



TESIS DOCTORAL

**DISTURBIOS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE Y
DETECCIÓN TEMPRANA**

CATERINA AIELLO

**Departamento de Didáctica Expresión Musical, Plástica y
Corporal.**

2017



TESIS DOCTORAL

**DISTURBIOS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE Y
DETECCIÓN TEMPRANA**

CATERINA AIELLO

Conformidad de los directores:

Florencio Vicente Castro

Juan Pedro Mancha Parras

2017

Dedicatória

A MIA MADRE

*Ho imparato il tuo coraggio, da te ho imparato ad amare a credere nella vita
rischiando tutta me stessa ed ho..... diviso questo viaggio con te!*

(Laura Pausini)

AGRADECIMIENTOS

Un grazie va a tutti quelli che mi hanno sostenuta in questo lavoro, complesso ma entusiasmante.

Un ringraziamento particolare va ai dirigenti ed ai referenti Dsa, degli Istituti Comprensivi che hanno acconsentito a questa ricerca, ma soprattutto ai bambini, senza i quali non si sarebbe potuto realizzare questo lavoro.

Ed ancora, un grazie di cuore va alla Dott.ssa Arianna Ditta, che mi ha sempre sostenuta ed incoraggiata.

Infine, ringrazio il professore Florencio Vicente Castro, per avermi fatto credere in questo progetto. E anche al mio codirettore Dr. Juan Pedro Mancha Parras.

La prima volta che mi sono ritrovata davanti ad un bambino disortografico ed uno dislessico, ho avuto delle perplessità circa il metodo da seguire ed il tipo di didattica da adottare. Ma davanti ad un ostacolo mi hanno insegnato a non desistere ed a rimbocarmi le maniche. Così ho deciso di intraprendere questo studio, per comprendere in che modo si può essere d'aiuto a bambini come questi.

Questo lavoro può essere, una riflessione ed al contempo una risposta per tutti coloro che sono scettici nei confronti dei disturbi specifici di apprendimento.

RESUMEN

Esta investigación consiste en un proyecto sobre dificultades específicas del aprendizaje aplicado en los centros preescolares y los dos primeros años de la escuela primaria. Se decidió concentrar el proyecto en este aspecto de la escuela por la misma evolución natural de la dificultad. Dado que el proyecto se refiere a la identificación temprana, era razonable pensar en investigar este área de la escuela, donde no es importante hacer un diagnóstico, pero que se puede encontrar en los factores de riesgo susceptibles de convertirse en la dificultad, debido al trastorno del aprendizaje específico (TEA).

El proyecto se llevó a cabo en Sicilia, en el año escolar 2015-2016, e involucró a un total de 314 alumnos, que se encuentran en 18 clases, las dos Escuelas Integrales de Santa Ninfa e Partanna, en la provincia de Trapani. Esta investigación se pretende identificar los primeros signos de los problemas de aprendizaje, e identificar a los niños con riesgo de TEA.

De hecho, la detección precoz de situaciones de riesgo, ofrece la posibilidad de permitir la recuperación y mejora de las habilidades muy tempranamente, lo que permite limitar la influencia negativa de la dificultad, lo que puede afectar el rendimiento escolar, e incluso también la esfera personal y emocional de niño, y su bienestar general.

Los objetivos del proyecto fueron:

- identificar los primeros síntomas de dificultad, a través de actividades de detección;
- preparar las intervenciones específicas para la modernización y rehabilitación de las áreas deficientes; por último,
- evaluar la eficacia del refuerzo personal del alumno.

Para lograr estos objetivos, se requiere la formación del profesorado, para el método de observación. En este sentido, se formalizaron las reuniones con los profesores, para explicarles el proyecto, sus objetivos, y para darles instrucciones sobre cómo utilizar los instrumentos.

Los instrumentos elegidos, científicamente validados, en términos de previsibilidad de las dificultades, fueron bien utilizados por todos los profesores implicados en las clases donde se realizó el estudio, profesores que participaron voluntariamente y con entusiasmo, en la realización del proyecto. Los instrumentos utilizados fueron: *el Cuestionario de Observación del IPDA* (Terreni y todo, 2002), para el jardín de infancia, y el *"Dictado de 16 Palabras"* (Stella y Apolito, 2004), para la escuela primaria. A través de este estudio se quiere demostrar que si se presenta, un grupo de niños, para las actividades de mejora de

condiciones previas de aprendizaje, dentro del plan de enseñanza curricular, el grupo evolucionará más que si no participan y el resultado supera la evolución típica de la muestra. La otra hipótesis es que, en el grupo, los niños que más se beneficiarán de trabajo de aplicación del método, serán aquellos que, en comparación con otros de la misma clase, poseen requisitos básicos menos significativos. Cuantas más dificultades tiene mas superan el problema.

El método elegido fue transversal, y ha tenido la ventaja de detectar en un mismo período de tiempo (de octubre a mayo de 2016), una muestra de individuos de diferentes grupos de edad sobre todo para obtener, en un tiempo relativamente corto, un nivel alto de información, sobre el colectivo encuestado y su desarrollo. De hecho, han sido estudiados grupos de niños de 5 a 7 años. Aunque este método también presenta limitaciones con respecto al proceso de desarrollo de una edad a otra; no recoge información sobre los cambios individuales en el tiempo. Se verificó la mejora, en las clases de referencia, utilizando todos los canales de comunicación, y con el apoyo de materiales IPDA. Los resultados fueron los esperados.

De hecho, a partir del análisis de datos, se encontró que las intervenciones específicas ha tenido un efecto de eficacia mayor en niños con alto riesgo de dificultades de aprendizaje. En conclusión, se puede ciertamente afirmar que la detección temprana, permite activar un incremento de mejora orientado a paliar dificultades específicas de cada uno de los alumnos. Se puede afirmar que todos los estudiantes que realicen el programa dentro de un programa apropiado de estudio, mejoraran En los últimos años, a nivel nacional, esta temática sobre dificultades específicas del aprendizaje se ha convertido en una investigación científica, aprobada por la ley 170/2010. Esta ley afirmó la importancia de promover en las escuelas, los programas para la prevención y la detección temprana de problemas de aprendizaje. Incluso las Recomendaciones, elaboradas durante la "Conferencia de Consenso 3º", publicado en 2011, hacen hincapié en la importancia de realizar estudios sobre la TEA, con el fin de mejorar la calidad y cantidad de evidencias científicas disponibles. Este proyecto está en línea con estos objetivos.

Palabras clave: TEA, el diagnóstico precoz, la observación, la prevención, la mejora de las capacidades

ABSTRACT

This research consists of a screening project implemented at preschools and the first two years of primary school. It was decided to concentrate the project on this school segment for the same natural evolution of the disorder. Since the project concerns the early identification, it was reasonable to think and investigate this school band, where it is not plausible to make a diagnosis, but which can be found in the risk factors liable to develop into disease, due to the specific learning disorders (SLD).

The project was carried out in Sicily, in the school year 2015-2016, and involved a total of 314 pupils, found in 18 classes, the two Comprehensive Schools of Santa Ninfa, Partanna, in the province of Trapani. This survey was intended to identify early signs of learning disabilities, and identify children at risk for SLD, investigating the learning prerequisites. In fact, early detection of risk situations, gives the ability to enable immediate recovery and upgrading of skills, allowing to limit the negative influence of the disorder, which can affect school performance, but also the emotional and emotional sphere of child, and his general well-being.

The objectives in the project were to identify early cases of difficulty, through screening activities; prepare specific interventions for the upgrading and rehabilitation of deficient areas; Finally, evaluate the effectiveness of the reinforcement. To achieve these objectives was the need for training of the teaching staff at the observation method. In this regard, they are formalized meetings with teachers, to explain to them the project, its aims, and to instruct them on how to use the tools. The instruments chosen, scientifically validated, in terms of predictability of the difficulties, were well used by all teachers, interested in search classes, who participated voluntarily and enthusiastically, to the realization of the project. The instruments used were: the "*Questionnaire Observing IPDA*" (Terreni et al., 2002), for the kindergarten, and the "*16 Words test*" (Stella and Apolito, 2004), for the Primary School.

Through this study it is wanted to show that if you submit it, a group of children, for enhancement activities of learning prerequisites, within the curricular teaching plan, the group will evolve more than typical evolution. The other hypothesis is that, in the group, the children who will benefit most from empowerment work, will be those that, compared to others of the same class, possess basic prerequisites less solid. The method

chosen was to cross, which has had the advantage of detecting in a same period of time (October-May 2016), a format sample from individuals of different age groups and to obtain, in a relatively short time, other information, on a period of extensive and high development. In fact, they could be studied groups of children aged 5 to 7 years. But this method also presented limitations with respect to the process of development from one age to another; It does not collect information on individual changes over time. The enhancement is it was implemented, in reference classes, using all communication channels, and with the support of IPDA Materials. The results were as expected. In fact, from the data analysis, it was found that the expansion has had a greater leverage effect on children at high risk of learning difficulties. In conclusion, it can be said that early detection, allowing you to activate a specific targeted enhancement to the difficulties of each one, can guarantee every student to be realized within an appropriate course of study. In recent years, at national level, is scientific research, that the law 170/2010, affirmed the importance of promoting in schools, projects for the prevention and early identification of learning difficulties. Even the Recommendations, elaborated during the "Consensus Conference 3", published in 2011, emphasize the importance of conducting studies on the SLD of a transparent language populations, in order to improve the quality and quantity of available scientific evidence. This project is in line with these objectives.

keywords: SLD, early diagnosis, observation, prevention, skills upgrading

RIASSUNTO:

Il presente lavoro di ricerca è costituito da un progetto di *screening* attuato presso le scuole dell'infanzia ed il primo biennio delle scuole primarie. Si è scelto di concentrare il progetto su questo segmento scolastico per la stessa naturale evoluzione del disturbo. Poiché il progetto attiene all'identificazione precoce, è stato ragionevole riflettere ed indagare su questa fascia scolastica, in cui non è plausibile formulare una diagnosi, ma nella quale possono essere riscontrati degli elementi di rischio tali da evolvere in patologie, riconducibili ai DSA.

Il Progetto è stato realizzato in Sicilia, nell'anno scolastico 2015-2016, ed ha coinvolto un numero complessivo di 314 alunni, reperiti in 18 classi, dei due Istituti Comprensivi di Santa Ninfa e Partanna, in provincia di Trapani. Questa indagine è stata volta ad individuare precocemente segni di difficoltà di apprendimento, ed identificare i bambini a rischio di DSA, indagando sui prerequisiti dell'apprendimento. Infatti, rilevare precocemente le situazioni di rischio, dà la possibilità di attivare immediati interventi di recupero e potenziamento delle competenze, permettendo di contenere l'influenza negativa del disturbo, che potrebbe compromettere l'andamento scolastico, ma anche, la sfera affettivo-emotiva del bambino, ed il suo benessere generale. Gli obiettivi posti nel progetto sono stati quelli di individuare precocemente casi di difficoltà, attraverso l'attività di *screening*; predisporre interventi specifici per il potenziamento ed il recupero delle aree carenti; infine, valutare l'efficacia del potenziamento. Per realizzare tali obiettivi è stata necessaria la formazione del personale docente al metodo dell'osservazione. A tal proposito, si sono formalizzati degli incontri, con i docenti, per spiegar loro il progetto, le sue finalità, e per istruirli sull'utilizzo degli strumenti. Gli strumenti scelti, scientificamente validati, in termini di predittività delle difficoltà, sono stati così utilizzati da tutti gli insegnanti, delle classi interessate alla ricerca, i quali hanno partecipato spontaneamente e con entusiasmo, alla realizzazione del progetto. Gli strumenti utilizzati sono stati: il Questionario Osservativo IPDA (Terreni et al., 2002), per la scuola dell'infanzia, ed il "Dettato delle 16 Parole" (Stella e Apolito, 2004), per la Scuola Primaria.

Attraverso il presente studio si è voluto dimostrare che, se si sottopone, un gruppo di bambini, ad attività di potenziamento dei prerequisiti dell'apprendimento, all'interno

della programmazione didattica curriculare, il gruppo evolverà maggiormente rispetto all'evoluzione tipica. L'altra ipotesi è che, nel gruppo, i bambini che trarranno maggiori vantaggi dal lavoro di potenziamento, saranno quelli che, rispetto agli altri della stessa classe, posseggono prerequisiti di base meno solidi. Il metodo scelto è stato quello trasversale, che ha avuto il vantaggio di rilevare in uno stesso arco temporale (Ottobre-maggio 2016), un campione formato da individui di età diverse e di ottenere, in un tempo relativamente breve, diverse informazioni, su un periodo di sviluppo ampio ed elevato. Infatti, si sono potuti studiare gruppi di bambini di età compresa tra i 5 ed i 7 anni. Ma tale metodo ha presentato anche dei limiti riguardo al processo di sviluppo da un'età all'altra; non ha permesso di raccogliere informazioni sui cambiamenti individuali nel corso del tempo. Il potenziamento è stato attuato, nelle classi di riferimento, utilizzando tutti i canali della comunicazione, e con il supporto dei Materiali IPDA. I risultati sono stati quelli attesi. Infatti, dall'analisi dei dati, si è riscontrato che il potenziamento ha avuto un maggior effetto propulsivo sui bambini ad alto rischio di incorrere in difficoltà di apprendimento. In conclusione, è possibile affermare che l'identificazione precoce, permettendo di attivare uno specifico potenziamento mirato per le difficoltà di ognuno, può garantire ad ogni alunno di realizzarsi all'interno di un adeguato percorso di studio. Negli ultimi anni, a livello nazionale, sia la ricerca scientifica, che la legge 170/2010, hanno affermato l'importanza, di promuovere in ambito scolastico, progetti di prevenzione ed identificazione precoce delle difficoltà di apprendimento. Anche le Raccomandazioni, elaborate durante la “*Consensus Conference 3*”, pubblicate nel 2011, sottolineano l'importanza di condurre studi sui DSA su popolazioni a lingua trasparente, al fine di migliorare la qualità e la quantità delle prove scientifiche disponibili. Questo progetto, risulta in linea con tali obiettivi.

Parole chiavi: DSA, diagnosi precoce, osservazione, prevenzione, potenziamento delle competenze

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	5
RIASSUNTO:.....	7
INDICE.....	9
INDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	12
RESUMEN AMPLIO EN ESPAÑOL.....	14
INTRODUCCIÓN.....	36
PARTE PRIMERA.....	41
ENCUADRAMIENTO TEÓRICO.....	41
CAPITOLO I: I DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO.....	42
1. Definizione.....	43
2. Caratteristiche principali.....	44
3. La <i>Consensus Conference</i> e le "Raccomandazioni per la pratica clinica sui disturbi specifici dell'apprendimento".....	45
4. I DSA nel mondo della scuola.....	48
5. Bisogni Educativi Speciali.....	50
6. I principali sistemi di classificazione diagnostica dei DSA.....	53
7. Dati epidemiologici: l'incidenza.....	57
8. Aspetti eziologici.....	58
9. Evoluzione dei DSA.....	61
CAPITOLO II: DIAGNOSI E TRATTAMENTO DEI DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO SCOLASTICO.....	64
1. Criteri diagnostici.....	65
2. Indagine diagnostica.....	65

3. Il recupero ed il trattamento.....	69
4. Dislessia	73
5. Disortografia e disgrafia	76
6. Discalculia.....	77
7. Comorbilità	78
8. Disturbi Specifici dell'Apprendimento, autostima ed immagine di sé.....	80
9. Prognosi	81
10. Disturbo o difficoltà	84

CAPITOLO III: I SEGNI PRECOCI E I PREREQUISITI DELL'APPRENDIMENTO SCOLASTICO

89

1. L'Apprendimento	90
2. I Prerequisiti per l'apprendimento della letto-scrittura.....	91
3. L'apprendimento della lettura: il modello "a due vie".....	94
4. Il modello a due vie di apprendimento della scrittura	98
5. L'osservazione diretta come strumento per il primo <i>screening</i>	99
6. Le competenze educativo -didattiche nell'ambito dei DSA	101
7. Gli <i>screening</i> in età prescolare	106

PARTE II 109

ESTUDO EMPÍRICO 109

CAPITOLO IV: LA RICERCA SUI PREREQUISITI DELL'APPRENDIMENTO SCOLASTICO

110

Premessa.....	111
1. Obiettivi e finalità della ricerca	113
2. Ipotesi.....	113
3. Metodo.....	113
4. Il campione.....	114
5. Strumenti	115

6. Intervento: i Materiali IPDA per il potenziamento.....	121
7. Procedura	125
CAPITOLO V: RISULTATI	128
1. Risultati	129
2. Analisi dei dati	129
CAPÍTULO VI: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	143
1. Discussione e conclusioni.....	144
2. Limiti dello studio.....	145
3. Prospettive e proposte di nuove investigazioni future	145
4. Conclusioni finali	146
<i>Bibliografía</i>	147
ANEXOS	177
Allegato 1	178
Allegato 2	185
Allegato 3	199
Allegato 4	202

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Las variables.....	25
Tabla 2. categoría de riesgo antes del tratamiento (pre-test).....	26
Tabla 3. Factores intra-sujetos grupo entero.....	27
Tabla 4. Estadísticas descriptivas de grupo IPDA.....	27
Gráfico 1: Las puntuaciones totales para pre-prueba en cuestionario IPDA.....	28
Gráfico 2: Las puntuaciones totales para post-prueba en cuestionario IPDA.....	29
Tabla 5. categoria di rischio dopo il potenziamento (post test).....	29
Tabla 6. Numerosidad el subgrupo de alto riesgo después el fortalecimiento.....	30
Gráfico 3. Distribución de la subgrupo de alto riesgo después el fortalecimiento...	30
Tabla 7. Distribución de los alumnos de las primeras clases el pre test y el.....	31
Tabla 8. Distribución de los sujetos de las segundas clases el pre test y el post.....	32
Tabla 9- Comparación de promedio de errores de enero a mayo: Primera Clase.....	33
Tabla 10- Comparación de promedio de errores de enero a mayo: Segunda Clase..	33
TABELLA 1.1.....	46
Tabella 1.2 – Classificazione sintetica dei DSA.....	56
Tabella 2.1 – Distinzione tra disturbo e difficoltà di apprendimento.....	86
Figura 1. Il modello a due vie.....	95
Tabella 4.1 il gruppo IPDA suddiviso per età e genere.....	115
Tabella 4.2. gruppo bambini scuola primaria.....	115
Gráfico 4.1 grafico rappresentante i punteggi totali del campione normativo al Questionario Osservativo IPDA (Terreni et al 2002).....	117
Tabella 5.1 Fattori tra i soggetti del gruppo intero.....	130
Tabella 5.2 categoria di rischio prima del trattamento.....	131
Tabella 5.3 Fattori entro soggetti gruppo intero.....	132

Tabella 5.4 Statistiche descrittive del sottogruppo.....	132
Grafico 5.1 Punteggi totali al Questionario IPDA al pre test.....	133
Grafico 5.2: Punteggi totali al Questionario Osservativo IPDA al post-test.....	134
Tabella 5.5 categoria di rischio dopo il trattamento.....	135
Tabella 5.6 Numerosità del sottogruppo ad alto rischio dopo il potenziamento.....	135
Grafico 5.3 numerosità del sottogruppo ad alto rischio dopo il potenziamento.....	136
Tabella 5.7 distribuzione dei soggetti delle classi prime al pre test ed al post test.	138
Tabella 5.8 distribuzione dei soggetti delle classi seconde al pre test ed al post.....	139
Grafico 5.4 Istogramma della distribuzione dei soggetti individuati a rischio nelle classi prime. Confronto tra il primo ed il secondo screening di maggio.....	140
Grafico 5.5 Istogramma della distribuzione dei soggetti individuati a rischio nelle classi seconde. Confronto tra il primo ed il secondo screening di maggio.....	140
Tabella 5.9 Confronto errori medi gennaio e maggio: Classe prima.....	141
Grafico 5.6 Confronto errori medi gennaio e maggio: Classe prima.....	141
Tabella 5.10 Confronto errori medi gennaio e maggio: Classe seconda.....	141
Grafico.5.7 Confronto errori medi gennaio e maggio: Classe seconda.....	142

RESUMEN AMPLIO EN ESPAÑOL

El interés por el tema de las dificultades específicas de aprendizaje aparece como un interés muy reciente en Italia. En los últimos años, ha habido un aumento significativo en la atención a estos trastornos, especialmente después de la promulgación de la Ley 170 de 2010. Las estimaciones epidemiológicas confirman la presencia, en Italia, de aproximadamente unos 350.000 niños, adolescentes y adultos, con el trastorno del aprendizaje específico (TEA); un número significativo que es una razón más para tratar de comprender el creciente interés por el tema. Además, la promulgación de la legislación nacional, con el apoyo de orientación y a través de las circulares ministeriales, sin duda ha tenido el mérito de llenar los vacíos existentes, y de captar la atención de todos los investigadores interesados en este campo, tanto en el ámbito clínico como en el ámbito escuela. Con la Ley 170 del 8 de octubre de 2010, se han establecido nuevas normas sobre "trastornos específicos del aprendizaje (TEA) en la escuela." Esta ley reconoce no sólo la particularidad de la formación y las necesidades educativas de los alumnos TEA, sino también la necesidad de un diagnóstico precoz, el derecho al uso de los instrumentos compensatorios, y la enseñanza flexible, adecuada a sus necesidades. Por otra parte, el legislador, se ha tomado la molestia de sellar, por primera vez en un texto legislativo, la definición de los TEA, distinguiéndolos de la dislexia, disgrafía, discalculia y disortografía. La ley define la dislexia como *"un trastorno específico que se manifiesta por una dificultad en el aprendizaje de la lectura, sobre todo en el desciframiento de los signos lingüísticos, es decir, en la exactitud y rapidez de lectura"*; la disgrafía como *"un trastorno de la escritura específica que se manifiesta en la dificultad en el diseño gráfico"*; la disortografía como *"un trastorno de la escritura específica que se manifiesta en dificultades en los procesos de transcodificación lingüísticas."*; la discalculia como *"un trastorno específico que se manifiesta como una dificultad en la automatización del cálculo y procesamiento de los números."*

Los trastornos específicos del aprendizaje son parte de los llamados Trastornos del Desarrollo (trastorno del desarrollo neurológico), que se caracteriza por las limitaciones en el funcionamiento de habilidades / competencias específicas, como resultado de un desarrollo irregular del sistema nervioso central (Ramus, 2003; Levi, 2010; Ripamonti,

2014) . Estas limitaciones pueden ocurrir durante la primera o la segunda infancia, tales como retrasos en la consecución de los hitos del desarrollo, y como anomalías o ausencia de funciones en uno o más dominios. Son más frecuentes en los varones, y se caracterizan por una fuerte influencia de los factores genéticos y ambientales (Anales de P.I., 2/2010).

De acuerdo con la investigación actualmente más acreditada, los niños con trastornos de aprendizaje específicos, son aptos para el trabajo, los sujetos que sufren de un trastorno de origen neurobiológico, que se manifiesta como el desarrollo atípico. Una amplia evidencia (Peterson 2012; Brambati 2006), confirman la hipótesis de que el TEA tiene características específicas neurofuncionales desde el nacimiento (Grigorenko, 2001), y en edad preescolar, y que ya tempranamente se pueden detectar los llamados indicadores de riesgo, a pesar de que los trastornos surgirá sólo cuando se le pedirá al niño a leer, escribir o realizar cálculos. Son trastornos que pueden ocurrir de forma aislada, aunque a menudo aparecen en combinación con otros, en este caso nos encontramos con una imagen mucho más compleja que es la de "comorbilidad". Además, estos trastornos, aunque no totalmente curables, en la mayoría de los casos, y en gran medida dependen de la gravedad de los déficits, pero son modificables a través de intervenciones específicas. Sólo la naturaleza de la mutabilidad, descende la función atribuida a la escuela, que consiste en la observación e identificación de casos sospechosos, y la consiguiente promoción de actividades destinadas a la recuperación educativa. En este sentido, la Ley 170/2010, en su artículo 3, apartado 3, que dice: la tarea de las escuelas de todos los niveles, incluidos los preescolares, a su vez, después de la notificación apropiada a las familias afectadas, propondrán intervenciones oportunas, tales como identificar los casos sospechosos de estudiantes TEA, sobre la base de protocolos regionales a los que se refiere el artículo 7, párrafo 1º". Por lo tanto, la nueva ley amplía las facultades y posibilidades de intervención de las instituciones educativas, desde el momento en que los maestros están llamados a desempeñar un papel activo en el "diagnóstico precoz" de los casos sospechosos de TEA. Con este fin, contribuye a favorecer una la formación inmediata de todos los profesores, en el contenido de la ley 170, para aprender acerca de los diferentes tipos de intervenciones, las estrategias educativas -didácticas positivas y ayudas compensatorias, en última instancia, para poder gestionar de forma eficaz la presencia de los niños con dificultades

de aprendizaje, en las clases . Varios estudios han demostrado que los niños con TEA, con los diferentes estilos de aprendizaje y otras características cognitivas específicas, deben ser identificados tan pronto como sea posible. La capacidad de observación de los maestros juega un papel importante, no sólo desde el jardín de infancia y escuela primaria, sino también en todo el itinerario escolar, no solo para identificar las dificultades, sino también la especificidad y los estilos cognitivos con los que tratan de lograr el éxito educativo.

El artículo 3 de **la ley**. 170/10, llega a decir que el resultado de estas actividades no son, sin embargo, un diagnóstico de TEA. De hecho, a pesar de estas demandas, las instituciones educativas, en el caso de que las actividades de recuperación específicas implementadas, no hayan conducido a la consecución de los resultados esperados, y que siga habiendo problemas, están obligadas a prestar atención a la familia y servirse de un consejo de un especialista. Los responsables del Servicio Nacional de Salud, están obligados a declarar la posible presencia de un TEA, y a la elaboración de un diagnóstico específico. Muchas investigaciones han demostrado que la presencia de una dificultad sólo en algunos casos, implica un trastorno. Los datos de estudios longitudinales realizados en los dos primeros años de la escuela primaria, en una muestra de más de 10.000 niños, confirman la hipótesis. De hecho, un 20 y 25% de los alumnos en situación de riesgo definido por TEA en enero del primer año de la primera primaria, había evolucionado y únicamente ya sólo tres o cuatro por ciento era diagnosticado en enero del segundo año (Penge, 2010). Una interesante investigación, a nivel internacional, es la realizado por Linan Tomson y col. (2006) y publicada en el "Journal of Learning Disabilities". Tomson plantea la respuesta a la intervención de un grupo de estudiantes de Inglés, que tenían problemas de idioma de lectura. Las investigaciones revelan que los estudiantes que participaron en el tratamiento prematuramente conseguían mejoras constantes, en comparación con sus compañeros que no habían participado en ningún tipo de tratamiento. Estos resultados confirman la utilidad de este tipo de investigaciones. Varias investigaciones presentan la identificación precoz de los trastornos de escritura y se llevaron a cabo con instrumentos elaborados para la ortografía de la lengua Inglés, mal adaptados a los sistemas ortográficos "transparentes", como la italiana, que se caracteriza por una mayor correspondencia entre el fonema-grafema (Seymour, Aro, y Erskine, 2003). En los

últimos años, sin embargo, incluso a nivel nacional, toda la investigación científica propiciada por la ley 170/2010, afirmó la importancia de promover, en las escuelas, proyectos para la prevención y la detección temprana de problemas de aprendizaje. También investigaciones llevadas a efecto por investigadores presentadas durante la "Conferencia de Consenso 3", que tuvo lugar en 2010, y publicado en 2011, hacen hincapié en la importancia de realizar estudios sobre la TEA de las poblaciones de lengua, con el fin de mejorar la calidad y cantidad de evidencias científica también disponible en idiomas no ingles. Este proyecto está en línea con estos objetivos. De hecho, los únicos estudios en las poblaciones de lengua italiana, en que se describe el parámetro utilizado para la evaluación de escritura (dictado), son a Angelelli (2004, 2010). Estos estudios consideraron como un parámetro de precisión (considerados como un déficit de al menos 2 DS si es inferior a la media, y de acuerdo con la edad cronológica) y también llevan a cabo una evaluación del tipo de errores, lo que permite analizar a fondo y cualitativamente la naturaleza la disortografía. La mayoría de las obras italianas en la identificación temprana, se llevaron a cabo en el primer año de la escuela primaria, a través del uso de herramientas que investigan directamente las habilidades que el estudiante está desarrollando en relación con escritura y lectura, de hecho, se acepta generalmente que el mejor predictor de estas habilidades son sólo la lectura y pruebas de escritura (Cossu, 1999). Otra línea de investigación argumenta que el desarrollo de la habilidad fonológica, lo que se traduce en el meta-fonológico, permite que el niño se centre en la forma verbal palabra (fonológico), independientemente de su significado, analizar su estructura, para que los represente gráficamente (Catts, 1989; Wagner y Torgesen, 1987). Otros investigadores han demostrado que los niños en edad preescolar, presentan bastantes comportamientos variables, para dar lugar a un elevado número de identificaciones falsas (Torgesen et al., 1999); Sin embargo, numerosos estudios, anglosajones y escandinavos, han demostrado la capacidad de identificar a los niños tempranamente "en riesgo" de fracaso, en el aprendizaje posterior de la lengua escrita, designando como una posibilidad real, que para anticipar la identificación de riesgos, el último año de jardín de infancia deberían efectuarse análisis al respecto. Examinando las investigaciones, no se presentaron los resultados científicos completos sobre la eficacia de las intervenciones. En vista del interés sobre el tema y sobre la base de la evidencia teórica sobre el mismo, este estudio

de investigación pretende abordar el tema de la prevención, proponiendo, en las guarderías, una primera proyección de los requisitos previos de aprendizaje escolar, a través del uso del Cuestionario de Observación IPDA (Terreni et al., 2002). Se decidió, igualmente por lo tanto, para extender la proyección de primer y segundo grado de la escuela primaria, el uso de otra herramienta, científicamente validada y con una fiabilidad alta, es decir, el "dictado de 16 palabras" (Stella, Apolito 2004). Todo esto mediante el uso de un enfoque multi-direccional, que tiene como objetivo principal la formación del personal en cuestión, la identificación de potencialmente "estudiantes en riesgo" y la activación de estrategias de intervención en el aula.

LA INVESTIGACION

Esta investigación consiste en un proyecto de selección implementado en los centros preescolares y escuelas primarias en Sicilia, Santa Ninfa, Partanna, en la provincia de Trapani, en la participaron un total de 314 alumnos, que se encuentran en 18 clases de dos escuelas de enseñanza general, en el año escolar 2015-2016.

La muestra examinada se compone de 118 niños el año pasado, de la escuela de párvulos; 113 niños en el primer grado de la escuela primaria; 83 niños de la segunda clase de la escuela primaria. En la aplicación de las herramientas, en la muestra, no se incluyeron los niños extranjeros y los niños con discapacidades.

Esta encuesta fue diseñada para identificar los primeros signos de problemas de aprendizaje, e identificar a los niños en riesgo de TEA. Como se dijo anteriormente, la detección precoz de situaciones de riesgo, ofrece la posibilidad de permitir la recuperación y mejora de las habilidades de inmediato, lo que permite limitar la influencia negativa de la enfermedad, la cual podría afectar el rendimiento escolar, sino también el niño esfera -emotiva emocional y su bienestar general. La primera hipótesis que queremos demostrar a través de este estudio es que, si se envía un grupo de niños, para las actividades de mejora de condiciones previas de aprendizaje, dentro del plan de enseñanza curricular, el grupo evolucionará más que lo que representa la evolución típica.

La segunda hipótesis es que, en el grupo, los niños que más se beneficiarán de trabajo de aplicación de las técnicas, serán aquellas que, en comparación con otros de la

misma clase, poseen requisitos básicos menos significativos. El método elegido fue cruzar datos, ya que permite detectar en el mismo período (de octubre a mayo de 2016), los sujetos de una muestra de individuos de diferentes edades. La ventaja que ofrece este método es que en un tiempo relativamente corto, permite obtener información diferente, y permite estudiar un segmento amplio de desarrollo y de progreso en el aumento de los grupos de edad. Sin embargo, este método también tiene sus limitaciones: se obtiene información sobre las diferentes edades, pero no en el proceso de desarrollo de una edad a otra. Es un método transversal pero no longitudinal; es decir nos permite conocer toda la información sobre los cambios individuales en el tiempo, pero no el progreso de cada uno tras la intervención. Los objetivos del proyecto fueron identificar los primeros casos de dificultad, a través de actividades de detección; preparar las intervenciones específicas para la modernización y rehabilitación de las áreas deficientes; por último, evaluar la eficacia del refuerzo. La participación en el proyecto fue propuesta a través del director de la escuela, pero cada profesor de la clase decidió libremente si unirse o no. Todos los maestros han favorecido y se han interesados en el proyecto, que ha despertado gran curiosidad, los maestros de jardín de infancia, para la que ha sido una novedad absoluta, así como un enriquecimiento profesional, han demostrado más interés. La decisión de concentrar el proyecto sólo en la última clase del jardín de infancia y los dos primeros grados de la escuela primaria, se deriva de la naturaleza misma del concepto de la detección y trastorno del aprendizaje específico. Para ésta identificación temprana, la actividad se centró en el área de la escuela en la que aún no es posible hacer un diagnóstico, pero donde se puede encontrar una serie de factores de riesgo, que pueden evolucionar en la patología de la TEA. Este procedimiento investigación-acción, que puede intervenir a tiempo, tratando de recuperar las áreas deficientes, e informar al final del segundo año de la escuela primaria, la presencia de dificultades persistentes, que requieren un diagnóstico más detallado. Se utilizaron dos instrumentos diferentes: en la guardería, el cuestionario IPDA (Terreni et al., 2002); en la escuela primaria, el dictado de 16 palabras (Stella, 2004). Hemos optado por utilizar el **Cuestionario de Observación del IPDA**, ya que es una herramienta económica, fácil de administrar; rápido, ya que permite una administración colectiva; válida, ya que puede identificar rápida y fácilmente una banda de potencialmente "en riesgo", usando las observaciones de los maestros. Es un medio

viable, en el sentido de que no está afectado mucho las influencias externas o subjetivos o influencias internas, ya que la redacción de las preguntas es clara e inequívoca. Puede ser una herramienta altamente predictivo (Cornoldi y Pra Baldi, 1979; Acher y Edwards, 1982), y tiene como objetivo hacer frente a la necesidad de adoptar medidas eficaces para reducir el problema de las dificultades el aprendizaje.

Se compone de 43 ítems divididos en dos secciones principales. La primera referencia a "habilidades generales" en relación con la idoneidad para el aprendizaje en general, la segunda se refiere a "habilidades específicas", es decir, los requisitos previos de la lectura, la escritura y las matemáticas. El cuestionario relleno por los profesores, entrenados con el método de observación. Los diferentes aspectos se evalúan mediante una escala Likert de cuatro puntos. La puntuación total de cada niño se obtiene sumando las puntuaciones (1, 2, 3 o 4) asignado al elemento individual. Para interpretar la puntuación total debe compararlo con la muestra normativa reportado en el manual, representativa del comportamiento de los niños italianos del año pasado de la guardería. Los datos normativos considerados "en riesgo" todos aquellos niños cuya puntuación total es inferior a la correspondiente al percentil 10 (puntuación total ≤ 111). Por lo que se refiere al segundo instrumento utilizado, a saber, el **Dictado de 16 palabras**, la misma ha sido elegido, ya que representa una primera proyección nivel, sencilla, rápida y económica, predictivo, y que medir un factor de riesgo. Pero, sobre todo, porque es una prueba, destinada a niños de primera y segunda clase de la escuela primaria, y permite verificar la primera adquisición de la fase alfabética y el comienzo de la ortográfica, desde el punto de vista fonológico. La herramienta nos permite identificar las dificultades en el procesamiento fonológico de la palabra, aspecto esencial para la transformación del código verbal escrito en código. La prueba consiste en un dictado de 16 palabras, que se caracteriza por una dificultad en orden ascendente fonológico, baja frecuencia de uso, buen grado de imaginabilidad, alto grado de correspondencia fonema-grafema. Esta prueba se administra en dos momentos distintos: a finales de enero, ya finales de mayo. Es una prueba no sólo de fácil administración, sino también amigable con el medio ambiente; puede ser, de hecho, jugado en silencio en el aula de referencia de los niños, que pueden utilizar las hojas que se utilizan de forma rutinaria. Los maestros no deben dictar a deletrear, y los niños pueden utilizar el carácter de su preferencia. Las palabras deben ser escritas uno debajo del otro, y que dictan que

debemos esperar entre una palabra y otra, 7/2 de la primera prueba (finales de enero), y 5/2 en la segunda (finales de mayo). En cuanto a la evaluación cualitativa y cuantitativa de la prueba, se procede al dar 1 punto por cada palabra escrita así, 0 puntos por las palabras que contienen uno o más errores. Sólo en la primera administración en la primera clase de la escuela primaria, que no se consideran error, dobles y escritura en espejo, mientras que la segunda contará también doble. Dentro de la palabra, se cuenta todos los errores. Si por ejemplo, el niño escribe PE en lugar de la red dentro de la palabra habrá dos errores: 1) el intercambio de grafema, 2) la omisión de grafema. El límite de riesgo viene dado por 8 palabras equivocadas para la redacción de finales de enero, y 4 para la redacción de finales de mayo. Como se mencionó antes, es una proyección de primer nivel, capaz de captar una gran cantidad de información, en particular el análisis cualitativo de los errores, nos muestra en qué etapa de aprendizaje es el niño, dirigiéndose a los maestros, a un refuerzo dirigido, específico para esa niño determinado. La puntuación obtenida por el alumno en las pruebas de dictado, debe compararse con los datos normativos contenidos en el manual, y se expresa en percentiles. Se considera deficientes una puntuación igual o inferior al percentil 10. Estas pruebas, se refieren a una clasificación de error práctico en tres subtipos:

- Errores fonológicos: debido a la falta de cumplimiento de la relación grafema fonema (por ejemplo, "mea" para la "mesa", "pesado" a "pescado");

- Errores no fonológicos: debido a una representación inexacta de la palabra de error de ortografía en la relación fonema-grafema ("ha blar" para "hablar", "elagua" para "el agua", "esquela" para la "escuela");

- Errores mixtos: incluyendo subtipo, los errores que tienen aspectos de los subtipos anteriores, y los que afectan a los acentos ("corazon" para el "corazòn") y dobles ("eror" para el "error").

El proyecto de investigación ha proporcionado, por una parte, un programa de entrenamiento corto, para los profesores; por otra parte, la realización de una actividad de detección, que fue seguida de una intervención educativa en los alumnos que asisten al último año de jardín de infancia y primer y segundo grado de escuela primaria. La investigación comenzó con la formación del profesorado, a la que asistieron todos los maestros de las categorías principales. Más tarde, a los maestros se les instruyó sobre

cómo aplicar la mejora a realizar en clase. En esta fase, se utilizaron materiales IPDA, para la identificación temprana de dificultades de aprendizaje. Finalmente, toda la muestra se sometió a una repetición de la prueba. La formación, que consiste en una serie de reuniones, precedió a la prueba, con el objetivo de formar a los profesores en el método de la observación y las actividades de detección, e informar al mismo tiempo sobre el tema de la investigación. Para completar la información teórica, para dar entrada a la utilización de los instrumentos, se han propuesto las prácticas, las actividades consistentes, para los profesores de la infancia, en la simulación de rellenar el cuestionario de Observación del IPDA, para los profesores de primaria, en la simulación la prueba de dictado. A principios del año escolar 2015-16, los maestros de los jardines de infancia han observado, durante aproximadamente un mes, el grupo de niños, y luego procedió a la elaboración del cuestionario IPDA, que luego fue compilado en octubre (pre- prueba). En la escuela primaria, el dictado se dio a finales de enero, con la ayuda de un representante de los maestros para cada escuela. Este modo de administración ha permitido limitar las influencias externas, en tal caso, la variabilidad atribuible a la persona que administra la prueba. En diciembre, una nueva reunión, le permitió a los maestros conocer los resultados obtenidos. En la escuela primaria, esta reunión se llevó a cabo en febrero. Por lo tanto, los datos resultantes, se compararon con los resultados de la muestra normativa, y se identificaron subgrupos de riesgo. Después de identificar a los niños en situación de “riesgo”, tratamos de discernir los mejores métodos y las mejores propuestas de actividades concretas, siempre para llevar a cabo dentro de las actividades de enseñanza, mejor adaptadas a las necesidades y recursos de los alumnos, tales como las estrategias para lograr una evolución significativa de los problemas detectados. En el presente estudio, se decidió proponer el refuerzo de todo el grupo de clase, y no sólo a los niños en situación de riesgo, tanto en el jardín de infancia y en la primaria. Esto es debido a que el método válido para los niños con dificultades de aprendizaje, es igualmente importante para toda la clase. Esto es confirmado por los resultados de una búsqueda que participan clases enteras año pasado de jardín de infancia, que han sido propuestas e implementadas, las intervenciones específicas, procesado a un pequeño grupo de niños en situación de riesgo (Trecate et al., 2000). Por lo tanto, que estábamos acostumbrados, durante dos horas a la semana, y se incluyeron en el programa normal de la enseñanza, los materiales IPDA, con todos los hijos de la

muestra experimental, los meses de enero y febrero, el mes de mayo. A finales de mayo, los maestros de grupo experimental infancia, han vuelto a compilar el Cuestionario de Observación del IPDA (post-test), mientras que los maestros de primaria se procedió a la administración de la segunda prueba de dictado. En cuanto a la intervención, en el jardín de infancia, los esfuerzos para fortalecer los requisitos previos, fundamentales para el aprendizaje de la lectura, la escritura y la aritmética, se llevaron a cabo en forma de actividades divertidas, siguiendo las sugerencias de operación contenidos en los materiales IPDA (Tretti, Terreni, y Corcella, 2002). Para mejorar la discriminación visual que se ha utilizado para comparar las imágenes. Para aumentar las capacidades de discriminación fonológica se ha partido de las tareas de percepción visual-auditiva simples de estructuras y alfabetización rítmicos, y su reproducción a través del cuerpo y la simbolización, tanto gestual y gráfico. Útil para el desarrollo de la conciencia metafonológica también fue la comparación de sonidos, a través de juegos con rimas, la memoria del fonema inicial y final, las fichas de dominó con las sílabas iniciales y finales, la elección entre dos palabras que comienzan con diferentes sonidos y con el mismo sonido, las "cadenas de palabras" cuando la siguiente palabra comenzaron con el fonema o la sílaba final de la anterior. Cada tarea se hizo más envolvente a través del uso de imágenes y los juegos propuestos de los equipos, con la concesión de premios. Para la coordinación ojo-mano, las rutas clásicas de los caminos más fáciles, se han empleado laberintos, a través de los ejercicios pre grafismo, en las cuales se invita al niño a jugar con un tramado especial. Para aumentar la motivación e interés por caminos y laberintos, se introdujo una historia en la que el protagonista tenía que recorrer una cierta ruta para llegar al destino. La historia ha sido usadas para muchos propósitos diferentes. En el primer caso, para ampliar el conocimiento léxico, introducir y explicar el nuevo vocabulario en el contexto de la narrativa. Luego se trató de empezar a comprender más y más las complejas estructuras de frases, utilizando objetos, personajes o muñecos, para representar las acciones expresadas por oraciones en una forma positiva / negativa, o con significados opuestos, indicados por los diversos indicadores topológicos (arriba / abajo, delante / detrás, etc.). Por último, para mejorar la capacidad de hacer inferencias semánticas, se propone para completar frases e historias. En cuanto a la cuenta, se cuentan y rimas propuestas, para aprender la secuencia de números. También se llevaron a cabo varios juegos para asociar el

conocimiento de la secuencia de números, incluso la del símbolo gráfico. Uno de estos juegos, fue la vinculación de los puntos numerados en la hoja con un trazo de la pluma, para obtener una figura. Para entender el concepto de la correspondencia-a-uno entre el número y el objeto contado, se propone al niño juegos de asociación con elementos concretos e interesantes. Por lo que incluso en la comparación de conjuntos de diferente número de objetos, y las actividades de seriación (como la de tener compañeros de viaje en orden de altura), para desarrollar la capacidad de comparar y ordenar objetos de diferentes tamaños. En la escuela primaria, los maestros llevaron a reforzar las actividades, mediante estrategias de asociación fonema-grafema, análisis fonológico, sílabas y palabras, síntesis silábica, la síntesis de las palabras de dos sílabas. Se utilizaron técnicas de psicomotricidad, manipuladora y perceptivo, ofreciendo siempre las actividades de una forma lúdica. La mayoría de las actividades se llevó a cabo en pequeños grupos o de manera individual, utilizando hojas de operaciones personalizadas. El método que se ha propuesto es el tipo de fonema, asociado con diversas actividades, que utilizan varios canales de percepción de mejorar la capacidad de entender la asociación grafema-fonema; la capacidad de leer y escribir palabras; la capacidad de leer y escribir frases, la comprensión de su significado. Se han propuesto diversas actividades: ortografía de los nombres, la construcción de una alfabetiere, presentación de grafemas y asociación visual-auditivo con los fonemas, la identificación inicial del fonema-grafema, búsqueda visual de los grafemas; discriminación táctil de grafemas hechos con materiales de recuperación, reproducción de grafemas; leer en la secuencia de grafemas, sílabas, palabras de dos sílabas planas, el reconocimiento visual de las sílabas; la lectura de palabras trisílaba, la imagen a la coincidencia de nombre, escritura sílabas; de dos sílabas y trisílaba plana. En particular, en las segundas clases han sido más atención a la escritura y la lectura de palabras con sílabas complejas; el reconocimiento de los ejercicios de dobles consonantes; la secuencia de artículos con nombre; nombre-elemento-acción; nombre-elemento-acción-expansión. En la intervención se hizo uso de todos los canales de comunicación, verbales y no verbales, para lograr, a través de una metodología adecuada, una equivalencia concreta de los resultados. Las actividades gráficas-pictórica, drama, educación física, educación musical, han estimulado la atención y la motivación para aprender. Todo esto con el fin de promover un mejor desarrollo de las habilidades de prueba, proporcionando

herramientas y estrategias con el fin de aprender a través de "caminos alternativos al déficit", y prevenir el desarrollo de otras formas de malestar.

Esta investigación es transversal, porque analiza diferentes grupos de edad, en el mismo período de tiempo. La muestra se divide según la pertenencia a una clase de primaria, y de acuerdo con la prueba en la que fue sometido. La investigación, resulta tener un diseño experimental comparando un grupo de sujetos en dos condiciones diferentes. En cada sujeto, en comparación con el comportamiento anterior y la posterior modificación de la variable experimental. El grupo, basado en los resultados, se divide en subgrupos.

TIEMPO: Pre-test	tratamiento	post-test
-------------------------	--------------------	-----------

Tabla1. Las variables

Los datos obtenidos se analizaron usando el programa de procesamiento estadístico SPSS (versión Estadísticas 23), por medio del cual se calculan las estadísticas descriptivas de la misma. Dado que la muestra está formada por los sujetos de diferentes edades, era, por lo tanto, decidió proceder con el análisis estadístico, antes de que el grupo de IPDA, perteneciente a la guardería, a continuación, los dos grupos, que pertenece a la escuela primaria.

Por lo tanto, el procedimiento de análisis se inició con la verificación de las puntuaciones totales en pre-prueba del grupo experimental (jardín de infancia), presentado al Cuestionario de Observación del IPDA. En la descripción de la herramienta, que ya se ha mencionado que la puntuación total de cada sujeto está dada por la suma de las puntuaciones (1, 2, 3 o 4) asignado a los elementos individuales. Sobre la base de la puntuación, los niños del grupo experimental fueron divididos en tres subgrupos, como lo requiere las instrucciones de Cuestionario de Observación del IPDA:

- 1 grupo de niños con alto riesgo de encontrarse con dificultades de aprendizaje;
- 2 grupo de niños de bajo riesgo;
- 3 grupo de niños con riesgo nulo.

