

CORSO DI FORMAZIONE DI BASE PER LE ATTIVITÀ DI SOSTEGNO RIVOLTO AI DOCENTI

DOTT.SSA MICHELA MELILLO, DOTT MAURIZIO STANGALINO
STRUTTURA COMPLESSA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE ASL NO

PROGRAMMA

1. MODULO 1: ACCOGLIENZA E APPROCCIO ALUNNO DISABILE IN RAPPORTO
ALLE DIVERSE PATOLOGIE
2. MODULO 2: DIFFERENZA TRA DSA E ALTRI BES
3. MODULO 2 BIS: DIFFERENZE TRA DISABILITÀ

MODULO 1

ACCOGLIENZA E APPROCCIO ALL'ALUNNO DISABILE

IN RAPPORTO ALLE DIVERSE PATOLOGIE

IL RAPPORTO MADRE BAMBINO COME PRIMA ESPERIENZA DI APPRENDIMENTO



La relazione madre-bambino rappresenta una modalità di conoscenza: la madre non solo contiene il messaggio emotivo del bambino, ma lo pensa, lo elabora, lo decodifica, differenziando i sentimenti e le emozioni che egli comunica in modo da dare loro un nome.

La relazione madre-bambino (così come più tardi quella fra insegnante e allievo) lega fra loro un soggetto più ricco, che ha il latte e la possibilità di dare cure, e un soggetto che non possiede queste ricchezze, ma ne ha bisogno

L'APPRENDIMENTO COME ESPERIENZA EMOTIVA

L'apprendimento non è un fatto esclusivamente intellettuale, né esclusivamente legato allo sviluppo delle strutture neurologiche, ma dipende invece direttamente dallo sviluppo delle emozioni, dei vissuti, della qualità del mondo interno delle relazioni.

Lo sviluppo della mente ha luogo solo nei legami di attaccamento

L'apprendimento ha a che fare con la difficoltà di prendere nella nostra mente qualcosa che ancora è estraneo perché ignoto

La conoscenza, dunque, è un percorso da uno stato di non conoscenza a uno di conoscenza nel quale il soggetto si trova a sperimentare l'incertezza dell'ignoto.

È questo disagio cognitivo ed emotivo insieme che deve essere tollerato perché vi sia un reale apprendimento.

INGRESSO NELLA COMUNITÀ SCOLASTICA

Fase molto significativa dei processi di crescita e di socializzazione

La scuola rappresenta un primo ambito di giudizio valutativo esterno dove la capacità di adeguamento e di presentazione di sé viene giudicata al di fuori della famiglia da un'agenzia sociale a cui è attribuita un'autorità

L'adattamento alle richieste prestazionali è una prima conferma della bontà dell'allevamento e dell'educazione ricevuta dal bambino nell'ambito familiare e rappresenta una sorta di garanzia che egli saprà cavarla nella vita.

La scuola è in grande quel che lo specchio è per i bimbi piccoli: il riflesso o la restituzione, di importanza decisiva, che fa incontrare se stessi, vedersi, scrutarsi, scoprirsi, riconoscersi. Lo può essere perché è un luogo terzo, un luogo dove si fa l'esperienza della vita, ma non nella situazione compiutamente reale (Freud).

PROBLEMATICHE CHE SI EVIDENZIANO CON LA SCOLARITÀ

- Un insuccesso segnalato dalla scuola può essere vissuto dalla famiglia come un attacco che proviene dall'esterno, che “a forza” introduce nell'equilibrio familiare un vissuto negativo

Gli insegnanti che si trovano di fronte un alunno con delle difficoltà, d'altra parte, per difendersi dal proprio sentimento di inadeguatezza rispetto ai compiti che il ruolo definisce, reagiscono spesso senza rendersi conto di quanto la famiglia teme un giudizio negativo riguardo al proprio ruolo di allevamento, sostegno e cura

- I rinvii di responsabilità diventano il tentativo di proiettare su altri colpe, responsabilità per autodifesa. Questo fa sì che il bambino spesso venga lasciato solo ad affrontare, senza spiegazioni, chiarimenti, il fatto doloroso di non saper fare, di non saper essere, come i suoi coetanei.

Il vissuto della segnalazione agli specialisti viene talvolta sentito come persecutorio, percepito come ingiusta accusa di trascuratezza. I genitori si sentono feriti e si difendono “dalle insegnanti che non sanno fare il loro lavoro”.

Il bambino è disorientato: spesso si rende conto che il suo impegno non basta a raggiungere gli obiettivi, si sente accusare di distrazione, di poco impegno, sente che la sua vita è precipitata con la scolarità in un mondo senza comprensione, che non lo capisce, da cui vuole scappare.

