica a comprendere messaggi e istruzioni dati a voce
2. ha difficoltà a esprimersi in modo chiaro nel racconto di un episodio a cui ha partecipato o assistito
3. ha difficoltà a farsi capire dalle persone estranee
4. ha difficoltà a impugnare pennarelli e matite
5. fa fatica a disegnare una figura umana in cui siano riconoscibili la testa, il corpo, le braccia e le gambe
6. presenta una evidente goffaggine motoria ed un uso maldestro della presa manuale
7. ha difficoltà a percepire e ripetere esattamente parole nuove subito dopo averle sentite
8. ha difficoltà a comprendere a che quantità corrispondono i numeri da 1 a 4; a contare fino a 5; a riconoscere tra due insiemi di oggetti (massimo 5 elementi) quale ne contiene di più e quale di meno

C. Toso, 2009

Metà classe prima e classe seconda della scuola primaria

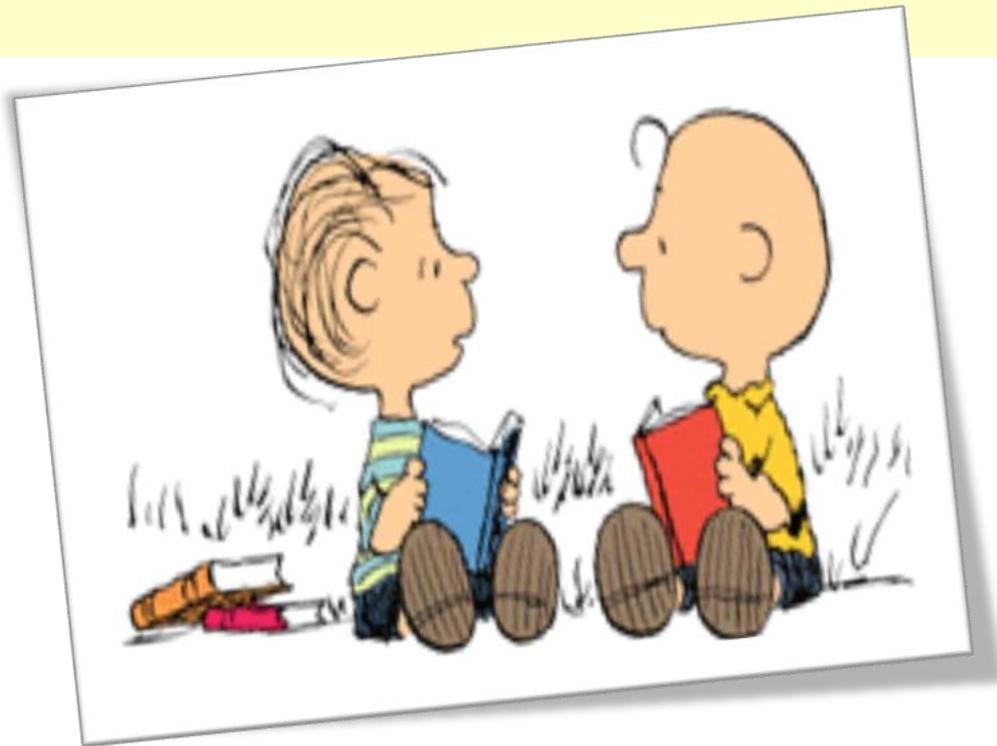
1. non ha ancora imparato a leggere semplici parole (classe prima), frasi e brevi brani (classe seconda)
2. non ha ancora imparato a scrivere semplici parole (classe prima) o commette molti errori quando scrive (classe seconda)
3. ha una grafia non leggibile a un estraneo
4. ha difficoltà a contare in avanti fino a 20
5. è incapace di individuare correttamente se un numero entro 20 è più grande di un altro
6. ha scarsa motivazione verso le attività scolastiche e attiva frequenti comportamenti di evitamento nei confronti dell'impegno nello studio

C. Toso, 2009

Dalla terza classe in poi

1. ha difficoltà evidenti a leggere e scrivere correttamente
2. ha difficoltà a scrivere in corsivo
3. ha difficoltà a leggere qualche libro o altro materiale per conto proprio (es. istruzioni di assemblaggio di un giocattolo)
4. ha difficoltà a leggere mentalmente (continuando a leggere solo a voce alta o con lettura subvocalica)
5. ha difficoltà a comprendere quello che legge
6. ha difficoltà a imparare le tabelline
7. ha difficoltà a incolonnare correttamente i numeri

C. Toso, 2009



Ma si guarisce dalla dislessia ?