El criterio para la formación de tres grupos, se muestra a continuación, es la puntuación total en el cuestionario de Observación del IPDA, en comparación con percentiles de distribución de la muestra normativa (Terreni et al, 2002).

- Alto riesgo, puntuación total por debajo del décimo percentil: ≤ 107 ;
- Bajo riesgo, puntuación total entre el 10 y percentil 50: $107 < X \leq 134$;
- Riesgo no, puntuación mayor que el percentil 50: > 135 .

Tabla 2 categoría de riesgo antes del tratamiento (pre-test)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulada
Riesgo Alto	14	11,9	11,9	11,9
Riesgo Bajo	28	23,7	23,7	35,6
Riesgo No	76	64,4	64,4	100,0
Totale	118	100,0	100,0	

La tabla 2, ilustra la numerosidad de los tres subgrupos, de acuerdo con los grupos de riesgo. Mirando la tabla, podemos observar que el grupo experimental se compone de 14 niños que caen en el grupo de alto riesgo (11,9% de todo el grupo experimental), 28 niños en el grupo de bajo riesgo (23,7%), y 76 niños que se colocan en el grupo con riesgo nulo (64,4%). Se dará cuenta de que los niños de banda de alto riesgo representan un pequeño grupo IPDA toda la muestra. Si tenemos en cuenta toda la muestra de 118 niños que participaron en la prueba, sólo 14 niños, a saber '11,9%, se incluye en el grupo de alto riesgo. Todavía se puede ver que el subgrupo de niños a "riesgo cero" es numéricamente muy grande (64,4%), en comparación con el total de la muestra.

Desde el principio, algunos niños tienen la puntuación más alta, este efecto probablemente se debe al fonema-grafema una mayor correspondencia presentes en un lenguaje claro, como la nuestra, que facilita el aprendizaje.

Por lo tanto, se decidió proceder con el análisis estadístico, antes de que todo el grupo, dividido en las tres categorías de riesgo. Después de definir los factores intra-sujetos, la identificación de la variable independiente "tiempo", y el variable dependiente "puntaje total" pre-y post- el tratamiento (tabla 3),

Variable independiente	Variable dependiente
Tiempo de administración	Puntaje Total pre test Puntaje Total post test

Tabla 3. Factores intra-sujetos grupo entero

se definieron factores entre sujetos, teniendo en cuenta el grupo total de niños divididos en tres subgrupos. Las estadísticas descriptivas de grupo IPDA se presentan en la Tabla 4.

	Categoría de riesgo	N	Media	Desviación estándar	Error estándar. Media
Puntaje Total IPDA Pre - test	Riesgo Alto	14	90,21	12,614	3,371
	Riesgo Bajo	28	124,86	5,441	1,028
	Riesgo No	76	154,42	10,490	1,203
Puntaje Total IPDA Post- test	Riesgo Alto	3	92,00	17,059	9,849
	Riesgo Bajo	11	120,73	7,926	2,390
	Riesgo No	104	163,01	9,452	0,927

Tabla 4. Estadísticas descriptivas de grupo IPDA

La primera parte de la Tabla 4. muestra la media, la desviación estándar de la puntuación total, y la numerosidad del grupo experimental, la primera administración. La segunda parte, los mismos valores, se refirió a la segunda administración del cuestionario de Observación del IPDA. La comparación de los datos, es posible concluir que todos los niños que pertenecen al grupo experimental mejoraron significativamente entre la primera y la segunda administración.

PRETEST

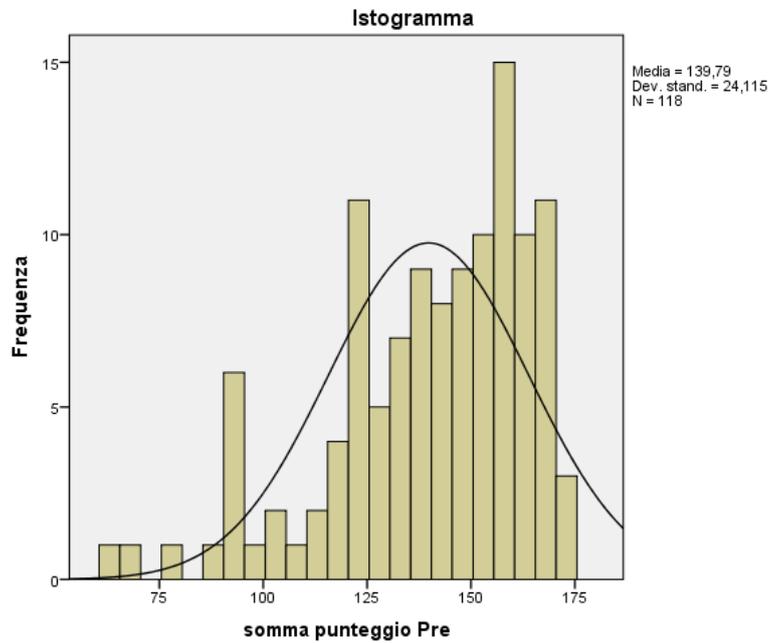


Gráfico 1: Las puntuaciones totales para pre-prueba en cuestionario IPDA

El gráfico1, muestra la distribución del grupo experimental a la pre-prueba. La curva formada por las puntuaciones totales obtenidas en el cuestionario de Observación del IPDA todo el grupo de niños que participan en la investigación, se caracteriza por la forma clásica de la campana de distribución normal. En el gráfico2 a continuación , que se refiere al mismo grupo de los niños a la segunda administración, la curva se inclina hacia las puntuaciones más altas, destacando la evolución de todo el grupo.

POSTEST

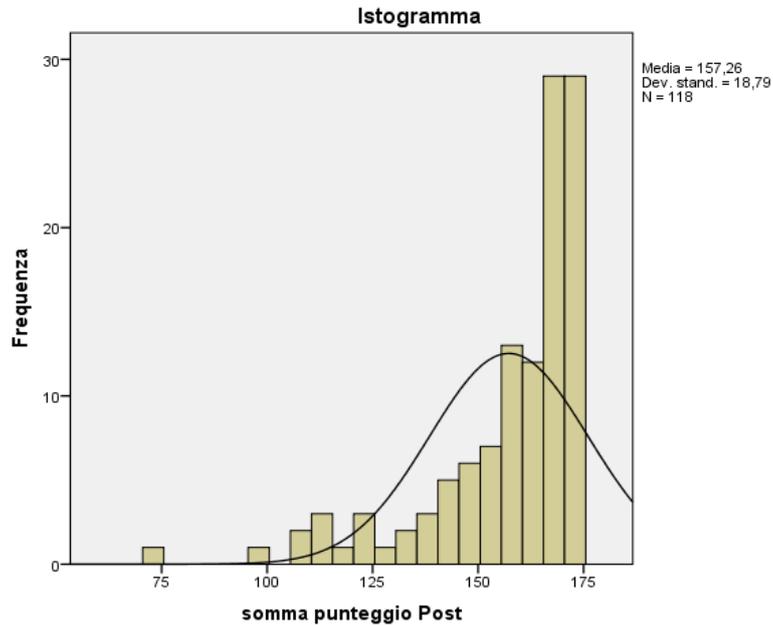


Gráfico 2: Las puntuaciones totales para post-prueba en cuestionario IPDA

Por lo tanto, se llevó a cabo una investigación adicional en el grupo de niños de alto riesgo (14 niños con alto riesgo resultados en el pre-test), que después de el fortalecimiento se redistribuye en las tres bandas de riesgo.

Tabla 5. categoria di rischio dopo il potenziamento (post test)

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Riesgo Alto	3	2,5	2,5	2,5
Riesgo Bajo	11	9,3	9,3	11,9
Riesgo Nulo	104	88,1	88,1	100,0
Totale	118	100,0	100,0	

En la Tabla 5, es posible observar que son sólo 3 (2,5%) niños que permanecen en el grupo de alto riesgo; de los 14 (11,9%) niños, que inicialmente presentan un grave riesgo TEA, n. 5 (4,25%) de ellos, se hacen pasar en el grupo de bajo riesgo, mientras que n. 6 (5,15%) obtuvieron una puntuación más alta que el percentil 50, va a ser

colocado en el grupo de riesgo cero. El efecto de el fortalecimiento, se describe en la siguiente tabla:

	Riesgo Alto	Riesgo Bajo	Riesgo Nulo
Subgrupo niños de Alto Riesgo	3	5	6

Tabla 6. Numerosidad el subgrupo de alto riesgo después el fortalecimiento

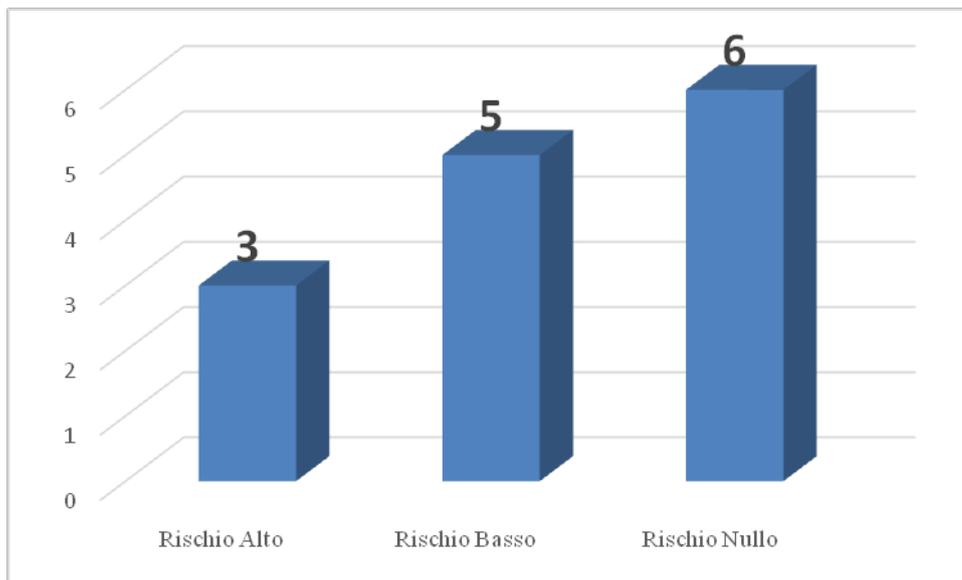


Gráfico 3. Distribución de la subgrupo de alto riesgo después el fortalecimiento

En el gráfico 3, podemos ver, la redistribución en el post test de la 14 (11,9%) niños de alto riesgo resultados a la primera administración del final de octubre. Los 3 niños que permanecen en la categoría de alto riesgo, lo que representa un porcentaje mínimo (2,5%) de todo el grupo IPDA (118 niños). Este resultado confirma el potencial de la intervención implementada.

Scoring el Dictado de 16 Palabras

Administración de enero tenía como objetivo identificar los primeros casos de dificultad en la adquisición de análisis de los procesos fonológicos de la palabra, y después de identificar los alumnos potencialmente en riesgo de desarrollar un futuro TEA. Además, permitió evaluar el ritmo de adquirir la escritura en niños de 6 y 7 años, en una ortografía transparente. Los resultados obtenidos en el dictado de las 16 palabras de prueba de escritura, han permitido identificar en enero un número de 46 alumnos en dificultad, de un total de 196 alumnos, que pertenece a la primera y la segunda clase primaria, una parte equivalente al 23,47% de toda la muestra examinada.

Sobre la base de el número de palabras erróneas u omisiones que era posible definir el nivel de rendimiento de los alumnos. En un intervalo de palabras entre 0 y 16, se consideró equivocada es la palabra que contiene omisiones, inversiones, intercambios o adiciones de grafemas y sílabas, tanto la palabra omitida o transcrita sólo en parte; el límite de puntuación, establecido como criterio de *cut-off*, para identificar una situación de riesgo, correspondía en la primera administración, en un rendimiento de 9 o más palabras mal escritas (\leq percentil 10), mientras que en la segunda administración a un rendimiento con un número de palabras mal escritas, igual o mayor que 5 (\leq 10 percentil).

De este modo, de acuerdo con la puntuación obtenida, los niños se clasificaron en 4 grupos o niveles de rendimiento: bueno, suficiente, insuficiente, seriamente insuficientes. En la siguiente tabla, se puede ver cómo que se distribuyen los niños la prueba previa en enero, y después de la prueba de fin de año (mayo).

Tabla 7. Distribución de los alumnos de las primeras clases el pre test y el post test

Primera Clase	Primera Prueba		Segunda Prueba	
	valori	Percentuale	Valori	Percentuale
Rendimiento bueno	48	43,64%	53	44,54%
Rendimiento suficiente	30	27,27%	43	36,13%
Rendimiento insuficiente	21	19,09%	19	15,97%
Rendimiento seriamente insuficiente	11	10,00%	4	3,36%

Se observa que, ya en la primera prueba en enero, en los primeros grados de primaria, una gran proporción de los niños han ya alcanzados un buen control (43,46%) o suficiente (27,27%), en los procesos de escritura alfabética. Y este porcentaje es mayor en la segunda clase, donde se supone que la cama habilidades de escritura, están más establecidos, teniendo en cuenta la edad cronológica de los niños. Este efecto se

puede observar a continuación, en la Tabla 8, que describe los resultados previa y posterior a la prueba, las mismas clases. Este resultado confirma la hipótesis de esas teorías según el cual, dificultades de aprendizaje, sólo en algunos casos implicar un trastorno (Penge, 2010).

Tabla 8. Distribución de los sujetos de las segundas clases el pre test y el post test.

Clase segunda	prima prueba		segunda prueba	
	valori	Percentuale	valori	percentuale
Rendimiento bueno	57	68,67%	60	72,29%
Rendimiento suficiente	12	14,46%	16	19,28%
Rendimiento insuficiente	9	10,84%	6	7,23%
Rendimiento seriamente insuficiente	5	6,02%	1	1,20%

Consideremos, ahora en grupos de riesgo: en la tabla 7, se puede observar que el resultado de la primera prueba, en las primeras clases de 113 niños, 21 (19,9%) logró un rendimiento insuficiente, mientras que 11 (10%) niños un resultado muy insuficiente, lo que requiere una intervención inmediata. En la segunda clase, de 83 niños, 9 (10,84%) han efectuado una actuación insuficiente, mientras que 5 (6,02%) una actuación muy insuficiente. En los grupos de riesgo, es cierto, se centra una pequeña parte de la muestra de la encuesta, pero esta es la población más importante, debido a que el mismo podría incurrir en el TEA.

La administración de una segunda prueba de escritura en mayo, se llevó a cabo con la intención de evaluar las mejoras en la adquisición de la escritura, y en el desarrollo de los requisitos previos que subyacen a esta capacidad, especialmente en los niños que a finales de enero presentaron mayores dificultades. Si tenemos en cuenta la parte de las mismas tablas, en referencia a la segunda prueba, la mejora se puede ver en el aumento de la proporción de niños con un rendimiento bueno y suficiente, y por una disminución en el porcentaje de niños con bajo rendimiento, que de 21 (19,09%), se convierten en 19 (15,97%), y con un rendimiento muy insuficiente, que a partir de 11 (10,00%) se reduce a 4 (3,36%). Incluso en las segundas clases, de 9 (10,84%) niños, sólo el 6 (7,23%), que se mantienen con el bajo rendimiento, mientras que 1 (1,20%) único niño,

presenta un rendimiento muy insuficiente. El aumento del efecto es notable, particularmente en las bandas más débiles, o más probables al riesgo.

Como se desprende claramente de una comparación, también se observa una disminución en el número de errores cometidos por los niños en las clases de muestra. Incluso las palabras equivocadas disminuyen, los niños, en la segunda prueba, tienden a omitir siempre menos palabras, como consecuencia, aumentar las palabras correctas (Tab. 9).

Tabla 9- Comparación de promedio de errores de enero a mayo: Primera Clase

	Total Errores	Palabras Erróneas	Palabras Omitidas	Palabras Correctas
Primera Prueba	628	537	184	1271
Segunda Prueba	406	379	132	1429

Tabla 10- Comparación de promedio de errores de enero a mayo: Segunda Clase

	Total Errores	Palabras Erróneas	Palabras Omitidas	Palabras Correctas
Primera Prueba	277	255	98	1073
Segunda Prueba	228	198	85	1130

Estos datos confirman la importancia de una intervención temprana abilitativo, ya desde la primera clase primaria; actividades de refuerzo han permitido producir un cambio significativo, dando como resultado una mejora de las habilidades de los niños en dificultades con el aprendizaje de la lectura y la escritura. A través de este estudio hemos querido mostrar es que si se presenta, un grupo de niños, para las actividades de mejora de condiciones previas de aprendizaje, dentro del plan de enseñanza curricular, el grupo evolucionará más de evolución típica. La otra hipótesis es que, en el grupo, los niños que más se beneficiarán de trabajo de aplicación de las técnicas, serán aquellas que, en comparación con otros de la misma clase, poseen requisitos básicos menos significativos. Los resultados fueron los esperados. De hecho, a partir del análisis de datos, se encontró que la expansión tuvo un efecto multiplicador importante en niños con alto riesgo de dificultades de aprendizaje. De la muestra examinada, que consta de 314 niños, entre ellos 118 niños el año pasado de jardín de infantes, 113 niños

pertenecen a la primera clase de la escuela primaria, 83 niños en la segunda clase de la escuela primaria, de la que fueron excluidos los niños con discapacidades y los niños extranjeros, como lo requiere la prueba manual utilizado, sólo un pequeño porcentaje era de alto riesgo. En la guardería, sólo 3 niños, es decir, 2,5%; en la primera primaria, sólo 4 niños, es decir, 3,36%; en el segunda primaria solamente un niño, sigue siendo con un rendimiento muy insuficientes, lo que representa 1,20% de todo el grupo de pertenencia. Esto corrobora los resultados de esas investigaciones, según la cual, la presencia de una dificultad sólo en algunos casos, implica un trastorno (Penge, 2010). Por otra parte, es posible decir que la identificación temprana, lo que permite activar un refuerzo dirigido específico para las dificultades de cada uno, se puede asegurar que cada estudiante que se realicen en un camino de aprendizaje apropiado.

Las limitaciones del estudio

Con respecto al método elegido, es conveniente una consideración.

La misma duda tenían la ventaja de detectar en el mismo periodo (de octubre a mayo de 2016), que consiste en una muestra de individuos de diferentes edades, y obtener información sobre el mismo, de hecho, fue posible estudiar los grupos de edad de los niños entre 5 a 7 años. Sin embargo, este método también ha introducido los límites en el proceso de desarrollo de una edad a otra; no se les permite reunir información acerca de los cambios individuales en el tiempo. Además, otra limitación está representada por el hecho de no encontrar el tipo, de los niños del grupo de la escuela primaria; esta información podría proporcionar datos interesantes para apoyar y verificación de la tesis, según la cual el TEA, parece ser más frecuente en el sexo masculino. Estos datos han escapado de un cuidadoso análisis del investigador, porque el estándar de malla de corrección de la prueba de dictado, no preveía esta entrada.

Perspectivas y Propuestas

En las escuelas, el tema de la investigación, ha demostrado una novedad, sobre todo en el jardín de infantes. Por lo tanto, se considera oportuno, para el futuro, dar un mayor impulso a las investigaciones en este tipo de escuela y en el territorio en cuestión. Podría ser interesante realizar más investigaciones sobre áreas específicas del Cuestionario de observación de IPDA, para tratar de diferenciar mejor a los niños antes de comenzar la actualización, o se puede llevar a cabo investigaciones más avanzadas

en las pruebas individuales de dictado, tratando de clasificar a los niños, volver a la fase de aprendizaje en la que se encuentran.

Sería interesante utilizar las dos herramientas (Cuestionario de observación de IPDA y el dictado de 16 palabras), también con los niños extranjeros o los niños con discapacidad, las personas que caen dentro del ámbito de NEE (Necesidades Educativas Especiales), y aquí fueron excluidos para obtener una muestra como homogénea como sea posible, de ser comparados con la normativa.

El presente trabajo de investigación, basado en el método transversal, lo que nos ha permitido recoger, al mismo tiempo, la información sobre una muestra de sujetos de diferentes edades, requiere una reflexión sobre la necesidad de llevar a cabo los planos de detección, también de tipo longitudinal, en varios años.

De hecho, tras el desarrollo de las habilidades de los niños al menos hasta el tercer primaria, podría hacer que una iniciativa de cribado que los individuos realmente el riesgo de desarrollar un TEA, y esto permitiría un aumento cualitativo de estos instrumentos. Esto es importante también para hacer más eficaz la continuidad educativa, teorizada y mucho deseada, entre jardín de infantes y escuela primaria. La continuidad se realiza, de hecho, a través del intercambio de información entre la familia, los maestros de la escuela de párvulos y los profesores de la misma escuela primaria, que permiten, en este último, saber de antemano a los elementos respetables, que forman una parte integral de la programación de las actividades educativas de la escuela primaria. Es consecenciales la conclusión de que la escuela y los maestros son responsables a la promoción de la capacidad de percepción -notorio y el lenguaje de cada individuo, que son requisitos previos para la conquista de las habilidades instrumentales de escritura cama. De hecho, como se indica en las Directrices para el derecho a la educación de los niños con TEA, cada niño es único y especial, y trae consigo su propia historia, su propia personalidad, sus propios ritmos y estilos de aprendizaje.

INTRODUCCIÓN

Il presente progetto: “DSA e Identificazione Precoce”, ha come finalità l’effettuazione di uno *Screening* ed un potenziamento sui prerequisiti dell’apprendimento, promuovendo una cultura della prevenzione e dell’intervento pedagogico – didattico precoce, e mira alla promozione del successo formativo e del benessere scolastico, fin dalla scuola dell’infanzia. Il lavoro di indagine interessa i docenti della scuola dell’infanzia, e del primo biennio di scuola primaria, e prevede interventi rivolti ai bambini di cinque (ultimo anno di scuola dell’infanzia), sei e sette anni (prima e seconda classe della scuola primaria).. Si è scelto di concentrare il progetto su questo segmento scolastico per la stessa naturale evoluzione del disturbo. Poiché il progetto attiene all’identificazione precoce, è stato ragionevole riflettere ed indagare su questa fascia scolastica, in cui non è plausibile formulare una diagnosi, ma dove possono riscontrarsi elementi di rischio tali, da evolvere in patologie riconducibili ai DSA.

Il progetto si propone come finalità quella di promuovere le potenzialità di ciascun alunno, mediante un approccio multidirezionale, che attraverso la formazione degli insegnanti, al metodo dell’osservazione, ed all’utilizzo di strumenti comuni, giunge all’individuazione precoce delle difficoltà di apprendimento, ed alla predisposizione di attività didattiche di potenziamento mirate, attraverso criteri condivisi.

L’organizzazione strutturale, del presente lavoro di ricerca si articola in due momenti: il primo riguarda gli aspetti teorici connessi alla tematica oggetto di studio; il secondo momento, prende in esame il lavoro empirico a fondamento della ricerca.

La prima parte, di natura teorica, si compone di tre capitoli. Il Capitolo I indaga la definizione del campo d’indagine relativamente alla spiegazione teorica del disturbo specifico dell’apprendimento scolastico: eziologia, prognosi e caratteristiche dello stesso.

Il II Capitolo approfondisce il tema sulle difficoltà di apprendimento in ambito scolastico, analizzandone le differenze con i DSA.

Il III Capitolo è incentrato sui prerequisiti di base dell'apprendimento scolastico, sull'identificazione precoce e sulla prevenzione, nonché sull'osservazione diretta, come strumento per il primo *screening*.

La seconda parte, quella empirica, tratta le ipotesi e gli obiettivi formulati a fondamento della ricerca, la metodologia utilizzata, il campione, gli strumenti, il procedimento, la discussione su quanto emerso dall'analisi dei dati, che sono stati trattati attraverso il programma di elaborazione statistica SPSS; le conclusioni e le prospettive provvisorie di questo studio, includendo anche i riferimenti bibliografici, e gli allegati.

Il Progetto si è realizzato in Sicilia, nell'anno scolastico 2015-2016, ed ha coinvolto un numero complessivo di 314 alunni, reperiti in 18 classi dei due Istituti Comprensivi di Santa Ninfa e Partanna, in provincia di Trapani. Questa indagine è stata volta ad individuare precocemente eventuali segni di difficoltà, nell'acquisizione dei prerequisiti dell'apprendimento, per evitare che si trasformino in disturbi. Infatti, rilevare precocemente le situazioni di rischio, dà la possibilità di attivare immediati interventi di recupero e potenziamento delle competenze, permettendo di contenere l'influenza negativa del disturbo, che potrebbe compromettere l'andamento scolastico, ma anche, la sfera affettivo-emotiva del bambino, ed il suo benessere generale. Gli obiettivi posti nel progetto, suggeriti dalla più recente ricerca pedagogica, sono stati quelli di individuare precocemente casi di difficoltà, attraverso l'attività di *screening*; predisporre interventi specifici per il potenziamento ed il recupero delle aree carenti; infine, valutare l'efficacia del potenziamento. Per realizzare tali obiettivi è stata necessaria la formazione del personale docente al metodo dell'osservazione. A tal proposito, si sono formalizzati degli incontri, con i docenti, per spiegar loro il progetto, le sue finalità e per istruirli sull'utilizzo degli strumenti. Gli strumenti scelti, scientificamente validati, in termini di predittività delle difficoltà, sono stati così utilizzati da tutti gli insegnanti, delle classi interessate alla ricerca, i quali hanno partecipato spontaneamente e con entusiasmo alla realizzazione del progetto. Gli strumenti utilizzati sono stati: il Questionario Osservativo IPDA (Terreni et al., 2002), per la scuola dell'infanzia ed il "Dettato delle 16 Parole" (Stella e Apolito, 2004), per la

Scuola Primaria. Queste prove sono state somministrate in un due distinti momenti (Pre-test e Post-test).

All'inizio dell'anno scolastico 2015-16, i docenti dell'infanzia hanno osservato, per circa un mese, il gruppo dei bambini, e poi proceduto alla compilazione del Questionario IPDA, che è stato compilato nel mese di ottobre (pre-test). Nella scuola primaria, il dettato è stato somministrato a fine gennaio con la collaborazione di un'insegnante referente per ciascun istituto scolastico.

Nel mese di dicembre, si è svolto un incontro con i docenti, per restituire loro i risultati ottenuti da ciascun alunno. Nella scuola primaria, tale incontro, si è tenuto a febbraio. Quindi, i dati emersi, sono stati confrontati con i punteggi del campione normativo, e sono state individuate delle fasce di rischio, in rapporto alla prestazione di ciascun soggetto.

Dal mese di gennaio (inizio febbraio, per la scuola primaria), al mese di maggio, si è programmato l'intervento.

Nel presente studio, si è deciso di proporre il potenziamento all'intero gruppo classe, e non solo ai bambini a rischio, sia nella scuola dell'infanzia che nella primaria. Questo perché il metodo valido per i bambini con DSA, lo è altrettanto per tutta la classe. A confermarlo sono i risultati di una ricerca che ha coinvolto intere classi dell'ultimo anno di scuola dell'infanzia, alle quali sono stati proposti ed applicati, interventi specifici, elaborati per un ristretto gruppo di bambini a rischio (Trecate et al., 2000). Il potenziamento è stato attuato, nelle classi di riferimento, utilizzando tutti i canali della comunicazione, e con il supporto dei Materiali IPDA. A fine maggio, le insegnanti del gruppo sperimentale dell'infanzia, hanno ricompilato il Questionario Osservativo IPDA (post-test), mentre gli insegnanti della primaria hanno proceduto alla somministrazione della seconda prova di dettato.

Questa ricerca è trasversale, perché analizza diverse fasce di età, nello stesso periodo di tempo. Il campione viene suddiviso in base alla classe scolare di appartenenza, ed in base alla prova a cui è stato sottoposto. La ricerca, risulta avere un **disegno sperimentale che confronta** un gruppo di soggetti in due condizioni diverse. In ogni singolo soggetto, si confronta il comportamento precedente, e quello successivo

alla manipolazione della variabile sperimentale. Il gruppo, in base ai risultati, è suddiviso in sottogruppi.

TEMPO: Pre-test trattamento post-test
--

Attraverso il presente studio si è voluto dimostrare che, se si sottopone, un gruppo di bambini, ad attività di potenziamento dei prerequisiti dell'apprendimento, all'interno della programmazione didattica curricolare, il gruppo evolverà maggiormente rispetto all'evoluzione tipica. L'altra ipotesi è che, nel gruppo, i bambini che trarranno maggiori vantaggi dal lavoro di potenziamento, saranno quelli che, rispetto agli altri della stessa classe, posseggono prerequisiti di base meno solidi.

I risultati sono stati quelli attesi. Infatti, dall'analisi dei dati, si è riscontrato che il potenziamento ha avuto un maggior effetto propulsivo sui bambini ad alto rischio di incorrere in difficoltà di apprendimento. Del campione preso in esame, costituito da 118 bambini dell'ultimo anno della scuola dell'infanzia; 113 bambini della classe prima della scuola primaria; 83 bambini della classe seconda della scuola primaria, dal quale erano stati esclusi i bambini stranieri ed i bambini portatori di handicap, come prevedeva il manuale, solo una piccola percentuale è risultata ad alto rischio. Nella Scuola dell'infanzia, solo 3 bambini, cioè il 2,5% ; nella prima primaria, solo 4 bambini, cioè il 3,36%; nella seconda primaria solo un bambino, rimane con una prestazione gravemente insufficiente, che rappresenta l'1,20% dell'intero gruppo di appartenenza. Questo avvalorava i risultati di quelle ricerche, secondo le quali, la presenza di una difficoltà, solo in alcuni casi, implica un disturbo (Penge, 2010). In conclusione, è possibile affermare che l'identificazione precoce, permettendo di attivare uno specifico potenziamento mirato per le difficoltà di ognuno, può garantire ad ogni alunno di realizzarsi all'interno di un adeguato percorso di studio. Negli ultimi anni, a livello nazionale, sia la ricerca scientifica che la legge 170/2010, hanno affermato l'importanza, di promuovere, in ambito scolastico, progetti di prevenzione ed identificazione precoce delle difficoltà di apprendimento. Anche le Raccomandazioni, elaborate durante la “*Consensus Conference 3*”, pubblicate nel 2011, sottolineano l'importanza di condurre studi sui DSA su popolazioni a lingua trasparente, al fine di

migliorare la qualità e la quantità delle prove scientifiche disponibili. Questo progetto, è in linea con tali obiettivi.

Riguardo al metodo scelto, si rende opportuna una considerazione. Ha avuto certamente il vantaggio di rilevare in uno stesso arco temporale (Ottobre- maggio 2016), un campione formato da individui di età diverse, e di trarre informazioni su di esso, infatti si sono potuti studiare gruppi di bambini, di età compresa tra i 5 e i 7 anni. Ma tale metodo ha presentato anche dei limiti riguardo al processo di sviluppo da un'età all'altra; non ha permesso di raccogliere informazioni sui cambiamenti individuali nel corso del tempo.

PARTE PRIMERA

ENCUADRAMIENTO TEÓRICO

CAPITOLO I: I DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO

1. Definizione

Definire i disturbi specifici dell'apprendimento è compito alquanto arduo, considerata la problematicità nel riconoscere i connotati comuni a questi disturbi, e soprattutto nel riuscire a discernere le cause dagli effetti. Nel corso del tempo, tali disturbi, sono stati suscettibili di numerose definizioni, l'una diversa dall'altra, a seconda dei parametri che di volta in volta, venivano presi come riferimento. Le innumerevoli definizioni possono essere ricondotte a due principali orientamenti: quello descrittivo, che mira ad individuare le caratteristiche comuni e distintive dei bambini affetti da questi disturbi; quello cognitivista, che ricerca nel funzionamento mentale le cause delle difficoltà di apprendimento.

Una delle definizioni più avvalorata nel panorama scientifico, tanto da essere stata recepita dall'OMS, è quella avanzata da Hammil nel 1990. Adoperando l'espressione inglese "*specific learning disabilities*", egli fa riferimento ad una eterogeneità di disordini che si manifestano con sintomatiche difficoltà, nell'acquisizione e nell'uso di abilità di comprensione del linguaggio orale, espressione linguistica, lettura, scrittura, ragionamento o matematica. Questi disordini sono intrinseci all'individuo, presumibilmente legati a disfunzioni del sistema nervoso centrale, e possono essere presenti lungo l'intero arco di vita. I problemi che riguardano l'autoregolazione del comportamento, la percezione e l'interazione sociale possono essere associati al disturbo di apprendimento, ma per la loro stessa natura, non possono essere assimilati ai disturbi specifici di apprendimento. Nonostante possono coesistere con condizioni di *handicap* (per esempio, ritardo mentale, disturbo sensoriale o emotivo), o con influenze esterne, come le differenze culturali e l'insegnamento inadeguato, i disturbi specifici di apprendimento, non sono il risultato di queste condizioni o influenze. Infatti, i disturbi dell'apprendimento si distinguono in specifici o aspecifici, a seconda che siano associati o meno a particolari difficoltà negli apprendimenti scolastici: i disturbi di apprendimento specifici, comprendono i disturbi legati all'apprendimento della lettura (la dislessia evolutiva ed il disturbo specifico di comprensione), della scrittura (la disgrafia evolutiva e la disortografia), e dell'aritmetica (discalculia evolutiva e difficoltà di risoluzione dei problemi); quelli aspecifici includono disturbi legati a problematiche più generali, quali le difficoltà visuo-spaziali, la sindrome ipercinetica con carenza

d'attenzione, le problematiche legate all'aspetto emotivo-relazionale, ed alla scarsa coordinazione motoria. Inoltre, gli schemi di acquisizione delle capacità in questione sono compromessi sin dall'inizio dello sviluppo. Tali disturbi non dipendono nè da mancanza di opportunità ad apprendere, nè da patologie cerebrali acquisite; ma si ritiene che siano insite nell'individuo come anomalie nell'elaborazione cognitiva, collegate a qualche disfunzione biologica (in passato i disturbi dell'apprendimento venivano spesso indicati con l'espressione "disfunzione cerebrale minima"). Pertanto, è necessario escludere la loro dipendenza da determinati fattori esterni, denominati appunto "fattori di esclusione", nonostante questi ultimi, pur non costituendo la causa originaria del disturbo, siano spesso ad esso collegati. E questa coesistenza o mescolanza di fattori, comporta una maggiore difficoltà nell'individuazione dei Dsa e spesso porta ad interpretazioni poco chiare ed equivoche.

2. Caratteristiche principali

Sussiste un' ampia convergenza da parte della comunità scientifica, sui seguenti aspetti che caratterizzano i Dsa:

la base neurobiologica: anomalie funzionali e strutturali a carico di determinate aree cerebrali vengono indicate come correlati neurobiologici dei disturbi specifici dell'apprendimento. Tuttavia, è importante ricordare che i fattori biologici interagiscono con quelli ambientali, concorrendo alla comparsa dei disturbi dell'apprendimento;

il carattere evolutivo: sempre più studi confermano l'origine genetica dei disturbi specifici dell'apprendimento, che determinano un'anomala capacità d'apprendimento, che si manifesta già dalle prime fasi dello sviluppo;

la variabilità espressiva: ogni abilità d'apprendimento segue un percorso specifico, che tende ad avere una diversa espressività nelle varie fasi dello sviluppo;

la comorbidità: a conferma di una comune origine biologica, questi disturbi tendono a presentarsi simultaneamente, rendendo particolarmente eterogenei e complessi i quadri diagnostici;

la rilevanza: il disturbo deve avere un'interferenza significativamente negativa sull'adattamento scolastico, e/o sulle attività di vita quotidiana;

la specificità: si definiscono “specifici” in quanto la limitazione interessa un’abilità circoscritta, mentre il funzionamento intellettuale globale è preservato. In altri termini, deve emergere una “discrepanza” tra le capacità intellettive che risultano nella norma, ed un’abilità specifica (es. lettura), la quale risulta deficitaria in rapporto all’età ed alla classe frequentata dal soggetto. (Consensus Conference,2007)

Negli ultimi decenni, si è conseguito un notevole incremento delle conoscenze sul campo, grazie ai diversi contributi apportati dalla ricerca scientifica. Questo consente attualmente, di poter condividere la definizione e la classificazione dei DSA, anche tra professionisti e specialisti di diversa formazione (es. psicologi, neuropsichiatri, logopedisti, pedagogisti), di formulare una accurata diagnosi, nonché di predisporre trattamenti mirati. Un passo fondamentale, in questa direzione, è stato il lavoro compiuto da studiosi e professionisti nell’ambito della *Consensus Conference (2007)*, dove si sono riunite anche società scientifiche, per definire al meglio la questione.

3. La *Consensus Conference* e le “Raccomandazioni per la pratica clinica sui disturbi specifici dell’apprendimento”

Le “conferenze di consenso” rappresentano uno strumento utile ed efficace per raggiungere, mediante un procedimento convenzionale, un accordo riguardo problemi particolarmente complessi, sostenendo la scelta di orientamenti uniformi nella pratica clinica. L’Associazione Italiana Dislessia (AID), allo scopo di definire degli standard clinici per la diagnosi e per la riabilitazione della dislessia evolutiva, ha promosso, nel settembre del 2006, presso Montecatini, una *Consensus Conference* sui DSA, alla quale hanno aderito associazioni del settore e società scientifiche. Sono riportate in tabella 1.1 le società che si occupano di DSA presenti alla *Consensus Conference*:

TABELLA 1.1

ENTE PROMOTORE
AID Associazione Italiana Dislessia www.aiditalia.org
SOCIETÀ SCIENTIFICHE ED ASSOCIAZIONI:
ACP Associazione culturale pediatri www.acp.it
AIORAO Associazione Italiana Ortottisti Assistenti in oftalmologia www.aiorao.it
AIRIPA Associazione italiana per la ricerca e l'intervento nella psicopatologia dell'apprendimento. www.airipa.it
AITA Associazione italiana tecnici audiometristi www.audiometria.it
ANUPI Associazione nazionale unitaria psicomotricisti italiani www.anupi.it
FLI Federazione logopedisti italiani www.fli.it
SIGU Società Italiana di Genetica Umana www.sigu.net
SINPIA Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza www.sinpia.eu
SIP Società Italiana di Pediatria www.sip.it
SIAF Società Italiana di Audiologia e Foniatria www.sia-f.it
NeuroPsicologia dell'età evolutiva www.neuropsicologiaetaevolutiva.it
La Società Scientifica Logopedisti Italiani http://digilander.libero.it/ssliformazione

L'obiettivo principale era quello di formulare definizioni e pianificare argomentazioni relative ai DSA, chiare e condivise tra professionisti e specialisti. In questa sede, sono state elaborate le "Raccomandazioni per la pratica clinica sui disturbi specifici dell'apprendimento" pubblicate, per la prima volta, a fine gennaio 2007 (C.C., 2007). Tale documento, ha la prerogativa di offrire una definizione comune dei Disturbi Evolutivi Specifici dell'Apprendimento, riferita ai disturbi delle abilità

scolastiche, nonchè definirne i criteri diagnostici, l'eziologia, le procedure d'indagine, i segni precoci, l'evoluzione e la prognosi, facendo inoltre chiarezza sull'epidemiologia, la comorbilità ed il trattamento. Ancora oggi questo documento, riveduto ed aggiornato, prima nel 2009 (C.C., 2009) e poi, nel 2011 (P.A.R.C.C., 2011), rappresenta un punto di riferimento nazionale sull'argomento DSA, ed un orientamento condiviso basato sull'esperienza di esperti, e sullo stato dell'arte.

Il principale criterio individuato dai clinici per stabilire la diagnosi di DSA, è “quello della “discrepanza” tra abilità nel dominio specifico interessato (deficitaria in rapporto alle attese per l'età e/o la classe frequentata) e l'intelligenza generale (adeguata per l'età cronologica)”. I due parametri individuati per la definizione della discrepanza, sono:

la compromissione dell'abilità specifica deve essere inferiore a meno 2 deviazioni standard dai valori previsti per l'età e la classe frequentata;

il livello intellettivo deve essere nella norma, e non inferiore ad una deviazione standard dai valori previsti per l'età e la classe frequentata, che equivale ad un quoziente intellettivo di 85.

I criteri necessari per avere una diagnosi di DSA, indicati dalla *Consensus Conference*, sono:

- una “specificità”, intesa come disturbo che interessa uno specifico dominio di abilità in modo significativo ma circoscritto;
- un funzionamento intellettivo generale che ai test risulta nella norma, cioè adeguato all'età;
- l'esclusione di deficit o menomazioni sensoriali, e disturbi significativi della sfera emotiva;
- l'esclusione di situazioni ambientali di svantaggio socio culturale, che possano interferire con una adeguata istruzione.

I DSA presentano, dunque, secondo la *Consensus Conference*, le seguenti caratteristiche:

- il carattere evolutivo, quindi in opposizione ad acquisito;

- la diversa espressività del disturbo nelle differenti fasi evolutive dell'abilità in questione;
- la frequente presenza con altri disturbi (comorbilità);
- il carattere neurobiologico delle anomalie processuali.

4. I DSA nel mondo della scuola.

- La Legge 170/10: *“Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico”*

Per la prima volta, i DSA ottengono un riconoscimento nel mondo della scuola, attraverso la pubblicazione, nella Gazzetta Ufficiale n. 244 del 18 ottobre 2010, della Legge n.170 dell'8 ottobre 2010: “Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico”. Tale legge è stata fortemente voluta dall'AID (Associazione Italiana Dislessia), e dalle altre principali associazioni nazionali del settore.

La presente legge, riconosce la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia quali disturbi specifici di apprendimento, che si manifestano in presenza di capacità cognitive adeguate, in assenza di patologie neurologiche, e di *deficit* sensoriali, ma possono costituire una limitazione importante per alcune attività della vita quotidiana. Ai fini della presente Legge, si intende per:

- Dislessia: un disturbo specifico che si manifesta con una difficoltà nell'imparare a leggere, in particolare nella decifrazione dei segni linguistici, ovvero nella correttezza e nella rapidità della lettura;
- Disgrafia: disturbo specifico di scrittura che si manifesta in difficoltà nella realizzazione grafica;
- Disortografia: disturbo specifico di scrittura che si manifesta in difficoltà nei processi linguistici di transcodifica;
- Discalculia: disturbo specifico che si manifesta con una difficoltà negli automatismi del calcolo e dell'elaborazione dei numeri.

La legge 170/2010 e le linee guida ministeriali del MIUR del luglio 2011, hanno contribuito a fare chiarezza, legiferando in un settore dove c'erano molte lacune

normative, stabilendo delle regole puntuali ed inequivocabili su come agire in ambito scolastico, determinando misure dispensative e compensative. Le finalità sono quelle di garantire il diritto all'istruzione anche a chi si trova in una condizione di difficoltà, e quindi offrire pari opportunità a tutti gli studenti, indistintamente, rimuovendo gli ostacoli che di fatto impediscono l'esercizio di tale diritto (art. 3 Cost.), mediante l'utilizzo di strumenti ausiliari in ambito scolastico, e la realizzazione di una didattica il più possibile adeguata e personalizzata, in funzione della specificità di ciascun alunno. L'intenzione del legislatore è, inoltre, quella di formare i docenti affinché non si trovino impreparati nell'affrontare i nuovi scenari e le nuove sfide, nonché coinvolgere i genitori nelle problematiche riguardanti l'apprendimento, e creare una compartecipazione, scuola- famiglia-servizi, che possa essere la base di ogni iniziativa educativa rivolta al benessere, riducendo i disagi ed eventualmente, abbattendo le barriere che comprometterebbero l'autostima e la motivazione allo studio. Di seguito, un riepilogo degli argomenti affrontati dai vari articoli della Legge 170/10:

1. Articolo 1: nel fornire la definizione di dislessia, discalculia, disgrafia e disortografia, pone l'attenzione sul fatto che tali disturbi vengono tutelati dalla legge, purché non associati a minorazioni che diano origine a disabilità.

2. Articolo 2: indica le finalità costruite su interventi precoci, sensibilizzazione delle famiglie, e diritto all'inclusione scolastica e sociale.

3. Articolo 3: è relativo all'individuazione precoce dei disturbi specifici di apprendimento (DSA), che può essere operata anche dalla scuola, previo avviso alle famiglie. Si prevede che il Ministero possa avviare degli *screening* nelle scuole per individuare i bambini a rischio, il cui esito non è la diagnosi.

4. Articolo 4: prevede la formazione del personale dirigente e docente delle scuole di ogni ordine e grado, circa le strategie di individuazione precoce e di didattica adeguata.

5. Articolo 5: stabilisce per gli alunni con diagnosi di DSA, il diritto all'utilizzo di strumenti compensativi e dispensativi, l'utilizzo di tecnologie informatiche, tempi più lunghi per lo svolgimento delle prove, e la possibilità di esonero dallo studio della lingua straniera.

6. Articolo 7: prevede che il Ministero dell'Istruzione - d'intesa con quello della Salute - emani delle Linee Guida per la predisposizione di protocolli regionali per

l'individuazione precoce dei casi di DSA. Lo stesso articolo prevede che sempre il Ministero emani decreti relativi alla formazione dei docenti, ed all'individuazione di forme di verifica e valutazione, finalizzate ad evitare condizioni di svantaggio.

La Legge 170/2010 sui Disturbi Specifici di Apprendimento, si prefigge di tutelare gli alunni con difficoltà di apprendimento durante il loro percorso scolastico, ed impone agli insegnanti, di ogni ordine e grado, una riflessione sul metodo da adottare per rispondere, in maniera favorevole, alla crescente eterogeneità delle classi italiane.

5. Bisogni Educativi Speciali

I DSA sono studenti che presentano Bisogni educativi Speciali.

Ianes (2005), definì il bisogno educativo speciale come qualsiasi difficoltà evolutiva, in ambito educativo e di apprendimento, che si manifesta in un funzionamento (secondo il modello ICF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) problematico per il soggetto, e ne costituisce un danno, un ostacolo e una stigma sociale, indipendentemente dall'eziologia. Questo tipo di problematiche, per Ianes, sono suscettibili di una didattica speciale e personalizzata, per cercare di dare a ciascuno ciò di cui ha realmente bisogno.

Il 27 Dicembre 2012 è stata emanata dal MIUR la direttiva “ *Strumenti d'intervento per gli alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica*”. La direttiva riconosce che “*Ogni alunno, con continuità o per determinati periodi, può manifestare Bisogni Educativi Speciali: o per motivi fisici, biologici, fisiologici o anche per motivi psicologici, sociali, rispetto ai quali è necessario che le scuole offrano adeguata e personalizzata risposta...*”(Direttiva 27/12/2012).

Questa direttiva nasce dall'esigenza di dare delle precisazioni, e di ampliare e completare il contenuto delle “*Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico*” (Legge 170/2010), le quali riconoscono, come DSA, soltanto la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia, mentre le situazioni in cui l'apprendimento può essere difficoltoso o complicato sono molteplici.

5.1 DSA e BES

I BES possono presentarsi con permanenza, oppure per periodi circoscritti della vita dell'alunno, in quanto svariate e differenti sono le cause che li originano: fisiche, biologiche, fisiologiche, psicologiche o sociali. L'area dei Bisogni Educativi Speciali, nota in Europa come *Special Educational Needs* (Unesco, 1997), rappresenta quell'area dello svantaggio scolastico che il MIUR ha distinto in tre sotto-categorie di alunni:

1. Alunni con disabilità;
2. Alunni con disturbi evolutivi specifici;
3. Alunni con svantaggio socio-economico, linguistico, culturale.

Nell'ambito dei Disturbi Evolutivi Specifici rientrano:

i DSA;

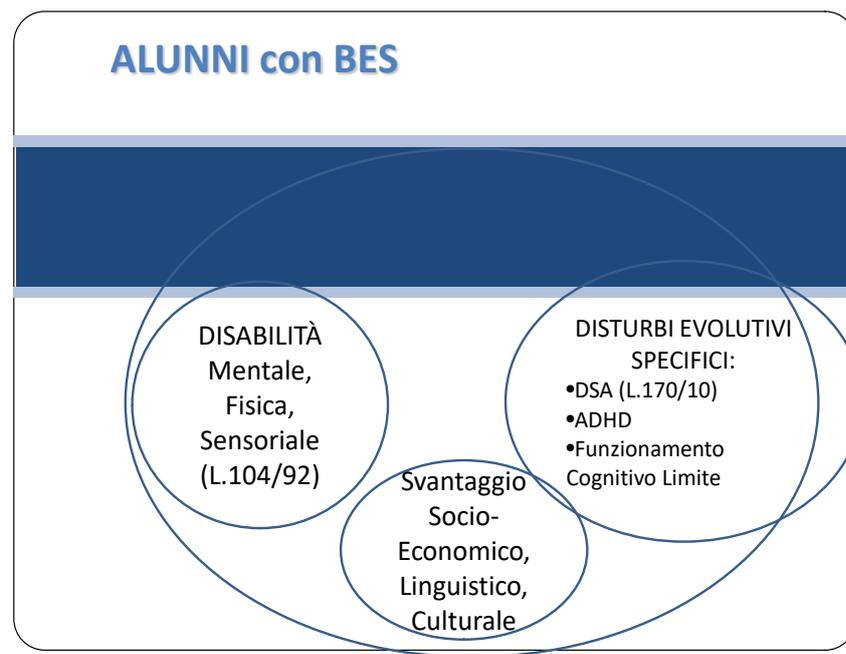
i deficit del linguaggio;

i deficit delle abilità non verbali;

i deficit della coordinazione motoria;

i deficit dell'attenzione e dell'iperattività.

La figura che segue riporta le tre aree distinte e separate.



Il funzionamento cognitivo limite rappresenta il confine di separazione fra la disabilità ed il disturbo specifico. E' corretto comprendere, anche osservando la figura sopra esposta, che queste problematiche non possono essere tutte certificate ai sensi della legge 104/92, proprio perché non tutte costituiscono patologie invalidanti per il soggetto. La conseguenza di ciò era inevitabilmente, la necessità di una normativa di riferimento, che garantisse a questi alunni la possibilità di ricevere un'adeguata considerazione nell'ambiente scolastico.

A tal fine fu emanata la legge 170/2010, che concentrava l'attenzione sugli alunni con DSA, ritenendo tali tutti quegli alunni con competenze intellettive nella norma o anche elevate che, per specifici problemi, possono incontrare delle rilevanti difficoltà in ambito scolastico, spesso causa di insuccessi. Ma, rispetto ai profili delineati dalla legge 170/2010, gli studenti con Bisogni Educativi Speciali, includono un numero più ampio di difficoltà/disturbi. Anche se la legge contempla solo la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia, si possono includere nei DSA anche altre problematiche, che in genere si presentano in alunni con competenze intellettive nella norma. Tra queste si possono annoverare:

disturbi specifici del linguaggio;

disturbi specifici nelle aree non verbali (coordinazione motoria, disprassia);

disturbo dello spettro autistico lieve.

Per questi alunni, la legge prevede che si programmino le opportune metodologie e strategie di intervento, proprio per garantire l'inclusività. La direttiva sui Bisogni Educativi Speciali, riserva una sezione proprio agli alunni che presentano difficoltà nel controllo attentivo e/o dell'attività, spesso denominati con la sigla A.D.H.D. (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*).

L'ADHD ha un'origine neurobiologica, e comporta delle difficoltà di autocontrollo, apprendimento e socializzazione; inoltre, risulta spesso associato ad un DSA. Frequentemente l'ADHD è in comorbilità con uno o più disturbi dell'età evolutiva, causando: disturbi oppositivi provocatori; disturbi della condotta in età adolescenziale; disturbi d'ansia; dell'umore, e DSA. La direttiva sui Bisogni Educativi Speciali completa quindi le disposizioni della legge 170 del 2010, assicurando ad un più ampio

numero di alunni, l'applicazione delle tutele necessarie per favorire l'apprendimento. Inoltre, occorre sottolineare che i BES non rappresentano un'etichetta diagnostica di per sé, ma possono essere la conseguenza di una diagnosi. Pertanto, alla luce della nuova normativa, gli alunni con BES possono usufruire degli stessi espedienti previsti dalla legge 170/2010 per i profili di DSA.

6. I principali sistemi di classificazione diagnostica dei DSA

I principali manuali diagnostici internazionali utilizzati dai clinici sono: il DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*), e l'ICD-10 (la decima versione *dell'International Classification of Disorders*), di seguito brevemente riportati con le relative definizioni e classificazioni dei DSA.

6.1 II DSM-IV-TR

In questo manuale diagnostico, redatto dall'*American Psychiatric Association* (2000), i DSA rientrano nel settore dei Disturbi generalmente identificati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza, e precisamente all'Asse I. Sono definiti come Disturbi dell'Apprendimento: *«Caratterizzati da un funzionamento scolastico che è sostanzialmente inferiore a quanto ci si aspetterebbe data l'età cronologica, la valutazione psicometrica dell'intelligenza, e una educazione appropriata all'età del soggetto»*.

I disturbi specifici, individuati dall'Asse 1, sono:

- Disturbo della Lettura (315.00);
- Disturbo del Calcolo (315.1);
- Disturbo dell'Espressione Scritta (315.2),
- Disturbo dell'Apprendimento Non Altrimenti Specificato (315.9).

Secondo il DSM-IV-TR, il sessanta -ottanta per cento delle persone con diagnosi di Disturbo della Lettura è di genere maschile; le scuole segnalano ai servizi soprattutto i maschi, poiché diversamente dalle femmine, manifestano un comportamento più irrequieto e problematico. In effetti, questo dato si bilancia, quando si procede ad una valutazione diagnostica rigorosa e scientificamente validata (ad esempio, le procedure

di *screening* nelle scuole primarie). Per quanto riguarda la comorbilità, ovvero l'associazione tra questi disturbi, nel manuale si afferma che i disturbi della lettura, dell'espressione scritta e del calcolo sono comunemente associati, e che il disturbo di lettura è prorompente, ossia è presente nella maggior parte dei casi. Rispetto alla diagnosi dei DSA, il manuale precisa che : *“I disturbi dell'apprendimento sono diagnosticati quando i risultati ottenuti dal bambino in test standardizzati, somministrati individualmente, su lettura, calcolo o espressione scritta risultano significativamente al di sotto di quanto previsto in base all'età, all'istruzione, e al livello d'intelligenza. Essi interferiscono in modo significativo con i risultati scolastici o con le attività della vita quotidiana che richiedono capacità di lettura, di calcolo o di scrittura”*.

Nel DSM- IV possiamo, inoltre, trovare alcuni dei disturbi che si associano al DSA: basso livello di autostima, difficoltà di relazione con gli altri. Il manuale si sofferma molto sui criteri da utilizzare per una diagnosi differenziale: infatti, i bambini possono scrivere male, ma non sempre per un disturbo di apprendimento. Una negativa prestazione del soggetto potrebbe dipendere da difficoltà scolastiche legate alla mancanza di opportunità, insegnamento scadente, o fattori culturali, ragion per cui è necessario poterne escludere il verificarsi.

La nuova edizione del manuale, il DSM V (American Psychiatric Association, 2013), raccomanda di non utilizzare le singole etichette diagnostiche ma di utilizzare la definizione più generale di «Disturbo Specifico di Apprendimento» ed inoltre, prevede, il disturbo del linguaggio orale e le difficoltà nella comprensione ed elaborazione del testo letto e scritto, come forme del disturbo. I criteri diagnostici, secondo il DSM-V (APA, 2013) sono: le difficoltà nell'apprendere ed utilizzare abilità scolastiche, emerse dalla presenza dei seguenti sintomi, persistenti da almeno 6 mesi (nonostante gli interventi): lettura di parole lenta e scorretta, difficoltà a comprendere il significato delle parole lette, difficoltà con l'ortografia; difficoltà nella produzione del testo scritto, difficoltà a padroneggiare le competenze del numero, del calcolo e, più in generale, aritmetiche.

6.2 L'ICD-10

Nella classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi comportamentali (ICD-10,1992), redatta dall'OMS, i DSA sono compresi nella voce “disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche”, e sono definiti nel seguente modo:

“Frequentemente i disturbi in questione si presentano insieme con altre sindromi cinetiche o ad altri disturbi evolutivi. L'eziologia dei disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche non è nota, ma si suppone che vi sia un intervento significativo di fattori biologici, i quali interagiscono con fattori non biologici producendo le manifestazioni”.

In questo manuale diagnostico, i DSA sono inquadrati all'interno dei disturbi dello sviluppo psicologico. figurando nella sezione generale denominata “Disturbi dello sviluppo psicologico” (F80-F89), con il codice F81: Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche. I diversi tipi di DSA presentano i seguenti codici di riferimento:

F81.0 - Disturbo specifico della lettura;

F81.1 - Disturbo specifico della scrittura;

F81.2 - Disturbo specifico delle abilità aritmetiche;

F81.3 - Disturbi misti delle capacità scolastiche (ove siano presenti più di uno dei disturbi specifici ora indicati);

F81.8 - Altri disturbi evolutivi delle abilità scolastiche;

F81.9 - Disturbi evolutivi delle abilità scolastiche non specificati.

Per quanto riguarda le caratteristiche dei DSA, l'ICD-10 afferma che:

“Sono disturbi nei quali le modalità normali di acquisizione delle capacità in questione sono alterate già nelle fasi iniziali dello sviluppo. Essi non sono semplicemente una conseguenza di una mancanza di opportunità di apprendere e non sono dovuti a una malattia cerebrale acquisita”. Nel manuale, si ritiene, inoltre, che tali disturbi derivino da anomalie nel processo di elaborazione delle conoscenze, legate in linea di massima, a disfunzioni di tipo biologico. Queste condizioni si riscontrano maggiormente nei maschi, e questo vale anche per la maggior parte degli altri disturbi dello sviluppo.

Nella tabella 1.2, si propone una sintesi dei disturbi specifici di apprendimento, che evidenzia le caratteristiche ed i relativi codici dell'ICD-10. Si riporta anche l'età minima per eseguire una diagnosi clinica certa sui DSA, la stima della letteratura scientifica italiana riguardo alla percentuale di manifestazione pura del disturbo (non in comorbilità con altri disturbi), ed infine la familiarità del disturbo tra i genitori.

Il panorama internazionale, presenta dati pressoché uniformi, ad eccezione della stima percentuale della manifestazione pura del disturbo, che dipende dalle caratteristiche della lingua delle singole nazioni.

Codice	Disturbo Congenito evolutivo	Caratteristiche	Diagnosi	Stima manifestazione pura del disturbo	Familiarità
F.81	Dislessia	riguarda la Lettura	dai 7 anni	3,1 - 4,5%	presente (70% circa)
F.81 .1	Disgrafia e Disortografia	riguarda la Scrittura	dai 7 anni	rare manifestazioni pure	presente
F.81 .2	Discalculia	riguarda il calcolo (4 operazioni)	Da gli 8 anni	1,3% Manifestazione pura	presente

Tabella 1.2 – Classificazione sintetica dei DSA

Come riportato in tabella, una diagnosi di dislessia, disortografia e disgrafia, non può essere effettuata prima del termine della seconda classe della scuola primaria, poiché tale momento, coincide con l'età in cui normalmente si completa il ciclo d'istruzione formale del codice scritto. Per la discalculia, prima di formalizzare una diagnosi, bisogna attendere il completamento della terza classe della scuola primaria. Le linee guida della *Consensus Conference*(2007), segnalano la necessità, di prestare comunque attenzione, già dalla fine della classe prima della scuola primaria, ad alcuni elementi possibili indicatori di rischio. Laddove siano presenti, è auspicabile predisporre interventi abilitativi idonei a scuola e nel campo clinico (ad esempio percorsi di logopedia). Nei casi più esigenti, può essere formulata un'ipotesi di diagnosi, ma sempre da verificare ed eventualmente ufficializzare alla fine della seconda classe della scuola primaria (Linee guida, SINPIA, 2005). In tutte le altre classi, grazie alla Circolare Ministeriale n. 8, prot. 561, del 6 marzo 2013, si riconosce la possibilità di attuare un Piano Didattico Personalizzato, comprese tutte le misure dispensative e gli strumenti compensativi più idonei, a tutti gli studenti che hanno già compiuto gli accertamenti diagnostici, ma che sono in attesa dell'arrivo ufficiale della diagnosi. Nell'ultimo anno di tutti i cicli finali, la diagnosi non può essere presentata oltre il 31 marzo, come sancito nella Conferenza Stato-Regioni (Intesa del 25/07/2012), sulle certificazioni per i disturbi specifici di apprendimento.

7. Dati epidemiologici: l'incidenza

Anche se le difficoltà di apprendimento scolastico riguardano il 10-20% della popolazione scolastica, l'incidenza di questi disturbi è stimabile mediamente intorno al 3- 5%, a seconda dell'età, nonché dei criteri e degli strumenti utilizzati dai ricercatori. Si tratta di valori importanti, che implicano la presenza media di un alunno per classe, con queste difficoltà. Esiste comunque un'ampia variabilità nei dati esistenti. Per Kavale e Forness (1996), il disturbo di lettura, si colloca nel *range* da 2-10%; il disturbo di scrittura, nel *range da* 2-8%, il disturbo del calcolo, si colloca nel *range* 1-6%. In Italia, paese a sistema linguistico trasparente, la prevalenza viene valutata intorno al 2,5-3,5% da Stella (1999), mentre sono stati rilevati valori inferiori da Coscarella (2001) (0.88-1.23%), e superiori da Curci e Ruggerini (1992) (3.65%), e Tressoldi (2001) (5-10%). Questo ha portato la *Consensus Conference* a costituire un

gruppo specifico, con l'incarico di raccogliere dati epidemiologici affidabili, riferiti alla realtà italiana. Un dato inconfutabile è che l'incidenza dei casi è maggiore nei paesi che possiedono un sistema di scrittura non trasparente e più complesso, come quelli di lingua inglese. Negli U.S.A., ad esempio, la percentuale di casi riscontrata arriva a superare l'8 - 10% .

7.1 DSA e Spettro Autistico

Circa il 25% degli AS presenta disturbi specifici dell'apprendimento. E molti presentano condizioni più lievi, clinicamente irrilevanti, o già inquadrate all'interno dell'AS.

Con alcune di queste condizioni è anche presente una forte convergenza genetica. Circa il 20-40% degli AS presenta un quadro simile al disturbo di apprendimento non verbale. Circa il 20-40% degli AS presenta disprassia. Circa il 20% presenta forme di discalculia o dislessia.

8. Aspetti eziologici

Le cause dei disturbi specifici di apprendimento non sono ancora molto evidenti e la diatriba fra gli studiosi del settore è ancora aperta. Un'ipotesi, sostenuta da diverse ricerche, individua nei fattori genetici una delle possibili cause; infatti, si è constatato che la frequenza del disturbo è dirompente più nei maschi che nelle femmine, e che spesso si riscontrano casi di familiarità.

Le più recenti ricerche eziologiche, hanno ricondotto le cause di tali disturbi, principalmente a due fattori, genetici ed acquisiti, ed hanno dimostrato che tali aspetti spesso sono tra loro correlati.

1. Fattori genetici: Riguardo agli aspetti genetici, esistono tre tendenze convergenti, che indicano come la dislessia, o almeno qualcuna delle sue forme, sia ereditaria: studi di gemelli dislessici, di famiglie dislessiche e studi genetici molecolari (Grigorenko, 1997). Questi studi hanno dimostrato che il rischio di dislessia per i parenti di primo grado si colloca fra il 35 ed il 45%. I gemelli monozigoti concordano al 84%, i dizigoti al 50%. E' stata dimostrata un'associazione genetica fra i disturbi di lettura ed i cromosomi 1, 2, 6, 13,14, 15. Si sono individuate correlazioni fra il cromosoma 6 e la

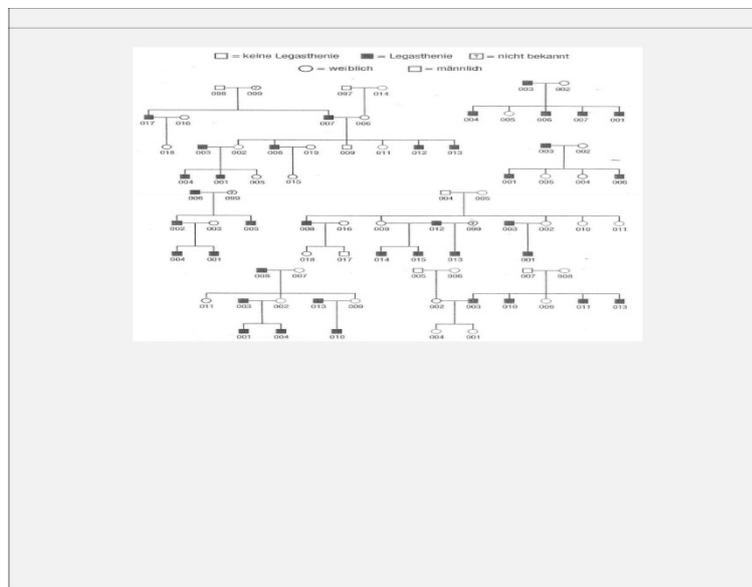
consapevolezza fonologica, fra il cromosoma 15 e la lettura di singoli fonemi (Grigorenko, Wood, Meyer, et al., 1997). Inoltre, gli studi di associazione genetica, hanno potuto constatare che esistono regioni di un certo interesse per la dislessia, che sono diffuse in tutte le regioni del genoma umano. L'orientamento odierno prevalente afferma che si nasce, vive e muore dislessici, anche se con una grande variabilità individuale nell'evoluzione del disturbo: alcuni adulti conservano una marcata dislessia, altri (definiti compensatori) evitano di esporsi in situazioni pubbliche, ed utilizzano con successo strategie alternative alla lettoscrittura, altri ancora (definiti in ricerche in paese anglofobi "*recovered*"), hanno recuperato ed il disturbo compare soltanto in casi di spossatezza, o in situazioni di confusione o di difficoltà. Spesso solo un meticoloso esame neuropsicologico può ancora identificarli come tali. Considerata la multiformità dell'argomento, tutte queste importanti osservazioni non rappresentano un traguardo, ma il punto di partenza per condurre ulteriori studi.

2. Fattori acquisiti: sono quelle complicazioni in fase perinatale o postnatale, come ad esempio, una sofferenza cerebrale precoce, che rallenta la crescita, come avviene nei neonati pretermine di basso peso, e nei neonati a termine con asfissia, provocando anche un rallentamento nei processi di apprendimento. Molto spesso queste difficoltà si evidenziano come disabilità neuropsicologiche specifiche (deficit di attenzione, disturbi linguistici, disturbi di memoria, alterazione delle competenze spazio-temporali, goffagine). Disturbi della memoria a breve termine come esito di un grave trauma cranico, arresto cardiorespiratorio, un episodio di ernia titoriale da idrocefalo, possono essere cause di dislessia. Un focolaio epilettico nella regione temporo-occipitale inferiore sinistra, spesso è associato ad un disturbo della memoria verbale. Lesioni di varia natura, o ritardo nella maturazione del giro angolare, che collega l'area uditiva con quella visiva, provocano alessia (incapacità di leggere) con agrafia ((incapacità di scrivere), ossia cecità per le parole e disturbi della scrittura, come pure lesioni della sostanza bianca periventricolare del lobo occipitale sinistro, provocano alessia senza agrafia (cecità pura per le parole). Tutte queste forme lesionali non sono molto frequenti in età evolutiva (Dott. S. Agostinelli Dirigente Medico U.O. Pediatria Neurologia Pediatrica Area Vasta 5 – ASUR Marche).

8.1 Una ricerca sull'ereditarietà dei DSA

Una ricerca di Koerne (2004), ha indagato i livelli di familiarità della dislessia, considerando l'albero genealogico di una famiglia, a partire dalla situazione dei bisnonni di bambini dislessici. La tabella sottostante dimostra che casi di dislessia si riscontrano in tutte le successive generazioni. Emerge ancora, un dato interessante, rappresentato dall'alta frequenza di matrimoni tra dislessici, probabilmente perché caratterizzati dalle medesime difficoltà, o perché frequentanti le stesse scuole speciali, o le stesse associazioni. In tabella emerge che i dislessici, nel 50% dei casi, risultano avere almeno un genitore, o un fratello dislessico. I fratelli di un bambino dislessico hanno una maggiore probabilità (3, 2 volte superiore), rispetto agli altri bambini, di esserlo anche loro. Nonostante questa forte incidenza familiare del disturbo, non si può parlare di ereditarietà dominante (Koerne, 2004).

Albero genealogico di più generazioni di famiglie che presentano casi di DSA



9. Evoluzione dei DSA.

L'evoluzione di tali Disturbi, è favorita dalla precocità ed adeguatezza dell'intervento, oltre che dalle misure compensative assunte durante il percorso scolastico, per favorire l'apprendimento. Quest'ultimo aspetto è rilevante per giungere ad una prognosi favorevole rispetto all'evoluzione sociale e della personalità, di chi presenta queste problematiche. Infatti, coloro che convivono con questi disturbi, frequentemente vanno incontro a storie di insuccesso, che spesso compromettono non solo la carriera scolastica, ma anche lo sviluppo della personalità, ed un adattamento sociale equilibrato (Stone e La Greca, 1990; Vogel, 1990; Biancardi, 1991; Masi et al., 1998; Stringer et al., 1999). Circa l'80% dei bambini con problemi di apprendimento, presentano anche problematiche di tipo relazionale. Spesso, tali bambini, presentano minore adattamento sociale ed emotivo poichè sono meno accettati e più facilmente respinti rispetto agli altri compagni, per questo motivo esprimono, bassa autostima, maggiore ansia, ritiro in se stessi, sentimenti che spesso conducono alla depressione (Searcy, 1988; Wong, 1996). Queste considerazioni, hanno portato negli ultimi anni, anche in Italia, a riporre l'attenzione sulla prevenzione, mettendo a punto programmi di potenziamento dei prerequisiti degli apprendimenti scolastici di base, da utilizzare già a partire dalla scuola dell'infanzia (Terreni et al., 2002; Tretti et al., 2002). La *Consensus Conference(2007,2011)*, ha valorizzato questo aspetto, dedicando un paragrafo agli interventi e soprattutto alle finalità di essi: ridurre l'impatto dannoso sulla carriera scolastica, e sulla vita degli alunni. Un efficace intervento, prevede l'impiego di conoscenze legate a figure professionali diverse (psicologo, neuropsichiatra, pedagogo, logopedista), e richiede, inoltre, la collaborazione sinergica tra "alunno-famiglia-scuola-esperto". Sin dalla scuola dell'infanzia è possibile attuare degli interventi preventivi rivolti a tutti gli alunni, allo scopo di potenziare i prerequisiti. Durante il primo anno di scuola primaria è, invece, opportuno somministrare test di *screening*, in modo da individuare i bambini a rischio, così da favorirne il monitoraggio ed un'eventuale diagnosi precoce. Questo *iter* consente, qualora ce ne fosse bisogno, di attuare tempestivamente dei percorsi di potenziamento per quelle abilità che risultano compromesse. Il bambino che riceve una diagnosi precoce, e viene sottoposto ad un potenziamento, ha maggiori probabilità di migliorare le prestazioni. I genitori dei bambini con disturbi specifici dell'apprendimento, possono

consultare un esperto, che possa garantire un approccio scientifico al caso: valutazione, diagnosi ed applicazione di un trattamento basato sui punti di forza e debolezza del bambino; sono passaggi fondamentali per auspicare un miglioramento nello sviluppo delle competenze compromesse dal disturbo, ed evitare possibili ripercussioni negative a livello emotivo-motivazionale (quali ad esempio il senso di frustrazione conseguente ai ripetuti insuccessi). Le caratteristiche dei DSA che sono state rilevate e descritte in questo capitolo potrebbero essere così sommariamente sintetizzate:

- si manifestano in soggetti normodotati, con normali capacità intellettive e sociali. Ciò significa che non bisogna sorprendersi se un bambino è carente solo in alcune abilità, al contrario, questa fisionomia rappresenta una peculiarità, un segno caratteristico che può indirizzare l'insegnante ed il genitore verso una richiesta specifica di accertamento diagnostico;

- sono di origine costituzionale, cioè fanno parte del patrimonio genetico del soggetto;

- non sono facilmente prevedibili prima dell'età scolare. Solo il disturbo specifico del linguaggio viene considerato un significativo premonitore di possibili disturbi dell'apprendimento, mentre altri aspetti, come ad esempio il mancato gattonamento o la grossolanità motoria, non sono collegati con certezza alla comparsa dei DSA;

- accompagnano il soggetto nel corso del suo sviluppo. Ciò significa che bisogna assecondare il disturbo, senza mai mirare oltre misura alla rapida scomparsa delle difficoltà;

- non sono "guaribili", ma le conseguenze funzionali si modificano attraverso adeguate misure didattiche ed educative. Dunque, è necessario che gli insegnanti imparino ad accettare pazientemente la persistenza degli errori nel tempo, ed a misurare i miglioramenti sull'incremento delle capacità di conquista dei processi di lettura e di scrittura;

- spesso sono accompagnati da manifestazioni psicologiche e relazionali disturbate, classificate comunemente come disturbi della condotta, in particolare ansia da prestazione, ed il sottrarsi alle attività. Inoltre, possono manifestarsi con dei rimbalzi

psicologici, quali una perdita di autostima, e la tendenza ad assumere ruoli aggressivi per compensare la difficoltà;

- spesso sono associati a disturbi dell'attenzione e dell'iperattività. Il bambino con DSA è spesso incapace di mantenere a lungo l'attenzione sul compito, e questo può essere sia la conseguenza del disturbo di apprendimento, che la causa primitiva, nel senso che il bambino può avere difficoltà a mantenere l'attenzione per l'eccesso di sforzo richiestogli dal compito, e viceversa può avere difficoltà di esecuzione derivanti da instabilità attentiva primaria. Lo studio delle disabilità specifiche di apprendimento, delle loro conseguenze sulla scolarizzazione, e delle loro possibilità di recupero, ha ancora molti aspetti oscuri che richiederanno ulteriori ricerche e studi, anche se, i più recenti, hanno completamente rivoluzionato la prospettiva sui disturbi specifici dell'apprendimento.

**CAPITOLO II: DIAGNOSI E TRATTAMENTO DEI DISTURBI SPECIFICI
DELL'APPRENDIMENTO SCOLASTICO**

1. Criteri diagnostici

Il percorso diagnostico dei DSA è spesso lungo, scrupoloso e facilmente può indurre in errori interpretativi. Per pervenire alla certificazione di un disturbo specifico bisogna attenzionare dei criteri, al fine di soddisfare diverse condizioni. La *Consensus Conference*, nel documento redatto nel gennaio 2007, ha indicato precisi criteri diagnostici di inclusione e di esclusione, definendo anche alcune implicazioni operative inerenti. Il principale criterio, necessario per effettuare una diagnosi di DSA, è quello della “discrepanza” tra abilità nel dominio specifico interessato e l’intelligenza generale. I domini specifici dei DSA sono: lettura, ortografia, grafia, numero, procedure esecutive del numero, e calcolo. Accanto a questo, vi è la necessità di escludere la presenza di disturbi sensoriali o neurologici gravi, e di disturbi significativi della sfera emotiva, ma anche di situazioni ambientali di svantaggio socio-culturale, che possono interferire con un’adeguata istruzione. Si può pervenire ad una diagnosi di Disturbo Specifico di Apprendimento quando, ai test standardizzati di lettura, scrittura e calcolo, il livello di una o più di queste tre competenze risulta di almeno due deviazioni standard inferiore ai risultati medi prevedibili, oppure l’età di lettura e/o di scrittura, e/o di calcolo, è inferiore di almeno due anni in rapporto all’età cronologica del soggetto, e/o all’età mentale, misurata con test psicometrici standardizzati, nonostante una adeguata scolarizzazione (Cornoldi, 1999).

2. Indagine diagnostica

Per una accurata indagine, è necessario non trascurare le principali fonti d’informazione:

✓ Anamnesi: accurata e mirata alle possibili cause: sofferenza encefalica precoce (pre o perinatale), o post-natale (infezioni, traumi, encefalopatie epilettiche, etc.); alterato sviluppo delle tappe motorie, prassiche e linguistiche, discalculia, disortografia. Indagine sui tempi di acquisizione delle abilità di pregrafismo, e dei primi elementi di lettura, scrittura e calcolo;

✓ Esame somatico obiettivo: misurazione della circonferenza cranica, valutazione dell'accrescimento staturo- ponderale, e rilievo di eventuali disfunzioni-alterazioni di organi ed apparati, in particolare uditivo e visivo.

✓ Esame neurologico: valutazione dell'organizzazione posturale-motoria, delle abilità prassiche manuali, della coordinazioni visuo-motoria, della dominanza laterale; rilievo di segni patologici (spasticità, discinesie, atassia, aspetti disprassici e disartrici, etc.) (Peters, Romine, e Dykman, 1975).

✓ Valutazione dell'intelligenza generale con l'uso di almeno un test psicometrico (WPPSI, WISC R, WAIS R; Scala Stanford Binet, Culture Free Cattell test); è importante considerare il profilo delle prove, in particolare possibili discrepanze fra subtest verbali e di *performance*; una differenza superiore a 2 deviazioni standard (30 punti), è indicativa di danno cerebrale;

✓ Valutazione delle abilità di lettura e scrittura;

✓ Valutazione di varie funzioni neuropsicologiche con batterie specifiche, da utilizzare in modo mirato caso per caso:

- per le competenze percettive visuo-spaziali e visuo-motorie grafo-spaziali;

- per le abilità di memoria: uditiva e visiva;

- per le capacità di attenzione;

- per le abilità motorie;

- per la dominanza laterale;

-per le competenze linguistiche (abilità di comprensione, produzione, fluenza verbale);

- per i prerequisiti della lettura e scrittura;

✓ Valutazione della sfera emotivo - relazionale, mediante colloqui con i soggetti ed i familiari, osservazione del comportamento;

✓ Valutazione pediatrica diretta ad individuare possibili disturbi somatici significativi, come l'anemia, il diabete, grave asma, che possono influire sull'adattamento e l'apprendimento scolastico;

✓ Visita oculistica per l'esame dell'acuità visiva, e/o di eventuali disturbi della coordinazione binoculare;

✓ Visita otorinolaringoiatrica (ORL) per l'esame obiettivo dell'udito, per il rilievo di eventuale ipertrofia adenotonsillare, o disturbo respiratorio con conseguente disturbo del sonno, otiti medie croniche e così via;

✓ *Screening* psicodiagnostici di gruppo.

Le Linee Guida (2011), sottolineano l'utilità, presso la scuola dell'infanzia, nell'ultimo anno di frequenza, quando i bambini hanno raggiunto i 5 anni di età, dell'utilizzo di questionari osservativi, da parte degli insegnanti, per individuare aspetti maturativi delle abilità cognitive e delle funzioni neuropsicologiche, costituenti i prerequisiti di lettura, scrittura e calcolo.

Presso la scuola primaria, è utile, al termine del I ciclo, somministrare prove standardizzate per la valutazione della lettura, della scrittura e del calcolo, per individuare difficoltà specifiche di apprendimento (Terreni, 2002),

2.1. La diagnosi funzionale

Inoltre, risulta utile stabilire, attraverso la **diagnosi funzionale**, quali processi di apprendimento e/o di adattamento sono utilizzati dai soggetti con problemi cognitivi, quali strategie sono presenti, quali sono le abilità residue o compromesse, le potenzialità ed i livelli di sviluppo.

Tressoldi e Vio (1996) hanno elaborato delle linee generali, utili come guida per la stesura di diagnosi funzionale, da parte di psicologi ed operatori del settore, secondo le quali è possibile affermare che:

“La diagnosi funzionale dovrebbe contenere alcuni dati e informazioni che si ricavano dalla valutazione offerta dagli insegnanti e dai dati contenuti nella diagnosi funzionale elaborata dal clinico”. L'approfondimento diagnostico, quindi, si espleta in due momenti: il primo momento, diagnosi differenziale, dovrebbe permettere di valutare di che disturbo si tratti, e la gravità di esso; il secondo momento di approfondimento del “*locus*” funzionale del deficit, per individuare le probabili cause del disturbo, e se queste abbiano condizionato altre funzioni. La diagnosi funzionale dovrà contenere una valutazione descrittiva dei disturbi cognitivi e dell'apprendimento, le ipotesi sulle cause

del deficit, e dovrà consentire l'individuazione del disturbo all'interno delle classificazioni esistenti, per favorire la comunicazione, veloce e precisa, tra gli operatori, sul tipo di patologia riscontrata nel soggetto preso in esame. Delineare "un modello" circa le modalità di funzionamento del soggetto sottoposto ad esame, e sintetizzare queste informazioni all'interno di un profilo psicologico - funzionale, significa comprendere l'ambito della patologia, riscontrata al momento della valutazione.

Sulla scia di queste linee guida, devono essere esaminate le principali aree dell'apprendimento scolastico, ovvero:

- *area degli apprendimenti scolastici*: per verificare il livello raggiunto nelle principali aree dell'apprendimento scolastico;

- *area dello sviluppo delle abilità cognitive primarie* (percezione visiva e uditiva, prassie costruttive e percezione visuo-spaziale, comprensione ed espressione verbale, memoria visiva e verbale, attenzione sostenuta);

- *area della condizione emotivo-relazionale*: che interagisce in modo significativo con l'area cognitiva;

- *area del livello di funzionamento cognitivo raggiunto, e delle potenzialità di sviluppo*: valutabile attraverso un test d'intelligenza che misura il quoziente intellettivo (QI) del soggetto, ed individua la cosiddetta "efficienza intellettiva generale";

- *area dello sviluppo prassico e motorio*: per definire il livello di abilità motoria raggiunto dal soggetto, il grado di coordinazione delle proprie parti del corpo, e soprattutto, l'integrazione con le funzioni visive, e la capacità di astrazione.

La comunicazione, necessaria tra le diverse figure professionali (psicologo, terapeuta della riabilitazione, neuropsichiatra infantile, insegnante, etc.), per integrare o facilitare la diagnosi nosografica, è fondamentale già nelle fasi iniziali del percorso diagnostico, che generalmente prende l'avvio con la segnalazione, del soggetto in difficoltà, effettuata dalla famiglia, o spesso dalla scuola, quando gli insegnanti ritengono che i problemi manifestati dal bambino non siano gestibili in ambito educativo, oppure quando avvertono la presenza di problemi esterni di cui non possono farsi carico (ad esempio di tipo familiare e/o sociale). Alla segnalazione segue la

richiesta di consulenza presso il servizio sanitario della ASL, in genere, il Servizio di neuropsichiatria infantile. Qui inizia il lavoro del clinico dell'apprendimento, attraverso la raccolta di informazioni sul bambino, sul suo disturbo, e sulla valutazione di coloro che lo hanno segnalato. In questa fase, è di fondamentale importanza collegare efficacemente tutte le informazioni che attengono all'espressività del disturbo: quando si è manifestato per la prima volta, in quali contesti, e se sono presenti eventuali connessioni con altri disturbi cognitivi, evidenziati prima dell'ingresso nella scuola. (Tressoldi e Vio, 1996).

In conclusione, si devono tenere presenti le caratteristiche dello sviluppo cognitivo, la necessità di individuare un quadro esaustivo circa le diverse manifestazioni del sintomo, l'opportunità di adottare un linguaggio condiviso con altre figure professionali, per fornire uno schema clinico in grado di orientare eventuali decisioni riabilitative o terapeutiche, ed educativo-didattiche (Tressoldi e Vio, 1998).

3. Il recupero ed il trattamento

Dopo che la diagnosi ha rilevato la fonte del *deficit*, il trattamento si concentrerà sulla riduzione della difficoltà, con conseguente recupero e potenziamento delle abilità corrispondenti. Gli apprendimenti scolastici complessi sono determinati dall'insieme di numerose abilità sottostanti. Così ad esempio, la *lettura* deriva anche dallo sviluppo di abilità di discriminazione visiva, di decodifica fonologica, ortografica e lessicale, etc.; la *scrittura* dallo sviluppo della discriminazione ed analisi fonetica, della motricità fine, e della velocità delle operazioni di scrittura, etc.; il *calcolo* è possibile anche grazie allo sviluppo delle componenti di comprensione dei concetti numerici, di produzione e di procedura di calcolo numerico, etc.; la capacità di *risoluzione di problemi* si basa sull'abilità di comprensione testuale, sulla capacità di rappresentazione, di categorizzazione e di pianificazione, oltre che di calcolo aritmetico. Dopo aver individuato l'abilità o le abilità deficitarie, l'intervento, dovrà essere diretto, al recupero della difficoltà, tramite esercizi qualificati a rafforzare l'abilità carente o le abilità sottostanti, senza alcuna pretesa di rimuoverne completamente la causa neuropsicologica. (Tressoldi, Vio, 1998)

L'intervento educativo ha l'obiettivo, quindi, di rendere più semplice lo sviluppo delle competenze del bambino, il cui apprendimento risulta insufficiente ed inadeguato

in specifiche abilità cognitive. E' un processo lungo e meticoloso che accompagna l'intero percorso di sviluppo degli apprendimenti.

Inoltre, l'*intervento*, per essere efficace, dovrebbe essere di *tipo preventivo*, anche se purtroppo, nella maggioranza dei casi, i bambini con disturbi dell'apprendimento vengono indicati come tali, soltanto quando frequentano la seconda o terza elementare. L'intervento deve essere, invece, progettato secondo un'ottica preventiva, dal momento che le possibilità di recuperare sono tanto maggiori quanto più precoce è l'individuazione del disturbo. È, dunque, importante attuare una diagnosi tempestiva, individuando i primi segnali di difficoltà dei bambini, fin dall'età prescolare.

L'importanza della prevenzione trova conferma, nelle teorie cognitive dell'apprendimento, nelle quali viene considerata come processo costruttivo delle conoscenze: il bambino apprende spontaneamente anche prima dell'ingresso nella scuola primaria, pertanto è possibile individuare i soggetti a rischio già durante la scuola dell'infanzia, o le prime fasi della scuola primaria.

Per quanto concerne il *trattamento* dei DSA, bisogna tenere in considerazione due aspetti: le finalità specifiche dello stesso, riguardo ai diversi aspetti di DSA, ed il reperire metodi capaci di raggiungere un significativo miglioramento nell'evoluzione naturale di tali disturbi. Relativamente al primo aspetto, bisogna tenere presente la natura di tali disturbi, che poiché dipendono da fattori congeniti non modificabili, non sono "guaribili". Tuttavia, nella maggior parte dei casi, ed in misura dipendente dalla gravità del *deficit*, possono ridursi con adeguati interventi abilitativi, e corrette procedure educative (c.m. 4099/A4 del 05/10/2004). Ciò significa che, per il bambino con DSA, non ci si può aspettare, nonostante l'intervento, una definitiva scomparsa della difficoltà, ma un lento e progressivo percorso di miglioramento, che in parecchi casi non comporta, come anzidetto, la remissione totale del disturbo. In considerazione di questo, la finalità di un trattamento rivolto ad un bambino con DSA include diversi aspetti, quali:

- favorire la migliore evoluzione delle competenze in esame, nonostante la presenza di uno specifico *deficit*;
- fornire strumenti e strategie per poter apprendere attraverso "strade alternative a quella deficitaria";

- “gestire” nel modo migliore la situazione di difficoltà;
- evitare che si sviluppino altre forme di disagio.

Da questo punto di vista, il trattamento dovrebbe non solo avanzare proposte tecniche specifiche atte a ridurre il *deficit*, ma approntare anche una serie di misure compensative, per poter progredire nel percorso di apprendimento, attraverso, ad esempio, l'uso della calcolatrice, per i discalculici, per la risoluzione dei problemi, oppure l'impiego di programmi di videoscrittura al computer con correttore ortografico, quando il problema è la disortografia. In questa stessa direzione vanno considerati anche gli interventi metacognitivi, utili al fine di guidare i soggetti ad affrontare e gestire in modo maggiormente consapevole e strategico, le difficoltà incontrate a livello di apprendimento e studio. Negli ultimi anni sono stati pubblicati diversi programmi che propongono interventi di tipo metacognitivo da realizzare a scuola, ma che possono risultare validi anche per i bambini con DSA (De Beni et al., 1995, 2003; De Beni e Zamperlin, 1993; Ferraboschi e Meini, 2002; Lucangeli et al., 2003, 2004).

3.1 Metodi per il trattamento

Riguardo ai metodi di trattamento, esistono diverse proposte di intervento (Vio e Mattiuzzo, 2005). Le tecniche di intervento presentano, tuttavia, un grosso limite dovuto alla mancanza di una chiara interpretazione del disturbo, e di dati sperimentali. Al fine di realizzare una riabilitazione efficace, occorre centrare l'obiettivo da raggiungere, ed utilizzare tecniche e strumenti validi ed efficaci. Il metodo che consente di ottenere evidenti vantaggi è quello che, nel pieno rispetto dei principi della neuropsicologia cognitiva, analizza ogni funzione cognitiva e processo di apprendimento nelle sue diverse componenti: questo consente di pianificare trattamenti mirati specificamente alle componenti deficitarie. Una diagnosi per un disturbo di calcolo, ad esempio, che ne analizzi le componenti, consente di individuare il *focus* funzionale della difficoltà, e di scegliere di conseguenza un trattamento orientato al recupero di quella determinata funzione deficitaria. Riguardo alla scelta di un trattamento valido, va detto che mentre esistono numerosi contributi sulla natura dei disturbi specifici di apprendimento, riguardanti particolarmente la lettura e la scrittura, diversamente, la ricerca scientifica, nell'ambito del trattamento, è scarsa ed in gran parte riferita a contesti differenti da

quello italiano. Alcuni recenti contributi italiani, che forniscono dati molto utili per l'impostazione e la verifica di un trattamento finalizzato a migliorare la lettura di soggetti dislessici, sono gli studi che mettono a confronto l'evoluzione delle abilità di lettura in soggetti dislessici e normali (Tressoldi et al., 2001), e quelli che valutano l'efficacia di diversi trattamenti utilizzati per il Disturbo di Lettura (Tressoldi et al., 2000, 2003; Tressoldi, Vio et al., 2007). Gli studi evolutivi sulla lettura rivestono grande importanza in quanto consentono di valutare l'efficacia di un trattamento, confrontando i risultati ottenuti con quelli attesi, da una evoluzione naturale. Come affermato anche dalla *Consensus Conference*(2007), un trattamento può ritenersi efficace nella misura in cui i risultati che produce siano superiori all'evoluzione naturale attesa del disturbo. Per questo verso si rivelano di grande utilità pratica, i risultati degli studi citati, che indicano come trattamenti più efficaci per una lenta lettura, quelli che propongono esercizi per l'automatizzazione del riconoscimento di gruppi di grafemi linguisticamente rilevanti sempre più complessi, come le sillabe e poi le parole, soprattutto se utilizzando *software ad hoc*. Tali *software* prevedono la lettura di brani al computer con esercizi che esemplificano l'automatizzazione e la rilevazione di sillabe, morfemi e parole. L'utilizzo di *software* di questo tipo ha permesso di ottenere, con un periodo di tre mesi di trattamento, un miglioramento della velocità di lettura, maggiore, rispetto all'evoluzione spontanea, attesa dopo un anno, escludendo ulteriori specifici interventi riabilitativi. Un'altra metodologia scientificamente efficace in termini di miglioramento nella velocità di lettura di brano, parole e non parole (Tretti e Dal Ben, 2006), è quella che utilizza il *software* "Occhio alla lettera", progettato da Vio e Moresco (2006), consigliato nelle prime fasi di apprendimento della lettura e della scrittura, che consiste in esercitazioni mirate al riconoscimento più immediato ed automatizzato di lettere e di sillabe, utili per i bambini che sono ancora molto lenti, o addirittura incapaci. Da alcuni anni, Vio e Tressoldi (2003, 2007), hanno passato in rassegna diversi strumenti per il trattamento della lettura, documentandone anche l'efficacia, con lo scopo di fornire informazioni utili, per indirizzarne la scelta. Data l'importanza, nel procedere alla quantificazione di dati disponibili che possano documentare l'efficacia degli strumenti riabilitativi utilizzati, attualmente, si sta procedendo al reclutamento di ulteriori dati, sull'esito di trattamenti, che prevedono l'utilizzo dei *software* prima menzionati, ma anche di un nuovo *software*, "Fondiamo le

letterine” (ideato da Tressoldi e Moresco, 2006), che è stato elaborato muovendo da quella letteratura che attribuisce importanza al lavoro sui prerequisiti, ed ha il fine specifico di favorire l’apprendimento della fusione fonemica. Infine, bisogna sottolineare l’importanza che acquistano, nell’ambito della lettura e della scrittura, i dati provenienti dalla letteratura scientifica italiana, sia riguardo a procedimenti e criteri diagnostici, che ad esiti di trattamenti, in considerazione delle differenze esistenti tra sistemi ortografici diversi. Un’ultima riflessione va rivolta al lavoro con genitori ed insegnanti, che costituisce, indubbiamente, il giusto epilogo per una corretta comprensione del problema e per un efficace intervento.

4. Dislessia

Da un punto di vista clinico, la *dislessia* si manifesta attraverso una minore correttezza e rapidità della lettura ad alta voce, rispetto a quanto atteso per età anagrafica, classe frequentata, istruzione ricevuta.

Risultano più o meno deficitarie a seconda del profilo del disturbo in base all’età - la lettura di lettere, di parole e non-parole, di brani. In generale, l’aspetto evolutivo della dislessia può farlo somigliare ad un semplice rallentamento del regolare processo di sviluppo. Tale considerazione è utile per l’individuazione di eventuali segnali anticipatori, fin dalla scuola dell’infanzia (Linee guida, 2011).

La diagnosi di dislessia e disortografia non può essere formulata prima della fine della II classe primaria. Tuttavia, già in I primaria possono essere rilevati, come indicatori di rischio, segni importanti di discrepanza tra le competenze cognitive generali e l’apprendimento della lettura e scrittura (Stella, 1999). I parametri essenziali per la diagnosi di dislessia, nei sistemi verbali trasparenti come la lingua italiana, sono la *rapidità* misurata come il tempo di lettura di brani, parole o sillabe, e la *correttezza* stimata come numero di errori di lettura e scrittura, che si discostino per difetto di almeno due deviazioni standard dalle prestazioni dei lettori della stessa età, o risultino di due anni inferiori rispetto all’età cronologica. La comprensione del testo non concorre alla formulazione della diagnosi di dislessia, anche se fornisce informazioni utili sull’efficienza del lettore (Tressoldi e Vio, 1996).

4.1. Sottotipi di dislessia

Recentemente, l'analisi di alcuni tipici indicatori emersi dai test psicometrici, neuropsicologici e psicolinguistici (metodo della diagnosi indiretta), e l'analisi degli errori di lettura e scrittura (metodo della diagnosi diretta), ha condotto ad una classificazione della dislessia in sottotipi, tutti riconducibili ad una scarsa funzionalità dei canali visivi ed uditivi.