Un bambino dislessico

non guarisce

ma migliora



l'obiettivo terapeutico deve essere orientato alla riduzione delle difficoltà

non alla cancellazione degli errori o alla scomparsa del deficit

Cenni sulla rieducazione

Tipologie di intervento

Tre diversi approcci di intervento:

- ✓ *preventivi*
- ✓ *riabilitativi*
- ✓ *compensativi*

Interventi preventivi

Sono tutti quegli interventi mirati ad una identificazione precoce del disturbo e, in generale, ad un rafforzamento delle abilità (soprattutto meta-fonologiche) necessarie all'acquisizione della lingua scritta e ad un suo uso efficiente.

Interventi riabilitativi

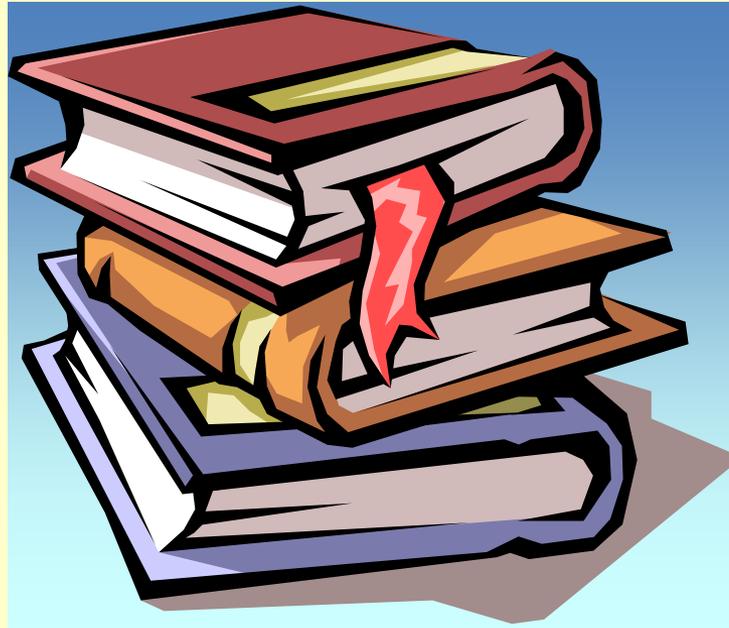
Sono tutti quegli interventi che si indirizzano in senso stretto ad un recupero della funzione o di quelle sue componenti che risultano più deficitarie (*locus funzionale*), attraverso cicli di esercitazioni mirate e specifiche.

Obiettivi della riabilitazione

La riabilitazione della Dislessia Evolutiva si pone obiettivi diversi, in relazione alle diverse fasi di acquisizione dell'abilità di lettura e alla conseguente modificazione nell'espressione del disturbo:

1. La costruzione dell'abilità
2. L'automatizzazione dell'abilità
3. Sviluppo di strategie "top-down"

Quando iniziare e fino a quando praticare la terapia



Indicazioni generali metodologiche sul trattamento

1. La gestione dei disturbi specifici di lettura necessita di una presa in carico. All'interno di questa viene effettuato il progetto riabilitativo.
2. Il trattamento deve essere erogato quanto più precocemente possibile. E' utile iniziare il trattamento fin dalla definizione di un forte sospetto diagnostico di rischio di dislessia, alla fine della I o inizio della II classe scuola primaria.
3. Il trattamento si deve basare su un modello chiaro e su evidenze scientifiche.

Indicazioni generali metodologiche sul trattamento

4. Il trattamento efficace è quello che migliora l'evoluzione del processo più della sua evoluzione naturale attesa.
5. Il trattamento va regolato sulla base dell'effettiva efficacia.
6. Il trattamento va interrotto quando il suo effetto non sposta la prognosi naturale del disturbo.

Interventi compensativi

Sono tutti quegli interventi che si attuano in fasi più avanzate del percorso scolastico, nelle situazioni in cui il disturbo è più severo e ormai poco modificabile, per cui non è più ragionevole ipotizzare un ripristino della funzione, e diventa invece necessario individuare le modalità più efficaci per “vicariarla”.

Le misure compensative



“Gli strumenti compensativi sono strumenti didattici e tecnologici che sostituiscono o facilitano la prestazione richiesta nell’abilità deficitaria”.

Le misure compensative



Permettono di raggiungere un buon grado di autonomia,

...permettono di informarsi, apprendere, comunicare senza dipendere da un mediatore.

Linee guida DSA

ALLEGATE AL DECRETO MINISTERIALE 12 LUGLIO 2011

Tra gli strumenti compensativi essenziali vengono indicati:

Tabella dei mesi,
tabella dell'alfabeto,
e dei vari caratteri

Tavola pitagorica

Tabella delle misure,
tabella delle formule
geometriche

Calcolatrice

Registratore

Computer con
programmi di video-
scrittura con
correttore ortografico
e sintesi vocale

Libri digitali

Sintesi vocale

Mappe concettuali