Nella tabella seguente alcune classificazioni dei sottotipi recentemente proposti:

Sottotipi di Dislessia			
Kinsbourne (1966)	<i>Language retardation Group</i>	<i>Gerstmann Group</i>	
Ingram (1970)	<i>Audiophonic</i>	<i>Visuo-spatial</i>	Mista
Coltheart (1978)	Profonda	Superficiale	
Seymour (1986)	Morfemica	Fonologica	Mista
Rourke (1983)	<i>Auditory- verbal memory sequencing problems</i>	<i>Poor visual- imagery Abilities</i>	Sottotipo ACID (<i>Attention, Coding, Information-Digit Span</i>)
Bakker (1990)	Percettiva (o tipo P)	Linguistica (o tipo L)	Mista
Boder (1973)	Disfonetica	Diseidetica	Mista

I sottotipi, si differenziano per il modello di classificazione adottata. Alcune classificazioni derivano da metodi indiretti, o modelli neuropsicologici (Rourke e Finlayson, 1978), che denominano il sottotipo in base alla funzione “vicariante”, cioè a quella funzione cognitiva che è funzionalmente conservata; altre classificazioni, basate su un approccio diretto, tra cui quella di Boder (1973), utilizzano una tassonomia descrittiva del sottotipo, che è espressa da un termine che indica il deficit neuropsicologico, o il dominio funzionale selettivamente colpito. Nonostante tali differenze, gran parte dei lavori, hanno messo in evidenza che sussistono due distinte aree funzionali, implicate nel processo di lettura, selettivamente colpite nei bambini dislessici, e che vengono denominate da Boder (1973), canale visivo e canale uditivo. L’approccio diretto, ha condotto ad una definizione teorica di dislessia, come un disturbo della lettura in cui le *performance* di lettura e scrittura presentano la sussistenza di *deficit* cognitivi nella funzione visivo-gestaltica, in quella uditivo analitica, od in entrambe. Questa definizione, risulta compatibile con buona parte delle descrizioni effettuate con il metodo indiretto: risulta evidente che la dislessia costituisca un’entità nosologica, le cui caratteristiche cliniche dipendono da un equilibrio dinamico tra *abilità cognitive* ascrivibili rispettivamente al canale visivo gestaltico, ed uditivo-analitico. Questi sottotipi sono stati descritti anche in lingua italiana (Chiarenza, Barzi, Coati, e Cucci, 1992).

Nella dislessia disfonetica è presente, in alcuni casi, una disabilità fonologica connessa con un disturbo del linguaggio. Negli individui con questo sottotipo di dislessia, sono presenti disturbi del linguaggio espressivo e recettivo, ma nella maggior parte dei casi, l’eloquio evolve positivamente, nonostante la persistenza di difficoltà di ordine fonologico, morfologico e sintattico, nell’apprendimento della lingua scritta. I bambini con dislessia disfonetica presentano disabilità nell’analisi fonologica della parola, e nell’integrazione simbolo-suono (difficoltà a compitare foneticamente, a suddividere in suoni e sillabe le parole); e tendono a compiere errori di discriminazione uditiva, omissione-inversione-sostituzione di lettere-sillabe, errori di analisi sequenziale uditiva.

Sono bambini che leggono frettolosamente, pronunciano, spesso, parole senza significato e non si correggono quando sbagliano. Queste difficoltà, si ripercuotono

anche sulla scrittura. Gli errori più probabili sono: difficoltà nella corrispondenza grafema-fonema, inserimento o omissione di sillabe e lettere, scambio di grafemi. L'elevata presenza di errori, sia nella lettura che nella scrittura, permette una individuazione immediata di questi bambini (Boder, 1973).

La dislessia diseidetica dipende da disturbi visuo-percettivi, cioè difficoltà nel riconoscimento delle parole, nella memoria visiva di lettere e parole, nell'analisi sequenziale visiva; i soggetti con questo sottotipo di dislessia compiono errori di tipo speculare, inversioni di lettere e sillabe. Sono dei lettori lenti, ma accurati, hanno inclinazione a sillabare tutte le parole, mentre presentano maggiore accuratezza nella scrittura ed i loro errori ortografici, dipendono in buona parte da quelli fonetici; frequentemente incorrono anche in inversioni di sillabe e lettere, inversioni visuo-spaziali, ed inversioni di lettere visivamente simili (Boder, 1973).

E' difficile individuare tali soggetti prima della conclusione dell'ultimo anno della scuola primaria se non, addirittura, in prima media, quando le richieste scolastiche diventano sempre maggiori rispetto alle capacità del bambino.

La dislessia mista si caratterizza per l'associazione delle difficoltà uditive e visive.

5. Disortografia e disgrafia

Il disturbo specifico di scrittura si definisce *disgrafia* o *disortografia*, a seconda che interessi rispettivamente la grafia o l'ortografia. La disgrafia riguarda il controllo degli aspetti grafici, formali, della scrittura manuale, ed è collegata al momento motorio-esecutivo della prestazione; la disortografia riguarda invece l'utilizzo, nella scrittura, del codice linguistico.

La disgrafia si manifesta in una minore fluenza e qualità dell'aspetto grafico della scrittura, la disortografia è all'origine di una minore correttezza del testo scritto; entrambi, naturalmente, sono in rapporto all'età anagrafica dell'alunno.

In particolare, la disortografia si può definire come un disordine di codifica del testo scritto, che viene fatto risalire ad un deficit di funzionamento delle componenti centrali del processo di scrittura, responsabili della transcodifica del linguaggio orale nel linguaggio scritto. L'analisi del processo di scrittura, comporta la valutazione delle componenti disortografiche e disgrafiche. La diagnosi di disortografia è basata sulla

quantità di errori ortografici in misura uguale o superiore alle due deviazioni standard, rispetto ai risultati medi dei bambini che frequentano la stessa classe scolare; mentre, la disgrafia sembrerebbe dipendere da disturbi di esecuzione motoria di ordine disprassico (Cornoldi, Augello, e Tressoldi, 1999; Ferraboschi e Meini, 1993). Anche i disturbi della scrittura, danno vita a dei sottotipi, connessi sia a fattori linguistici (disortografia), che a fattori motori (disgrafia) e visuo-spaziali (disortografia, disgrafia).

6. Discalculia

La *discalculia* riguarda l'abilità di calcolo, sia nella componente della cognizione numerica (intelligenza numerica basale), sia in quella delle procedure esecutive e del calcolo.

Nel primo ambito, la discalculia interviene sugli elementi basali dell'abilità numerica: il *subitizing* (o riconoscimento immediato di quantità), i meccanismi di quantificazione, la seriazione, la comparazione, le strategie di composizione e scomposizione di quantità, le strategie di calcolo a mente.

Sotto l'aspetto procedurale, invece, la discalculia si manifesta con difficoltà nell'esecuzione del calcolo scritto: la lettura e scrittura dei numeri, l'incolonnamento, il recupero dei fatti numerici, ed i procedimenti matematici del calcolo scritto vero e proprio (Linee guida, 2011).

La diagnosi di discalculia non può essere enunciata prima della III classe primaria, anche se già nel primo ciclo di scuola, possono essere individuate discrepanze fra le capacità cognitive globali e l'apprendimento delle procedure del calcolo: numerazione bidirezionale, transcodifica, calcolo mentale e calcolo scritto. Per valutare la presenza di discalculia, occorre far riferimento agli indici di correttezza e rapidità. La discalculia può presentarsi sotto diversi aspetti, che riguardano: l'elaborazione dei numeri, cioè la capacità di riconoscerli, di riprodurli graficamente ed organizzarli nello spazio; il sistema del calcolo, con l'utilizzazione di procedure per eseguire le operazioni matematiche, e la risoluzione dei problemi aritmetici, con l'analisi dei dati e l'organizzazione del piano di lavoro (Zardini, Sarti, e Arcolini, 1999).

7. Comorbilità

Pur riguardando abilità diverse, più DSA possono coesistere in uno stesso soggetto. Questo fenomeno, tecnicamente si definisce “comorbilità”.

Ad esempio, il Disturbo del Calcolo può comparire in maniera isolata, così come in associazione ad altri disturbi specifici.

La comorbilità non implica solo i diversi DSA, ma spessocoinvolge anche altri disturbi di sviluppo inerenti al linguaggio, alla coordinazione motoria, all'attenzione, e disturbi emotivi e del comportamento.

Il disturbo, risultante dalla somma delle singole difficoltà, implicate nella comorbilità, rappresenta un quadro diagnostico alquanto complesso che condiziona negativamente lo sviluppo delle abilità complessive. In Italia, un recente studio esplorativo sulla comorbilità è stato condotto da Gagliano e dai suoi collaboratori (2007), i quali hanno esaminato un campione di 301 soggetti confluiti presso il Servizio dei Disturbi Cognitivi e del Linguaggio della Neuropsichiatria Infantile del Policlinico Universitario di Messina, in un arco temporale tra il 1999 ed il 2004. Dall'esame, viene rilevata la presenza di un'alta comorbilità tra la dislessia e gli altri disturbi specifici di apprendimento (disortografia, 98,7%; disgrafia, 82,7%; discalculia, 70%), ma anche tra la dislessia ed il disturbo di attenzione/iperattività (11%), il disturbo del linguaggio (15,6%), il disturbo visuo-spaziale (11,6%), il disturbo della coordinazione motoria (10,3%) ed, infine, la dislessia si presentava associata anche ad altri disturbi psicopatologici (18,3%). Al termine dello studio, gli autori proponevano ulteriori ricerche, condotte su campioni più ampi ed indipendenti tra loro, al fine di potere effettuare un confronto dei dati, e controllare gli effetti imputabili ad eventuali errori diagnostici.

7.1 Comorbilità: DSA e Disturbi Psicopatologici

Nell'evenienza in cui il DSA risulti associato ad un disturbo psicopatologico, la comorbilità tra le due affezioni implica diverse complicazioni che non sempre si riescono a distinguere nel singolo soggetto, soprattutto se la diagnosi viene posta tardivamente. In alcuni casi, il disturbo psicopatologico si presenta come conseguenza del disturbo di apprendimento, e dell'insuccesso scolastico che ne consegue; in questi

casi, il disturbo psicopatologico tende a ridursi parallelamente alla riduzione delle difficoltà scolastiche; in altri casi, il DSA agisce come un fattore scatenante per la strutturazione di un disturbo psicopatologico già latente (Giacomin S., 2011). Per comprendere la natura dei rapporti tra DSA e disturbi del comportamento, bisogna risalire ad una interpretazione, che deve fare riferimento ad una precisa teoria psicopatologica.

Se si assume come chiave di lettura la Psicopatologia Cognitiva, si può comprendere come il DSA si inserisce lungo l'iter di sviluppo di un bambino, determinando comportamenti di chiusura depressiva (internalizzanti), oppure di oppositività (esternalizzanti), che hanno significati diversi a seconda della qualità dei legami di attaccamento genitore – bambino. La letteratura, evidenzia una percentuale di comorbidità, fra disturbi specifici di apprendimento e disturbi psicopatologici rientranti nell'Asse I del DSM IV, corrispondente al 50% dei casi presi in esame (Wilcutt e Pennington, 2000). Le categorie diagnostiche interessate sono le più disparate. Di seguito vengono sommariamente delineati i diversi profili.

Disturbi esternalizzati o disturbi con comportamento disturbante (DSM IV-R):

✓ Disturbo da deficit di attenzione ed iperattività, frequentemente si sovrappone ai disturbi di apprendimento specifici ed aspecifici;

✓ Disturbo Oppositivo-Provocatorio: comporta il disadattamento scolastico e talvolta può essere secondario alle esperienze frustranti vissute dai bambini, a causa di insuccessi nell'apprendere;

✓ Disturbi della condotta ed inerenti l'area della devianza sociale, talvolta associati a comportamenti delinquenti, spesso in rapporto con situazioni complesse sul piano sociale.

Disturbi internalizzati:

- Disturbi d'ansia sono spesso associati ai Disturbi di apprendimento, nelle diverse manifestazioni: attacchi di panico, disturbo di ansia di separazione, diverse fobie tra cui quella sociale.

Sono disturbi che spesso costringono al ritiro dalla scuola, per periodi anche prolungati, ed interferiscono, sulle possibilità di trattamento e recupero, nel settore dell'insegnamento (De Negri, 1999);

- Disturbi somatoformi, possono essere espressione di reazioni secondarie agli insuccessi e frustrazioni in campo didattico, e produrre disadattamento e ritiro transitorio o prolungato dalla scuola;

- Disturbi dell'umore, spesso sono la causa di disturbi aspecifici ma possono costituire un disturbo secondario dei DSA, comportando l'abbandono della scuola, l'isolamento sociale, e raramente, possono portare anche alla comparsa di ideazioni suicidarie (Masi,1999).

8. Disturbi Specifici dell'Apprendimento, autostima ed immagine di sé

Diversi studi scientifici, hanno sottolineato l'importanza di fattori emotivi e motivazionali che contribuiscono a rendere differenti i bambini. Infatti, ciò che distingue i bambini e li rende diversi l'uno dall'altro, nell'apprendere, e che spesso è la causa dei loro successi o dei loro fallimenti, non sono tanto le abilità cognitive, ma anche una serie di fattori, come l'orientamento al compito, l'autostima, l'immagine di sé, il *locus of control*, la metacognizione e l'autoregolazione (Sideridis, Morgan, Botsas, Padelidu, e Fuchs, 2006). Nel momento in cui un bambino affetto da un Disturbo Specifico dell'Apprendimento percepisce di non essere all'altezza dei propri coetanei, anche se limitatamente ad alcuni ambiti di competenza, inizierà a mettere in discussione la propria immagine di sé. Il sentirsi diverso dagli altri interferisce negativamente sull'autostima, sull'immagine di sé, e sull'aspettativa di ciò che effettivamente egli può apprendere. Spesso l'idea di non essere all'altezza dei propri coetanei si generalizza, manifestandosi non solo all'interno della classe, ma anche in contesti sociali extra-scolastici (Terras, Thompson, e Minnis, 2009). Evidenze sperimentali confermano, che tali alunni sono caratterizzati da un basso livello di autostima, un'immagine di sé, come studente, negativa, ed uno stile attributivo non funzionale (Alexander-Passe, 2006; Carroll e Iles, 2006). Gli studenti a rischio di sviluppare difficoltà di lettura, stimano negativamente le proprie capacità di poter imparare a leggere, mostrano un *locus of control* esterno, sono poco perseveranti di fronte alle difficoltà, e sperimentano sentimenti di disperazione (Sideridis, 2003). I bambini affetti da dislessia presentano

generalmente una idea di Sé negativa, notevoli sintomatologie depressive, ed una stima delle proprie abilità nettamente inferiore rispetto a quelle reali (Alexander-Passe, 2006). I bambini provano piacere nella lettura, quando riescono a completare con successo tale compito, ossia quando riescono ad avere padronanza delle tecniche di lettura e quando i propri successi vengono riconosciuti e gratificati dagli altri. Gestire in autonomia le proprie attività, di lettura o scrittura che siano, significa che i bambini sono in grado di soddisfare gli standard di prestazione accademici e personali, e di ottenere risultati simili a quelli dei bambini della propria classe (Zaccaria, 2011). In questo senso, sembrano dunque essere motivati principalmente da obiettivi di padronanza (Daki e Savage, 2010). E' evidente che i bambini affetti da Disturbi Specifici dell'Apprendimento siano maggiormente esposti al rischio di sperimentare ripetute insoddisfazioni e frustrazioni, non solo, perchè non riescono a dominare alcune capacità indispensabili per raggiungere i loro obiettivi, ma anche perché, pervasi da un sentimento di sconfitta, derivante dal confronto con i compagni. Gli insuccessi sperimentati dal bambino determinano l'abbassamento dell'autostima ed, in alcuni casi, la caduta in una situazione di "impotenza appresa" (Cornoldi, 1999), che lo porta a vivere gli insuccessi come prova di inadeguatezza, a manifestare stati emotivi, ed aspettative pessimistiche rispetto ai propri risultati. In definitiva, l'autostima, può contribuire significativamente all'adattamento psicologico e sociale dei bambini con difficoltà di apprendimento. La relazione intercorrente tra l'autostima e le problematiche emozionali in ambito scolastico, è sulla scia letteraria che prospetta la connessione tra dislessia e disturbi internalizzanti.

9. Prognosi

E' necessario distinguere tra tipi diversi di prognosi: la prognosi intesa come evoluzione nel tempo della difficoltà di lettura, la prognosi come possibilità di sviluppare un Disturbo Mentale, la prognosi come possibilità di migliorare nella carriera scolastica, ed infine la prognosi come capacità di reddito sviluppata in età adulta. In sintesi, esiste la prognosi del disturbo, e la prognosi psico-sociale. I diversi tipi di prognosi sono ampiamente dissociati, in quanto correlati a fattori diversi: un soggetto può mantenere nel tempo una difficoltà di lettura grave ed avere un adattamento psico-sociale ottimo; viceversa, può migliorare la sua efficienza nella lettura, ma andare

incontro a rilevanti difficoltà di adattamento, o disturbi mentali. L'evoluzione è influenzata dalla gravità del DSA, e dalla tempestività ed adeguatezza degli interventi, dal livello cognitivo e metacognitivo, dall'ampiezza delle compromissioni neuropsicologiche, dall'associazione di difficoltà nelle tre aree (lettura, scrittura, calcolo), dalla presenza di comorbidità psichiatrica, e dal tipo di *compliance* ambientale (Spren, 1998). I fattori predittivi per una evoluzione favorevole, sono: Quoziente di lettura superiore a 75, ed uno scarto tra età cronologica ed età di lettura inferiore a due anni, diagnosi alla fine della seconda classe elementare, trattamento tempestivo ed idoneo, livello cognitivo superiore alla media, assenza di comorbidità psichiatrica. Per una prognosi sfavorevole sono individuati segni predittivi di polo opposto: disturbi di apprendimento di grado medio-grave, presenza di *deficit* multipli neuropsicologici, comorbidità psichiatrica, diagnosi tardiva, bassa velocità di lettura, trattamento insoddisfacente, e molteplici fattori di fragilità, tra i quali quello più incisivo è rappresentato da un ambiente familiare non ottimale.

In particolare, l'evoluzione delle capacità di lettura dei dislessici dipende dal valore del quoziente di lettura (rapporto tra età di lettura ed età cronologica), alla prima valutazione. I bambini con ritardo semplice di lettura, con QL compreso tra 80 e 90, e QI nella norma, migliorano, a distanza di un anno da una prima valutazione, molto di più dei bambini con Dislessia con QL inferiore ad 80. Tra i bambini con dislessia, i Disfonetici, con QL compreso tra 70 e 80, migliorano, dopo due anni, molto di più dei Diseideticici e dei Misti, con QL inferiore a 70 (Curci, Ruggerini, Ciotti, e Papperini, 1992).

Un altro segnale predittivo dell'evoluzione a distanza dei disturbi specifici di lettura, è il grado di compromissione della rapidità di lettura. Il recupero, per alcuni disturbi di lieve entità, può essere completo, a seguito di un trattamento, talora anche spontaneo. In altri casi si può avere un recupero parziale, con miglioramento delle abilità di apprendimento, ma persistenza di alcuni disturbi specifici.

Inoltre, è stata rilevata una persistenza delle disabilità in età adulta in soggetti con gravi disturbi specifici di apprendimento, talora con familiarità dell'organizzazione affettivo-relazionale; inadeguate esperienze ambientali (carenze, traumi, abusi, etc.); rilievo di disturbi neurologici (epilessia, disturbi motori, disturbi del sonno, cefalea,

etc.) e/o psichiatrici (ritardo mentale, disturbi generalizzati dello sviluppo, disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo di personalità, psicosi, etc.), presenza nei familiari di dislessia (Stella, 1999). È fondamentale effettuare verifiche periodiche, almeno semestrali, degli obiettivi raggiunti nei programmi di riabilitazione, da parte del medico specialista NPI, e da parte di tutti gli esperti: logopedisti, pedagogisti, psicologi affinché anche il bambino, possa trarre vantaggio da eventuali risultati positivi che debbono essere noti tanto al bambino, quanto ai genitori, e se autorizzati, anche agli insegnanti.

Nonostante sia prematuro fare diagnosi conclamata di dislessia, disgrafia e discalculia prima della terza elementare, è possibile, già alla fine della I classe primaria, o all'inizio della seconda, porre il forte sospetto diagnostico di DSA. In questi casi, è opportuno segnalare nella diagnosi funzionale la presenza di difficoltà specifiche di lettura, scrittura e calcolo, riportando le aree funzionali maggiormente interessate, senza richiedere in questa fase, l'assegnazione di un insegnante di sostegno (Linee guida, 2011).

Tutte le figure coinvolte nella didattica, hanno il dovere di aiutare il bambino nelle aree carenti. La scelta di intervenire è affidata al giudizio dell'operatore, confrontato con il parere degli insegnanti, e con quello dei genitori che devono essere informati circa l'esistenza di prove scientifiche validate e sull'efficacia dei vari trattamenti logopedici proposti. Una volta che viene scelto, e proposto, un tipo di trattamento, sia i genitori che i bambini devono essere informati sulle nozioni principali del metodo di trattamento, sulla loro efficacia e, se possibile, sulle aspettative (Linee guida Sinpia, 2005). Alcuni dei trattamenti logopedici più utilizzati intervengono:

- sulla promozione dei prerequisiti per l'apprendimento della lettura, scrittura e calcolo, previa analisi degli aspetti immaturi riguardanti le funzioni neuropsicologiche, e stimolazione specifica delle abilità risultate deficitarie;

- sulle abilità generali (linguaggio, percezione, attenzione, memoria, motricità), che appaiono carenti, e sottendono difficoltà di apprendimento;

- sull'uso di programmi psicolinguistici, per sviluppare alcune competenze fonologiche e di simbolizzazione verbale, valutate carenti per l'apprendimento del linguaggio scritto. Ed ancora si aggiungono:

- interventi di ordine psicomotorio sulle componenti disprassiche, che possono interferire sull'apprendimento di scrittura e calcolo, e migliorare il controllo dell'attività fino- motoria, la coordinazione oculo-motoria, la velocità nella produzione dei grafemi, l'organizzazione spazio-temporale;

- rieducazione funzionale, con criteri derivati dalla neuropsicologia cognitiva, delle operazioni mentali carenti, individuate ed analizzate. La rieducazione funzionale si basa sull'adozione di strategie alternative atte a sopperire al meccanismo danneggiato, oppure a ristabilirne la funzionalità;

- approccio metacognitivo (sul controllo strategico), cioè intervento sulle idee e sulle rappresentazioni che il bambino ha in merito all'apprendimento ed ai processi implicati, per sviluppare strategie funzionali efficaci a risolvere il compito;

- intervento riabilitativo in gruppi composti da soggetti con disturbi di apprendimento simili, con proposta di esercitazioni specifiche;

- consulenza psicopedagogica a genitori ed insegnanti, con l'obiettivo di spiegare le possibili basi genetiche e biologiche del disturbo, per evitare che il bambino venga colpevolizzato come oppositivo, pigro, lento; inoltre, con lo scopo di aiutarli a comprendere la connessione fra disturbi di apprendimento e disagio emozionale, che può sottendere problemi comportamentali e adattivi.

Sulla scorta di tali affermazioni è utile proporre modelli educativi impostati sul rinforzo positivo, sulla rassicurazione e sull'incremento dell'autostima, e corsi di formazione per gli insegnanti ed i genitori (Giacomin, 2011).

10. Disturbo o difficoltà

Il termine difficoltà di apprendimento è piuttosto generico in ambito scientifico: indica varie tipologie di problematiche scolastiche che possono impedire, ostacolare o semplicemente rallentare il normale processo dell'apprendere. Quindi, con questo termine si allude a difficoltà riscontrate da un soggetto nel suo *iter* scolastico, derivante da fattori diversi, che possono riguardare sia lo studente (caratteristiche della personalità, stile di vita, motivazione), sia il contesto (caratteristiche socioculturali dell'ambiente, aspetti familiari, qualità dell'istituzione scolastica). Gli studiosi distinguono queste problematiche generali dell'apprendimento, da quelle più specifiche a quelle più

complesse (Lucangeli, 2006).

L'uso comune dell'espressione «difficoltà dell'apprendimento scolastico» identifica, infatti, problematiche di natura differente, poiché legate a cause ed effetti completamente diversi:

- i disturbi specifici dell'apprendimento scolastico, come ad esempio la dislessia, la discalculia e l'iperattività, sono di natura strettamente neuropsicologica; essi vengono accertati clinicamente secondo i criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- le difficoltà educative e di istruzione non sono associabili ad alcun quadro clinico, e riguardano una eterogeneità di condizioni.

Circa uno studente italiano su cinque incontra nel corso della sua vita scolastica, difficoltà di apprendimento tali da richiedere l'aiuto di un esperto. Biancardi (1991), pone l'accento sull'importanza e la necessità di *«distinguere tra le difficoltà scolastiche degli alunni e disturbi di apprendimento. Se è molto probabile che un bambino con disturbo di apprendimento abbia anche difficoltà scolastiche, non è necessariamente vero il contrario»*. Le due condizioni possono sovrapporsi, soprattutto quando il disturbo è, ad esempio, di lieve entità. Tale distinzione è fondamentale per definire il problema, e predisporre un intervento adeguato.

Nella tabella sottostante, sono riportate le diverse caratteristiche che differenziano la manifestazione di un DSA, da una difficoltà di apprendimento scolastico.

DISTURBO	DIFFICOLTÀ
Innato	Non innata
Resistente all'intervento	Modificabile con interventi mirati
Resistente all'automatizzazione	Automatizzabile, anche se in tempi dilatati

Tabella 2.1 – Distinzione tra disturbo e difficoltà di apprendimento

Come è possibile notare dalla tabella, il disturbo specifico dell'apprendimento, senza dubbi, deriva da una condizione innata. Ampie evidenze, confermano l'ipotesi, che i DSA abbiano delle caratteristiche neurofunzionali specifiche sin dalla nascita (Grigorenko, 2001), e che in età prescolare, possono essere rilevati i cosiddetti indicatori di rischio, anche se i disturbi emergeranno solo quando al bambino verrà richiesto di leggere, scrivere o eseguire dei calcoli. Al contrario, una difficoltà o un ritardo di apprendimento, possono comparire in qualsiasi momento, o fase, dell'apprendimento di queste abilità scolastiche.

Altro aspetto importante, per poter distinguere un disturbo da un ritardo o una difficoltà, è la «resistenza al cambiamento». Se, come abbiamo ipotizzato, il disturbo ha una base neurofunzionale determinata, per poterla modificare, saranno richieste esercitazioni o attività mirate con una certa frequenza e durata. Se, al contrario, l'espressività del problema cambia rapidamente con semplici adattamenti didattici, è chiaro che la difficoltà presentata dall'alunno non dipende da una funzionalità neurobiologica (Facoetti, e Cornoldi, 2007). Quest'approccio ha assunto una particolare rilevanza anche nella letteratura internazionale, con il termine «*response o resistance to instruction (o intervention)*», tanto da venire utilizzato in alcuni stati americani come approccio di base per stabilire la presenza di un disturbo, e quindi la necessità di attivare

risorse educative e sanitarie *ad hoc*. Ad esempio, Fuchs e Compton (2004) hanno proposto che «*gli alunni siano identificati con learning disability*», quando la loro risposta ad un insegnamento generalmente efficace (insegnamento a cui la maggior parte degli alunni risponde), è particolarmente inferiore rispetto ai loro pari. Se un alunno non apprende come la maggioranza dei suoi coetanei, significa che c'è una condizione di ostacolo, e che potrebbero essere necessari approfondimenti specialistici. Secondo le Raccomandazioni per la pratica clinica per i DSA (AID, 2009), per stabilire la presenza di una resistenza all'insegnamento, occorre prevedere una prima fase d'insegnamento, indistintamente per tutti gli alunni, tale fase, come indicato nelle Raccomandazioni per la pratica clinica per i DSA, corrisponde ad un periodo di due anni, per l'apprendimento della lettura e della scrittura, e di tre anni, per l'apprendimento delle abilità di base del calcolo. Qualora con quest'azione non si raggiungano risultati soddisfacenti, è necessario attivare una seconda fase di "potenziamento delle proposte didattiche", personalizzandole sui bisogni specifici dell'alunno. Se, anche dopo questo secondo intervento, permangano risultati insoddisfacenti, si può parlare di «resistenza» al cambiamento. È importante porre l'accento sulla necessità della seconda fase. Infatti, nonostante il primo intervento scolastico sia di alta qualità, è solo con la seconda fase che si prevedono degli adattamenti didattici personalizzati per gli alunni che non progrediscono secondo le attese. In letteratura non esistono, indicazioni precise sulla durata dell'intervento, ma si ritiene non possa essere inferiore ai 2-3 mesi consecutivi. La richiesta dell'intervento specialistico seguirà questa fase. Un altro indicatore è rappresentato dalla misura dell'automatizzazione di alcuni processi legati all'apprendimento della lettura, della scrittura e del calcolo. Con il progredire dell'esperienza di lettura e scrittura, tutti i processi di

transcodifica del linguaggio, presenti nella lettura e nella scrittura, dalla discriminazione visiva dei grafemi alla loro produzione scritta, dall'associazione grafema-fonema e viceversa, vengono eseguiti in modo sempre più rapido e meno controllato dall'attenzione. Questo progresso è evidente già dal primo anno della scuola primaria. Per quanto riguarda la lettura di un brano, i dati italiani indicano una progressione di circa mezza sillaba al secondo per ciascun anno scolastico, almeno fino

al terzo anno della scuola secondaria di primo grado. Per quanto riguarda invece la scrittura di grafemi, la progressione è di circa 10 grafemi per anno (Tressoldi e Cornoldi, 2000). I ragazzi con dislessia, invece, migliorano nella velocità di lettura con una andatura media che corrisponde alla metà rispetto a quella dei normolettori (Sartori, Job, e Tressoldi, 2007), segno questo, evidente della loro «resistenza» all'automatizzazione.

Anche nel calcolo, l'automatizzazione di alcuni processi è un fenomeno importante. Nei bambini che non presentano difficoltà, il tempo impiegato in un compito di recupero di esecuzione numerica, dal terzo anno della scuola primaria al quinto anno, si riduce di circa il 58%, mentre il compito di confronto di quantità tra due numeri presentati oralmente mostra una riduzione di circa il 63% del tempo. Nei ragazzi con discalculia, invece, De Candia, Bellio, e Tressoldi (2007) osservano che dopo 6-8 mesi di *training* specifico sulle componenti del calcolo deficitarie, quasi tutti i partecipanti riescono a raggiungere un criterio di sufficienza nella correttezza rispetto alle norme di riferimento, ma quasi nessuno in quello della velocità, segno ancora una volta che una condizione di disturbo è caratterizzata da una particolare resistenza all'automatizzazione.

Quanto detto è sufficiente per distinguere una condizione di ritardo o di semplice difficoltà, da una condizione di disturbo. Bisogna tener presente che per esprimere un giudizio sullo stato degli apprendimenti di un alunno occorre in prima istanza ricostruire con precisione l'evoluzione degli apprendimenti ritenuti non soddisfacenti, per evidenziare eventuali segni di “innatismo”, e di “resistenza al cambiamento”.

**CAPITOLO III: I SEGNI PRECOCI E I PREREQUISITI
DELL'APPRENDIMENTO SCOLASTICO**

1. L'Apprendimento

L'apprendimento è quel processo attraverso il quale si modifica un comportamento in presenza di determinati stimoli, e consiste nell'acquisizione delle conoscenze, attraverso l'esperienza. Sono stati a lungo studiati i complessi rapporti intercorrenti tra processi di sviluppo ed apprendimento; spesso infatti, il cambiamento del comportamento dipende dall'interazione tra questi due processi. Ad esempio, nel percorso di apprendimento del linguaggio, il bambino impara la lingua che ascolta intorno a sé, solamente quando ha raggiunto una specifica maturità biologica. Si possono distinguere quattro forme di apprendimento: *sensoriale*, ossia acquisizione della capacità di dare determinate risposte se si presentano determinati stimoli (per esempio, premere una leva al suono di un campanello); *motorio*, che dipende dall'acquisizione di determinati schemi di comportamento dove è prevalente l'attività muscolare (per esempio, scrivere); *verbale*, che consiste nell'acquisizione del linguaggio nelle sue componenti fonetiche, sintattiche e semantiche; *ideativo*, che concerne l'acquisizione di determinati schemi concettuali. Nell'uomo si parla di apprendimento *personale*, inteso come sintesi delle quattro forme sopraesposte.

1.1 Breve *excursus* sulle Teorie dell'Apprendimento

Le diverse teorie dell'apprendimento possono essere classificate in teorie *stimolo-risposta* e *teorie cognitive*; entrambe concorrono a dare una spiegazione esauriente di apprendimento. Nel primo gruppo rientrano il condizionamento classico, di Pavlov (1903), e la teoria del condizionamento strumentale (il *behaviorismo*, Watson 1913). Pavlov, nei suoi esperimenti, scoprì che i cani imparavano a produrre una risposta già nota (salivazione) in presenza di uno stimolo nuovo (campanello); negli esperimenti di condizionamento strumentale, invece, gli animali imparano a produrre risposte nuove in presenza di determinati stimoli. Ad esempio, un topo assetato nella gabbia di Skinner (1954), apprende a premere la leva per ottenere l'acqua. Le due teorie affermano che il processo di apprendimento è dato dall'associazione diretta tra rinforzo positivo (nell'esempio, l'acqua), ed il comportamento adeguato, ma negano l'esistenza di intermediari cerebrali centrali nell'apprendimento, e parlano di una semplice acquisizione di abitudini che avviene per prove ed errori, fino a raggiungere la risposta corretta. Secondo le teorie *cognitive*, l'apprendimento avviene grazie a processi cerebrali

centrali, come la memoria e le aspettative, che agiscono da intermediari. Le teorie cognitive che trovano il loro massimo esponente in Piaget(1896-1980), affermano che l'apprendimento non avviene per tentativi, ma grazie ad una ricognizione del problema, che viene risolto per intuizione- percezione, pronta e chiara di una determinata realtà. Per le teorie cognitive, esiste anche un apprendimento potenziale, non strettamente legato alla ricompensa, come anche un apprendimento per imitazione, ed una disposizione ad imparare (*learning set*), che ha la capacità di accrescere con l'esercizio. Platone, nella "Metafisica", considera l'imitazione come il primo passo verso la conquista, dal mondo sensibile al mondo intelligibile. Nell'imitazione l'uomo scopre il piacere della conoscenza, perché imitare significa riconoscere, e dunque conoscere ciò che è l'essenziale (Aristotele, Poetica: "Analisi del Linguaggio"). Le due scuole di pensiero, profondamente diverse, elaborano entrambe teorie valide, in quanto i differenti processi di apprendimento si utilizzano ambedue in situazioni diverse. Con riferimento ai problemi dell'apprendimento, grande interesse riveste il particolare fenomeno del *transfert*, ossia l'influenza positiva o negativa che un tipo di apprendimento può esercitare su uno precedentemente realizzato, o sul successivo (*transfert* retroattivo o proattivo). Il *transfert* viene considerato come un passaggio intermedio tra apprendimento e memorizzazione, e tutti e tre questi processi confluiscono in quello, più generale, di acquisizione delle conoscenze.

2. I Prerequisiti per l'apprendimento della letto-scrittura

I prerequisiti sono quelle abilità cognitive di base, necessarie per l'apprendimento delle abilità scolastiche, come la lettura, la scrittura ed il calcolo, che troveranno manifestazione successivamente. Un bambino che deve imparare a *leggere, a scrivere e a far di conto*, deve acquisire dapprima una sequela di operazioni, introduttive e preparatorie, che possono essere irrobustite e consolidate sin dalla scuola dell'infanzia. Necessari per l'apprendimento della letto/scrittura sono i prerequisiti esecutivi, ed i prerequisiti costruttivi. I *prerequisiti esecutivi* riguardano la realizzazione della scrittura: es. il segno grafico, la coordinazione oculo-manuale, l'orientamento spaziale, etc. A questo proposito, è essenziale un'impugnatura corretta: pollice ed indice a pinza, e medio che sorregge la matita, ma anche il carattere da utilizzare, che deve essere lo stampato maiuscolo, e così via. I *prerequisiti costruttivi* sono quelli che riguardano

l'idea, l'astrazione della lingua, e si cominciano a sviluppare quando il bambino riconosce che la parola scritta rappresenta la parola verbale, e non l'oggetto. Per verificarne l'acquisizione, ossia se il bambino comincia a concettualizzare, gli si chiede, ad esempio, se è più lunga la parola "treno" o "coccinella". Se il bambino è ancora legato all'oggetto, risponderà "treno"; invece, il bambino che ha una prima concettualizzazione, risponderà "coccinella".

Il bambino, per accedere alla lettura ed alla scrittura, deve imparare quattro concetti che riguardano l'unità fondamentale del sistema di scrittura: i primi tre, riguardano la Scuola dell'Infanzia:

- 1) Quanti elementi vi sono in una parola;
- 2) Quali sono;
- 3) In che ordine sono disposti;
- 4) Come sono raffigurati, ossia la rappresentazione dei segni grafici distintivi.

La Scuola dell'Infanzia ha il compito di porre le basi per preparare il bambino all'acquisizione delle prime tre fasi, cioè delle attività meta fonologiche globali analitiche (a livello fonemico), mentre è di competenza della Scuola Primaria avviare il bambino alla rappresentazione grafica di tali attività.

Lo studio dello sviluppo del linguaggio è stato effettuato partendo da tre approcci teorici fondamentali:

- 1) Comportamentale;
- 2) Innatistico;
- 3) Socio interattivo.

2.1 Gli approcci comportamentali

Skinner (1957) ha dimostrato come un comportamento può essere incoraggiato o inibito da determinati rinforzi. Il condizionamento strumentale di Skinner, si basa sulla possibilità di far aumentare o diminuire certi comportamenti tramite la tecnica del rinforzo positivo o negativo (punizioni). Skinner riporta l'esempio di un ratto affamato dentro una gabbia, che per pura casualità spinge una leva che fa uscire del cibo (rinforzo). Fu, dunque, osservato, che questo risultato aveva come effetto il ripetersi

dell'azione, all'inizio del tutto causale. Se al posto del cibo si innestava una lieve scossa elettrica, difficilmente il ratto avrebbe ripetuto l'azione. Anche negli esseri umani, il comportamento è indotto dai rinforzi positivi, quali potrebbero essere gli apprezzamenti, o ottenere un bel voto a scuola, e dai rinforzi negativi, come il rimprovero. Secondo il comportamentismo c'è apprendimento quando si stabilisce una connessione prevedibile tra un segnale nell'ambiente (lo stimolo), un comportamento (la risposta), ed una conseguenza (rinforzo).

2.2. Gli approcci innatistici

Secondo Noam Chomsky (1975), linguista presso il *Massachusetts Institute of Technology*, lo sviluppo linguistico deriva da una dotazione innata del bambino, e non da influenze ambientali come l'insegnamento. Chomsky, fondatore della “*grammatica generativo trasformativa*”, considerata il più importante contributo alla linguistica internazionale del XX Secolo, ritiene che la LAD (*Language Acquisition Device*) sia una struttura mentale innata, che consente ai bambini di acquisire aspetti complessi della grammatica universale, ossia quegli aspetti del linguaggio comuni a tutte le lingue. Per arrivare a questo, la *competenza*, è il punto di partenza che consiste nell'insieme di conoscenze che permettono ad un *parlante nativo* di produrre messaggi verbali nella propria lingua. E tale competenza è interna alla mente umana, inconscia, individuale, innata. L'essere umano è predisposto, grazie a particolari condizioni neurofisiologiche, ad acquisire il linguaggio verbale; la capacità di parlare è, in primo luogo, trasmessa biologicamente. Solo successivamente, tale capacità potrà evolversi, quando interferirà con la componente culturale-ambientale. Tale approccio presenta dei limiti, poiché isola il linguaggio dal contesto.

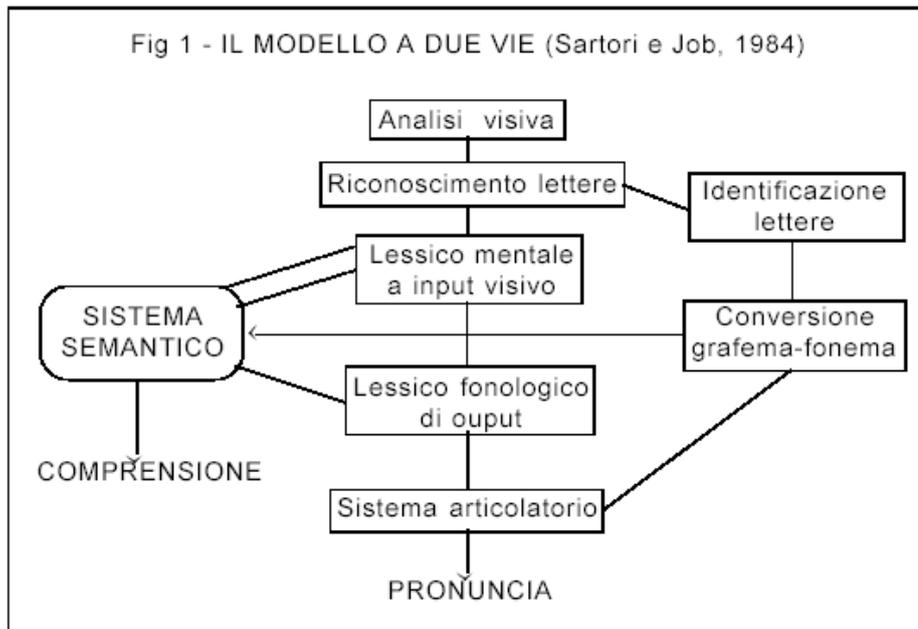
2.3. Gli approcci sociointerattivi

Secondo Jerome Bruner (1983), lo sviluppo del linguaggio deriva dall'interdipendenza tra capacità linguistiche innate del bambino, e la sua esperienza sociale d'uso del linguaggio (contesto). Questa, anche attualmente, sembra la teoria più accreditata. Per apprendere la propria lingua madre, il bambino ha dunque bisogno di due elementi: il dispositivo di acquisizione linguistica LAD, teorizzato da Chomsky, e la presenza di un ambiente di supporto, per facilitare l'apprendimento. Bruner definisce questo secondo elemento LASS (*Language Acquisition Support System*), ovvero

"sistema di supporto per l'acquisizione di linguaggio" . E' qui che esordiscono le figure genitoriali, con le loro diverse strategie o stili di comunicazione, che diventano guida, aiuto e sostegno per il bambino, e gli facilitano la conquista dei principi di base del linguaggio. Il supporto degli adulti assume due forme principali: lo stile *Motherese*: stile comunicativo della madre verso il bambino. Più la madre è sensibile nel creare momenti di attenzione congiunta, maggiori saranno i progressi del bambino nello sviluppo del linguaggio; lo stile *A – C talk*: stile comunicativo dell'adulto in genere (madre, padre, parenti, educatori, etc.) verso il bambino. Ad esempio, una pronuncia chiara, un'esposizione più lenta, una preferenza per parole brevi e semplici, ma anche la ripetizione frequente delle espressioni, porteranno il bambino ad essere sempre più competente. L'ambiente linguistico deve essere predisposto ed avere caratteristiche familiari e routinarie. Il LASS lavora in collaborazione con il LAD. L'interazione tra il LAD e il LASS consente al bambino l'accesso alla comunità linguistica ed, al tempo stesso, alla cultura.

3. L'apprendimento della lettura: il modello "a due vie"

Come avviene la lettura? E' un processo formato da molti sottoprocessi integrati tra loro, secondo un modello, detto "a due vie". L'incidenza delle "due vie" si modifica con l'età e l'esperienza della singola persona. Il modello di lettura "a due vie" (o "a doppio accesso"), nasce sia dalla ricerca sui processi di lettura di normo- lettori, che dall'esame clinico di casi di dislessia (Sartori, 1984). Secondo questo modello, le parole scritte possono essere elaborate o mediante la "via sublessicale", basata sulle regole di corrispondenza grafema-fonema, che permette di leggere le parole non familiari e le non parole, oppure mediante la "via lessicale", basata invece sulle corrispondenze di unità lessicali, che permette di leggere solo le parole familiari, ed è necessaria per la lettura di parole irregolari (Coltheart, Rastle, Perry, Langdon, e Ziegler, 2001).



3.1. Un modello evolutivo di apprendimento della lettura

Uta Frith (1985) spiega in che modo i bambini procedono da una non conoscenza dei legami tra il linguaggio orale e quello scritto, all'automatizzazione dei processi di lettura, ed all'utilizzo corretto di entrambe le vie di lettura (fonologica e lessicale). Secondo l'Autrice, l'apprendimento della lettura avviene attraverso quattro fasi tra loro indipendenti. Ogni stadio prevede l'acquisizione di nuove procedure, ed il consolidamento e l'automatizzazione delle competenze già acquisite nello stadio precedente. Le quattro fasi dell'apprendimento sono:

➤ Lo stadio logografico che coincide con l'età prescolare. In questo stadio, il bambino, pur non avendo ancora conoscenze ortografiche né fonologiche, riesce a riconoscere ed a leggere alcune parole in modo globale, perché contengono delle lettere, o degli elementi che ha imparato a riconoscere. Il bambino riconosce a vista parole familiari, cioè utilizza un vocabolario visivo;

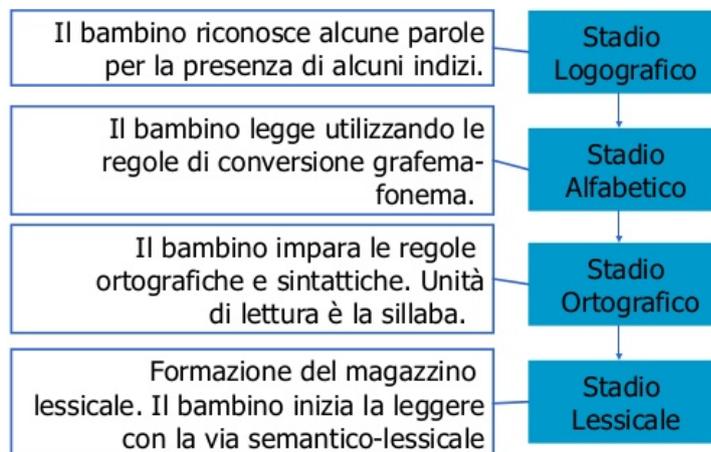
➤ Lo stadio alfabetico nel quale il bambino impara a discriminare le singole lettere, ed è capace di operare la conversione grafema-fonema, riuscendo, in questo modo, a leggere (attraverso la via fonologica), le parole che non conosce;

➤ Lo stadio ortografico dove il bambino impara le regole ed attribuisce valore alla propria lingua. Qui, il procedimento di conversione grafema-fonema diviene sempre più automatico, ed il bambino è capace di leggere suoni complessi come le sillabe,

aumentando la velocità della lettura. L'acquisizione di queste tre fasi integra l'accesso alla lettura, tramite la via fonologica;

➤ Il quarto ed ultimo stadio, lo stadio lessicale: il bambino riconosce in modo diretto le parole, perché possiede un ricco vocabolario lessicale che gli permette di leggere le parole senza recuperare il fonema (suono) associato ad ogni grafema (simbolo o lettera). Riesce a controllare bene l'andamento della lettura, che è diventata automatica e veloce. 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. E', comunque, ancora in grado di utilizzare le modalità di lettura degli stadi precedenti ed, in effetti, le utilizza quando si trova ad affrontare la lettura di parole nuove, di cui non conosce il significato, o la lettura di parole senza senso.

Modello Evolutivo (Frith, 1985)



SECNODO UN PFROSSEORE
DLEL'UNVIESRITA' DI
CMABRDIGE, NON IMORPTA
IN CHE ORIDNE APAPAINO
LE LETETRE IN UNA PAOLRA,
L'UINCA CSOA IMMORPTATE
E' CHE LA PIMRA E L'ULIMTA
LETETRA SINAO NEL PTOSO
GITUSO. IL RIUSTLATO PUO'
SERBMARE MLOTO CNOFSUO,
MA NOONSTATNE TTUTO
SI PUO' LEGERGE SEZNA
MLOTI PRLEOBMI.

—————
Esempio di lettura lessicale

a minore correttezza,

a

et. al., 200

la le

Orsolini et al.,

).

4. Il modello a due vie di apprendimento della scrittura

I due canali di acquisizione della scrittura sono:

✓ La via lessicale diretta, utilizzata dal bambino per le parole che già fanno parte del suo bagaglio di conoscenza, anche per le parole che non hanno una regolare corrispondenza suono-scrittura; la forma scritta della parola viene recuperata nel lessico ortografico;

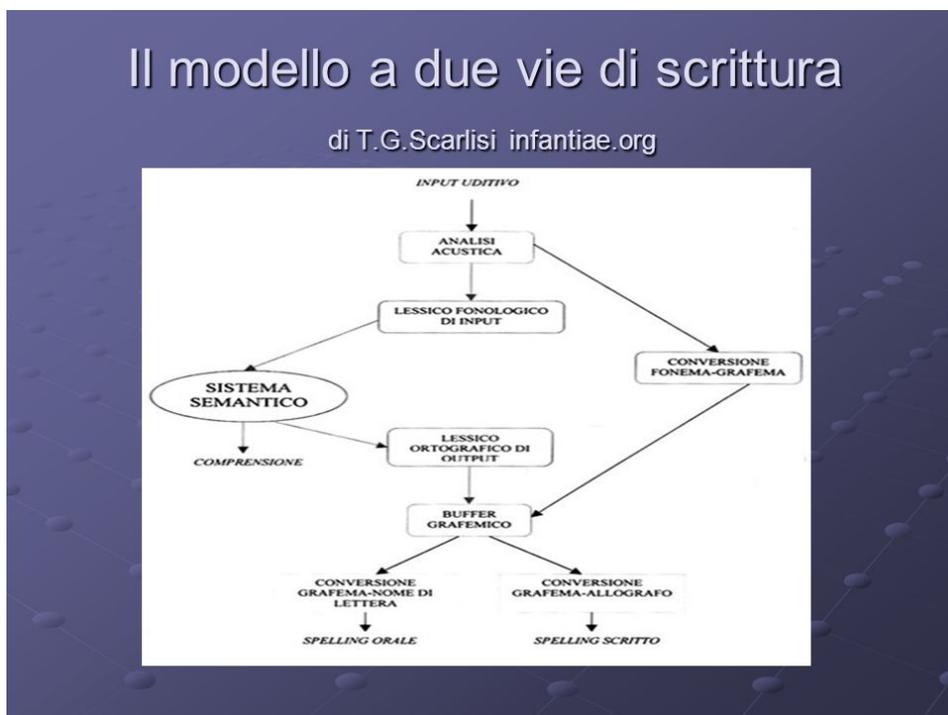
✓ La via non lessicale, dove i suoni che compongono la sequenza fonologica (fonemi o insiemi di fonemi), vengono analizzati dal bambino, e convertiti in una sequenza di grafemi.

Il nucleo essenziale del processo di apprendimento della scrittura concorda con quello di acquisizione della lettura, ma qui si aggiunge una nuova abilità che consiste nell'abilità "grafica". Nella scrittura, infatti, sono implicate sia competenze linguistiche e cognitive, ma anche capacità organizzativo-spaziali, come la lateralizzazione e la coordinazione visuo-motoria, la memoria a breve termine, che contiene le conoscenze recuperate dalla memoria a lungo termine durante la fase di progettazione, traduzione e revisione del testo, ed infine la memoria a lungo termine, che rappresenta una scatola da cui attingere, al bisogno. Secondo le teorie neo-piagetiane, il bambino che vive in ambienti scritti, comincia a registrare i segni del mondo che lo circonda, ed a discriminare i segni che si usano per scrivere da quelli che si usano per disegnare. In una prima fase preconvenzionale, il bambino concepisce lettere in combinazione e numero casuale, spesso come imitazione del gesto degli adulti, ma non conferisce valore al suono. Si ha il passaggio alla fase convenzionale quando i bambini cominciano ad attribuire importanza ai suoni e a far corrispondere questi ad uno specifico segno o viceversa. La fase convenzionale prevede tre momenti ben distinti:

1. Fase sillabica: i bambini odono e scoprono le sillabe, la rima o il pezzo lungo di parola e ritengono di dover utilizzare un segno per ogni sillaba.

2. Fase sillabico – alfabetica: i bambini comprendono che nelle sillabe ci sono più suoni, ossia che le sillabe sono formate da suoni diversi.

3. Fase alfabetica: i bambini sentono che ad ogni suono corrisponde un determinato segno.



5. L'osservazione diretta come strumento per il primo *screening*

I Disturbi Specifici di Apprendimento hanno una componente evolutiva che è causa di ritardo o atipia del processo di sviluppo, definito sulla base dell'età anagrafica e della media degli alunni presenti nella classe. Alcuni studi hanno inoltre, rimarcato che ai DSA si accompagnano stili di apprendimento e altre caratteristiche cognitive specifiche, che è importante riconoscere per la predisposizione di una didattica personalizzata efficace. Ciò attribuisce un ruolo cardinale alla capacità di osservazione degli insegnanti, non solo nei primi segmenti dell'istruzione - scuola dell'infanzia e scuola primaria - per il riconoscimento di un potenziale disturbo specifico dell'apprendimento, ma anche nell'ambito di tutto il percorso scolastico, per individuare quelle caratteristiche cognitive su cui puntare per il raggiungimento del successo formativo (Linee Guida, 2011).

5.1. L'osservazione delle prestazioni atipiche

Nelle Linee Guida per i DSA viene riportato che per individuare un alunno con un potenziale Disturbo Specifico di Apprendimento, non necessariamente si deve ricorrere a strumenti appositi, ma può bastare, in una prima fase, far riferimento all'osservazione delle prestazioni nei vari ambiti di apprendimento interessati dal disturbo: lettura, scrittura, calcolo. Ad esempio, per quanto riguarda la scrittura, è possibile osservare la persistenza di errori più frequenti, in una determinata fase di apprendimento. Riguardo alla lettura, possono essere significativi il permanere di una lettura sillabica ben oltre la metà della prima classe primaria; la tendenza a leggere la stessa parola in modi diversi nel medesimo brano; il perdere frequentemente il segno o la riga. Un docente che osserva tali caratteristiche nelle *performances* scolastiche di un alunno, deve predisporre specifiche attività di recupero e potenziamento. Se, nonostante l'intervento, l'atipia persiste, sarà opportuno darne comunicazione alla famiglia, consigliandola di ricorrere ad uno specialista per accertare la presenza o meno di un disturbo specifico di apprendimento. Occorre 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. Tuttavia, solo il tre o quattro per cento presenteranno un DSA. Questo significa che, una prestazione atipica, solo in alcuni casi implica un disturbo.

5.2 L'osservazione degli stili di apprendimento

Gli individui apprendono in maniera diversa uno dall'altro a seconda del modo o delle strategie impiegate per l'elaborazione delle informazioni. Partendo da questo presupposto, assume particolare importanza un modello d'insegnamento che tenga conto dello stile di apprendimento dello studente, facilitando in tal modo, il raggiungimento degli obiettivi educativi e didattici. Ciò è significativo per l'argomento in questione, in quanto se l'impostazione dell'attività didattica, sulla base di un determinato stile di apprendimento, favorisce in generale tutti gli alunni, nel caso invece di un alunno con DSA, fare riferimento, nella prassi formativa, agli stili di apprendimento e alle diverse strategie che lo caratterizzano, diventa un elemento essenziale e decisivo per il suo successo scolastico (Linee Guida, 2011).

6. Le competenze educativo -didattiche nell'ambito dei DSA

Con la numerosa presenza di alunni DSA nelle classi, il problema di come affrontare tale fenomeno, non può più essere rimandato a specialisti esterni, ma impone l'esigenza di ricorrere alle competenze psicopedagogiche dei docenti 'curricolari'. Infatti, è opportuno ricordare che nel profilo professionale del docente sono comprese, oltre alle competenze disciplinari, anche competenze psicopedagogiche, e che ciascun docente, dispone di strumenti metodologici per interventi didattici, che appartengono allo "strumentario" di base, che è patrimonio di conoscenza e di abilità. Tuttavia, è pur vero che la competenza psicopedagogica, in tal caso, deve poter essere aggiornata ed approfondita. È per questo che il MIUR promuove azioni di formazione sul territorio e, da ultimo, ha sottoscritto un accordo quadro per l'alta formazione in ambito universitario sul tema dei DSA (Linee Guida,2011). Sono percorsi comuni per quanto riguarda l'approccio psicopedagogico, ma differenziati rispetto agli ordini e gradi di scuola. La Scuola dell'Infanzia svolge un ruolo di assoluta importanza sia a livello preventivo, sia nella promozione e nell'avvio di un corretto ed armonioso sviluppo del bambino in tutto il percorso scolastico. Coerentemente con gli orientamenti e le indicazioni nazionali, la Scuola dell'Infanzia ha il compito di *"promuovere e rafforzare l'identità personale, l'autonomia e le competenze dei bambini... in una prospettiva che ne integri tutti gli aspetti (biologici, psichici, motori,intellettuali, sociali, morali e religiosi)"*, mirando a consolidare *"le capacità sensoriali, percettive,motorie, sociali, linguistiche ed intellettive del bambino"*(Ind. Naz. 2012). Com'è noto, la diagnosi di DSA può essere formulata con certezza a partire dalla fine della seconda classe della scuola primaria. Dunque, il disturbo di apprendimento è conclamato quando il bambino ha già superato il periodo di insegnamento della letto-scrittura e dei primi elementi del calcolo. Ma è proprio questo il periodo più critico e più difficile per un bambino con DSA. Il non prestare opportuna attenzione alle esigenze ed alle 'fragilità' di alcuni alunni ed il mancato ricorso a metodologie adeguate, non solo non consentono al bambino di sviluppare al meglio le proprie potenzialità, ma costituiscono una minaccia per il suo percorso formativo. Per questo, acquista importanza fondamentale, che sin dalla scuola dell'Infanzia si possa prestare attenzione ai possibili DSA, e porre in atto tutti gli interventi conseguenti, ossia – in *primis* – tutte le strategie didattiche disponibili. Se poi l'osservazione pedagogica o il percorso clinico diranno che si è trattato di una semplice

difficoltà di apprendimento, anziché di un *disturbo*, sarà la conclusione migliore, tanto più che le metodologie didattiche adatte per i bambini con DSA sono valide ed efficaci per ogni bambino, e non viceversa (Linee Guida,2011).

6.1 L' Identificazione precoce nella Scuola dell'infanzia

È importante identificare precocemente le possibili difficoltà di apprendimento e riconoscere i segnali di rischio già nella scuola dell'infanzia. Il bambino che confonde suoni, non completa le frasi, utilizza parole non adeguate al contesto o le sostituisce, omette suoni o parti di parole, sostituisce suoni, lettere (ad esempio, p/b, etc.) ed ha un'espressione linguistica inadeguata, va supportato con attività personalizzate all'interno del gruppo (Linee Guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti DSA, allegate al DM 5669). Il bambino di cinque anni, con queste difficoltà, può presentare goffaggine, avere difficoltà nella manualità fine, nel discriminare la destra e la sinistra, o avere difficoltà in compiti di memoria a breve termine, ad imparare filastrocche, a manipolare le parole.

Questi bambini vanno riconosciuti e sostenuti adeguatamente, per andare incontro ai loro bisogni educativi. Importante risulterà la promozione di metodologie operative rispetto a quelle di carattere trasmissivo, stimolando l'espressività attraverso tutti i tipi di linguaggio. La narrazione, l'invenzione di storie, il loro completamento, la loro ricostruzione, senza dimenticare la memorizzazione di filastrocche, poesie e conte, nonché i giochi di manipolazione dei suoni all'interno delle parole, sono tutte attività che aiutano in tal senso. Una premurosa attenzione ai processi di apprendimento dei bambini permette di individuare precocemente eventuali situazioni di difficoltà; è pertanto fondamentale, l'osservazione sistematica, condotta dai docenti, che in questo segmento scolastico devono, con professionalità, saper tenere sotto controllo le abilità relative alle capacità percettive, motorie, linguistiche, attentive e mnemoniche. Tutto questo è possibile nel periodo di frequenza della scuola dell'infanzia. E' vero che *"un alunno con DSA potrà venire diagnosticato solo dopo l'ingresso nella scuola primaria, quando le difficoltà eventuali interferiscano in modo significativo con gli obiettivi scolastici o con le attività della vita quotidiana che richiedono capacità formalizzate di lettura, di scrittura e di calcolo"*(Linee Guida,2011). Ma, nel corso della scuola dell'infanzia, l'insegnante potrà riscontrare *l'emergere di difficoltà più globali,*

ascrivibili ai quadri di DSA. L'insegnante potrà quindi riconoscere ed evidenziare caratteristiche che accompagnano gli alunni in attività specifiche, come quelle di pregrafismo, dove è possibile notare lentezza nella scrittura, pressione debole o eccessiva esercitata sul foglio, discontinuità nel gesto, ritocatura del segno già tracciato, direzione del gesto grafico, occupazione dello spazio nel foglio. Nell'ultimo anno della scuola dell'infanzia, inoltre, per agevolare la graduale conquista di abilità di simbolizzazione sempre più complesse, i docenti possono proporre ai bambini attività didattiche di esercizio in forma ludica, mirate allo sviluppo di competenze necessarie per un successivo approccio alla lingua scritta. Essendo il linguaggio il miglior predittore delle difficoltà di lettura, è importante proporre ai bambini esercizi linguistici, ovvero "operazioni meta fonologiche" sotto forma di giochi. Sono queste le operazioni necessarie e comprensibili ai bambini che non hanno ancora ricevuto un'istruzione formale ed esplicita del codice scritto. L'operazione meta fonologica, ossia la capacità di percepire e riconoscere, per via uditiva, i fonemi che compongono le parole, consente una spendibilità immediata del linguaggio. I docenti sono i responsabili di un percorso di insegnamento – apprendimento, all'interno del quale, l'osservazione sistematica offre, costantemente, la possibilità di conoscere, in ogni momento, la situazione socio-affettiva e cognitiva di ciascun alunno. La progressiva acquisizione delle diverse capacità motorie, di percezione, linguistiche, mnemoniche e di attenzione, avviene in modo parallelo al processo di concettualizzazione della lingua scritta, che non rappresenta un obiettivo proprio della scuola dell'infanzia, ma che in tale scuola deve trovare i necessari presupposti. Infatti, competenze come la percezione visiva ed uditiva, l'orientamento e l'integrazione spaziotemporale, la coordinazione oculo-manuale, rappresentano la base dei successivi apprendimenti. Uno degli obiettivi più importanti della scuola dell'infanzia è rappresentato dallo sviluppo dell'intelligenza numerica, e quindi dalla prevenzione delle difficoltà di apprendimento del calcolo. Questo obiettivo, consiste essenzialmente, in attività di screening, condotte con appositi strumenti, in grado di identificare i bambini a rischio di DSA, ed in attività didattiche, finalizzate al potenziamento dei prerequisiti del calcolo, in tutti, ma in particolare modo nei bambini a rischio. Per il bambino, imparare a calcolare, significa sviluppare dei processi mentali specifici e complessi, implicati nella cognizione numerica. Un bambino a rischio di DSA, esprimendo bisogni particolari, deve essere supportato adeguatamente

nell'apprendere la distinzione tra grandezza di oggetti e numerosità degli stessi. D'aiuto possono essere, in tal senso, attività come quelle di stima di piccole numerosità (quanti sono...), e di confronto di quantità (di più, di meno, tanti quanti...), che devono essere promosse e ripetute fino a quando il bambino non riesce a superarle con sicurezza, ed a colpo d'occhio. Per il raggiungimento dell'obiettivo si rende necessaria la collaborazione tra scuola, famiglia e, possibilmente, servizi territoriali (C.C., 2007).

6.2 L' Identificazione precoce nella Scuola primaria

Nelle linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con DSA, allegate al DM 5669, si dà molta importanza alla prevenzione delle difficoltà di apprendimento, anche all'inizio della scuola primaria. Qui, anzi, la prevenzione, acquista maggiore valenza, poiché oltre a rappresentare uno degli obiettivi più importanti, permette altresì, di dare effettività alla continuità educativa, teorizzata e tanto auspicata nella scuola. La continuità si realizza attraverso lo scambio di informazioni tra la famiglia, i docenti della scuola dell'infanzia, ed i docenti della scuola primaria medesima, che consentono, a questi ultimi, di ottenere elementi preconsoscitivi, che saranno poi integrati nella programmazione delle attività didattiche della scuola primaria. Ogni bambino porta con sé la propria storia, la propria personalità, le proprie originali capacità di porsi in relazione con le esperienze, i propri ritmi di apprendimento e stili cognitivi. La scuola primaria ha il compito di far sviluppare ed evolvere le capacità percettivo -motorie e linguistiche, che costituiscono i prerequisiti per la conquista delle abilità strumentali della letto -scrittura. Per imparare la corrispondenza biunivoca tra segno e suono di un sistema alfabetico, più che un impegno cognitivo, sono richieste abilità quali la scomposizione e ricomposizione delle parole in suoni, ed il riconoscimento dei segni ad essi associati. Quindi, per imparare la lettura è importante avere buone capacità di riconoscimento visivo, e di analisi di struttura della parola. I bambini con DSA possiedono generalmente capacità intellettive accettabili, ma presentano anche limitazioni nelle capacità di riconoscimento visivo e deficitarie capacità di analisi fonologica delle parole. La somma di queste singole difficoltà, dà come risultato, una maggiore difficoltà nell'acquisizione del linguaggio, per questi bambini. Al fine di non impedire l'acquisizione dei concetti all'alunno con

DSA, occorre che le sue difficoltà, di lettura e scrittura, siano compensate da strategie, metodologie e strumenti che non compromettano il suo apprendimento.

Anche l'approccio alla lingua scritta è molto difficile per l'alunno con DSA. Infatti, la semplice lettura di una parola in realtà implica tante singole e complesse attività, che devono essere compiute contemporaneamente, che vanno dall'identificazione delle lettere, al riconoscimento del loro valore sonoro, al mantenimento della sequenza di prestazione (vale a dire di un ritmo di lettoscrittura costante e continuativo), alla rappresentazione fonologica delle parole, al coinvolgimento del lessico per il riconoscimento del significato. Perché si verifichi apprendimento, è fondamentale, in questa fase, che il bambino si senta artefice dei suoi piccoli successi, e riceva gratificazioni e consensi (Linee Guida, 2011).

Il metodo d'insegnamento-apprendimento della lettoscrittura, più accreditato dalla letteratura scientifica è il metodo fono-sillabico, oppure quello esclusivamente sillabico, mentre è sconsigliato il metodo globale, che ostacola l'acquisizione di una adeguata fluency e correttezza di lettura. Per assecondare il bisogno educativo speciale dell'alunno con DSA, si potranno proporre quindi esercizi di *sintesi sillabica*, ricostruire una parola a partire dalla sequenza delle sue sillabe, pronunciate ad alta voce dall'insegnante; esercizi di riconoscimento di sillaba iniziale, finale, intermedia; si possono formare treni di parole, dove la sillaba finale della prima costituisce quella iniziale della seconda; si possono proporre inoltre, giochi fonologici per il riconoscimento e la produzione di rime, oppure tombole e domino con immagini e sillabe da associare (Linee guida, 2011). Si dovrà poi, in un secondo tempo, passare al lavoro di tipo fonologico. I processi di consapevolezza fonologica vengono acquisiti in modo sequenziale, e si strutturano in livelli gerarchici di competenza:

- livello della *parola*: indica la capacità del bambino di identificare singole parole all'interno della frase;

- livello della *struttura delle sillabe*: indica la capacità del bambino di identificare parti della parola, le sillabe, e la loro struttura (all'inizio sono più facilmente identificabili quelle dalla struttura consonante-vocale, ad esempio *ma-* nella parola *mano*, poi quelle dalla struttura vocale-consonante, ad esempio *el-* nella parola *elmo*);

- livello dei *suoni iniziali e finali della parola*: indica la capacità, ad esempio, di riconoscere la rima;

- livello del riconoscimento preciso del *suono iniziale e finale* della parola;

- livello del riconoscimento di *tutti i singoli fonemi* della parola.

È opportuno effettuare attività fonologiche nell'ultimo anno della scuola dell'infanzia, e nella prima e seconda classe della scuola primaria. L'attività didattica quotidiana dovrebbe comprendere anche esercitazioni fonologiche, da svolgere tra un'attività e l'altra, proponendole all'intera classe, o a quei gruppi di bambini che ostentano di averne maggiore bisogno (Linee Guida, 2011).

7. Gli *screening* in età prescolare

"Con il termine screening s'intende una metodologia di rilevazione che è in grado di predire un disturbo sulla base della presenza di un segno critico selezionato in precedenza (test predittivo)... Per essere efficace un test di screening deve essere semplice, rapido da somministrare e poco costoso, sia in termini di strumentazione che di impiego di risorse specialistiche" (Paoletti e Stella, 2008).

Le attività di *screening*, permettono un più precoce riconoscimento del DSA, contribuiscono alla sensibilizzazione ed alla formazione del personale della scuola, e consentono di approntare misure didattiche adeguate. Per effettuare uno *screening* è necessaria un'attività di formazione e di costruzione condivisa di strumenti, permettendo così agli insegnanti, di riconoscere i segnali di allarme e di creare le condizioni ottimali per lo sviluppo delle competenze.

In questa direzione si è mosso il progetto «A scuola di dislessia», per la formazione specifica di insegnanti "referenti DSA" di ogni scuola. Il progetto, nato dalla collaborazione fra l'AID, la Fondazione Telecom Italia ed il MIUR, a seguito di un protocollo di intesa triennale sottoscritto nel luglio del 2009, mira alla formazione di una rete di docenti competenti ed aggiornati, attraverso una Piattaforma *E-Learning*. Nell'ambiente di apprendimento Puntoedu, è stato predisposto l'ambiente di formazione "*Screening* e dislessia", riguardante proposte di attività di sperimentazione per un'identificazione precoce dei DSA, per i referenti delle scuole di ogni ordine e grado

di tutte le regioni italiane. L'obiettivo dell'offerta formativa è stato il seguente: sviluppare competenze necessarie per organizzare percorsi di formazione e *screening* efficaci nelle scuole. Così, all'interno della scuola, assume rilievo la figura del referente, come coordinatore degli *screening*, e come punto di riferimento per tutti gli altri colleghi.

"Il referente che avrà acquisito una formazione adeguata e specifica sulle tematiche, a seguito di corsi formalizzati o in base a percorsi di formazione personali e/o alla propria pratica esperienziale/didattica, diventa punto di riferimento all'interno della scuola..." (MIUR, Linee guida 2012).

Data l'importanza dell'identificazione precoce, si è sviluppato un filone di ricerca che ha proposto strumenti utili ad identificare i segni predittivi di DSA prima dell'ingresso a scuola. Uno di questi strumenti è il questionario osservativo. Il questionario osservativo, attraverso una lista di domande sul comportamento del bambino, rivolte agli adulti di riferimento, permette di osservare gli atteggiamenti e le *performance* del soggetto, e fornisce una descrizione delle sue difficoltà. L'utilizzo dei questionari osservativi rivolti agli insegnanti per l'identificazione dei segni critici di un disturbo di apprendimento è quindi da considerarsi una procedura valida in pieno accordo con le Linee Guida per i DSA (MIUR, 2012), che affermano l'importanza dell'osservazione negli alunni, sia delle prestazioni atipiche che degli stili di apprendimento, da parte degli insegnanti, in tutto il percorso scolastico, già a partire dall'infanzia.

Il maggior interesse è rivolto alla scuola dell'infanzia ed alla scuola primaria, nelle quali è necessaria una maggior e più diffusa conoscenza degli indicatori di rischio, ed una impostazione del lavoro didattico orientata alla prevenzione. L'attività di identificazione si deve esplicare comunque in tutti gli ordini e gradi di scuola; infatti, sappiamo che tuttora molti ragazzi con DSA sfuggono alla individuazione nei primi anni di scuola, poiché manifestano in maniera più accentuata le loro difficoltà quando accresce il carico di studi. L'individuazione tempestiva permette, infatti, la messa in atto di provvedimenti didattici, abilitativi e di supporto, che possono migliorare decisamente il percorso scolastico, ed il destino personale di alunni e studenti con DSA (Linee Guida, 2011).

Secondo la Consensus Conference 3 (2011), per individuare i bambini a rischio di DSA, è fortemente raccomandato l'utilizzo contemporaneo di più fonti, quali: l'anamnesi, i questionari ai genitori, le valutazioni/previsioni degli insegnanti, le batterie di *screening*.

Proprio perché i bambini con un DSA sviluppano in genere, un personale stile di apprendimento, caratteristiche cognitive specifiche e comportamenti tipici, il questionario si propone di raccogliere informazioni, ad iniziare dall'osservazione da parte degli adulti di riferimento. I questionari osservativi non hanno valenza diagnostica, ma hanno il vantaggio di raccogliere informazioni globali utili agli insegnanti per evidenziare eventuali carenze da ricolmare con interventi didattici di recupero e potenziamento, e per mettere a punto strategie adeguate, valorizzando le caratteristiche di ogni allievo (Paoletti, Stella, 2008). Sono, inoltre, uno strumento di primo *screening* più agile ed economico rispetto a prove strutturate somministrate direttamente agli alunni. Bisogna ribadire che rilevare un punteggio di rischio non sempre implica la presenza di un vero e proprio disturbo, è piuttosto un indicatore della presenza di una prestazione atipica, che merita attenzione, e può suggerire l'opportunità di avviare un lavoro di potenziamento mirato al superamento della difficoltà.

Questo progetto scaturisce proprio dalla prospettiva dell'identificazione precoce e della prevenzione, realizzando uno *screening* presso la scuola dell'infanzia e la scuola primaria.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

**CAPITOLO IV: LA RICERCA SUI PREREQUISITI
DELL'APPRENDIMENTO SCOLASTICO**

Premessa

Nel presente capitolo verrà presentato e discusso un progetto di *screening*, finalizzato all'individuazione precoce dei bambini a rischio di Disturbo Specifico dell'Apprendimento.

Come prima affermato, rilevare precocemente le situazioni di rischio, dà la possibilità di attivare immediati interventi di recupero e potenziamento delle competenze, permettendo di contenere l'influenza negativa del disturbo, che potrebbe compromettere l'andamento scolastico, ma anche, la sfera affettivo-emotiva del bambino, ed il suo benessere generale.

Molte ricerche a livello internazionale hanno rilevato che la presenza di una difficoltà solo in alcuni casi implica un disturbo. I dati emersi da studi longitudinali effettuati, nel primo biennio della scuola primaria, su un campione di oltre 10.000 bambini, confermano l'ipotesi. Infatti, sul 20- 25% degli alunni definito a rischio per DSA a gennaio del primo anno della prima primaria, solo il tre o quattro per cento era suscettibile di diagnosi a gennaio del secondo anno (Penge, 2010). Una interessante ricerca, in ambito internazionale, è quella condotta da Linan Tomson et al. (2006), e pubblicata sul "*Journal of Learning Disabilities*". Tomson studiava la risposta all'intervento di un gruppo di studenti di lingua inglese, che presentavano problemi di lettura. Dalle indagini si evinceva che gli studenti che avevano partecipato al trattamento precocemente, conseguivano miglioramenti costanti, rispetto ai coetanei che non avevano preso parte a nessun trattamento. Tali risultati confermano l'utilità di questo tipo di progetti. Diverse ricerche per l'Identificazione precoce dei disturbi di letto-scrittura, sono state effettuate con strumenti predisposti per l'ortografia della lingua inglese, poco adatti ai sistemi ortografici «trasparenti», come quello italiano, caratterizzati da maggiore corrispondenza tra fonema-grafema (Seymour, Aro, e Erskine, 2003). Ed infatti, nei sistemi ortografici «trasparenti», l'acquisizione delle conoscenze di base (di lettura e scrittura) o *foundation level* (*Ibidem*), è più veloce ed automatica, e normalmente si verifica entro il primo anno della scuola primaria.

Negli ultimi anni, tuttavia, anche a livello nazionale, sia la ricerca scientifica che la legge 170/2010, hanno affermato l'importanza di promuovere, in ambito scolastico, progetti di prevenzione ed identificazione precoce delle difficoltà di apprendimento.

Anche le Raccomandazioni prodotte dai ricercatori durante la “*Consensus Conference 3*”, riunitasi nel 2010, e pubblicate nel 2011, sottolineano l’importanza di condurre studi sui DSA su popolazioni a lingua trasparente, al fine di migliorare la qualità e la quantità delle prove scientifiche disponibili. Questo progetto risulta in linea con tali obiettivi. Infatti, gli unici studi condotti su popolazioni di lingua italiana, nei quali viene spiegato il parametro utilizzato per la valutazione della scrittura sotto dettatura, sono quelli di Angelelli (2004, 2010). Tali studi, considerano come parametro l’accuratezza (ritenuta deficitaria se inferiore di almeno 2 DS rispetto alla media, ed in base all’età cronologica), e conducono anche una valutazione sulla tipologia degli errori, che consente un’analisi approfondita e qualitativa della natura della disortografia.

La maggioranza dei lavori italiani sull’identificazione precoce, sono stati condotti nel primo anno della scuola primaria, attraverso l’utilizzo di strumenti che indagano direttamente le competenze che l’alunno sta sviluppando relativamente alla lettoscrittura. È, infatti, generalmente riconosciuto che il miglior predittore di queste abilità sono proprio le prove di letto-scrittura (Cossu, 1999). Un altro filone di ricerca sostiene che lo sviluppo dell’abilità fonologica, dalla quale deriva la competenza metafonologica, consente al bambino di focalizzare la forma verbale (fonologica) delle parole, indipendentemente dal loro significato, di analizzarne la struttura, fino a rappresentarle graficamente (Catts, 1989; Wagner e Torgesen, 1987). Altri ricercatori, hanno evidenziato che i bambini in età prescolare, presentano prestazioni alquanto variabili (Torgesen et al., 1999), tali da comportare un elevato numero di false identificazioni; tuttavia, numerosi studi, anglosassoni e scandinavi, hanno dimostrato, la possibilità di identificare precocemente i bambini «a rischio» di insuccesso, nel successivo apprendimento della lingua scritta, designando come concreta possibilità, quella di anticipare l’identificazione del rischio, all’ultimo anno della scuola dell’infanzia (*kindergarten*), offrendo in tal modo al bambino, un sostegno nelle diverse fasi di acquisizione del codice alfabetico, evitando che il suo ritmo sia difforme a quello della classe. Nelle ricerche esaminate, non sono stati presentati risultati scientifici esaurienti in merito all’efficacia degli interventi. In considerazione dell’interesse circa l’argomento, e sulla base delle evidenze teoriche sullo stesso, la presente ricerca mira ad approcciare la tematica dei DSA nell’ottica della prevenzione, proponendo nelle scuole dell’infanzia, un primo *screening* dei prerequisiti dell’apprendimento scolastico,

attraverso l'utilizzo del Questionario Osservativo IPDA (Terreni et al., 2002). Si è deciso, dunque, di estendere lo *screening* alle prime e seconde classi della scuola primaria, utilizzando un altro strumento, anche questo scientificamente validato e con elevata attendibilità, ossia il "Dettato delle 16 parole" (Stella, 2004). Tutto ciò attraverso l'utilizzo di un approccio multi direzionale, che ha come obiettivo prioritario la formazione del personale interessato, l'identificazione degli alunni potenzialmente «a rischio», e l'attivazione di strategie di intervento in classe.

1. Obiettivi e finalità della ricerca

Gli obiettivi posti nel progetto sono stati quelli di seguito indicati:

- individuare precocemente casi di difficoltà, attraverso l'attività di *screening*;
- potenziare le abilità cognitive funzionali all'apprendimento;
- valutare l'efficacia del potenziamento.

La ricerca, ha altresì la finalità, di formare il personale docente al metodo dell'osservazione, nell'ottica dell'identificazione precoce delle difficoltà di apprendimento scolastico, per creare le migliori condizioni per un'educazione integrativa di tutti i bambini. Inoltre, questo progetto, crea le premesse per una continuità didattica effettiva, e non solo teorica, tra la Scuola dell'Infanzia e la Scuola Primaria.

2. Ipotesi

a) La prima ipotesi che si vuole dimostrare attraverso il presente studio è che, se si sottopone un gruppo di bambini ad attività di potenziamento dei prerequisiti dell'apprendimento, all'interno della programmazione didattica curricolare, il gruppo evolverà maggiormente rispetto all'evoluzione tipica.

b) La seconda ipotesi è che, nel gruppo, i bambini che trarranno maggiori vantaggi dal lavoro di potenziamento, saranno quelli che, rispetto agli altri della stessa classe, posseggono prerequisiti di base meno solidi.

3. Metodo

Il metodo scelto è quello trasversale, perché consente di rilevare in uno stesso arco

temporale (Ottobre- maggio 2016), un campione formato da individui di età diverse. Il vantaggio che offre tale metodo è che in un tempo relativamente breve, consente di ottenere diverse informazioni, e permette di studiare un arco di sviluppo ampio ed elevato, aumentando i gruppi di età. La ricerca risulta avere un **disegno sperimentale** che confronta un gruppo di soggetti in due condizioni diverse. Per ogni singolo soggetto, si confronta il comportamento precedente e quello successivo alla modificazione della variabile sperimentale. Il gruppo, in base ai risultati, è suddiviso in sottogruppi.

TEMPO: Pre-test trattamento post-test
--

4. Il campione

Il campione preso in esame è stato costituito da :

118 bambini di 5 anni, di cui 60 maschi (50,4%) e 58 femmine (48,7%), iscritti all'ultimo anno della scuola dell'infanzia;

113 bambini della classe prima della scuola primaria;

83 bambini della classe seconda della scuola primaria.

Il campione totale, pari a 314 alunni, è stato reperito in 18 classi di due Istituti Comprensivi siciliani, della provincia di Trapani: Partanna e S. Ninfa. Come previsto dai manuali, nel campione non sono stati inseriti i bambini stranieri, per via della loro carente conoscenza della lingua italiana, ed i bambini disabili.

Il gruppo sperimentale Ipda è composto da 118 bambini, di cui 60 maschi (50,4%) e 58 femmine (48,7%) con un'età media, nel mese di ottobre, di 63,81 mesi che corrispondono a 5 anni e 3 mesi. Al gruppo, sono state proposte attività di potenziamento. Nella tabella 4.1 viene riportata in modo riassuntivo la distribuzione del genere dei bambini che hanno preso parte alla ricerca, accanto al numero totale di maschi e femmine.

Tabella 4.1: il gruppo IPDA suddiviso per età e genere

Età media in mesi	Maschi	Femmine	Totale
63.81	60	58	118

Il gruppo dei bambini della scuola primaria è formato da 196 bambini, di cui n. 113 appartengono alla classe prima, e n. 83 alla classe seconda (Tabella 4.2).

TABELLA 4.2

gruppo bambini scuola primaria

	Frequenza	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Classe Prima	113	57,7	57,7
Classe Seconda	83	42,3	100,0
Totale	196	100,0	

5. Strumenti

Si sono utilizzati due distinti strumenti: nella scuola dell'infanzia, ci si è avvalsi del Questionario IPDA (Terreni et al., 2002); nella scuola primaria, è stato invece utilizzato il Dettato delle 16 Parole (Stella, 2004).

5.1. Il Questionario Osservativo IPDA

Il Questionario Osservativo IPDA (Terreni et al, 2002), nasce all'interno del "Progetto IPDA", realizzato da un gruppo di ricercatori dell'Università di Padova, ed utilizzato nella prima fase dello stesso. Infatti, il progetto che aveva come proprio

obiettivo, la prevenzione delle difficoltà di apprendimento scolastico, si articolava in tre fasi: la prima di *screening*; la seconda di approfondimento, da realizzarsi mediante specifiche prove contenute nei Materiali IPDA (Tretti et al., 2002); ed una terza fase di potenziamento dei prerequisiti.

Si è scelto di utilizzare il Questionario IPDA (allegato in appendice), perché è uno strumento economico, di facile somministrazione, rapido, in quanto consente una somministrazione collettiva; valido, perché capace di individuare in modo pratico e veloce una fascia di soggetti potenzialmente “a rischio”, avvalendosi delle osservazioni degli insegnanti. E’ uno strumento attendibile, nel senso che non risente molto di influenze esterne o soggettive, né di influenze interne, poiché la formulazione delle domande è precisa, e non ambigua. Può essere uno strumento altamente predittivo (Cornoldi e Pra Baldi, 1979; Acher e Edwards, 1982), ed ha la finalità di rispondere al bisogno di intervenire efficacemente per ridurre il problema delle difficoltà di apprendimento.

E’ composto da 43 *items* ripartiti in due sezioni principali. La prima attiene alle “abilità generali”, ossia alle capacità di apprendimento generali, la seconda riguarda le “abilità specifiche”, cioè i prerequisiti della letto-scrittura e della matematica.

Gli *items* che hanno come oggetto le abilità generali sono così suddivisi:

- *Items* 1-9 Aspetti comportamentali;
- *Items* 10-11 Motricità;
- *Items* 12-14 Comprensione linguistica;
- *Items* 15-19 Espressione orale;
- *Items* 20-23 Metacognizione;
- *Items* 24-33 Altre abilità cognitive (memoria, prassie, orientamento).

Gli *items* che riguardano le abilità specifiche sono:

- *items* 34-40 Pre-alfabetizzazione;
- *items* 41-43 Pre-matematica.

Le risposte devono essere date dagli insegnanti, i quali, attraverso il metodo dell’osservazione, sono deputati a valutare i diversi comportamenti, misurandoli mediante una scala *Likert* a quattro livelli, seguendo il prospetto sotto riportato:

- 1) per niente / mai;

- 2) poco / a volte;
- 3) abbastanza / il più delle volte;
- 4) molto / sempre.

Il punteggio totale ottenuto da ciascun bambino è dato dalla somma dei punteggi (1, 2, 3 o 4) attribuiti ai singoli *items*. Se si omette una o più risposte è necessario aggiungere per l'*item* mancante il punteggio medio degli altri *items*.

Nell'interpretare il punteggio totale è utile metterlo al confronto col campione normativo, rappresentativo delle prestazioni dei bambini italiani, frequentanti l'ultimo anno di Scuola dell'Infanzia. Il campione normativo, riportato sul manuale del Questionario Osservativo IPDA, è costituito da 6112 bambini di cui 3098 maschi (51%) e 3014 femmine (49%) iscritti al terzo anno di scuola dell'infanzia, di 63,8 mesi di età media. Il grafico 4.1 mostra la distribuzione normativa dei punteggi totali, la media e la deviazione standard.

GRAFICO 4.1

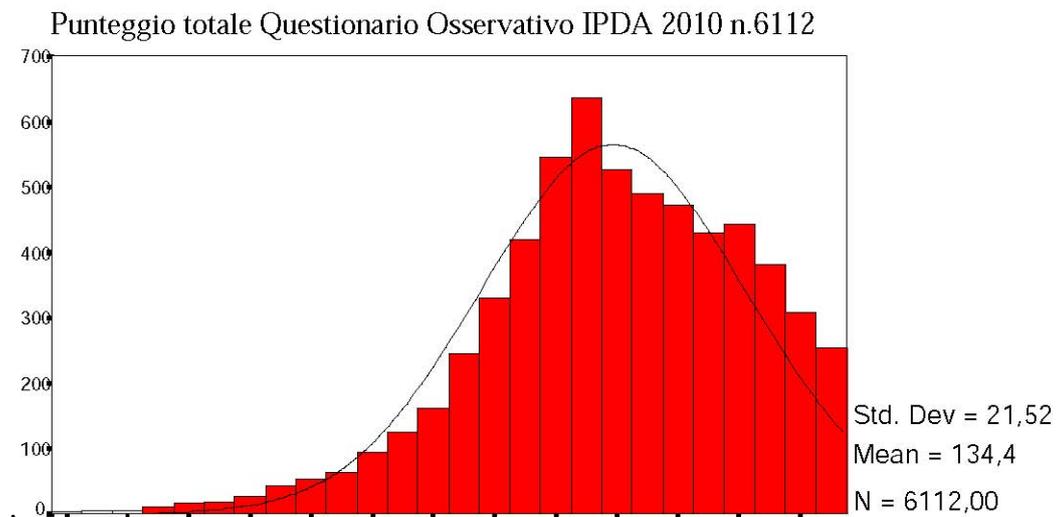


Grafico 4.1: grafico rappresentante i punteggi totali del campione normativo al Questionario Osservativo IPDA (Terreni et al 2002).

Si può osservare un andamento della curva verso destra. In questa distribuzione la fascia di maggiore interesse, non è quella più numerosa concentrata nella parte destra, bensì quella a sinistra. La prima, infatti, corrisponde ai punteggi dei bambini che ci si aspetta non presentino grosse difficoltà, mentre quella a sinistra, rappresenta il

punteggio dei bambini che incontreranno maggiori difficoltà. Questa è la tipica distribuzione attesa, nella quale saranno considerati “a rischio” tutti quei bambini il cui punteggio totale risulterà inferiore a quello corrispondente al 10° percentile.

Gli autori del Questionario Osservativo IPDA hanno calcolato due stime dell’attendibilità dello strumento:

L’accordo tra osservatori indipendenti, che è stato raggiunto mediante la compilazione simultanea del Questionario Osservativo, da due insegnanti diversi, senza che si siano consultati tra loro, su un campione di 97 bambini. L’attendibilità tra osservatori, misurata con il coefficiente di correlazione di Pearson ottenuta dalle correlazioni tra i punteggi totali, ha raggiunto un valore di 0,72 ($p < 0,01$); una capacità sufficiente per poter affermare che il Questionario Osservativo è stato formulato in maniera abbastanza chiara e che le risposte non risentono eccessivamente dell’influenza del compilatore. Il test-retest, ossia la ricompilazione, a distanza di un mese, del Questionario Osservativo, sugli stessi bambini, per verificare se il punteggio fosse influenzato dal momento della compilazione. Il coefficiente di correlazione, relativo al punteggio totale, ha raggiunto un valore di 0,76 ($p < 0,01$), confermando la buona attendibilità dello strumento. La capacità di misurazione del Questionario Osservativo IPDA, è stata valutata anche in termini di predittività, riguardo alla capacità di prevedere il livello raggiunto, negli apprendimenti scolastici di base, al termine della prima classe primaria ed in termini di concorrenza.

5.2 Il Dettato delle 16 Parole

Il secondo strumento utilizzato, è il Dettato delle 16 Parole, lo stesso è stato scelto in quanto rappresenta uno *screening* di primo livello, semplice, rapido ed economico, predittivo, e che misura un fattore di rischio. Ma soprattutto, perché è un test destinato ai bambini di prima e seconda classe di scuola primaria, e consente di verificare la prima acquisizione della fase alfabetica e l’inizio di quella ortografica, dal punto di vista fonologico. Lo strumento permette di identificare le difficoltà nella elaborazione fonologica della parola, indispensabile per la trasformazione del codice verbale in codice scritto. L’utilizzo della prova di dettato come strumento di *screening* per le

difficoltà di lettura è supportato da studi che evidenziano una forte comorbidità presente tra difficoltà di lettura ed ortografiche (Angelelli et al., 2010).

Il test consiste in una prova di dettato, formata da 16 parole, che hanno la caratteristica di essere a difficoltà fonologica crescente, a bassa frequenza d'uso, ad alto grado di corrispondenza grafema fonema, e con buon grado d'immaginabilità. Questa prova viene somministrata in un due distinti momenti: a fine gennaio ed a fine maggio.

	1^ prova	2^ prova
	PERIODO: fine gennaio/ inizio febbraio	PERIODO: maggio
BISILLAB E PIANE	GUFO FILO TELA RETE	LUPO FARO NOCE VITE
BISILLAB E COMPLESSE	PALCO TARGA STREGA FRONTE	PASTA LADRO FRESCO STROFA
TRISILLA BE PIANE	FUCILE CATINO PEDALE MONETA	PAVONE DIVANO NUVOLA SALAME
TRISILLA BE COMPLESSE	VALANGA COPERTA TROMBONE CONTENTO	POLTRONA PULCINO MANDORLA FANTASMA

È un test facilmente somministrabile, ma anche ecologico; può essere, infatti, svolto comodamente nell'aula di riferimento dei bambini, con l'utilizzo dei fogli normalmente usati. Gli insegnanti devono rispettare le regole di dettare senza sillabare, mentre i bambini possono utilizzare il carattere che preferiscono. Le parole devono essere scritte una sotto l'altra, e tra la dettatura di una parola e l'altra, deve intercorrere una breve pausa di 7 secondi, nella prima somministrazione (fine gennaio), e di 5 secondi, nella seconda (fine maggio). Per quanto riguarda la valutazione qualitativa e quantitativa della prova, si procede nel seguente modo:

- 1 punto per ogni parola scritta bene;
- 0 punti per parole che contengono uno o più errori.

Solo nella prima somministrazione nella classe prima della scuola primaria, non vengono considerati errori le doppie, e la scrittura speculare, mentre dalla seconda si conteggiano anche le doppie. All'interno della parola, si conteggiano tutti gli errori. Se ad esempio, il bambino scrive PTE al posto di RETE, all'interno della parola vi saranno due errori: 1) lo scambio di grafema, 2) l'omissione di grafema. Il limite di rischio è dato da 8 parole sbagliate per il dettato di fine gennaio, e da 4 per il dettato di fine maggio. Come detto prima, è uno *screening* di primo livello, in grado di cogliere molte informazioni, soprattutto l'analisi qualitativa degli errori, ci indica in quale fase di apprendimento si trova il bambino, indirizzando gli insegnanti, ad un rinforzo mirato, specifico per quel determinato bambino. Il punteggio ottenuto dall'alunno nelle prove di dettato, va confrontato con i dati normativi riportati nel manuale, ed espressi in percentili. È da considerarsi deficitario un punteggio uguale o inferiore al 10° percentile. Queste prove, fanno riferimento ad una comoda classificazione dell'errore in tre sottotipi:

- errori fonologici: dovuti al mancato rispetto del rapporto fonema/grafema (ad esempio, “taolo” per “tavolo”, “pese” per “pesce”);

- errori non fonologici: dovuti ad una inesatta rappresentazione ortografica della parola senza errori nel rapporto fonema-grafema (“par lo” per “parlo”, “lacqua” per “l'acqua”, “squola” per “scuola”);

- errori misti: rientrano in questo sottotipo, errori che presentano aspetti dei sottotipi precedenti, e quelli che riguardano gli accenti (“perche” per “perché”), e le doppie (“cola” per “colla”).

L’analisi delle produzioni dei bambini consente, inoltre, di classificare la loro tipologia di scrittura come preconvenzionale, alfabetica, lessicale, o come caratterizzata da elementi misti appartenenti a ciascuna categoria.

Gli indici psicometrici dello strumento sono la validità e l’attendibilità. Lo strumento ha validità concorrente verificata con le prove 4 e 5 della Batteria per la valutazione della dislessia e della disortografia evolutiva (Stella e Apolito, 2004).

L’attendibilità è stata verificata, mediante il metodo delle forme parallele con intervallo di tempo di 25/30 giorni, attraverso un progetto di ricerca.

La base dati normativa iniziale è estrapolata da recentissimi progetti/lavori di ricerca azione in cui erano coinvolti insegnanti appositamente formati alla somministrazione (*Screening* nella Regione Marche, soggetti: 2006-2007, ca 1519; *Screening* nella Provincia di Fermo, soggetti: 2008-2009, ca 1023; *Screening* nel Comune di Bellaria, soggetti: 2008-2009, ca 164; soggetti: 2009-2010, ca 171); il campione complessivo da cui sono state estrapolate le soglie percentilari è composto da 2877 soggetti.

6. Intervento: i Materiali IPDA per il potenziamento

Per potenziamento s’intende, predisporre un intervento educativo volto a favorire il normale sviluppo di una funzione che sta emergendo. Una volta individuata l’area carente, è possibile programmare il percorso di potenziamento più adeguato rispetto al profilo funzionale del bambino, che deve essere specifico, ovvero volto a promuovere l’acquisizione delle abilità più deboli. Il percorso che si intraprende prevede, dunque, la creazione di attività mirate all’acquisizione del livello immediatamente successivo, per ciascuna abilità da potenziare. Alla fine del percorso di potenziamento è, inoltre, possibile valutarne l’efficacia attraverso la ripetizione delle prove di valutazione iniziali. I materiali IPDA forniscono attività didattiche dirette a potenziare sia aspetti generali, considerati abilità trasversali, strategie che mettono il bambino nella condizione di “imparare ad apprendere”, sia attività che potenziano i prerequisiti specifici di ciascun

apprendimento scolastico di base. Le abilità trasversali considerate sono la meta cognizione, ossia il controllo sulle proprie attività cognitive, e la concentrazione visiva. Riguardo agli apprendimenti scolastici di base, si è inteso supportare abilità strumentali alla *letto-scrittura*: la *lettura* intesa come capacità di decodifica o comprensione del testo, e la *scrittura* come grafismo, ovvero capacità di produrre segni.

Dopo la fase di ricerca- *screening*, ossia dopo aver individuato i casi «a rischio», si è proseguito con la fase di azione, dove si sono stabilite specifiche modalità di intervento, da condurre sempre nel contesto delle attività didattiche, in relazione ai bisogni degli alunni. In questa fase, gli insegnanti hanno avuto la possibilità di mettere in pratica quanto era stato prospettato teoricamente, nell'ambito delle giornate di formazione. Inoltre, sono stati coadiuvati, mediante la fornitura di materiale didattico e con suggerimenti operativi, da parte delle docenti referenti. Il materiale di approfondimento, è stato reperito anche attraverso il *Web*, da dove è stato possibile scaricare utili documenti, e risorse specifiche destinate allo scopo.

6.1 Scuola dell'infanzia

Nella scuola dell'infanzia, le attività di potenziamento dei prerequisiti, fondamentali per l'apprendimento di lettura, scrittura e calcolo, sono state condotte sotto forma di attività ludiche, seguendo i suggerimenti operativi contenuti nei materiali IPDA (Tretti, Terreni, e Corcella, 2002). Le attività sono state rivolte ad incentivare la:

1. discriminazione visiva ed uditiva;
2. memoria fonologica e abilità metafonologiche;
3. coordinazione oculo-manuale;
4. associazione visivo-verbale, accesso lessicale rapido ed elaborazione semantica;
5. conoscenza lessicale;
6. comprensione delle strutture sintattiche;
7. capacità di fare inferenze semantiche;
8. comprensione di un racconto;
9. esposizione orale;
10. lettura e riconoscimento dei numeri, sequenza numerica;
11. corrispondenza numero-oggetto contato, quantità;
12. confronto tra quantità;

13. seriazione;

14. metacognizione, attenzione e memoria.

Per potenziare la discriminazione visiva, ci si è avvalsi del confronto di immagini, che andavano dalla classica «caccia alle differenze» tra due vignette colme di particolari, fino ad individuare tra più figure simili, quella uguale alla figura bersaglio. Si è cercato di incrementare le abilità di discriminazione fonologica, iniziando da semplici attività di percezione visuo-uditiva di strutture ritmiche ed alfabetiche, e dalla loro riproduzione attraverso il corpo e la simbolizzazione, sia gestuale che grafica. Utile per lo sviluppo della consapevolezza metafonologica è stato anche il confronto di suoni attraverso i giochi con le rime, il *memory* del fonema iniziale e finale, il domino con le sillabe iniziali e quelle finali, individuare due parole che iniziano con suoni uguali, le «catene di parole», dove l'iniziale della parola successiva era data dal fonema o dalla sillaba finale di quella precedente. Ogni attività è stata resa più coinvolgente tramite l'utilizzo di immagini, e la proposta di giochi di squadre, con l'attribuzione di premi. Per la coordinazione oculo-manuale sono stati impiegati i classici percorsi, dai tracciati più semplici ai labirinti, passando per gli esercizi di pregrafismo, in cui il bambino veniva invitato a riprodurre particolari tratteggiati. Altra attività interessante è stata condotta tramite l'introduzione di una storia, dove il protagonista doveva compiere un determinato tragitto, per raggiungere la propria meta. Questo è servito ad accrescere la motivazione e l'interesse verso percorsi e labirinti. Il racconto è stato utilizzato per le finalità più disparate: in primo luogo, per ampliare la conoscenza lessicale, introducendo e spiegando vocaboli nuovi nel contesto della narrazione. Si è poi cercato di avviare alla comprensione di strutture sintattiche sempre più complesse, utilizzando oggetti, personaggi o pupazzi, per rappresentare le azioni espresse da frasi in forma positiva/negativa o con significati contrapposti, denotati dai vari indicatori topologici (sopra/sotto, davanti/dietro, etc.). Si è data importanza all'attività di completamento di frasi e di storie, per potenziare la capacità di fare inferenze semantiche. Per apprendere la sequenza dei numeri ed il conteggio, si sono proposte conte e filastrocche, e sono stati condotte anche diverse attività che permettevano di associare alla conoscenza della sequenza numerica, anche quella del simbolo grafico. Una di queste attività, consisteva nel collegare dei puntini numerati sul foglio con un tratto di penna, per ottenere una figura. Per far comprendere il concetto di corrispondenza biunivoca tra numero ed

oggetto contato, al bambino venivano proposti giochi di associazione con elementi concreti ed interessanti. Così anche nel confrontare insiemi di oggetti di diversa numerosità, e nelle attività di seriazione (come quella di disporre i compagni in ordine di altezza), per sviluppare la capacità di confrontare ed ordinare oggetti di grandezza diversa. Infine, si è cercato di potenziare le abilità di metacognizione e memoria, attraverso storie e racconti dove i bambini erano invitati a proporre soluzioni, cercando poi di generalizzarle, fino ad applicarle in vari contesti e situazioni.

6.2 Scuola primaria

Nella scuola primaria, gli insegnanti hanno condotto attività di rinforzo mediante strategie di associazione fonema-grafema, analisi fonologica, sillabica e della parola, sintesi sillabica, sintesi di parole bisillabe. Sono state utilizzate tecniche psicomotorie, manipolative e percettive, proponendo sempre le attività in forma ludica. La maggior parte delle attività si è svolta in piccoli gruppi o in forma individuale, utilizzando schede operative personalizzate. Il metodo che è stato proposto è di tipo fonemico, con associate varie attività, che utilizzano più canali percettivi al fine di migliorare: la capacità di comprendere l'associazione grafema-fonema; la capacità di leggere e scrivere parole; la capacità di leggere e scrivere frasi, comprendendone il significato. Sono state proposte diverse attività:

- *spelling* di nomi;
- costruzione di un alfabetiere;
- presentazione dei grafemi ed associazione visivo-uditiva con i fonemi;
- individuazione del fonema-grafema iniziale;
- ricerca visiva dei grafemi;
- discriminazione tattile dei grafemi realizzati con materiale da recupero;
- riproduzione dei grafemi;
- lettura in sequenza dei grafemi;
- lettura di sillabe;

- lettura di parole bisillabe piane;
- abbinamenti immagine-nome;
- sintesi sillabica;
- sintesi bisillabica;
- riconoscimento visivo di sillabe;
- lettura di parole trisillabe;
- scrittura di sillabe;
- scrittura di parole bisillabe piane;
- scrittura di parole trisillabe piane.

In particolare, nelle classi seconde sono state attenzionate maggiormente la scrittura e lettura di parole con sillabe complesse; esercizi di riconoscimento della doppia consonante; la sequenza articolo-nome; articolo-nome-azione; articolo-nome-azione-espansione. Nell'intervento sono stati utilizzati tutti i canali della comunicazione, verbale e non verbale, per perseguire, attraverso un'appropriata metodologia, una sostanziale equivalenza di risultati. Le attività grafico-pittoriche, la drammatizzazione, l'educazione motoria, l'educazione musicale, hanno incrementato la motivazione ad apprendere. In tal modo, tutte le attività educative sono diventati mezzi per avviare e consolidare le strumentalità di base, e per far comprendere ai bambini che molte possono essere le strade da percorrere per giungere ad una efficace comunicazione.

7. Procedura

Prima di procedere, è stato richiesto il consenso informato alle famiglie dei bambini.

Il progetto prevede, da una parte, un breve programma di formazione per gli insegnanti, rivolto ad integrare le loro conoscenze sulla natura dei DSA e sulle strategie di intervento da adottare nei diversi casi; dall'altra, la conduzione di un'attività di *screening*, cui fa seguito la fase di intervento educativo, sugli alunni frequentanti l'ultimo anno della scuola dell'infanzia, e la prima e seconda classe della scuola primaria. La ricerca ha preso avvio con la formazione del personale docente, alla quale

hanno partecipato tutti i docenti delle classi di riferimento. La partecipazione al progetto è stata prospettata dal dirigente di ciascun istituto, ma gli insegnanti di ogni classe hanno deciso liberamente se aderire o meno.

Successivamente, gli insegnanti hanno ricevuto istruzioni sulle modalità di applicazione del potenziamento da svolgere in classe. In questa fase sono stati utilizzati i Materiali IPDA. Infine, l'intero campione è stato sottoposto ad un re-test. La formazione, consistente in una serie di incontri, ha preceduto la sperimentazione, con l'obiettivo di *educere* (condurre) i docenti al metodo dell'osservazione ed alle attività di *screening*, ed informarli al contempo sul tema della ricerca. A completamento delle informazioni teoriche, per dare *l'input* all'utilizzo degli strumenti, sono state proposte delle attività pratiche, consistenti per gli insegnanti dell'infanzia, nella simulazione della compilazione del Questionario Osservativo IPDA, per gli insegnanti della primaria, nella simulazione della prova di dettato. All'inizio dell'anno scolastico 2015-16, i docenti dell'infanzia hanno osservato, per circa un mese, il gruppo dei bambini, e poi proceduto alla compilazione del Questionario IPDA, che è stato compilato nel mese di ottobre (*pre-test*). Nella scuola primaria, il dettato è stato somministrato a fine gennaio, con la collaborazione di un'insegnante referente per ciascun istituto scolastico. Tale modalità di somministrazione ha consentito di limitare le influenze esterne, in tal caso, la variabilità attribuibile al soggetto che somministra la prova. Nel mese di dicembre, si è svolto un ulteriore incontro con i docenti, per restituire loro i risultati ottenuti da ciascun alunno. Nella scuola primaria, tale incontro si è tenuto a febbraio. Quindi, i dati emersi, sono stati confrontati con i punteggi del campione normativo, e sono state individuate delle fasce di rischio, in rapporto alla prestazione di ciascun soggetto.

Durante questo secondo momento, è stato scelto e spiegato il materiale volto a rinforzare le abilità prerequisite carenti, e si sono definiti gli ambiti su cui lavorare.

I Materiali IPDA sono stati quindi utilizzati con tutti i bambini del campione, dal mese di gennaio al mese di maggio, inserendoli nella normale programmazione didattica.

Nel presente studio, si è deciso di proporre il potenziamento all'intero gruppo classe, e non solo ai bambini a rischio, sia nella scuola dell'infanzia che nella primaria. Questo perché il metodo valido per i bambini con DSA, lo è altrettanto per tutta la

classe. A confermarlo sono i risultati di una ricerca che ha coinvolto intere classi dell'ultimo anno di scuola dell'infanzia, alle quali sono stati proposti ed applicati interventi specifici, elaborati per un ristretto gruppo di bambini a rischio (Trecate et al., 2000). Sono stati, quindi, utilizzati, per due ore settimanali, ed inseriti nella normale programmazione didattica, i materiali IPDA, con tutti i bambini del campione sperimentale, dai mesi di gennaio- febbraio, al mese di maggio. A fine maggio, le insegnanti del gruppo sperimentale dell'infanzia, hanno ricompilato il Questionario Osservativo IPDA (*post-test*), mentre gli insegnanti della primaria hanno proceduto alla somministrazione della seconda prova di dettato.

CAPITOLO V: RISULTATI

1. Risultati

Attraverso il presente studio si è voluto dimostrare che, se si sottopone, un gruppo di bambini, ad attività di potenziamento dei prerequisiti dell'apprendimento, all'interno della programmazione didattica curricolare, il gruppo evolverà maggiormente rispetto all'evoluzione tipica. L'altra ipotesi è che, nel gruppo, i bambini che traggono maggiori vantaggi dal lavoro di potenziamento, sono quelli che, rispetto agli altri della stessa classe, posseggono prerequisiti di base meno solidi.

I risultati sono stati quelli attesi. Infatti, dall'analisi dei dati, si è riscontrato che il potenziamento ha avuto un maggior effetto propulsivo sui bambini ad alto rischio di incorrere in difficoltà di apprendimento. Del campione preso in esame, costituito da 314 bambini, di cui 118 bambini dell'ultimo anno della scuola dell'infanzia, 113 bambini appartengono alla classe prima della scuola primaria, 83 bambini alla classe seconda della scuola primaria, dal quale sono stati esclusi i bambini stranieri ed i bambini portatori di *handicap*, come previsto dal manuale del test utilizzato, solo una piccola percentuale è risultata ad alto rischio. Nella Scuola dell'infanzia, solo 3 bambini, cioè il 2,5% ; nella prima primaria, solo 4 bambini, cioè il 3,36%; nella seconda primaria solo un bambino, rimane con una prestazione gravemente insufficiente, che rappresenta l'1,20% dell'intero gruppo di appartenenza. Questo avvalorava i risultati di quelle ricerche, secondo le quali, la presenza di una difficoltà solo in alcuni casi implica un disturbo (Penge, 2010).

2. Analisi dei dati

I dati raccolti sono stati analizzati utilizzando il programma di elaborazione statistica SPSS, mediante il quale sono state calcolate statistiche descrittive e frequenze. Considerato che il Campione è formato da soggetti di età diversa, si è, quindi, deciso di procedere con l'analisi statistica, prima del gruppo Ipda, appartenente alla scuola dell'infanzia, poi dei due gruppi, appartenenti alla scuola primaria.

2.1 Lo *scoring* del Questionario IPDA

		Etichetta di valore	N
Gruppo	1,00	sperimentale	118
rischio	1,00	rischio nullo	76
	2,00	rischio basso	28
	3,00	rischio alto	14

Tabella 5.1: Fattori tra i soggetti del gruppo intero.

La procedura di analisi è iniziata con la verifica dei punteggi totali al pre-test del gruppo sperimentale (Scuola dell'Infanzia), sottoposto al Questionario Osservativo IPDA. Nel descrivere lo strumento, si è già detto che il punteggio totale di ciascun soggetto è dato dalla somma dei punteggi (1, 2, 3 o 4) assegnati ai singoli *items*.

Sulla base del punteggio ottenuto, i bambini del gruppo sperimentale sono stati suddivisi in tre sottogruppi, come previsto dal manuale del questionario osservativo IPDA:

- 1 gruppo di bambini ad alto rischio di incontrare difficoltà di apprendimento;
- 2 gruppo di bambini a basso rischio;
- 3 gruppo di bambini a rischio nullo.

Il criterio per la formazione dei tre gruppi, riassunto in tabella 2, è il punteggio totale al Questionario Osservativo IPDA, rispetto alla distribuzione percentilare del campione normativo (Terreni et al., 2002).

Alto rischio punteggio totale inferiore al 10° percentile: ≤ 107

Basso rischio punteggio totale tra il 10 e il 50° percentile: $107 < X \leq 134$

Rischio nullo punteggio superiore al 50° percentile: ≥ 135

Tabella 5.2 categoria di rischio prima del trattamento

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Rischio Alto	14	11,9	11,9	11,9
Rischio Basso	28	23,7	23,7	35,6
Rischio Nullo	76	64,4	64,4	100,0
Totale	118	100,0	100,0	

La tabella 5.2 illustra la numerosità dei tre sottogruppi suddivisi per fasce di rischio. Osservando la tabella, possiamo notare che il gruppo sperimentale risulta composto da 14 bambini che rientrano nella fascia ad alto rischio (11,9% dell'intero gruppo sperimentale), 28 bambini nella fascia a basso rischio (23,7%), e 76 bambini che si collocano nella fascia a rischio nullo (64,4%).

Si nota subito che i bambini nella fascia ad alto rischio rappresentano un gruppo esiguo dell'intero campione IPDA. Se consideriamo l'intero campione di 118 bambini, che hanno preso parte al test, solo 14 bambini, cioè l' 11,9%, si colloca nella fascia ad alto rischio.

Ancora si può osservare che, il sottogruppo di bambini a "rischio nullo" è numericamente molto ampio (64,4%), rispetto all'intero campione. Questo significa che sin dall'inizio, alcuni bambini presentano il punteggio massimo. Proveremo a spiegare meglio questo effetto, seguendo l'elaborazione dei dati.

Dopo aver definito i fattori entro i soggetti, identificando la variabile indipendente "tempo", e la variabile dipendente "punteggio totale" pre-e post potenziamento (tab 4.3),

TABELLA 5.3 Fattori entro soggetti gruppo intero

Variabile indipendente	Variabile dipendente
Tempo somministrazione	Punteggio Totale pre test Punteggio Totale post test

sono stati definiti i fattori tra i soggetti, considerando il gruppo totale di bambini suddivisi nei tre sottogruppi.

Le statistiche descrittive del gruppo sono riportate in tabella 5.4.

Statistiche di gruppo

	categoria di rischio	N	Media	Deviazion e std.	Errore std. Media
Punteggio totale IPDA Pre - test	Rischio Alto	14	90,21	12,614	3,371
	Rischio Basso	28	124,86	5,441	1,028
	Rischio Nullo	76	154,42	10,490	1,203
Punteggio totale IPDA Post- test	Rischio Alto	3	92,00	17,059	9,849
	Rischio Basso	11	120,73	7,926	2,390
	Rischio Nullo	104	163,01	9,452	0,927

Tabella 5.4: Statistiche descrittive del sottogruppo

La prima parte della tabella 5.4 riporta la media, la deviazione standard del punteggio totale, e la numerosità del gruppo sperimentale, alla prima somministrazione. La seconda parte, gli stessi valori, riferiti alla seconda somministrazione del Questionario Osservativo IPDA. Dal confronto dei dati, si può dedurre che tutti i componenti del gruppo sperimentale, migliorano notevolmente tra la prima(pre test) e la seconda somministrazione (post test).

GRAFICO 5.1 PRETEST

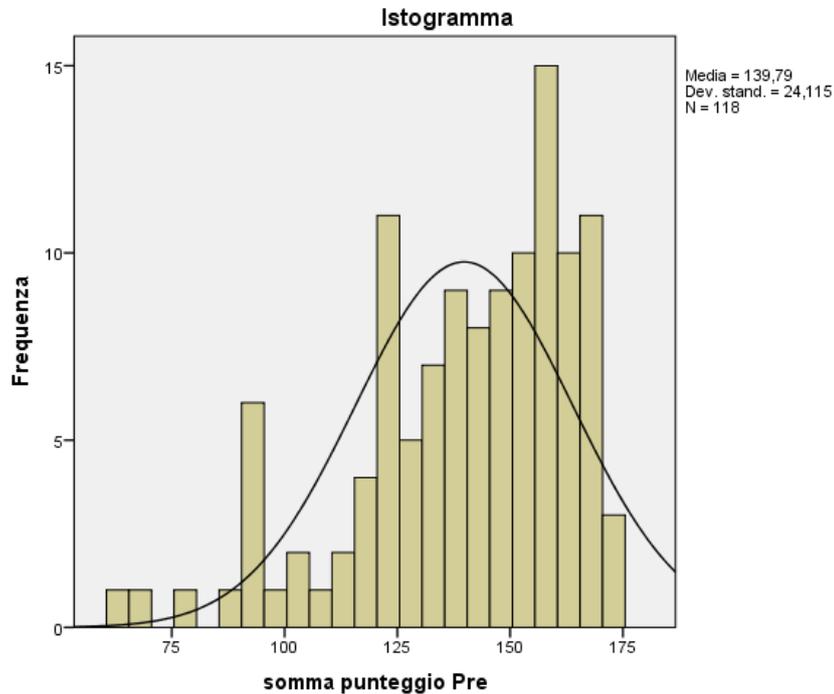


GRAFICO 5.1: Punteggi totali al Questionario IPDA al pre-test

Il grafico 5.1 mostra la distribuzione del gruppo sperimentale al pre-test. La curva formata dai punteggi totali ottenuti al Questionario Osservativo IPDA dall'intero gruppo di bambini che partecipano alla ricerca è contraddistinta dalla classica forma a campana della distribuzione normale. Nel seguente grafico 5.2, che riguarda lo stesso gruppo di bambini alla seconda somministrazione, la curva è sbilanciata verso i punteggi più alti, mettendo in risalto l'evoluzione dell'intero gruppo.

GRAFICO 5.2 POSTEST

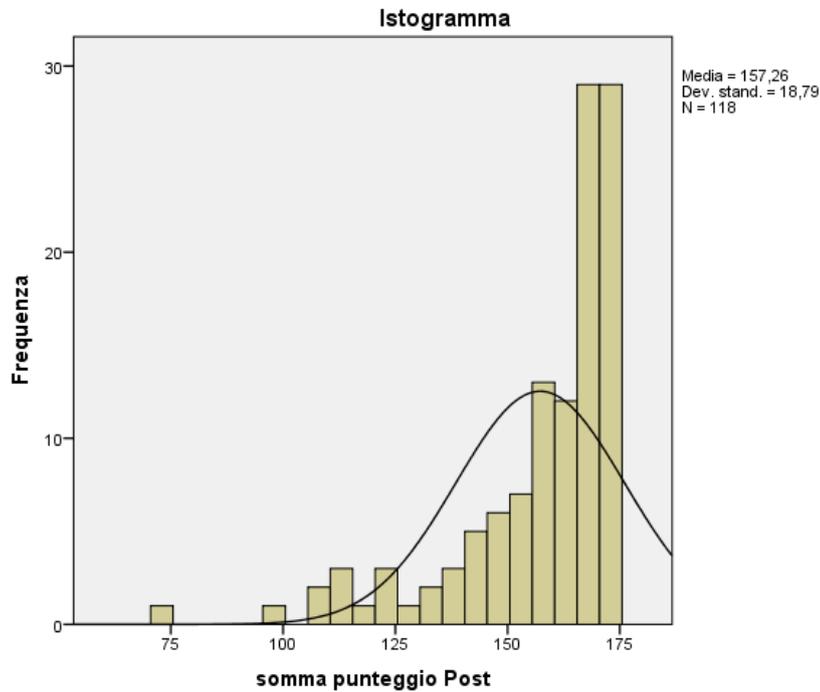


Grafico 5.2: Punteggi totali al Questionario Osservativo IPDA al post-test

Si è, quindi, fatta un'ulteriore indagine sul gruppo dei bambini ad alto rischio (i 14 bambini risultati ad alto rischio nel pre-test), che dopo il trattamento si distribuiscono in tutte e tre le fasce di rischio. Infatti, 3 bambini rimangono nella fascia ad alto rischio, mentre 5 passano nel gruppo a basso rischio, e 6 ottengono un punteggio superiore a 148, il 50° percentile, andando a collocarsi nella fascia a rischio nullo.

Tabella 5.5 categoria di rischio dopo il trattamento

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Rischio Alto	3	2,5	2,5	2,5
Rischio Basso	11	9,3	9,3	11,9
Rischio Nullo	104	88,1	88,1	100,0
Totale	118	100,0	100,0	

	Rischio Alto	Rischio Basso	Rischio Nullo
Sottogruppo bambini alto rischio	3	5	6

Tabella 5.6: Numerosità del sottogruppo ad alto rischio dopo il potenziamento

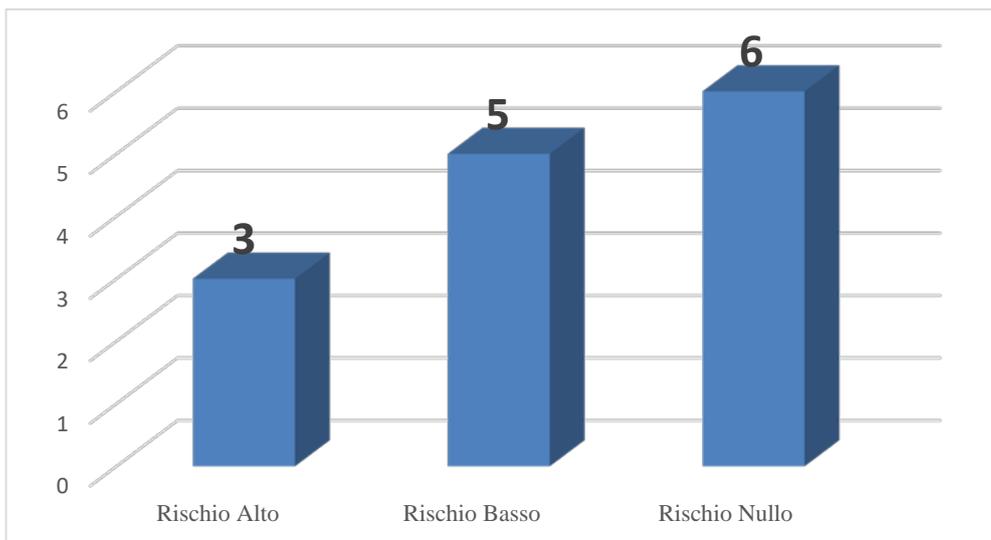


Grafico 5.3: numerosità del gruppo sperimentale sottogruppo ad alto rischio dopo il potenziamento

Nel grafico 5.3, è possibile osservare come i 14 bambini del gruppo sperimentale, appartenenti al sottogruppo ad alto rischio al pre-test, si sono ri-distribuiti nel post test. Possiamo notare che dei 14 bambini ad alto rischio al pre-test, solo 3 rimangono nella fascia ad alto rischio, mentre gli altri 5 passano nella fascia a basso rischio, n.6 a rischio nullo.

2.2 Lo *scoring* del Dettato 16 Parole

La somministrazione di gennaio ha avuto come proposito quello di identificare precocemente casi di difficoltà nell'acquisizione dei processi di analisi fonologica della parola, e quindi di individuare soggetti potenzialmente a rischio di sviluppare un futuro DSA. Inoltre, ha permesso di valutare il ritmo di acquisizione della scrittura, in bambini di 6 e 7 anni, in un'ortografia trasparente.

I risultati ottenuti alla prova di scrittura del dettato delle 16 parole hanno permesso di identificare a gennaio un numero di 46 alunni in difficoltà, su un totale complessivo di 196 alunni, appartenenti sia alla prima che alla seconda classe primaria, una quota equivalente al 23,47 % dell'intero campione esaminato.

Sulla base del numero di parole sbagliate od omesse è stato possibile definire il livello di prestazione dell'alunno, secondo quanto riportato in prospetto:

GENNAIO- FEBBRAIO		+ di 16	Prestazione gravemente insufficiente (-2)
		9-15 parole sbagliate	prestazione insufficiente (-1)
		4-8 parole sbagliate	prestazione sufficiente (+1)
		0-3 parole sbagliate	prestazione buona (+2)

MAGGIO		+ di 7	Prestazione gravemente insufficiente (-2)
		5-7 parole sbagliate	prestazione insufficiente (-1)
		3-4 parole sbagliate	prestazione sufficiente (+1)
		0-2 parole sbagliate	prestazione buona (+2)

In un intervallo di parole compreso tra 0 e 16, è stata considerata errata sia la parola contenente omissioni, inversioni, scambi o aggiunte di grafemi e sillabe, sia la parola omessa o trascritta solo in parte; il punteggio limite, stabilito come criterio *cut-off* per identificare una condizione di rischio, corrispondeva nella prima somministrazione, ad una prestazione di 9 o più parole errate ($\leq 10^{\circ}$ percentile), mentre nella seconda somministrazione ad una prestazione con un numero di parole errate uguale o superiore a 5 ($\leq 10^{\circ}$ percentile). Procedendo in tal modo, sulla base del punteggio ottenuto, i bambini sono stati classificati in 4 fasce o livelli di prestazione: buona, sufficiente, insufficiente, gravemente insufficiente. Nella tabella sotto riportata, è possibile vedere come si sono distribuiti i bambini al pre test di gennaio ed al post test di fine anno (maggio).

Tabella 5.7 distribuzione dei soggetti delle classi prime al pre test ed al post test

Classi prime	Prima Prova		Seconda Prova	
	valori	Percentuale	Valori	Percentuale
Prestazione buona	48	43,64%	53	44,54%
Prestazione sufficiente	30	27,27%	43	36,13%
Prestazione insufficiente	21	19,09%	19	15,97%
Prestazione gravemente insufficiente	11	10,00%	4	3,36%

Si osserva come, già nella prima prova di gennaio, nelle prime classi primarie, una quota consistente di bambini abbia già raggiunto un controllo buono (43,46%) o sufficiente (27,27%), dei processi alfabetici in scrittura. E questa percentuale, è più alta nelle classi seconde, dove si presume che le competenze di letto scrittura, siano più consolidate, considerata l'età anagrafica dei bambini. Questo effetto si può osservare di seguito, nella tabella 5.8, che descrive i risultati al pre test ed al post test, delle medesime classi. Questo risultato conferma l'assunto di quelle teorie secondo le quali, le difficoltà di apprendimento, solo in alcuni casi implicano un disturbo.

Consideriamo, adesso le fasce a rischio: nella tabella è possibile osservare che, dall'esito della prima prova, nelle classi prime, su 113 bambini, 21 (19,09%) hanno raggiunto una prestazione insufficiente, mentre 11 (10%) bambini una prestazione gravemente insufficiente, tali da richiedere un intervento immediato. Nelle classi seconde, su 83 bambini, 9 (10,84%) hanno effettuato una prestazione insufficiente, mentre 5 (6,02%) una prestazione gravemente insufficiente. Nelle fasce di rischio, è

vero, si concentra una parte minima del nostro campione, ma è proprio questa la popolazione più rilevante perché potrebbe incorrere in DSA.

Tabella 5.8 distribuzione dei soggetti delle classi seconde al pre test ed al post test.

Classi seconde	prima prova		seconda prova	
	valori	Percentuale	valori	percentuale
Prestazione buona	57	68,67%	60	72,29%
Prestazione sufficiente	12	14,46%	16	19,28%
Prestazione insufficiente	9	10,84%	6	7,23%
Prestazione gravemente insufficiente	5	6,02%	1	1,20%

La somministrazione di una seconda prova di scrittura a maggio, è stata effettuata con l'intento di valutare gli eventuali miglioramenti nell'acquisizione della scrittura e nello sviluppo dei prerequisiti che sottendono a tale competenza, soprattutto nei bambini che a fine gennaio presentavano maggiori difficoltà.

Se consideriamo la parte delle stesse tabelle, riferita alla seconda prova, il miglioramento si evince dall'aumento percentuale dei bambini con prestazione buona e sufficiente, e da una diminuzione percentuale dei bambini con prestazione insufficiente, che da 21, diventano 19 (15,97%), e con prestazione gravemente insufficiente, che da 11 si riducono a 4 (3,36%). Anche nelle seconde classi, dei 9 bambini, soltanto 6 (7,23%), rimangono con prestazione insufficiente, mentre 1(1,20%) bambino soltanto, presenta una prestazione gravemente insufficiente. L'effetto del potenziamento è notevole, soprattutto nelle fasce più deboli o più soggette a rischio. Gli istogrammi che seguono riescono a rendere più visibile tale effetto.

Grafico.5.4 - Istogramma della distribuzione dei soggetti individuati a rischio nelle classi prime. Confronto tra il primo ed il secondo *screening* di maggio.

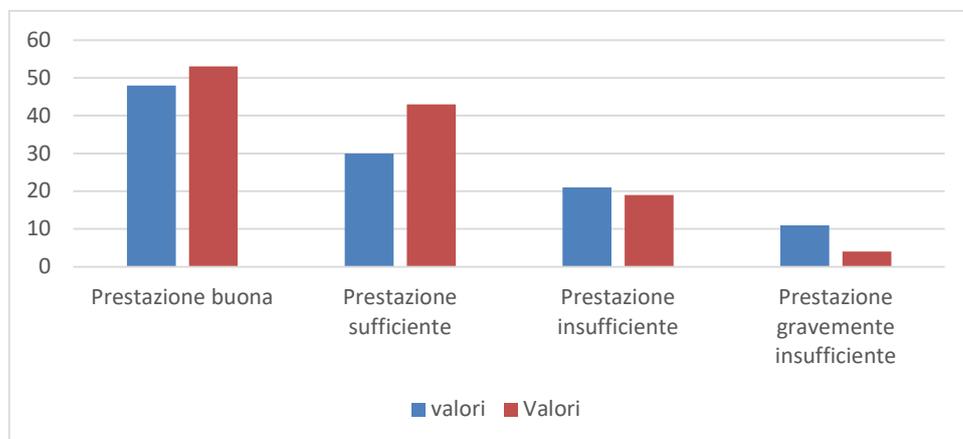
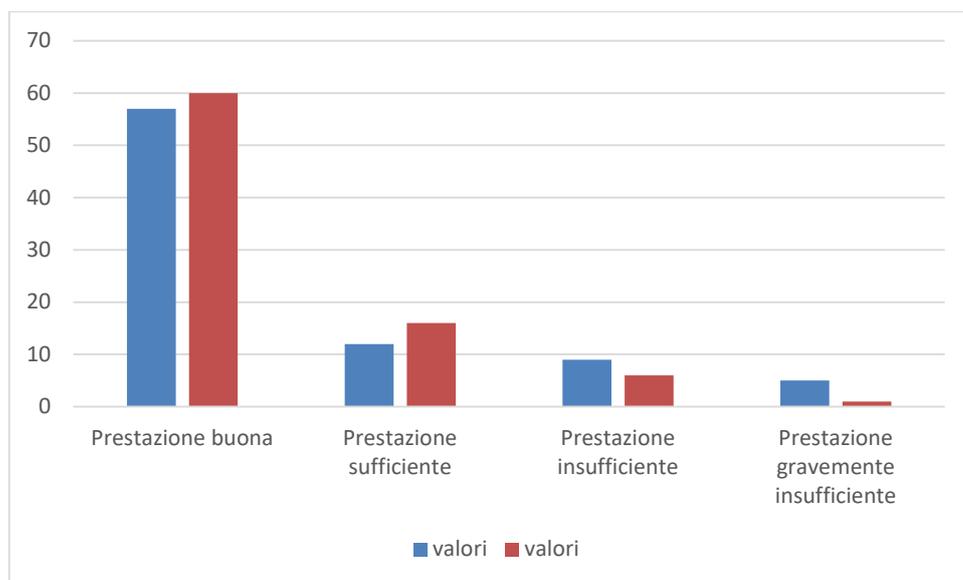


Grafico.5.5 - Istogramma della distribuzione dei soggetti individuati a rischio nelle classi seconde. Confronto tra il primo ed il secondo *screening* di maggio.



Come emerge chiaramente da un raffronto, si nota anche una riduzione del numero degli errori commessi dai bambini nelle classi campione. Anche le parole sbagliate diminuiscono, i bambini, nella seconda prova, tendono ad omettere sempre meno parole, di conseguenza, aumentano le parole corrette (vedi Tab. 5.9).

Tabella 5.9- Confronto errori medi gennaio e maggio: Classe prima

	Totale Errori	Parole Sbagliate	Parole Omesse	Parole Corrette
Prima Prova	628	537	184	1271
Seconda Prova	406	379	132	1429

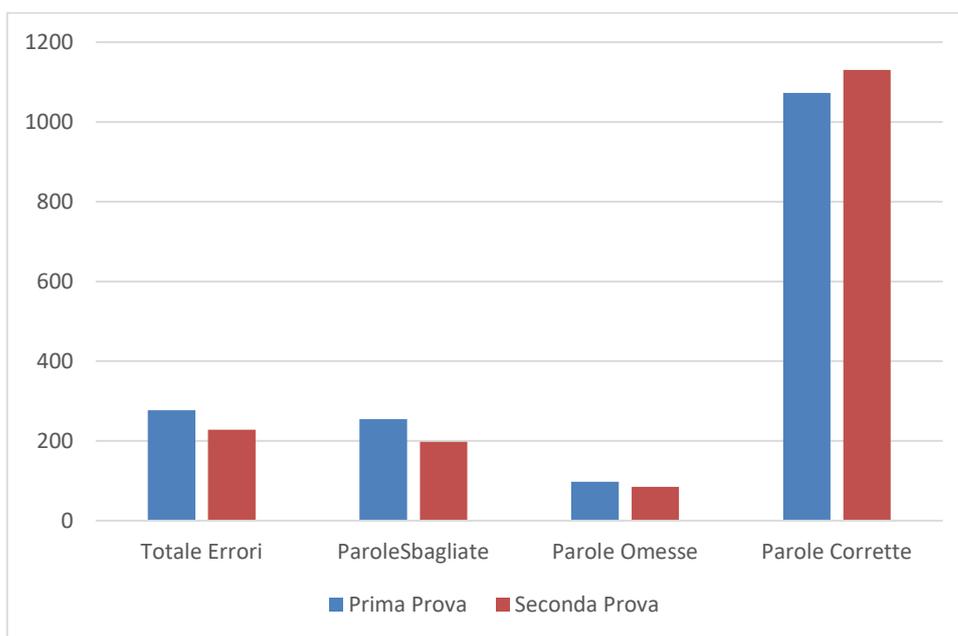


Grafico.5.6 Confronto errori medi gennaio e maggio: Classe prima

Tabella 5.10- Confronto errori medi gennaio e maggio: Classe seconda

	Totale Errori	Parole Sbagliate	Parole Omesse	Parole Corrette
Prima Prova	277	255	98	1073
Seconda Prova	228	198	85	1130

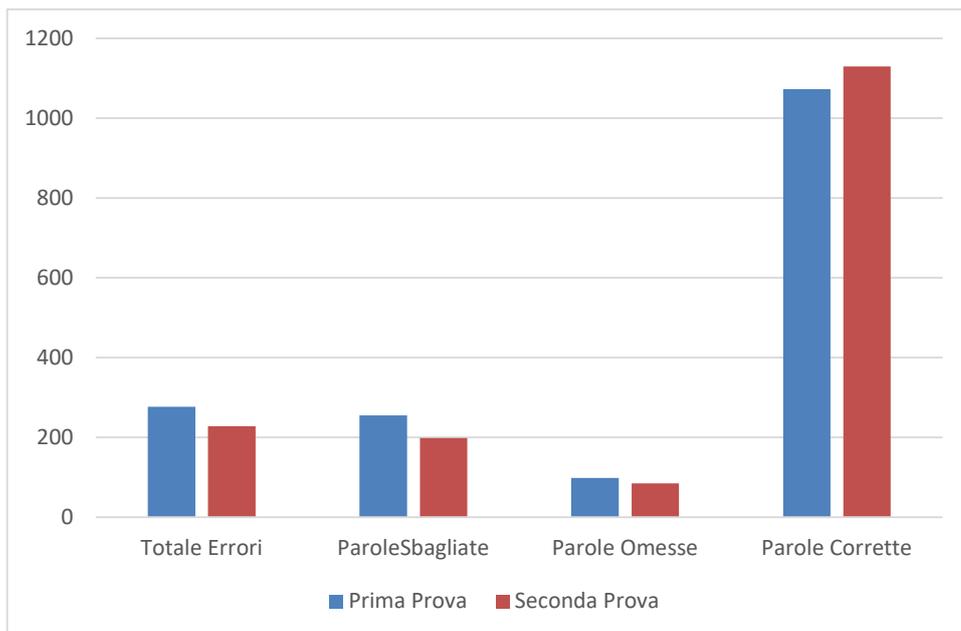


Grafico.5.7 Confronto errori medi gennaio e maggio: Classe seconda

Questi dati confermano l'importanza di un intervento abilitativo precoce, già dalla prima classe primaria; le attività di rinforzo hanno consentito di produrre un cambiamento significativo, comportando un miglioramento nelle competenze dei bambini in difficoltà con l'apprendimento della letto-scrittura.

CAPÍTULO VI: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

1. Discussione e conclusioni

Con il presente lavoro di ricerca, si è inteso soddisfare l'esigenza di proporre metodologie economiche ed efficaci, da utilizzare a scuola che, con l'impiego di una minore fatica, possano incidere positivamente là dove si è evidenziata una situazione di difficoltà. Infatti, nelle primissime fasi di alfabetizzazione, vi sono alcune tappe fondamentali (Uta Frith,1985) che è possibile osservare, utilizzando dei semplici strumenti, o attraverso la somministrazione di una semplice prova di dettato, come ad esempio il Dettato delle 16 parole di Giacomo Stella (2004).

L'intervento, che è stato basato su gruppi con competenze omogenee, ha consentito di sviluppare al meglio il lavoro mirato, di recupero e potenziamento, attivando dei piccoli laboratori basati sulle fasce di appartenenza, in cui sono stati suddivisi i bambini, dopo il pre test, quindi, individualizzando i materiali sulla base delle abilità di partenza del gruppo. In questo modo, i bambini hanno avuto la possibilità di lavorare in piccoli gruppi (4 o 5 studenti) con difficoltà simili, affrontando insieme obiettivi ed attività simili, ma anche in gruppi con competenze eterogenee, diversificando di volta in volta i gruppi, stimolando in tal modo, l'aiuto reciproco e le modalità di tutoraggio tra compagni. Questa dimensione ha consentito un recupero mediato ed efficace, stimolando nuove modalità di apprendimento e nuovi canali metacognitivi di riflessione sul proprio e l'altrui operato, nel confronto tra compagni con diversi livelli di abilità, consolidando le abilità e sottoabilità oggetto di intervento. L'aiuto reciproco, e la riflessione metacognitiva sulle strategie, nascono spontaneamente nel momento in cui un gruppo eterogeneo lavora insieme alla risoluzione di un compito unitario. Perciò si ritiene che, un opportuno intervento di valutazione e recupero o potenziamento, possa assicurare una migliore qualità del percorso scolastico di ogni bambino, con conseguenti ripercussioni positive sulla sua personalità e sulla sua vita, fino a favorire una adeguata maturazione per il suo ingresso nel mondo del lavoro. In conclusione, è possibile affermare che l'identificazione precoce, permettendo di attivare uno specifico potenziamento mirato per le difficoltà di ognuno, può garantire a ciascun alunno di realizzarsi all'interno di un adeguato percorso di studio. Negli ultimi anni, a livello nazionale, sia la ricerca scientifica che la legge 170/2010, hanno affermato l'importanza, di promuovere, in ambito scolastico, progetti di prevenzione ed

identificazione precoce delle difficoltà di apprendimento. Anche le Raccomandazioni, elaborate durante la “*Consensus Conference 3*”, pubblicate nel 2011, sottolineano l’importanza di condurre studi sui DSA su popolazioni a lingua trasparente, al fine di migliorare la qualità e la quantità delle prove scientifiche disponibili. Questo progetto, risulta in linea con tali obiettivi.

2. Limiti dello studio

Riguardo al metodo scelto, si rende opportuna una considerazione. Lo stesso ha avuto certamente il vantaggio di rilevare in uno stesso arco temporale (Ottobre- maggio 2016), un campione formato da individui di età diverse, e di trarre informazioni su di esso, infatti si sono potuti studiare gruppi di bambini di età compresa tra i 5 ed i 7 anni. Ma tale metodo ha presentato anche dei limiti riguardo al processo di sviluppo da un'età all'altra; tale metodica non ha permesso, infatti, di raccogliere informazioni sui cambiamenti individuali nel corso del tempo.

Inoltre, un altro limite, è rappresentato dal mancato reperimento del genere del gruppo dei bambini appartenenti alla scuola primaria; questa informazione avrebbe potuto fornirci dati interessanti a supporto e verifica della tesi, secondo la quale i Dsa, sembrano essere più frequenti nel genere maschile. Questi dati sono sfuggiti all’analisi attenta del ricercatore, poiché la griglia standard di correzione della prova di dettato, non prevedeva questa voce.

3. Prospettive e proposte di nuove investigazioni future

Nelle scuole oggetto di investigazione, la ricerca ha rappresentato una assoluta novità, soprattutto nella scuola dell’infanzia. Per cui si ritiene opportuno, per il futuro, dare maggiore impulso alle investigazioni in tale ordine di scuola, e nel territorio preso in esame. Potrebbe essere interessante svolgere un’ulteriore indagine su alcune aree specifiche del Questionario Osservativo IPDA, per cercare di differenziarle meglio prima di avviare i bambini al potenziamento, oppure, si potrebbero condurre indagini più approfondite sulle singole prove di dettato, cercando di classificare i bambini, risalendo alla fase di apprendimento in cui si trovano.

Sarebbe interessante utilizzare i due strumenti (Questionario Osservativo IPDA e Dettato delle 16 Parole), anche con i bambini stranieri o con bambini disabili, soggetti

che rientrano nell'area dei Bes, e che in questa sede sono stati esclusi per ottenere un campione il più possibile omogeneo, da confrontare con quello normativo.

Inoltre, poiché la scrittura può rappresentare un segnalatore importante, per difficoltà più generali, percettive, rappresentative, anche di ordine prassico, la cui individuazione permette di ricavare una serie di utili informazioni, utilizzabili in ambito scolastico e riabilitativo, sarebbe opportuno incrementare l'utilizzo e l'applicazione di questi strumenti, che rappresenta la chiave di lettura per l'individuazione precoce, dei fattori predittivi che sottostanno alle difficoltà di scrittura.

4. Conclusioni finali

Il presente lavoro di ricerca, basato sul metodo trasversale, che ci ha consentito di raccogliere, nello stesso momento, informazioni su un campione formato da soggetti di diversa età, impone una riflessione circa la necessità di realizzare piani di *screening*, anche di tipo longitudinale, di durata pluriennale. Infatti, seguendo lo sviluppo delle competenze dei bambini fino almeno alla terza primaria, si potrebbe realizzare una iniziativa di *screening* che individui realmente il rischio di sviluppare un DSA, e ciò permetterebbe un incremento qualitativo di tali strumenti. Ciò è importante anche per rendere maggiormente effettiva la continuità educativa, teorizzata e tanto auspicata, tra scuola dell'infanzia e scuola primaria. La continuità si realizza, infatti, attraverso lo scambio di informazioni tra la famiglia, i docenti della scuola dell'infanzia, ed i docenti della scuola primaria medesima, che consentono, a questi ultimi, di ottenere elementi preconsoscitivi, che saranno poi integrati nella programmazione delle attività didattiche della scuola primaria. E' consequenziale concludere affermando che, la scuola e gli insegnanti sono i deputati alla promozione delle capacità percettivo-motorie e linguistiche di ogni singolo individuo, che costituiscono i prerequisiti per la conquista delle abilità strumentali della letto -scrittura. Infatti, come affermano le "Linee Guida per il diritto allo studio dei bambini con DSA", ogni bambino è unico e speciale, e porta con sé la propria storia, la propria personalità, i propri ritmi e stili cognitivi.

Bibliografia

- Abreu, N. (2005). *Teoria do Apego - Fundamentos, Pesquisas e Implicações Clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ader, R. (1980). Psychosomatic and Psychoimmunologic Research. *Psychosomatic Medicine*, 42(3), 307-321.
- Ainsworth, M. (1972). *Attachment and dependency: A comparison*. (J. Gewirtz, Ed.) Washington D.C.: Winston.
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M., & Bell, S. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67.
- Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 331-341.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Alferes, V. (1997). *Encenação e comportamentos sexuais: para uma psicologia social da sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Allan, S., & Gilbert, P. (1997). Submissive behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 467-488.
- Almeida, J. (1988). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Aluja, A., Del Barrio, V., & Garcia, L. F. (2006-02-01 de 2006). Comparison of several shortened versions of the EMBU: Exploratory and confirmatory factor analyses. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(1), 23-31. Obtenido de

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=19477210&site=eds-live>

- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th TR ed.). Washington: Author.
- Andrews, F. M., Klem, L., Davidson, T. N., O'Malley, P. M., & Rodgers, W. L. (1981). *A guide for selecting statistical techniques for analyzing social science data*. Ann Arbor: Institute for Social Research.
- Andrews, G., Slade, T., & Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British journal of Psychiatry*, 174, 3-5.
- Andrews, G., Slade, T., & Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM - IV. *British Journal of Psychiatry*, 174, 3-5.
- Angst, J. (1997). Epidemiology of depression. En A. Honig, & H. V. Praag, *Depression: Neurobiological, Psychopathological and Therapeutic Advances*. Chichester: John Wiley.
- Apóstolo, J. L., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 863-871.
- Arbuckle, J. (2013). *AMOS 22. User's Guide*. Chicago: Smallwaters Corporation.
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Arrindell, W. A., & Engebretsen, A. A. (2000). Convergent validity of the short-EMBU[¹] and the parental bonding instrument (PBI): Dutch findings. 7.

Obtenido

de

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=11820334&site=eds-live>

Arrindell, W. A., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., Hatzichristou, C., Eisemann, M., . . . van der Ende, J. (1999). The development of a short form of the EMBU1Swedish acronym for Eegna Minnen Beträffande Uppfostran (My memories of upbringing: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. 27. Obtenido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0191886998001925&site=eds-live>

Arrindell, W., Groot, P. d., & Walburg, J. (1984). *De Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG). Handleiding deel 1*. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.

Aunola, K., Stattin, H., & Nurmi, J. E. (2000). Parenting styles and adolescents achievement strategies. *Journal of Adolescence*, 23, 205-222.

Baldwin, M., Keelan, J., Fehr, B., Enns, V., & Ron-Rangarajoo, E. (1996). Social-Cognitive Conceptualization of Attachment Working Models; Availability and Accessibility Effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(1), 94-109.

Ball, S. (2007). Cognitive-behavioural and schema-based models for the treatment of substance use disorders. En L. P. Riso, P. L. Toit, D. J. Siein, & J. E. Young, *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist practitioner guide*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Barber, B. K. (1996). Parental psychological control. *Revisiting a neglected construct. Child Development*, 67, 3296-3319.

Barber, D. G., Papakyriakou, T. N., & LeDrew, E. F. (1994). On the relationship between energy fluxes, dielectric properties, and microwave scattering over snow covered first-year sea ice during the spring transition period. *Journal of Geophysical Research* 99.

- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D., Pincus, D., Heinrichs, N., & Choate, M. (2003). Anxiety Disorders. En G. Stricker, T. A. Widiger, & I. B. Weiner, *Handbook of Psychology: Clinical Psychology* (Vol. 8, págs. 119-148). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(2), 226-244.
- Baum, A., & Grunberg, N. (1997). Measure of stress hormones. En S. Choen, R. Kessler, & L. Gordon, *Measuring stress: a guide for health and social scientists* (págs. 175-192). London: Oxford University Press.
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, *37*(4), 887-907.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, *75*(1), 43-88.
- Baumrind, D. (1971). Current Patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, *4*(1,Pt2), 1-103.
- Baumrind, D. (1971a). Harmonious parents and their preschool children. *Developmental Psychology*, *4*(1,Pt1), 99-102.
- Baumrind, D. (1991). The influence of Parenting Style on Adolescent Competence and Substance Abuse. *Journal of Early Adolescence*, *11*(1), 56-95.
- Baumring, D. (1989). *Rearing competent children*. In W. Damon (Ed.), *Child development today and tomorrow*. San Francisco: Jossey-Bass Inc, Publishers.
- Beck, A. (1963). Thinking and depression : Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry*, *9*, 324-333. *Archives of General Psychiatry*, *9*, 324-333.
- Beck, A. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., & Young, J. E. (1985). *Depression*. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Associates. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2^a ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, F., & Emery, E. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bellino, S., Patria, L., Paradiso, E., Lorenzo, R. D., Zanon, C., Zizza, M., & Bogetto, F. (2005). Major depression in patients with borderline personality disorder: a clinical investigation. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(4), 234-238.
- Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Pediatric Child Health*, 9, 541-545.
- Bernier, A., Larose, S., Boivon, M., & Soucy, N. (2004). Attachment state of mind: Implications for adjustment to college. *Journal of Adolescent Research*, 19, 783-806.
- Bernstein, D. P. (2005). Schema therapy for personality disorders. In S. Strack (Ed.). *Handbook of personology and psychopathology* (pp.462-477). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Bertolote, J., Fleischmann, A., Leo, D. D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25(4), 147-155.
- Bornstein, M. H. (2002). *Handbook of parenting: Children and parenting*. En L. E. Associates (Ed.). Mahwah, NJ.
- Bornstein, M. H., & Cote, L. R. (2001). Mother-infant interaction and acculturation: I. Behavioural comparisons in Japanese American and South American families. *International Journal of Behavioral Development*, 25(6), 549-563.

- Bosmans, G., Braet, C., & Vlierberghe, L. V. (2010). Attachment and Symptoms of Psychopathology: Early Maladaptive Schemas as a Cognitive Link? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 374-385.
- Bowlby, J. (1998). *A secure base – Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment (Vol. 1)*. London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Separation, anxiety and anger (Vol. 2). London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds; I: Aetiology and psychopathology, II: Some principles of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210 e 421-431.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books. Publicação original de 1969.
- Bowlby, J. (1984). *Apego e Perda: Apego (Vol. 1)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- Bowlby, J. (1990). *A natureza do vínculo: Apego e perda*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (2001). *Formação e rompimento dos laços afectivos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Brennan, K., Clark, C., & Shaver, P. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. En J. A. Simpson, & W. S. Rholes,

- Attachment theory and close relationships* (págs. 46-76). New York: Guilford Press.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.
- Bretherton, I., & Munholland, K. (1999). Internal working models in attachment relationships.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bryman, A., & Cramer, D. (1993). *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas usando o SPSS (2ª ed.)*. Oeiras: Celta Editora.
- Burns, D. (1980). *Feeling good: the new mood therapy*. New York: William Morrow.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). Recollections of Parental Rejection, Self-Criticism and Depression in Suicidality. 17. Obtenido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=85340889&site=eds-live>
- Canavarro, M. (1996). A avaliação das práticas educativas através do EMBU: estudos psicométricos. *Psychologica*, 16, 5-18.
- Canavarro, M. (1999). *Relações afetivas e saúde mental (1ª ed.)*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Canavarro, M., & Pereira, A. (2007). A avaliação dos estilos parentais educativos na perspectiva dos pais: A versão portuguesa do EMBU-P. *Psicologia: Teoria Investigação e Prática*, 2, 271-286.
- Cassidy, J., & Shaver, P. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2 ed.). New York: Guilford Press.
- Cecero, J. J., Nelson, J. D., & Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: Toward the construct validity of the Early Maladaptive Schema Questionnaire-Research Version (EMSQ-R). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(5), 344-357. Obtenido de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-6944229457&partnerID=40&md5=2a622434d4dc0ec211ff4bd37fe9e075>

- Chisholm, L., & Hurrelmann, K. (1995). Adolescence in modern Europe: Pluralized transition patterns and their implications for personal and social risks. *Journal of Adolescence*, 18, 129-158.
- Cohen, F., & Lazarus, R. (1973). Active Coping Processes, Coping Dispositions, and Recovery from Surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35(5), 375-389.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1997). Conceptualizing Stress and Its Relation to Disease. En S. Cohen, R. C. Kessler, & L. U. Gordon (Edits.), *Measuring stress : a guide for health and social scientists* (págs. 3-28). New York: Oxford University Press, Inc.
- Cole, D. A., Jacquez, F. M., LaGrange, B., Pineda, A. Q., Truss, A. E., Weitlauf, A. S., . . . Dufton, L. (2011). A Longitudinal Study of Cognitive Risks for Depressive Symptoms in Children and Young Adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 31(6), 782-816. Obtenido de <http://jea.sagepub.com/content/31/6/782.abstract>
- Collins, W. A. (1990). *Parent-child relationships in the transition to adolescence: Continuity and change in interaction, affect and cognition*. In R. Montemayor, G. R. Adams, & T. P. Gullotta (Eds.). Beverly Hills, C. A.: Sage.
- Compas, B., Banez, G., Malcame, V., & Worsham. (1991). Perceived control and a development perspective. *Journal of Social Issues*, 47 (4), 23-34.
- Conceição, L. (2012). Estilos educativos parentais (EMBU), sintomatologia depressiva/ansiosa, stresse e autoestima, numa amostra de adolescentes. *Dissertação de Mestrado*. Instituto Superior Miguel Torga.
- Cook, W. (2000). Understanding attachment security in family context. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 285-294.
- Cooley, E., Buren, A. V., & Cole, S. (2010). Attachment Styles, Social Skills, and Depression in College Women. *Journal of College Counseling*, 13, 50-62.
- Coolican, H. (1994). *Research Methods and Statistics in Psychology* (2 ed.). London: Hodder & Stoughton.

- Csikszentmihalyi, M. (2002). *A psicologia da experiência ótima: Medidas para melhorar a qualidade de vida*. Lisboa: Editores Relógio d'Água.
- Dallaire, D. H., Cole, D. A., Smith, T. M., Ciesla, J. A., LaGrange, B., Jacquez, F. M., . . . Folmer, A. S. (2008). Predicting Children's Depressive Symptoms from Community and Individual Risk Factors. *Journal of youth and adolescence*, 37(7), 830-846. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4214149/>
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context an integrative model. *Psychological*, 113(3), 487-496.
- Darwin, C. (1862/1965). *The expression of the emotions in man and animals*. Chicago: University of Chicago.
- Denollet, J., Smolderen, K. G., Broek, K. C., & Pedersen, S. S. (2007). The 10-item Remembered Relationship with Parents (RRP10) scale: Two-factor model and association with adult depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 100, 179-189.
- Direção Geral de Saúde. (2008). *Elementos Estatísticos Informação Geral Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Recuperado el 15 de 07 de 2013, de <http://www.dgs.pt/>
- Doinita, N. E., & Maria, N. D. (2015). Attachment and Parenting Styles. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 203, 199-204. Obtenido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815049307>
- Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnulle, J., Fischer, S., & Gross, J. (2010). Emotion Regulation and Vulnerability to Depression: Spontaneous Versus Instructed Use of Emotion Suppression and Reappraisal. *American Psychological Association*, 10(4), 563-572.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Eysenck, M. (1988). Trait anxiety and stress. En S. Fisher, & J. Reaso (Edits.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. John Wiley & Sons: John Wiley & Sons.

- Fachada, M. O. (1998). *Psicologia das relações interpessoais (2ª ed.)*. Lisboa: Edições Rumo.
- Feddern Donbaek, D., & Elklit, A. (2014-01-01 de 2014). A validation of the Experiences in Close Relationships-Relationship Structures scale (ECR-RS) in adolescents. *16*. Obtenido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=24215182&site=eds-live>
- Fischer, W. (1970). *Theories of Anxiety*. New York: Harper & Row.
- Fonseca, H. (2003). Compreender os adolescentes. En 2 (Ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociências.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. 3ª Edição. Loures: Lusociência.
- Fraley, R. (2002). Attachment Stability From Infancy to Adulthood: Meta-Analysis and Dynamic Modeling of Developmental Mechanisms. *Personality and Social Psychology Review, 6(2)*, 123-151.
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships-Relationship Structures questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment, 23*, 615-625.
- Fraley, R., & Shaver, P. (1998). Airport Separations: A naturalistic study of adult attachment dynamics in separating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 1198-1212.
- Fraley, R., & Shaver, P. (2000). Adult Romantic Attachment: Theoretical Developments, Emerging Controversies, and Unanswered Questions. *Review of General Psychology, 4(2)*, 132-154.

- Fraley, R., & Spieker, S. (2003). Are infant attachment patterns continuously or categorically distributed? A taxometric analysis of strange situation behavior [Abstract]. *Developmental Psychology*, 387-404.
- Fraley, R., Waller, N., & Brennan, K. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365.
- Freud, S. (1926/1944). Inhibitions, symptoms and anxiety. En J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1926/1975). *Inhibitions, symptoms and anxiety. The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping: Theoretical and research perspectives*. London: Routledge. .
- Fuentes, M. J. (2001). Los grupos, las interacciones entre compañeros y las relaciones de amistad en la infancia y adolescencia. En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes, & M. J. Ortiz (Coords.). *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Ghinassi, C. W. (2010). *Anxiety*. (J. K. Silver, Ed.) Santa Barbara, California: ABC-CLIO, LLC.
- Gil, A. C. (1999). *SPSS: Métodos e técnicas de pesquisa social* (5ª ed.). São Paulo: ATLAS.
- Gilbert, P., & Allan, S. (1994). Assertiveness, submissive behavior and social comparison. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 295-306.
- Ginsburg, G. S., & Bronstein, P. (1993). Family factors related to children's intrinsic/extrinsic motivational orientation and academic performance. *Child Development*, 64, 1461-1474.
- Goldrajch, D. (1996). Uma estratégia cognitivo-comportamental para o manejo da depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(12), 709-712.

- Gotlib, I., & Hammen, C. (2009). Introduction. En I. Gotlib, *Handbook of Depression* (págs. 1-2). London: The Guilford Press.
- Griersmith, D., & Galligan, R. (2003). Adolescent depression and associated psychological distress. *Australian Journal of Psychology*, 55, 183-183.
- Grolnick, W. S., & Ryan, R. M. (1989). Parent styles associated with children's self-regulation and competence in school. *Journal of Educational Psychology*, 81, 143-154.
- Grolnick, W., Ryan, R., & Deci, R. (1991). Inner resources for school achievement: motivational mediators of children's perceptions of their parents. *Journal of Educational Psychology*, 83(4), 508-517.
- Guedeney, N. (2004a). *A teoria da vinculação: A história e as personagens*. In N. Guedeney, & A. Guedeney (Coords.). *Vinculação: Conceitos e aplicações* (pp. 25-32). Lisboa: Climepsi Editores.
- Guedeney, N. (2004b). Conceitos chave da teoria da vinculação. In N. Guedeney, & A. Guedeney (Coords.). *Vinculação: Conceitos e aplicações* (pp. 33-44). Lisboa: Climepsi Editores.
- Gunty, A., & Buri, J. (2008). Parental Practices and the Development. *20th Annual Meeting of the Association for Psychological Science*. Obtenido de <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED502663.pdf>
- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 405-416.
- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental Perceptions, Early Maladaptive Schemas, and Depressive Symptoms in Young Adults. *Cognitive Therapy & Research*, 26(3), 405-416. Obtenido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=11306178&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Hart, L. (1990). *The winning family: Increasing self-esteem in your children and yourself*. Oakland, C.A.: Life Skills Press.

- Hasanvand, B., Merati, A., Khaledian, M., & Hasani, F. (2015). The relationship between attachment styles with depression in students. *International Journal of Scientific Management and Development*, 3(2), 853-858.
- Hatamy, A., Fathi, E., Gorji, Z., & Esmaily, M. (2011). The Relationship between parenting styles and Attachment Styles in men and women with infidelity. 15. Obtenido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S1877042811009128&site=eds-live>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Hodges, J., Steele, M., Hillman, S., Henderson, K., & Neil, M. (2000). Effects of abuse on attachment representations: narrative assessments of abused children. *Journal of Child Psychotherapy*, 26(3), 433-455.
- Hollon, S., & Kendall, P. (1980). Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy Research*, 4, 383-395.
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.
- Howard, M., & Medway, F. (2004). Adolescents' attachment and coping with stress. *Psychology in the Schools*, 41, 391-402.
- Howell, D. C. (1997). *Statistics methods for psychology* (4th ed.). Belmont, CA: Duxbury Press.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. *Behaviour Modification*, 24(1), 102-129.
- Hudson, N. W., Fraley, R. C., Chopik, W. J., & Heffernan, M. E. (2015-12-01 de 2015). Not all attachment relationships develop alike: Normative cross-sectional age trajectories in attachment to romantic partners, best friends, and parents. 59. Obtenido de

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0092656615300180&site=eds-live>

- Hunefeldt, T., Laghi, F., Ortu, F., & Belardinelli, M. O. (2013). The relationship between a "theory of mind" and attachment-related anxiety and avoidance in Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 36(3), 613-621. Obtenido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197113000493>
- Ikeda, M., Hayashi, M., & Kamibeppu, K. (2014). The relationship between attachment style and postpartum depression. *Attachment and Human Development*, 16(6), 557-572.
- Inskip, H., Harris, E., & Barracough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism, and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172, 35-37.
- Izard, C. (1991). *The Psychology of Emotions*. New York: Plenum Press.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2003). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry* (9 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Karavasilis, L., Doyle, A. B., & Markiewicz, D. (2003). Associations between parenting style and attachment to mother in middle childhood and adolescence. *International Journal of Behavioral Development*, 27(2), 153-164. Obtenido de <http://jbd.sagepub.com/content/27/2/153.abstract>
- Keller, H. (2002a). Development as the interface between biology and culture: A conceptualization of early ontogenetic experiences. In H. Keller, Y. H. Poortinga, & A. Shölmerich (Eds.). En *Between culture and biology* (págs. 215-240). Cambridge, MA: Cambridge.
- Keller, H. (2002b). Culture and Development: Developmental Pathways to individualism and interrelatenes. *Online Readings in Psychology and Culture*, Unit 11, Chapter 1. (W. Lonner, D. Dinnel, S. Hayes, & D. Satler, Edits.) Obtenido de <http://www.wvu.edu/culture/keller.htm>

- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Bolger, N. (1998). Data analysis in social psychology. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4th ed. Vol.1 pp. 233-265). New York: McGraw-Hill.
- Kessler, R., & Wang, P. (2009). Epidemiology of Depression. En H. Gotlib, & C. Hammen (Edits.), *Handbook of Depression* (págs. 5-22). New York: The Guilford Press.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 593-602.
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., . . . Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kierkegaard, S. (1844/1944). *The concept of dread*. (W. Lowrie, Trad.) Princeton: Princeton University Press.
- Kiess, H. O., & Bloomquist, D. W. (1985). *Psychological research methods: A conceptual approach*. Boston: Allyn and Bacon.
- Klaus, M., & Kennel, J. (1993). *Pais/bebê: A formação do apego*. Porto Alegre: ArtMed.
- Klein, D. (2001). Introduction: Current Concepts in Anxiety. En E. J. Griez, C. Faravelli, D. Nutt, & J. Zohar (Edits.), *Anxiety Disorders: An Introduction to Clinical Management and Research* (págs. xv-xxii). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Kobak, R., Cole, H., Ferenz-Gillies, R., Flemming, W., & Gamble, W. (1993). Attachment and emotional regulation during mother-teen problem-solving. A control theory analysis. *Child Development*, 64, 231-245.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11 Abstract retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/458548>.

- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, 135, 525-533.
- Kulik, L. (2002). The impact of social background on gender-role ideology: Parent's versus children's attitudes. *Journal of Family Issues*, 23(1), 53-73.
- Lacerda, M. (2005). A percepção das práticas parentais pelos adolescentes: implicações na percepção de controlo e nas estratégias de coping. *Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação*. Universidade de Lisboa, Portugal.
- La-Guardia, J., Ryan, R., Couchman, C., & Deci, E. (2000). Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 367-384.
- Lamborn, S., Mounts, N., Steinberg, L., & Dornbusch, S. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1066.
- Lawrence, K. A., Allen, J. S., & Chanen, A. M. (2011). A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 30-39. doi: 10.1007/s10608-009-9292-4.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion & Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion : a new synthesis*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Lazarus, R., & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. En L. Pervin, & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in Interactional Psychology* (págs. 287-327). New York: Plenum.

- LeVine, R. A. (1988). Human and parental care: Universal goals, cultural strategies, individual behavior. *New Directions for Child Development*, 40, 3-12.
- Liddell, H. (1964). The role of vigilance in the development of animal neurosis. En J. Z. Paul Hoch, P. Hoch, & J. Zubin (Edits.), *Anxiety* (págs. 183-196). New York: Hafner.
- Lopez, F., Mitchel, P., & Gormley, B. (2002). Adult Attachment Orientations and College Student Distress: Test of a mediational model. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 460-467. doi:10.1037//0022-0167.49.4.460
- Love, K. (2008). Parental attachments and psychological distress among African American college students. *Journal of College Student Development*, 49, 31-40.
- Love, K., & Murdock, T. (2012). Parental Attachment, Cognitive Working Models, and Depression Among African American College Students. *Journal of College Counseling*, 15, 117-129.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney: The Psychology Foundation of Australia.
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En E. M. Hetherington, *Handbook of child psychology - Socialization, personality and social development* (Vol. 4, págs. 1-101). New York: Wiley.
- Mahasneh, A., Al-Zoubi, Z., Batayneh, O., & Jawarneh, M. (2013). The Relationship Between Parenting Styles and Adult Attachment Styles From Jordan University Students. *International Journal of Asian Social Science*, 3(6), 1431-1441.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying disorganized/disoriented infants during the Ainsworth Strange Situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti, & M. Cummings (Edits.), *Attachment in the preschool years* (págs. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.

- Mandler, G. (1984). *Mind and Body: Psychology of Emotion and Stress*. New York: Norton.
- Marczyk, G., DeMatteo, D., & Festinger, D. (2005). *Essentials of Research Design and Methodology*. (A. S. Kaufman, & N. L. Kaufman, Edits.) New Jersey: John Wiley & Sons.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com PASW Statistics (ex-SPSS)*. Portugal: Report Number.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper and Row.
- Mason, J. (1975). A historical view of the stress field. *Journal of Human Stress*, *1*(1), 6-12.
- Mason, O., Platts, H., & Tyson, M. (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *Psychology and psychotherapy, Theory, Research and Practice*, *78*, 549-5654.
- May, R. (1979). *The meaning of anxiety*. New York: Washington Square Press.
- McCarthy, C., Lambert, R., & Moller, N. (2006). Preventive resources and emotion regulation expectancies as mediators between attachment and colleague students' stress outcomes. *International Journal of Stress Management*, *13*(1), 1-22.
- McCarthy, C., Moller, N., & Fouladi, R. (2001). 2001. *Measurement and evaluation in counseling and development*, *33*, 198-213.
- Mccord, J. (1979). Some child-rearing antecedents of criminal behavior in adult men. *Journal of Personality and Social Psychology*, *37*, 1477-1486.
- Meeus, W. (1996). Studies on identity development in adolescence: An overview of research and some new data. *Journal of Youth and Adolescence*, *25*, 569-598.
- Melgosa, J. (1999). *Para adolescentes e pais*. Sabugo: Publicadora Atlântico.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. London: Guilford Press.

- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry, 11*, 11-15.
- Miles-McLean, H., Liss, M., & Erchull, M. J. (2014). Fathers, daughters, and self-objectification: Does bonding style matter? *11*. Obtenido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S174014451400093X&site=eds-live>
- Milevsky, A., Schlechter, M., Netter, S., & Keehn, D. (2006). Maternal and paternal parenting styles in adolescents: Associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *Journal of Child and Family Studies, 16*, 39-47.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Moos, R., & Swidle, R. (1990). Stressful life circumstances: Concepta and measures. *Stress Medicine, 6*, 171-178.
- Moreira, H., Martins, T., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2015). Assessing Adult Attachment Across Different Contexts: Validation of the Portuguese Version of the Experiences in Close Relationships "Relationship Structures Questionnaire". *97*. Obtenido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=100207785&site=eds-live>
- Moreno, J. L. (1997). *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix.
- Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*(6), 405-413. Obtenido de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33846066758&partnerID=40&md5=4f07cff6aeb815971df9b15ab771d9>
- Mussen, P. H. (1983). *Handbook of child psychology: Formerly Carmichael's manual of child psychology* (4th ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Neal, J. A., & Edelmann, R. J. (2003). The etiology of social phobia: Toward a developmental profile. *Clinical Psychology Review, 23*(6), 761-786.

- Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C., & Davies, S. (2008). Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: An integrative literature review. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, *16*(1), 142-150.
- Newton, P. (2008). *The Attachment Connection: Parenting a Secure and Confident Child Using the Science of Attachment Theory*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Nicholson, A., Kuper, H., & Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: A meta-analysis of 6362 events among 146,538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, *27*, 2763-2774.
- Nihalani, N., Simionescu, M., & Dunlop, B. (2009). Depression: Phenomenology, Epidemiology, and Pathophysiology. En T. Schwartz, & T. Peterson, *Depression, Treatment and Strategies Management* (págs. 1-21). London: Informa Healthcare.
- Noom, M. J., Dekovic, M., & Meeus, W. H. (1999). Autonomy, attachment and psychosocial adjustment during adolescence: A double-edged sword? . *Journal of Adolescence*, *22*(6), 771-783.
- O'Connor, L., Berryb, J., Weissc, J., & Gilbertd, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders*, *71*, 19-27.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology*. Berkshire, England: Open University Press.
- Ohman, A. (1993). Fear and anxiety as emotional phenomena: clinical phenomenology, evolutionary perspectives, and information-processing mechanisms. En M. Lewis, & J. Haviland (Edits.), *Handbook of Emotions*. London: Guilford Press.
- Oliva, A., & Parra, Á. (2001). Autonomía emocional durante la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, *24*(2), 181-196.
- Pacheco, A., Costa, R., & Figueiredo, B. (2003). Estilo de vinculação, sintomatologia psicopatológica e qualidade da relação com as figuras de suporte, com o terapeuta, e com o bebé (estudo exploratório). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *3*(1), 35-59.

- Palácios, J. (2001). La familia y su papel en el desarrollo afectivo y social. En I. F. López, M. J. Etxebarria, Fuentes, & M. J. (Coord.), *Desarrollo Afectivo y Social* (págs. 267-284). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pallant, J. (2007). *Spss Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis using Spss for Windows* (3 ed.). New York: McGraw Hill Open University Press.
- Palmer, E. J., & Hollin, C. R. (1999-01-01 de 1999). An evaluation of the shortened embu scale in youngoffenders and non-offenders in England. 27. Obtenido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0191886998002232&site=eds-live>
- Papalaia, D. E., & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Papousek, H., & Papousek, M. (1987). Intuitive parenting: A didactic counterpart to the infant's precocity in integrative capacities. En J. D. (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed., págs. 669-720). New York: Wiley.
- Parke, R. D., & Buriel, R. (1998). *Handbook of child psychology: Social, emotional and personality development* (Vol 3) (5th ed.). New York: Wiley.
- Patel, V. (2001). Cultural factors and international epidemiology. *British Medicine Bulletin*, 54, 33-45.
- Paulson, S. E. (1994). Relations of parenting style and parental involvement with ninth-grade students achievement. *Journal of Early Adolescence*, 14, 250-267.
- Penelo, E., Viladrich, C., & Domènech, J. M. (2010-01-01 de 2010). Perceived parental rearing style in childhood: internal structure and concurrent validity on the Egna Minnen Beträffande Uppfostran - Child Version in clinical settings. 51. Obtenido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0010440X09000959&site=eds-live>
- Pereira, A. (2008). SPSS: Guia prático de utilização. En *Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (7ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Perris, C., Jacobsson, L., Linndstrom, H., von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *61*(4), 265-274. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1980.tb00581.x>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B., & Campbell, L. F. (2001). Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *Journal of Personality Disorders*, *15*(6), 546-559.
- Petrowski, K., Braehler, E., & Zenger, M. (2014). The relationship of parental rearing behavior and resilience as well as psychological symptoms in a representative sample. *12*. Obtenido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=99880031&site=eds-live>
- Piaget, J. (1967). *O raciocínio na criança*. Rio de Janeiro: Editora Record.
- Piaget, J. (1977). *O Julgamento moral na criança*. São Paulo: Editora Mestre Jou.
- Pilkonis, P., Choi, S., Reise, S., Stover, A., Riley, W., & Cella, D. (2011). Item Banks for Measuring Emotional Distress From the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System: Depression, Anxiety, and Anger. *Assessment*, *18*(3), 263-283.
- Pinto Gouveia, J., Rijo, D., & Salvador. (2005). A versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young .
- Pinto-Gouveia, J., & Rijo, D. (2001). Terapia Focada nos Esquemas: Questões acerca da sua validação empírica. *Psicologia*, *2*, 309-324.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, *30*, 571-584. doi: 10.1007/s10608-006-9027-8.
- Power, T. (2013). Parenting Dimensions and Styles: A Brief History and Recommendations for Future Research. *Childhood Obesity*, *9*(1), 14-21.

- Rabbani, M., Kasmaienezhadfar, S., & Pourrajab, M. (2014). The Relationship between Parental Attachment and Stress: A review of Literature Related to Stress among Students. *The Online Journal of Counseling and Education*, 3(1), 42-50.
- Rafaeli, E., Bernstein, D., & Young, J. (2010). Schema Therapy: Distinctive Features). *Schema Therapy: Distinctive Features*. London: Routledge.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The aetiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 737-767.
- Reeves, M., & Taylor, C. (2007). Specific relationships between core beliefs and personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 96-104.
- Reis, E. (2000). *Estatística aplicada*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Reis, H. T., & Judd, C. M. (2000). *Handbook of research methods in social and personality psychology*. Cambridge: University Press.
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 581-590. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.027>
- Rice, K. G., Herman, M. A., & Petersen, A. C. (1993). Coping with challenge in adolescence: A conceptual model and psycho-educational intervention. *Journal of Adolescence*, 16, 235-251.
- Rijo, D. (2009). Eequemas Mal-adaptativos Precoces - Validação do conceito e dos métodos de avaliação. *Dissertação Doutoramento*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Obtenido de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/18486>
- Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., . . . Cherry, M. (2006). The Long-Term Stability of Early Maladaptive Schemas.

Cognitive Therapy and Research, 30(4), 515-529. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-006-9015-z>

- Roberts, J., Gotlib, I., & Kassel, J. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: the mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 310-320.
- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C., & Magarinho, R. (2004). Memória de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 22(4), 643-665.
- Roelofs, J., Onckels, L., & Muris, P. (2012). Attachment Quality and Psychopathological Symptoms in Clinically Referred Adolescents: The Mediating Role of Early Maladaptive Schema. *Journal of Child and Family Studies*, 22(3), 377-385. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-012-9589-x>
- Rohner, R. P. (2002). *Introduction to parental acceptance-rejection theory*. Center for the Study of Parental Acceptance and Rejection. Recuperado el fevereiro de 2011, de <http://vm.uconn.edu/rohner>.
- Rohner, R. P., & Britner, P. A. (2002). Worldwide mental health correlates of parental acceptance-rejection: review of cross-cultural and intracultural evidence. *Cross-Cultural Research*, 36(1), 16-47.
- Rohner, R. P., & Rohner, E. C. (1980). Parental acceptance-rejection and parental control: Cross-cultural codes. *Ethnology*, 20, 245-260.
- Rollins, B. G., & Thomas, D. L. (1979). Parental support, power, and control techniques in the socialization of children. En W. R. Burr, R. Hill, F. I. Nye, & L. Reiss (Eds.), (Eds), *Contemporary theories about the family: Research based theories* (Vol. 1, págs. 317-364). New York: Free Press.
- Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth, P. G., & McGuire, J. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 207-215. doi: 10.1007/s10608-009-9252-Z.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1985). Self-concept and psychological well-being in adolescence. In R. L. Leahy (Ed.). *The development of the self*. New York: Academic Press.
- Rudolph, J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2014). Parent relationships and adolescents' depression and social anxiety: Indirect associations via emotional sensitivity to rejection threat. *66*. Obtenido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=95876677&site=eds-live>
- Ryan, L. M., & Lynch, J. H. (1989). Emotional autonomy versus detachment: Revisiting the vicissitudes of adolescence and young adulthood. *Child Development, 60*, 340-356.
- Salter, M. (1940). An evaluation of security. *Studies of Child Development Series, 18*.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho: O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Caminho.
- Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos pais*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sanford, A. J. (1985). *Cognition and cognitive psychology*. New York: Basic Books.
- Santos, J. D. (2012). Erros de ligação: As relações afectivas ao longo do ciclo de vida da pessoa com anorexia nervosa. *Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa*. Lisboa.
- Santrock, J. (2004). *Life-span development* (9th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Santrock, J. W. (1990). *Adolescence* (4th ed.). Dallas, TX: Wm. C. Brown Publishers.
- Scanlon, N., & Epkins, C. (2015). Aspects of Mothers' Parenting: Independent and Specific Relations to Children's Depression, Anxiety, and Social Anxiety Symptoms. *24*. Obtenido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=100632096&site=eds-live>
- Schiemberg, L. B. (1985). *Human Development*. London: Collier Macmillan.

- Segal, Z. (1988). Appraisal of self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 147-162.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stresse, coping and relationships in adolescence*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shane, M., & Shane, E. (1988). Pathways to integration: adding to the self psychology model. En A. Goldberg, *Learning from Kohut: Progress in Self Psychology* (Vol. 4, págs. 71-78). Hillsdale: Analytic Press.
- Simard, V., Moss, E., & Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 84(4), 349-366. Obtenido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=67131920&lang=pt-br&site=eds-live&scope=site>
- Simões, M. (1995). Política e moral da avaliação psicológica: Considerações em torno dos problemas éticos e deontológicos. *Simões, M. R. Política e moral da avaliação psicológica: Considerações em torno dos problemas éticos e deontológicos, III Conferência Internacional "Avaliação Psicológica: Formas e Contextos", Braga, 1995 (Comunicação)*. Braga.
- Small, M. F. (1999). *Our babies, ourselves: How biology and culture shape the way we parent*. New York: Anchor Books.
- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência*. Braga: Publicações do Instituto de Educação e Psicologia. .
- Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Solomon, J., & George, C. (1999). *Attachment Desorganization*. New York: Guilford Press.
- Spear, H. J., & Kulbok, P. (2004). Autonomy and adolescence: A concept analysis. *Public Health Nursing*, 60(2), 144-152.

- Speisman, J. C., Lazarus, R. S., Mordkoff, A., & Davison, L. (1964). Experimental reduction of stress based on ego-defense theory. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68(4), 367-380.
- Spera, C. (2005). A Review of the Relationship Among Parenting Practices, Parenting Styles, and Adolescent School Achievement. *Educational Psychology Review*, 17(2), 125-146. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1007/s10648-005-3950-1>
- Stein, D., & Young, J. (1992). Schema approach to personality disorders. En D. Stein, & J. Young, *Cognitive science and clinical disorders* (págs. 271-288). San Diego: Academic Press.
- Steinberg, L., & Silverberg, S. B. (1986). The vicissitudes of autonomy in early adolescence. *Development*, 57, 841-851.
- Steinberg, L., Elmen, J. D., & Mounts, N. S. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development*, 1424-1436.
- Strongman, K. (1995). Theories of anxiety. *New England Journal of Psychology*, 24(2), 4-10.
- Stuewig, J., & McCloskey, L. A. (2005). The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: Psychological routes to depression and delinquency. Child Maltreatment. *Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children*, 10(4), 324-336.
- Sullivan, P., Neale, M., & Kendler, K. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562.
- Szabo, S., Tache, Y., & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief "Letter" to the Editor# of Nature. *Stress*, 15(5), 472-478.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). Using multivariate statistics. 5Th Pearson International Edition. Boston: Pearson Education Inc.

- Target, M. (2007). Is our sexuality our own? A developmental model of sexuality based on early affect mirroring. *British Journal of Psychotherapy*, 23(4), 517-530.
- Taris, T. W., & Bok, I. A. (1997). Effects of Parenting Style Upon Psychological Well-being of Young Adults: Exploring the Relations Among Parental Care, Locus of Control and Depression. *Early Child Development and Care*, 132(1), 93-104. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1080/030044397013201008>
- Teasdale, J. (1978). Effects of Real and Recalled Success on Learned Helplessness and Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 155-164.
- Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(1), 52-59. Obtenido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005791609000597>
- Tinsley, B. J. (2003). *How children learn to be healthy*. Reino Unido: Cambridge University Press. Recuperado el 6 de agosto de 2012, de <http://books.google.pt>.
- Tornaria, M. L., Vandemeulebroecke, L., & Colpin, H. (2001). *Pedagogia Familiar*. Uruguay: Ediciones Trilce.
- Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005). Schema and parental bonding in overweight and nonoverweight female adolescents. *International Journal of Obesity*, 29(4), 381-387. Obtenido de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-16244381741&partnerID=40&md5=518a2f2a777f2ab186726dc3c7393a5c>
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S. (2010). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of young's schema theory in youth. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 316-332. doi: 10.1007/s10608-005.
- Videon, T. M. (2005). Parent-child relations and children's psychological well-being: Do dads matter? *Journal of Family Issues*, 26(1), 55-78. doi: 10.1177/0192513X04270262.

- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment Security in Infancy and Early Adulthood: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Child Development, 71*(3), 684-689. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00176>
- Weiss, J. (1993). *How Psychotherapy Works: Process and Technique*. New York: Guilford Press.
- Weiss, R. S. (1982). Issues in the study of loneliness. En L. A. Peplau, & D. P. (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (págs. 71-80). New York: Wiley.
- Welburn, K., Cristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire—Short Form: Factor Analysis and Relationship Between Schemas and Symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 26*(4), 519-530. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1023/A:1016231902020>
- West, M., & Sheldon-Keller, A. (1994). *Patterns of relating: an adult attachment perspective*. New York: Guilford Press.
- Wolfradt, U., Hempel, S., & Miles, J. (2003). Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescence. *Personality and Individual Differences, 34*, 521-532.
- World Health Organization. (1992). *Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th ed.). Geneve: Author.
- Wulsin, L., & Singal, B. (2003). Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? *Psychosomatic Medicine, 65*, 201-210.
- Xu, J. H., & Shrout, P. E. (2013-06-01 de 2013). Assessing the reliability of change: A comparison of two measures of adult attachment. 47. Obtenido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0092656613000068&site=eds-live>
- Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3 ed.). (F. Sarasota, Ed.) Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J. (1991). Early Maladaptive Schemas. Unpublished manuscript.

- Young, J. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. (1998). *The young schema questionnaire: Short form*. Recuperado el 2014, de <http://www.schematherapy.com/id54.htm>.
- Young, J. (1998). *The Young Schema Questionnaire: Short Form*. New York: Cognitive Therapy Centre. Obtenido de <http://home.sprynet.com/sprynet/schema/ysqs1.htm>
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3ª ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. (2005). Schema-focused cognitive therapy and the case of Ms. S. . *Journal of Psychotherapy Integration*, *15*(1), 115-126.
- Young, J., & Brown, G. (1990). *Young schema questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J., & Klosko, J. (1994). *Reinventing your life*. New York: Plume.
- Young, J., & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *6*, 11-23.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy a Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Zafiropoulou, M., Avagianou, P.-A., & SidoraVassiliadou. (2014). Parental Bonding and Early Maladaptive Schemas. *Journal of Psychological Abnormalities*, *3*(110). doi:10.4172/2329-9525.1000110

ANEXOS

Allegato 1

Gazzetta Ufficiale N. 244 del 18 Ottobre 2010

LEGGE 8 ottobre 2010 , n. 170

Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico.

(10G0192)

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

promulga la seguente legge:

Art. 1

Riconoscimento e definizione di dislessia, disgrafia, disortografia e discalculia.

1. La presente legge riconosce la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia quali disturbi specifici di apprendimento, di seguito denominati «DSA», che si manifestano in presenza di capacità cognitive adeguate, in assenza di patologie neurologiche e di deficit sensoriali, ma possono costituire una limitazione importante per alcune attività della vita quotidiana.

2. Ai fini della presente legge, si intende per dislessia un disturbo specifico che si manifesta con una difficoltà nell'imparare a leggere, in particolare nella decifrazione dei segni linguistici, ovvero nella correttezza e nella rapidità della lettura.

3. Ai fini della presente legge, si intende per disgrafia un disturbo specifico di scrittura che si manifesta in difficoltà nella realizzazione grafica.

4. Ai fini della presente legge, si intende per disortografia un disturbo specifico di scrittura che si manifesta in difficoltà nei processi linguistici di transcodifica.

5. Ai fini della presente legge, si intende per discalculia un disturbo specifico che si manifesta con una difficoltà negli automatismi del calcolo e dell'elaborazione dei numeri.

6. La dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia possono sussistere separatamente o insieme.

7. Nell'interpretazione delle definizioni di cui ai commi da 2 a 5, si tiene conto dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche in materia.

Avvertenza: Il testo delle note qui pubblicato e' stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi dell'art. 10, commi 2 e 3, del testo unico delle disposizioni sulle promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali e' operante il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Art. 2

Finalità

1. La presente legge persegue, per le persone con DSA, le seguenti finalità:
 - a) garantire il diritto all'istruzione;
 - b) favorire il successo scolastico, anche attraverso misure didattiche di supporto, garantire una formazione adeguata e promuovere lo sviluppo delle potenzialità;
 - c) ridurre i disagi relazionali ed emozionali;
 - d) adottare forme di verifica e di valutazione adeguate alle necessità formative degli studenti;
 - e) preparare gli insegnanti e sensibilizzare i genitori nei confronti delle problematiche legate ai DSA;
 - 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 opportunità di sviluppo delle capacità in ambito sociale e professionale.

Art. 3

Diagnosi

1. La diagnosi dei DSA e' effettuata nell'ambito dei trattamenti specialistici già assicurati dal Servizio sanitario nazionale a legislazione vigente ed e' comunicata

dalla famiglia alla scuola di appartenenza dello studente. Le regioni nel cui territorio non sia possibile effettuare la diagnosi nell'ambito dei trattamenti specialistici erogati dal Servizio sanitario nazionale possono prevedere, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, che la medesima diagnosi sia effettuata da specialisti o strutture accreditate.

2. Per gli studenti che, nonostante adeguate attività di recupero didattico mirato, presentano persistenti difficoltà, la scuola trasmette apposita comunicazione alla famiglia.

3. E' compito delle scuole di ogni ordine e grado, comprese le scuole dell'infanzia, attivare, previa apposita comunicazione alle famiglie interessate, interventi tempestivi, idonei ad individuare i casi sospetti di DSA degli studenti, sulla base dei protocolli regionali di cui all'articolo 7, comma 1. L'esito di tali attività non costituisce, comunque, una diagnosi di DSA.

Art. 4

Formazione nella scuola

1. Per gli anni 2010 e 2011, nell'ambito dei programmi di formazione del personale docente e dirigenziale delle scuole di ogni ordine e grado, comprese le scuole dell'infanzia, e' assicurata un'adeguata preparazione riguardo alle problematiche relative ai DSA, finalizzata ad acquisire la competenza per individuarne precocemente i segnali e la conseguente capacità di applicare strategie didattiche, metodologiche e valutative adeguate.

2. Per le finalità di cui al comma 1 e' autorizzata una spesa pari a un milione di euro per ciascuno degli anni 2010 e 2011. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente utilizzo del Fondo di riserva per le autorizzazioni di spesa delle leggi permanenti di natura corrente iscritto nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, come determinato, dalla Tabella C allegata alla legge 23 dicembre 2009, n. 191.

Note all'art. 4: - La legge 23 dicembre 2009, n. 191, (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2010) e' stata pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 302 del 30 dicembre 2009.

Art. 5

Misure educative e didattiche di supporto

1. Gli studenti con diagnosi di DSA hanno diritto a fruire di appositi provvedimenti dispensativi e compensativi di flessibilità didattica nel corso dei cicli di istruzione e formazione e negli studi universitari.

2. Agli studenti con DSA le istituzioni scolastiche, a valere sulle risorse specifiche e disponibili a legislazione vigente iscritte nello stato di previsione del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, garantiscono:

a) l'uso di una didattica individualizzata e personalizzata, con forme efficaci e flessibili di lavoro scolastico che tengano conto anche di caratteristiche peculiari dei soggetti, quali il bilinguismo, adottando una metodologia e una strategia educativa adeguate;

b) l'introduzione di strumenti compensativi, compresi i mezzi di apprendimento alternativi e le tecnologie informatiche, nonché misure dispensative da alcune prestazioni non essenziali ai fini della qualità dei concetti da apprendere;

c) per l'insegnamento delle lingue straniere, l'uso di strumenti compensativi che favoriscano la comunicazione verbale e che assicurino ritmi graduali di apprendimento, prevedendo anche, ove risulti utile, la possibilità dell'esonero.

3. Le misure di cui al comma 2 devono essere sottoposte periodicamente a monitoraggio per valutarne l'efficacia e il raggiungimento degli obiettivi.

4. Agli studenti con DSA sono garantite, durante il percorso di istruzione e di formazione scolastica e universitaria, adeguate forme di verifica e di valutazione, anche per quanto concerne gli esami di Stato e di ammissione all'università nonché gli esami universitari.

Art. 6

Misure per i familiari

1. I familiari fino al primo grado di studenti del primo ciclo dell'istruzione con DSA impegnati nell'assistenza alle attività scolastiche a casa hanno diritto di usufruire di orari di lavoro flessibili.

2. Le modalità di esercizio del diritto di cui al comma 1 sono determinate dai contratti collettivi nazionali di lavoro dei comparti interessati e non devono comportare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 7

Disposizioni di attuazione

1. Con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, si provvede, entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, ad emanare linee guida per la predisposizione di protocolli regionali, da stipulare entro i successivi sei mesi, per le attività di identificazione precoce di cui all'articolo 3, comma 3.

2. Il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con proprio decreto, individua le modalità di formazione dei docenti e dei dirigenti di cui all'articolo 4, le misure educative e didattiche di supporto di cui all'articolo 5, comma 2, nonché le forme di verifica e di valutazione finalizzate ad attuare quanto previsto dall'articolo 5, comma 4.

3. Con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, da adottare entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, e' istituito presso il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca un Comitato tecnico-scientifico, composto da esperti di comprovata competenza sui DSA. Il Comitato ha compiti istruttori in ordine alle funzioni che la presente legge attribuisce al Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca. Ai componenti del Comitato non spetta alcun compenso. Agli eventuali rimborsi di spese si provvede nel limite delle risorse allo scopo disponibili a legislazione vigente iscritte nello stato di previsione del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

Art. 8

Competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome

1. Sono fatte salve le competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano, in conformità ai rispettivi statuti e alle relative norme di attuazione nonché alle disposizioni del titolo V della parte seconda della Costituzione.

2. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono a dare attuazione alle disposizioni della legge stessa.

Art. 9

Clausola di invarianza finanziaria

1. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 8 ottobre 2010

NAPOLITANO

Berlusconi, Presidente del Consiglio dei Ministri

Visto, il Guardasigilli: Alfano

LAVORI PREPARATORI Senato della Repubblica (atto n. 1006): Presentato dalla sen. Vittoria Franco ed altri il 2 settembre 2008. Assegnato alla commissione 7^a (Istruzione pubblica, beni culturali), in sede referente, il 17 settembre 2008 con pareri delle commissioni 1^a, 5^a, 11^a, 12^a e Questioni regionali. Esaminato dalla 7^a commissione, in sede referente, il 24 settembre 2008; il 1^o e 14 ottobre 2008; il 5 novembre 2008;. il 3, 17 e 24 marzo 2009; l'8 aprile 2009; il 5 maggio 2009. Assegnato nuovamente alla 7^a commissione, in sede deliberante, il 15 maggio 2009 con pareri delle commissioni 1^a, 5^a, 11^a, 12^a e Questioni regionali. Esaminato

dalla 7^a commissione, in sede deliberante, ed approvato in un testo unificato con l'atto n. 1036 (sen. Franco Asciutti ed altri) il 19 maggio 2009. Camera dei deputati (atto n. 2459): Assegnato alla VII commissione (Cultura, scienza e istruzione), in sede referente, il 26 maggio 2009 con i pareri delle commissioni I, V, XI, XII e Questioni regionali. Esaminato dalla VII commissione, in sede referente, il 24 giugno 2009; il 1° luglio 2009; 14, 15, 21, 28 ottobre 2009; il 24 febbraio 2010; l'11, 12 e 20 maggio 2010. Assegnato nuovamente alla VII commissione, in sede legislativa, il 3 giugno 2010 con pareri delle commissioni I, V, XI, XII e Questioni regionali. Esaminato dalla VII commissione, in sede legislativa, ed approvato, con modificazioni, il 9 giugno 2010. Senato della Repubblica (atto n. 1006-1036-B): Assegnato alla 7^a commissione (Istruzione pubblica, beni culturali), in sede deliberante, il 24 giugno 2010 con pareri delle commissioni 1^a, 5^a, 12^a e Questioni regionali. Esaminato dalla 7^a commissione il 13 luglio 2010; il 15, 22 e 28 settembre 2010 ed approvato il 29 settembre 2010.

Allegato 2

Il Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

STRUMENTI D'INTERVENTO PER ALUNNI CON BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI E ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE PER L'INCLUSIONE SCOLASTICA

Premessa

I principi che sono alla base del nostro modello di integrazione scolastica - assunto a punto di riferimento per le politiche di inclusione in Europa e non solo - hanno contribuito a fare del sistema di istruzione italiano un luogo di conoscenza, sviluppo e socializzazione per tutti, sottolineandone gli aspetti inclusivi piuttosto che quelli selettivi. Forte di questa esperienza, il nostro Paese è ora in grado, passati più di trent'anni dalla legge n.517 del 1977, che diede avvio all'integrazione scolastica, di considerare le criticità emerse e di valutare, con maggiore cognizione, la necessità di ripensare alcuni aspetti dell'intero sistema. Gli alunni con disabilità si trovano inseriti all'interno di un contesto sempre più variegato, dove la discriminante tradizionale - alunni con disabilità / alunni senza disabilità - non rispecchia pienamente la complessa realtà delle nostre classi. Anzi, è opportuno assumere un approccio decisamente educativo, per il quale l'identificazione degli alunni con disabilità non avviene sulla base della eventuale certificazione, che certamente mantiene utilità per una serie di benefici e di garanzie, ma allo stesso tempo rischia di chiuderli in una cornice ristretta. A questo riguardo è rilevante l'apporto, anche sul piano culturale, del modello diagnostico ICF (International Classification of Functioning) dell'OMS, che considera la persona nella sua totalità, in una prospettiva bio-psico-sociale. Fondandosi sul profilo di funzionamento e sull'analisi del contesto, il modello ICF consente di individuare i Bisogni Educativi Speciali (BES) dell'alunno prescindendo da preclusive tipizzazioni. In questo senso, ogni alunno, con continuità o per determinati periodi, può manifestare Bisogni Educativi Speciali: o per motivi fisici, biologici, fisiologici o anche per motivi psicologici, sociali, rispetto ai quali è necessario che le scuole offrano adeguata e personalizzata risposta. Va quindi potenziata la cultura dell'inclusione, e ciò anche mediante un approfondimento delle relative competenze degli insegnanti curricolari,

finalizzata ad una più stretta interazione tra tutte le componenti della comunità educante. In tale ottica, assumono un valore strategico i Centri Territoriali di Supporto, che rappresentano l'interfaccia fra l'Amministrazione e le scuole e tra le scuole stesse in relazione ai Bisogni Educativi Speciali. Essi pertanto integrano le proprie funzioni - come già chiarito dal D.M. 12 luglio 2011 per quanto concerne i disturbi specifici di apprendimento - e collaborano con le altre risorse territoriali nella definizione di una rete di supporto al processo di integrazione, con particolare riferimento, secondo la loro originaria vocazione, al potenziamento del contesto scolastico mediante le nuove tecnologie, ma anche offrendo un ausilio ai docenti secondo un modello cooperativo di intervento. Considerato, pertanto, il ruolo che nel nuovo modello organizzativo dell'integrazione è dato ai Centri Territoriali di Supporto, la presente direttiva definisce nella seconda parte le modalità di organizzazione degli stessi, le loro funzioni, nonché la composizione del personale che vi opera. Nella prima parte sono fornite indicazioni alle scuole per la presa in carico di alunni e studenti con Bisogni Educativi Speciali.

2 1. Bisogni Educativi Speciali (BES) L'area dello svantaggio scolastico è molto più ampia di quella riferibile esplicitamente alla presenza di deficit. In ogni classe ci sono alunni che presentano una richiesta di speciale attenzione per una varietà di ragioni: svantaggio sociale e culturale, disturbi specifici di apprendimento e/o disturbi evolutivi specifici, difficoltà derivanti dalla non conoscenza della cultura e della lingua italiana perché appartenenti a culture diverse. Nel variegato panorama delle nostre scuole la complessità delle classi diviene sempre più evidente. Quest'area dello svantaggio scolastico, che ricomprende problematiche diverse, viene indicata come area dei Bisogni Educativi Speciali (in altri paesi europei: Special Educational Needs). Vi sono comprese tre grandi sotto-categorie: quella della disabilità; quella dei disturbi evolutivi specifici e quella dello svantaggio socioeconomico, linguistico, culturale. Per "disturbi evolutivi specifici" intendiamo, oltre i disturbi specifici dell'apprendimento, anche i deficit del linguaggio, delle abilità non verbali, della coordinazione motoria, ricomprendendo - per la comune origine nell'età evolutiva - anche quelli dell'attenzione e dell'iperattività, mentre il funzionamento intellettivo limite può essere considerato un caso di confine fra la disabilità e il disturbo specifico. Per molti di questi profili i relativi codici nosografici sono ricompresi nelle stesse categorie dei principali Manuali Diagnostici e, in particolare, del manuale diagnostico ICD-10, che include la

classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e utilizzata dai Servizi Sociosanitari pubblici italiani. Tutte queste differenti problematiche, ricomprese nei disturbi evolutivi specifici, non vengono o possono non venir certificate ai sensi della legge 104/92, non dando conseguentemente diritto alle provvidenze ed alle misure previste dalla stessa legge quadro, e tra queste, all'insegnante per il sostegno. La legge 170/2010, a tal punto, rappresenta un punto di svolta poiché apre un diverso canale di cura educativa, concretizzando i principi di personalizzazione dei percorsi di studio enunciati nella legge 53/2003, nella prospettiva della "presa in carico" dell'alunno con BES da parte di ciascun docente curricolare e di tutto il team di docenti coinvolto, non solo dall'insegnante per il sostegno.

1.2 Alunni con disturbi specifici

Gli alunni con competenze intellettive nella norma o anche elevate, che – per specifici problemi - possono incontrare difficoltà a Scuola, devono essere aiutati a realizzare pienamente le loro potenzialità. Fra essi, alunni e studenti con DSA (Disturbo Specifico dell'Apprendimento) sono stati oggetto di importanti interventi normativi, che hanno ormai definito un quadro ben strutturato di norme tese ad assicurare il loro diritto allo studio. Tuttavia, è bene precisare che alcune tipologie di disturbi, non esplicitati nella legge 170/2010, danno diritto ad usufruire delle stesse misure ivi previste in quanto presentano problematiche specifiche in presenza di competenze intellettive nella norma. Si tratta, in particolare, dei disturbi con specifiche problematiche nell'area del linguaggio (disturbi specifici del linguaggio o – più in generale- presenza di bassa intelligenza verbale associata ad alta intelligenza non verbale) o, al contrario, nelle aree non verbali (come nel caso del disturbo della coordinazione motoria, della disprassia, del disturbo non-verbale o – più in generale - di bassa intelligenza non verbale associata ad alta intelligenza verbale, qualora però queste condizioni compromettano sostanzialmente la realizzazione delle potenzialità dell'alunno) o di altre problematiche severe che possono compromettere il percorso scolastico (come per es. un disturbo dello spettro autistico lieve, qualora non rientri nelle casistiche previste dalla legge 104). Un approccio educativo, non meramente clinico – secondo quanto si è accennato in premessa – dovrebbe dar modo di individuare strategie e metodologie di intervento

correlate alle esigenze educative speciali, nella prospettiva di una scuola sempre più inclusiva e accogliente, senza bisogno di ulteriori precisazioni di carattere normativo. Al riguardo, la legge 53/2003 e la legge 170/2010 costituiscono norme primarie di riferimento cui ispirarsi per le iniziative da intraprendere con questi casi.

1.3 Alunni con deficit da disturbo dell'attenzione e dell'iperattività

Un discorso particolare si deve fare a proposito di alunni e studenti con problemi di controllo attentivo e/o dell'attività, spesso definiti con l'acronimo A.D.H.D. (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), corrispondente all'acronimo che si usava per l'Italiano di D.D.A.I. – Deficit da disturbo dell'attenzione e dell'iperattività. L'ADHD si può riscontrare anche spesso associato ad un DSA o ad altre problematiche, ha una causa neurobiologica e genera difficoltà di pianificazione, di apprendimento e di socializzazione con i coetanei. Si è stimato che il disturbo, in forma grave tale da compromettere il percorso scolastico, è presente in circa l'1% della popolazione scolastica, cioè quasi 80.000 alunni (fonte I.S.S). Con notevole frequenza l'ADHD è in comorbilità con uno o più disturbi dell'età evolutiva: disturbo oppositivo provocatorio; disturbo della condotta in adolescenza; disturbi specifici dell'apprendimento; disturbi d'ansia; disturbi dell'umore, etc. Il percorso migliore per la presa in carico del bambino/ragazzo con ADHD si attua senz'altro quando è presente una sinergia fra famiglia, scuola e clinica. Le informazioni fornite dagli insegnanti hanno una parte importante per il completamento della diagnosi e la collaborazione della scuola è un anello fondamentale nel processo riabilitativo. In alcuni casi il quadro clinico particolarmente grave – anche per la comorbilità con altre patologie - richiede l'assegnazione dell'insegnante di sostegno, come previsto dalla legge 104/92. Tuttavia, vi sono moltissimi ragazzi con ADHD che, in ragione della minor gravità del disturbo, non ottengono la certificazione di disabilità, ma hanno pari diritto a veder tutelato il loro successo formativo. Vi è quindi la necessità di estendere a tutti gli alunni con bisogni educativi speciali le misure previste dalla Legge 170 per alunni e studenti con disturbi specifici di apprendimento.

1.4 Funzionamento cognitivo limite

Anche gli alunni con potenziali intellettivi non ottimali, descritti generalmente con le espressioni di funzionamento cognitivo (intellettivo) limite (o borderline), ma anche

con altre espressioni (per es. disturbo evolutivo specifico misto, codice F83) e specifiche differenziazioni - qualora non rientrino nelle previsioni delle leggi 104 o 170 - richiedono particolare considerazione. Si può stimare che questi casi si aggirino intorno al 2,5% dell'intera popolazione scolastica, cioè circa 200.000 alunni. Si tratta di bambini o ragazzi il cui QI globale (quoziente intellettivo) risponde a una misura che va dai 70 agli 85 punti e non presenta elementi di specificità. Per alcuni di loro il ritardo è legato a fattori neurobiologici ed è frequentemente in comorbilità con altri disturbi. Per altri, si tratta soltanto di una forma lieve di difficoltà tale per cui, se adeguatamente sostenuti e indirizzati verso i percorsi scolastici più consoni alle loro caratteristiche, gli interessati potranno avere una vita normale. Gli interventi educativi e didattici hanno come sempre ed anche in questi casi un'importanza fondamentale.

1.5 Adozione di strategie di intervento per i BES

Dalle considerazioni sopra esposte si evidenzia, in particolare, la necessità di elaborare un percorso individualizzato e personalizzato per alunni e studenti con bisogni educativi speciali, anche attraverso la redazione di un Piano Didattico Personalizzato, individuale o anche riferito a tutti i bambini della classe con BES, ma articolato, che serva come strumento di lavoro in itinere per gli insegnanti ed abbia la funzione di documentare alle famiglie le strategie di intervento programmate. Le scuole – con determinazioni assunte dai Consigli di classe, risultanti dall'esame della documentazione clinica presentata dalle famiglie e sulla base di considerazioni di carattere psicopedagogico e didattico – possono avvalersi per tutti gli alunni con bisogni educativi speciali degli strumenti compensativi e delle misure dispensative previste dalle disposizioni attuative della Legge 170/2010 (DM 5669/2011), meglio descritte nelle allegate Linee guida.

1.6 Formazione

Si è detto che vi è una sempre maggiore complessità nelle nostre classi, dove si intrecciano i temi della disabilità, dei disturbi evolutivi specifici, con le problematiche del disagio sociale e dell'inclusione degli alunni stranieri. Per questo è sempre più urgente adottare una didattica che sia 'denominatore comune' per tutti gli alunni e che non lasci indietro nessuno: una didattica inclusiva più che una didattica speciale. Al fine di corrispondere alle esigenze formative che emergono dai nuovi contesti della scuola

italiana, alle richieste di approfondimento e accrescimento delle competenze degli stessi docenti e dirigenti scolastici, il MIUR ha sottoscritto un accordo quadro con le Università presso le quali sono attivati corsi di scienze della formazione finalizzato all'attivazione di corsi di perfezionamento professionale e/o master rivolti al personale della scuola. A partire dall'anno accademico 2011/2012 sono stati attivati 35 corsi/master in "Didattica e psicopedagogia dei disturbi specifici di apprendimento" in tutto il territorio nazionale. A seguito dei positivi riscontri relativi alla suddetta azione, la Direzione generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione d'intesa con la Direzione Generale per il Personale scolastico – con la quale ha sottoscritto un'apposita convenzione con alcune università italiane mirata alla costituzione di una rete delle facoltà/dipartimenti di scienze della formazione – ha predisposto una ulteriore offerta formativa che si attiverà sin dal corrente anno scolastico su alcune specifiche tematiche emergenti in tema di disabilità, con corsi/master dedicati alla didattica e psicopedagogia per l'autismo, l'ADHD, le disabilità intellettive e i funzionamenti intellettivi limite, l'educazione psicomotoria inclusiva e le disabilità sensoriali. L'attivazione dei percorsi di alta formazione dovrà contemperare l'esigenza di rispondere al fabbisogno rilevato ed a requisiti di carattere tecnico-scientifico da parte delle università che si renderanno disponibili a tenere i corsi.

2. Organizzazione territoriale per l'ottimale realizzazione dell'inclusione scolastica

2.1 I CTS - Centri Territoriali di Supporto: distribuzione sul territorio

I Centri Territoriali di Supporto (CTS) sono stati istituiti dagli Uffici Scolastici Regionali in accordo con il MIUR mediante il Progetto "Nuove Tecnologie e Disabilità". I Centri sono collocati presso scuole polo e la loro sede coincide con quella dell'istituzione scolastica che li accoglie. È pertanto facoltà degli Uffici Scolastici Regionali integrare o riorganizzare la rete regionale dei CTS, secondo eventuali nuove necessità emerse in ordine alla qualità e alla distribuzione del servizio. Si ritiene, a questo riguardo, opportuna la presenza di un CTS almeno su un territorio corrispondente ad ogni provincia della Regione, fatte salve le aree metropolitane che, per densità di popolazione, possono necessitare di uno o più CTS dedicati. Un'equa distribuzione sul territorio facilita il fatto che i CTS divengano punti di riferimento per le scuole e coordinino le proprie attività con Province, Comuni, Municipi, Servizi

Sanitari, Associazioni delle persone con disabilità e dei loro familiari, Centri di ricerca, di formazione e di documentazione, anche istituiti dalle predette associazioni, nel rispetto di strategie generali eventualmente definite a livello di Ufficio Scolastico Regionale e di Ministero centrale. Il coordinamento con il territorio assicura infatti ai CTS una migliore efficienza ed efficacia nella gestione delle risorse disponibili e aumenta la capacità complessiva del sistema di offrire servizi adeguati. Sarà cura degli Uffici Scolastici Regionali operare il raccordo tra i CTS e i GLIR, oltre che raccordare i GLIP con i nuovi organismi previsti nella presente Direttiva. Ad un livello territoriale meno esteso, che può coincidere ad esempio con il distretto socio-sanitario, è risultato utile individuare altre scuole polo facenti parte di una rete per l'inclusione scolastica. Tale esperienza è stata già sperimentata con successo in alcune regioni in cui ai CTS, di livello provinciale, sono stati affiancati i CTI-Centri Territoriali per l'Inclusione, di livello distrettuale. La creazione di una rete diffusa e ben strutturata tra tutte le scuole ed omogenea nella sua articolazione rende concreta la possibilità per i docenti di avere punti di contatto e di riferimento per tutte le problematiche inerenti i Bisogni Educativi Speciali. A livello di singole scuole, è auspicabile una riflessione interna che, tenendo conto delle risorse presenti, individui possibili modelli di relazione con la rete dei CTS e dei CTI, al fine di assicurare la massima ricaduta possibile delle azioni di consulenza, formazione, monitoraggio e raccolta di buone pratiche, perseguendo l'obiettivo di un sempre maggior coinvolgimento degli insegnanti curricolari, attraverso – ad esempio – la costituzione di gruppi di lavoro per l'inclusione scolastica. Occorre in buona sostanza pervenire ad un reale coinvolgimento dei Collegi dei Docenti e dei Consigli di Istituto che porti 5 all'adozione di una politica (nel senso di "policy") interna delle scuole per l'inclusione, che assuma una reale trasversalità e centralità rispetto al complesso dell'offerta formativa. L'organizzazione territoriale per l'inclusione prevede quindi: • i GLH a livello di singola scuola, eventualmente affiancati da Gruppi di lavoro per l'Inclusione; i GLH di rete o distrettuali, • i Centri Territoriali per l'Inclusione (CTI) a livello di distretto sociosanitario e • almeno un CTS a livello provinciale. Al fine di consentire un'adeguata comunicazione, a livello regionale, delle funzioni, delle attività e della collocazione geografica dei CTS, ogni Centro o rete di Centri predispone e aggiorna un proprio sito web, il cui link sarà selezionabile anche dal portale dell'Ufficio Scolastico Regionale. Tali link sono inseriti nel Portale MIUR dei Centri Territoriali di

Supporto: www.istruzione.cts.it Sul sito dei CTS si possono prevedere pagine web per ciascun CTI ed eventualmente uno spazio per i GLH di rete per favorire lo scambio aggiornato e la conoscenza delle attività del territorio.

2.1.2 L'équipe di docenti specializzati (docenti curricolari e di sostegno) Ferme restando la formazione e le competenze di carattere generale in merito all'inclusione, tanto dei docenti per le attività di sostegno quanto per i docenti curricolari, possono essere necessari interventi di esperti che offrano soluzioni rapide e concrete per determinate problematiche funzionali. Si fa riferimento anzitutto a risorse interne ossia a docenti che nell'ambito della propria esperienza professionale e dei propri studi abbiano maturato competenze su tematiche specifiche della disabilità o dei disturbi evolutivi specifici. Possono pertanto fare capo ai CTS équipe di docenti specializzati - sia curricolari sia per il sostegno - che offrono alle scuole, in ambito provinciale, supporto e consulenza specifica sulla didattica dell'inclusione. La presenza di docenti curricolari nell'équipe, così come nei GLH di istituto e di rete costituisce un elemento importante nell'ottica di una vera inclusione scolastica. Può essere preso ad esempio di tale modello lo Sportello Provinciale Autismo attivato in alcuni CTS, che, in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale, con i Centri Territoriali per l'Integrazione e le Associazioni delle persone con disabilità e dei loro familiari, valorizzando la professionalità di un gruppo di insegnanti esperti e formati, offre ai docenti di quella provincia una serie di servizi di consulenza – da realizzarsi anche presso la scuola richiedente - per garantire l'efficacia dell'integrazione scolastica degli alunni e degli studenti con autismo.

2.2. Funzioni dei Centri Territoriali di Supporto

L'effettiva capacità delle nuove tecnologie di raggiungere obiettivi di miglioramento nel processo di apprendimento – insegnamento, sviluppo e socializzazione dipende da una serie di fattori strategici che costituiscono alcune funzioni basilari dei Centri Territoriali di Supporto.

2.2.1 Informazione e formazione

I CTS informano i docenti, gli alunni, gli studenti e i loro genitori delle risorse tecnologiche disponibili, sia gratuite sia commerciali. Per tale scopo, organizzano

incontri di presentazione di nuovi ausili, ne danno notizia sul sito web oppure direttamente agli insegnanti o alle famiglie che manifestino interesse alle novità in materia. I CTS organizzano iniziative di formazione sui temi dell'inclusione scolastica e sui BES, nonché nell'ambito delle tecnologie per l'integrazione, rivolte al personale scolastico, agli alunni o alle loro famiglie, nei modi e nei tempi che ritengano opportuni. Al fine di una maggiore efficienza della spesa, i CTS organizzano le iniziative di formazione anche in rete con altri Centri Territoriali di Supporto, in collaborazione con altri organismi. I CTS valutano e propongono ai propri utenti soluzioni di software freeware a partire da quelli realizzati mediante l'Azione 6 del Progetto "Nuove Tecnologie e Disabilità".

2.2.2 Consulenza

Oltre ad una formazione generale sull'uso delle tecnologie per l'integrazione rivolta agli insegnanti, è necessario, per realizzare a pieno le potenzialità offerte dalle tecnologie stesse, il contributo di un esperto che 6 individui quale sia l'ausilio più appropriato da acquisire, soprattutto per le situazioni più complesse. I CTS offrono pertanto consulenza in tale ambito, coadiuvando le scuole nella scelta dell'ausilio e accompagnando gli insegnanti nell'acquisizione di competenze o pratiche didattiche che ne rendano efficace l'uso. La consulenza offerta dai Centri non riguarda solo l'individuazione dell'ausilio più appropriato per l'alunno, ma anche le modalità didattiche da attuare per inserire il percorso di apprendimento dello studente che utilizza le tecnologie per l'integrazione nel più ampio ambito delle attività di classe e le modalità di collaborazione con la famiglia per facilitare le attività di studio a casa. La consulenza si estende gradualmente a tutto l'ambito della disabilità e dei disturbi evolutivi specifici, non soltanto alle tematiche connesse all'uso delle nuove tecnologie.

2.2.3 Gestione degli ausili e comodato d'uso

I CTS acquistano ausili adeguati alle esigenze territoriali per svolgere le azioni previste nei punti 2.1. e 2.2 e per avviare il servizio di comodato d'uso dietro presentazione di un progetto da parte delle scuole. Grazie alla loro dotazione, possono consentire, prima dell'acquisto definitivo da parte della scuola o della richiesta dell'ausilio al CTS, di provare e di verificare l'efficacia, per un determinato alunno, dell'ausilio stesso. Nel caso del comodato d'uso di ausilio di proprietà del CTS, questo

deve seguire l'alunno anche se cambia scuola nell'ambito della stessa provincia, soprattutto nel passaggio di ciclo. In alcune province, in accordo con gli Uffici Scolastici Regionali, alcuni CTS gestiscono l'acquisto degli ausili e la loro distribuzione agli alunni sul territorio di riferimento, anche assegnandoli in comodato d'uso. I CTS possono definire accordi con le Ausilioteche e/o Centri Ausili presenti sul territorio al fine di una condivisa gestione degli ausili in questione, sulla base dell'Accordo quadro con la rete nazionale dei centri di consulenza sugli ausili.

2.2.4 Buone pratiche e attività di ricerca e sperimentazione

I CTS raccolgono le buone pratiche di inclusione realizzate dalle istituzioni scolastiche e, opportunamente documentate, le condividono con le scuole del territorio di riferimento, sia mediante l'attività di informazione, anche attraverso il sito internet, sia nella fase di formazione o consulenza. Promuovono inoltre ogni iniziativa atta a stimolare la realizzazione di buone pratiche nelle scuole di riferimento, curandone la validazione e la successiva diffusione. I CTS sono inoltre Centri di attività di ricerca didattica e di sperimentazione di nuovi ausili, hardware o software, da realizzare anche mediante la collaborazione con altre scuole o CTS, Università e Centri di Ricerca e, in particolare, con l'ITD-CNR di Genova, sulla base di apposita convenzione.

2.2.5 Piano annuale di intervento

Per ogni anno scolastico, i CTS, autonomamente o in rete, definiscono il piano annuale di intervento relativo ad acquisti e iniziative di formazione. Nel piano, quindi, sono indicati gli acquisti degli ausili necessari, nei limiti delle risorse disponibili e a ciò destinate, su richiesta della scuola e assegnati tramite comodato d'uso. È opportuno che l'ausilio da acquistare sia individuato da un esperto operatore del CTS, con l'eventuale supporto – se necessario - di esperti esterni indipendenti. Periodicamente, insieme ai docenti dell'alunno, è verificata l'efficacia dell'ausilio medesimo. Sono pianificati anche gli interventi formativi, tenendo conto dei bisogni emergenti dal territorio e delle strategie e priorità generali individuate dagli Uffici Scolastici Regionali e dal MIUR.

2.2.6 Risorse economiche

Ogni anno il CTS riceve i fondi dal MIUR per le azioni previste ai punti 2.2.1 e 2.2.2 (informazione e formazione condotta direttamente dagli operatori e/o esperti),

2.2.3 (acquisti ausili) e per il funzionamento del CTS (spese di missione, spese per attività di formazione/autoformazione degli operatori). Altre risorse possono essere messe a disposizione dagli Uffici Scolastici Regionali.

2.2.7 Promozione di intese territoriali per l'inclusione

I CTS potranno farsi promotori, in rete con le Istituzioni scolastiche, di intese e accordi territoriali con i servizi sociosanitari del territorio finalizzati all'elaborazione condivisa di procedure per l'integrazione dei 7 servizi in ambito scolastico, l'utilizzo concordato e condiviso di risorse professionali e/o finanziarie e l'avvio di progetti finalizzati al miglioramento del livello di inclusività delle scuole e alla prevenzione/contrasto del disagio in ambito scolastico.

2.3 Regolamento dei CTS

Ogni CTS si dota di un proprio regolamento in linea con la presente direttiva. 2.4 Organizzazione interna dei CTS

2.4.1 Il Dirigente Scolastico

I CTS sono incardinati in istituzioni scolastiche, pertanto il Dirigente della scuola ha la responsabilità amministrativa per quanto concerne la gestione e l'organizzazione del Centro. Coerentemente con il suo profilo professionale il Dirigente ha il compito - possibilmente previa formazione sulle risorse normative, materiali ed umane in riferimento ai bisogni educativi speciali - di promuovere i rapporti del CTS con il territorio e di garantirne il miglior funzionamento, l'efficienza e l'efficacia.

2.4.2 Gli Operatori.

Équipe di docenti curricolari e di sostegno specializzati In ogni CTS dovrebbero essere presenti tre operatori, di cui almeno uno specializzato sui Disturbi Specifici di Apprendimento, come previsto dall'art. 8 del Decreto 5669/2011. Si porrà attenzione a che le competenze sulle disabilità siano approfondite ed ampie, dalle disabilità intellettive a quelle sensoriali. È opportuno individuare gli operatori fra i docenti curricolari e di sostegno, che possono garantire continuità di servizio, almeno per tre anni consecutivi. Gli operatori possono essere in servizio nelle scuole sede di CTS o in altre scuole, tuttavia anche in questo secondo caso deve essere assicurato il regolare funzionamento della struttura. Gli operatori sono tenuti a partecipare a momenti

formativi in presenza (tale formazione viene riconosciuta a tutti gli effetti come servizio) in occasione di eventi organizzati dagli stessi CTS o di iniziative a carattere regionale e nazionale rilevanti in tema di inclusione, ma anche on line attraverso il portale nazionale di cui al punto 2.4.6. Inoltre, sempre nell'ottica di formare e dare strumenti operativi adeguati alle diverse problematiche nonché di specializzare i docenti dell'équipe, gli USR provvedono a riservare un adeguato numero di posti per gli operatori dei CTS nei corsi/master promossi dal MIUR. Nel momento in cui un operatore formato ed esperto modifichi la sede di servizio e non possa pertanto svolgere la propria attività nel CTS, verrà sostituito da un altro docente che sarà formato dagli operatori presenti e da appositi corsi di formazione, anche in modalità e-learning, che saranno resi disponibili dal MIUR e dagli Uffici Scolastici Regionali. La procedura per la sostituzione degli operatori avviene con le stesse modalità della selezione del personale comandato. Si istituisce presso ogni Ufficio Scolastico Regionale una commissione, all'interno della quale devono essere presenti alcuni operatori CTS.

2.4.3 Il Comitato Tecnico Scientifico

I CTS possono dotarsi di un Comitato Tecnico Scientifico al fine di definire le linee generali di intervento - nel rispetto delle eventuali priorità assegnate a livello di Ministero e Ufficio Scolastico Regionale - e le iniziative da realizzare sul territorio a breve e medio termine. Il Comitato Tecnico Scientifico redige il Piano Annuale di Intervento di cui al punto 2.4. Fanno parte del Comitato Tecnico Scientifico il Dirigente Scolastico, un rappresentante degli operatori del CTS, un rappresentante designato dall'U.S.R., e, ove possibile, un rappresentante dei Servizi Sanitari. È auspicabile che partecipino alle riunioni o facciano parte del Comitato anche i referenti CTI, i rappresentanti degli Enti Locali, delle Associazioni delle persone con disabilità e dei loro familiari, nonché esperti in specifiche tematiche connesse con le tecnologie per l'integrazione.

2.4.4 Referente regionale dei CTS

Per ogni regione gli operatori del CTS individuano un referente rappresentante dei CTS a livello regionale. Tale rappresentante resta in carica due anni. 8 I referenti regionali dei CTS, in collaborazione con il referente per la Disabilità /DSA dell'Ufficio Scolastico Regionale – possibilmente individuato tra personale dirigente e ispettivo -

hanno compiti di raccordo, consulenza e coordinamento delle attività, nonché hanno la funzione di proporre nuove iniziative da attuare a livello regionale o da presentare al Coordinamento nazionale di cui al punto successivo.

2.4.5 Coordinamento nazionale dei CTS

Presso la Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione del MIUR è costituito il Coordinamento nazionale dei CTS. Lo scopo di tale organismo è garantire il migliore funzionamento della rete nazionale dei CTS. Esso ha compiti di consulenza, programmazione e monitoraggio, nel rispetto delle prerogative dell'Amministrazione centrale e degli Uffici Scolastici Regionali, comunque rappresentati nel Coordinamento stesso. Fanno parte del Coordinamento nazionale: - Un rappresentante del MIUR - I referenti per la Disabilità/DSA degli Uffici Scolastici Regionali - I referenti regionali CTS - Un rappresentante del Ministero della Salute - Un rappresentante del Ministero delle politiche sociali e del lavoro - Eventuali rappresentanti della FISH e della FAND - Docenti universitari o esperti nelle tecnologie per l'integrazione. Il Coordinamento nazionale si rinnova ogni due anni. Il Comitato tecnico è costituito dal rappresentante del MIUR, che lo presiede, e da una rappresentanza di 4 referenti CTS e 4 referenti per la disabilità/DSA degli Uffici Scolastici Regionali.

2.4.6 Portale

Viene predisposto un portale come ambiente di apprendimento-insegnamento e scambio di informazioni e consulenza. All'interno del portale sono ricompresi i siti Handytecho ed Essediquadro, rispettivamente dedicati agli ausili ed al servizio di documentazione dei software didattici. È inoltre presente una mappa completa dei CTS e dei CTI, con eventuali siti ad essi collegati. Una pagina web è dedicata alle Associazioni delle persone con disabilità e dei loro familiari, completa di indirizzi e link ai vari siti, oltre ai link diretti alle sezioni del sito MIUR relative a disabilità e DSA. Infine, sono previste le seguenti aree: - formazione, con percorsi dedicati alle famiglie ed al personale della scuola, dove trovare video lezioni e web conference oltre che materiale didattico in formato digitale; - forum per scambi di informazioni tra operatori, famiglie, associazioni, operatori degli altri enti; - News per le novità di tutto il territorio nazionale ed europeo, anche in collaborazione con la European Agency for special

needs education; - un'Area Riservata per scambi di consulenze, confronti su problematiche, su modalità operative dove trovarsi periodicamente. Il portale rispetta i requisiti previsti dalla Legge n. 4/2004 sull'accessibilità dei siti web.

Roma, 27 dicembre 2012

IL MINISTRO f.to Francesco Profumo

Allegato 3

QUESTIONARIO OSSERVATIVO IPDA

Per l'identificazione precoce delle difficoltà di apprendimento. Per i bambini frequentanti l'ultimo anno della scuola dell'infanzia

Il Questionario osservativo IPDA si compone di 43 item suddivisi in due sezioni principali. 1. abilità generali 2. abilità specifiche. Gli item che hanno come oggetto le abilità generali sono così suddivisi:

- item 1-9 Aspetti comportamentali
- item 10-11 Motricità
- item 12-14 Comprensione linguistica
- item 15-19 Espressione orale
- item 20- 23 Metacognizione
- item 24-33 Altre abilità cognitive (memoria, prassie, orientamento).

Quelli per le abilità specifiche sono:

- item 34-40 Pre-alfabetizzazione
- item 41-43 Pre-matematica.

Per ciascuna affermazione espressa negli item l'insegnante deve dare una valutazione utilizzando una scala a quattro livelli: 1) per niente / mai 2) poco / a volte 3) abbastanza / il più delle volte 4) molto / sempre. Nell'ottica della prevenzione è opportuno:

- – riservare l'utilizzo del punteggio «4» ai soli casi in cui i comportamenti osservati dimostrano che il bambino padroneggia completamente l'abilità descritta nell'item (in rapporto all'età)

- – nelle situazioni d'incertezza tra due punteggi possibili scegliere sempre il punteggio più basso.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO

Con il presente questionario, rivolto a insegnanti e operatori psicopedagogici, La preghiamo di valutare alcune abilità e comportamenti tenuti in aula dai bambini frequentanti l'ultimo anno della Scuola dell'Infanzia. Le sue osservazioni saranno utili all'individuazione dei bambini che potrebbero in futuro incontrare difficoltà in situazioni di apprendimento.

Lo scopo ultimo del seguente questionario, è individuare alunni che potrebbero in futuro incontrare difficoltà in situazioni di apprendimento.

Al fine di poter compilare il questionario secondo i criteri prestabiliti per una corretta misurazione, Le chiediamo di seguire le seguenti istruzioni nell'ordine indicato:

1. Prendere visione dell'intero questionario
2. Osservare attentamente i bambini per almeno una settimana
3. Rispondere possibilmente a tutte le domande per ciascun bambino
4. Considerare ciascuna domanda indipendentemente dalle altre, anche se un bambino può mostrare un comportamento apparentemente contraddittorio

N.B. Ci possono essere delle domande che riguardano delle abilità e dei comportamenti che di solito non ha l'opportunità di osservare in classe. In questi casi Le suggeriamo di programmare ed effettuare delle attività in aula tali da far emergere queste abilità e questi comportamenti.

Se pure sia richiesto a Lei in prima persona di compilare il questionario è consentita la consultazione con altri nel caso sorgano delle incertezze sulle risposte da dare. Per la valutazione potrà utilizzare i punteggi come illustrato nel seguente prospetto:

- 1 – per niente / mai
- 2 – poco / a volte
- 3 – abbastanza / il più delle volte
- 4 – molto / sempre

GRIGLIA DI RACCOLTA DATI – SOMMINISTRAZIONE DI GRUPPO

62 IPDA

QUESTIONARIO OSSERVATIVO IPDA (Terreni, Tretti, Corcella, Cornoldi, Tressoldi, 2002)				Bambini						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SCUOLA	Nome e cognome o iniziali del bambino									
SEZIONE	INSEGNANTE	Età (in mesi)								
LOCALITÀ	DATA	Sesso (1= maschio 2= femmina)								
Comportamento										
1. Sa seguire un'attività senza distrarsi o distrarre i compagni										
2. Dimostra di saper sopportare ritardi nella gratificazione e in tutto ciò che desidera avere al più presto										
3. Segue abitualmente le istruzioni e le regole che gli vengono date										
4. Ha la capacità di portare a termine gli incarichi assegnati, senza essere continuamente richiamato e sollecitato										
5. Se gli viene richiesto, cambia attività insieme al resto della classe, anziché perseverare in quella precedentemente intrapresa										
6. Ha una buona capacità di cooperare con i suoi compagni										
7. Risolve semplici problemi da solo, senza chiedere aiuto all'insegnante (ad esempio, riesce a trovare il materiale necessario per completare un compito dopo aver compreso ciò che gli occorre)										
8. Si adegua facilmente alle nuove situazioni										
9. Si dimostra interessato e curioso nei confronti degli apprendimenti di lettura, scrittura e calcolo										
Motricità										
10. Ha una buona coordinazione generale dei movimenti										
11. Ha una buona capacità nei compiti di motricità fine (ad esempio, nell'utilizzo delle forbici e nell'infilare le perline)										
Comprensione linguistica										
12. Ascolta e segue le conversazioni e le argomentazioni affrontate in classe in modo adeguato rispetto all'età										
13. Capisce il significato delle parole che l'insegnante usa										
14. Comprende le istruzioni date a voce										
Espressione orale										
15. Ha una buona capacità di raccontare un episodio a cui ha assistito o al quale ha preso parte										
16. Riesce a esprimere in modo chiaro propri pensieri, sentimenti ed esigenze										
17. Ha un ricco vocabolario										
18. Sa descrivere una semplice storiella rappresentata in una serie di vignette										
19. Dal punto di vista morfo-sintattico si esprime correttamente (singolare e plurale, concordanza articoli, coniugazione verbi, costruzione frasi, ecc.)										

Metacognizione									
20. Capisce che è possibile migliorare il ricordo imparando «meglio» le cose (impegnandosi nell'utilizzare intenzionalmente dei modi/strategie per imparare meglio)									
21. Quando non capisce qualcosa, sembra rendersene conto (chiede chiarimenti, dimostra in qualche altro modo di non avere capito)									
22. Di fronte a situazioni che lo mettono in difficoltà non tende ad abbandonare il compito, ma a persistere in questo									
23. Capisce che si può essere disturbati durante un'attività dalla presenza di altri pensieri, rumori e/o altri stimoli in genere									
Altre abilità cognitive									
24. Riesce a imparare brevi filastrocche a memoria									
25. Sa ripetere con parole sue quanto gli è stato appena detto									
26. Riesce a ricordare le informazioni, gli esempi e gli ordini dati a voce in precedenza									
27. Riconosce che parole stampate, lettere o simboli grafici sono gli stessi che gli sono già stati presentati il giorno precedente									
28. È capace di tenere a mente più cose contemporaneamente (per esempio se gli si chiede di andare a prendere tre oggetti li ricorda tutti)									
29. Riesce a disegnare una figura umana in cui siano riconoscibili la testa, il corpo, le braccia e le gambe									
30. Riesce a copiare una semplice figura geometrica (ad esempio un triangolo) in modo che questa risulti riconoscibile									
31. Sa sfruttare adeguatamente lo spazio del foglio e del quaderno in generale, quando disegna o scrive									
32. Ha una buona capacità di seguire semplici comandi che implicano relazioni spaziali (alto, basso, davanti, dietro, di fianco a...)									
33. Si orienta bene e prontamente nello spazio (ad esempio, quando deve dirigersi verso un determinato luogo, oggetto o persona)									
Pre-alfabetizzazione									
34. Dimostra di saper discriminare uditiivamente le differenze e le somiglianze nei suoni delle lettere all'interno delle parole (ad esempio: belle/pelle, casa/cosa)									
35. Sa percepire e ripetere esattamente parole nuove subito dopo averle sentite									
36. Capisce che le parole sono composte da suoni (fonemi) separati									
37. Sa distinguere i grafemi da altri segni grafici									
38. È consapevole che le parole scritte nei libri corrispondono a quelle dette a voce									
39. Riesce a scrivere il suo nome									
40. Riesce a copiare una semplice parola (ad esempio «tavola» scritta in stampatello maiuscolo)									
Pre-matematica									
41. Comprende a che quantità corrispondono i numeri da 1 a 4 (ad es., risponde adeguatamente se gli si chiede di prendere 4 oggetti)									
42. Sa confrontare numerosità diverse: tra due insiemi di oggetti, riconosce quale ne contiene di più e quale di meno (ad esempio tra due insiemi di 4 e 6 palline)									
43. Sa fare piccoli ragionamenti basati sull'aggiungere e togliere (ad esempio, risolve una situazione del tipo: Marco ha tre palloncini, ne volano via due: Marco adesso ne ha di più o di meno?)									
TOTALE									
OSSERVAZIONI									

APPENDICE C 63

Allegato 4

Screening letto-scrittura

DETTATO 16 PAROLE (Stella-Apolito, 2004)

Il dettato deve essere somministrato una prima volta a **fine gennaio**, quando si presuppone che vi sia stata una buona esposizione alle lettere e una seconda volta a **maggio**, quando le abilità di base sono di norma apprese e stabilizzate (ovviamente con un'altra lista di parole, ma che mantiene le stesse caratteristiche in termini di bilanciamento fonetico e composizione sillabica).

La lista composta da sedici parole a crescente difficoltà fonologica, a bassa frequenza d'uso, con un buon grado di immaginabilità, è volta ad indagare lo sviluppo della FASE ALFABETICA (MODELLO UTAH FRITH, 1985): sono quindi evitate parole contenenti doppie o sillabe con digrammi o trigrammi quali, ad es. "sci", "glio", "gna", "chi", "cia", "gia", a favore di parole con un ALTO GRADO DI CORRISPONDENZA FONEMA GRAFEMA.

Ogni lista di parole è suddivisa in quattro gruppi di parole: quattro bisillabe piane (es. GUFO – FILO), quattro bisillabe complesse (es. PALCO – TARGA), quattro trisillabe piane (es. PEDALE – MONETA), quattro trisillabe complesse (es. COPERTA – TROMBONE).N.B.: è preferibile che la somministrazione sia fatta da un insegnante esterno alla classe.

CRITERI PER LA SOMMINISTRAZIONE

- i bambini vanno posizionati in modo frontale in modo da poter udire bene l'insegnante e separati fra loro,
- utilizzare fogli bianchi,
- i bambini possono scegliere liberamente il carattere da utilizzare,
- le parole vanno scritte una sotto l'altra,
- si devono pronunciare le parole una sola volta senza ripetere e senza scandire le sillabe,
- se il bambino non fa in tempo a scrivere tutta la parola, si deve passare alla successiva,
- se sbaglia a scrivere, basta tracciare una riga per cancellare l'errore.

È importante spiegare bene ai bambini queste regole prima di iniziare a dettare, poiché non potranno esserci interruzioni.

	1^ prova	2^ prova
	PERIODO: fine gennaio/ inizio febbraio	PERIODO: maggio
	Si detta una parola ogni <u>20/15 secondi</u> ¹	Si detta una parola ogni <u>10/7</u> <u>secondi</u>
BISILLABE PIANE	GUFO FILO TELA RETE	LUPO FARO NOCE VITE
BISILLABE COMPLESSE	PALCO TARGA STREGA FRONTE	PASTA LADRO FRESCO STROFA
TRISILLAB E PIANE	FUCILE CATINO PEDALE MONETA	PAVONE DIVANO NUVOLA SALAME
TRISILLAB E COMPLESSE	VALANGA COPERTA TROMBONE CONTENTO	POLTRONA PULCINO MANDORLA FANTASMA

¹ I tempi di dettatura possono subire variazioni di anno in anno in base alle indicazioni che vengono fornite dagli esperti, pertanto è necessario chiedere conferma dei tempi alla referente dello sportello dislessia prima della somministrazione.

TABULAZIONE DEGLI ERRORI:

Per la prima prova non verranno conteggiati di doppie, mentre nella seconda prova si contano anche le doppie.

Nella penultima riga vengono sommati gli errori totali, mentre nell'ultima riga della tabella vengono conteggiate le parole sbagliate.

L'analisi del tipo di errori fornisce all'insegnante indicazioni circa le difficoltà specifiche del singolo alunno.

Sulla base del numero di parole sbagliate od omesse è possibile definire il livello di prestazione dell'alunno, secondo quanto riportato in tabella:

GENNAI O-FEBBRAIO		+ di 16	Prestazione gravemente insufficiente (-2)
		9-15 parole sbagliate	prestazione insufficiente (-1)
		4-8 parole sbagliate	prestazione sufficiente (+1)
		0-3 parole sbagliate	prestazione buona (+2)

MAGGIO		+ di 7	Prestazione gravemente insufficiente (-2)
		5-7 parole sbagliate	prestazione insufficiente (-1)
		3-4 parole sbagliate	prestazione sufficiente (+1)
		0-2 parole sbagliate	prestazione buona (+2)

ESEMPI DI ERRORI:

OMISSIONE DI GRAFEMA IN SILLABA SEMPLICE: es. RTE per rete.

OMISSIONI DI GRAFEMI IN SILLABE COMPLESSE: es. SREGA per strega.

OMISSIONI DI SILLABA: es. PAL per palco.

OMISSIONI MAGGIORI DI UNA SILLABA: es. TROM per trombone.

INVERSIONE: es. COPRETA per coperta.

SCAMBIO DI GRAFEMA: es. BALCO per palco – VRONTE per fronte – MONATA per moneta.

In caso di scambio di grafemi, gli errori ripetuti più volte in modo identico (es. scambio del grafema T con D ripetuto 3 volte) vengono conteggiati una sola volta.

ATTENZIONE: quando in una parola ci sono diversi tipi di errori, occorre considerarli singolarmente: es.

- **SRECA** per **strega**, contiene 2 errori: un'omissione di grafema in sillaba complessa (T) e uno scambio di grafema (C per G).
- **BEP**ALE per pedale, contiene 2 scambi di grafemi di tipo diverso.

DETTATO 16 PAROLE 1^ prova	Alunno 1	Alunno 2	Alunno 3	Alunno 4	Alunno 5	Alunno 6	Alunno 7	Alunno 8	Alunno 9	Alunno 10
Note →										

Omissione di grafema in sillaba semplice	ERRORI DI TIPO FONOLOGICO										
Omissione di grafema in sillaba complessa											
Omissione di sillaba											
Omissione maggiore di una sillaba											
Omissione di parola											
Aggiunta di grafema											
Inversione											
Scambio di grafema											
Doppie											
Parag. semantiche											
Parag. fonemiche											
Parag. di tipo misto											
TOTALE ERRORI											
TOT. PAROLE SBAGLIATE											

NOTE: **H**= alunno diversamente abile **S**= a. straniero **A**= anticipatorio **R**= ripetente **N**= p. non eseguita **E**= p. completamente errata