La scuola non deve stupirsi di essere vissuta come nemica, ma prepararsi a sciogliere la reazione persecutoria della famiglia mostrando il proprio intento collaborativo

Sono indispensabili **incontri congiunti** tra genitori ed insegnanti per organizzare una programmazione degli apprendimenti, appropriata alle esigenze dell'alunno e del gruppo classe, programmazione che sia realistica rispetto alle risorse disponibili

Età prescolare (2-5 anni)

DDAI (età ≥ 3 , se grave)
Disturbo dello spettro dell'autismo
Disturbi della comunicazione
Encopresi
Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)
Disturbo oppositivo provocatorio
Mutismo selettivo

Ansia di separazione

Fobia specifica

Età scolare (6-12 anni)

DDAI
Disturbo dell'adattamento
Disturbo della condotta
Encopresi
Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)
Disturbo da insonnia e parassonnia
Disturbo specifico dell'apprendimento

Disturbo depressivo maggiore

Disturbo ossessivo-compulsivo
Disturbo oppositivo provocatorio
Disturbo da stress post-traumatico

Età scolare (6-12 anni)

Disturbo di Tourette (tic)
Tricotillomania (disturbo da strappamento di peli)
Disturbo da ansia sociale
Fobia specifica
Disturbo da sintomo somatico

Adolescenza (13-17 anni)

DDAI

Disturbo dell'adattamento

Anoressia nervosa

Disturbo bipolare

Bulimia

Disturbo della condotta

Disturbo depressivo persistente
(distimia)

Disabilità intellettuva (disturbo dello
sviluppo intellettivo)

Disturbo da insomnia

Disturbo d'ansia generalizzata

Disturbo specifico dell'apprendimento

Adolescenza (13-17 anni)

Disturbo depressivo maggiore

Apnea/ipopnea ostruttiva del sonno

Disturbo ossessivo-compulsivo

Disturbo oppositivo provocatorio

Disturbo di panico

Disturbo di Tourette (tic)

Tricotillomania (disturbo
da strappamento di peli)

Schizofrenia

Disturbo da ansia sociale

Fobia specifica

Disturbo da sintomo somatico

Disturbi da uso di sostanze

Tabella 2.2 Prevalenza complessiva negli adolescenti dei disturbi del DSM-IV, secondo il National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement

Disturbo	Prevalenza totale (%)	Presenza di grave menomazione nei soggetti con tale disturbo (%)
Fobia specifica	19.3	3
Disturbo oppositivo provocatorio	12.6	52
Disturbo depressivo maggiore o distimia	11.7	74
Fobia sociale	9.1	17
Abuso o dipendenza dalla droga	8.9	NR
Disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività	8.7	8
Disturbo da ansia di separazione	7.6	8
Disturbo della condotta	6.8	32
Abuso o dipendenza dall'alcol	6.4	NR
Disturbo da stress post-traumatico	5.0	30
Disturbo bipolare	2.9	89
Disturbo alimentare	2.7	NR
Agorafobia	2.4	100
Disturbo di panico	2.3	100
Disturbo da ansia generalizzata	2.2	41

Nota: NR = non riportato

Fonte: Tratto da Merikangas et al., 2010

Tabella 12.2 Anomalie dello sviluppo per le quali è necessaria una valutazione specialistica

Età	Area cognitiva	Area motoria	Area sociale/emozionale
4 mesi	Assenza di tracking visivo; non ride né fa vocalizzi	Incapacità di controllare la posizione delle mani e di afferrare un giocattolo	Non guarda/segue con lo sguardo le persone; non risponde ai sorrisi sorridendo
6 mesi	Non si volta verso un suono o una voce	Non si rotola o non si muove sul pavimento	Non sorride spontaneamente
9 mesi	Non balbetta alcuna consonante	Incapacità di stare seduto	Non ricambia vocalizzazioni o espressioni facciali
12 mesi	Non risponde al proprio nome; non imita i suoni	Non riesce a tenere due oggetti e lanciarli contemporaneamente; non riesce a mettersi in piedi	Non risponde ai gesti delle mani; non condivide l'attenzione ("Guarda, c'è...")
18 mesi	Non guarda verso un oggetto che viene nominato; non riesce a usare nessuna parola	Non è capace di camminare da solo	Mancanza di qualsiasi combinazione di parole/gesti

Tabella 12.2 Anomalie dello sviluppo per le quali è necessaria una valutazione specialistica

Età	Area cognitiva	Area motoria	Area sociale/emozionale
2 anni	Molto meno del 50% di quello che dice è comprensibile	Non può salire su un gradino senza essere aiutato	Non riesce a usare frasi sensate composte da due parole; manca di empatia (non ha lo sguardo triste se un altro bambino piange)
3 anni	Non riesce a usare frasi di tre parole; solo il 50% di quello che dice è comprensibile	Non riesce a saltare; non riesce a lanciare un oggetto alzando il braccio sopra la spalla	Non imita le attività degli adulti; non riesce a fare un gioco parallelo
4 anni	Meno del 75% di quello che dice è comprensibile; non riesce a identificare se stesso o dettagli nelle immagini	Non riesce a stare in equilibrio su un piede per 3 secondi; non riesce a copiare un cerchio	Assenza di gioco immaginativo; non riesce a ipotizzare il pensiero altrui

Fonte: Adattato da Gerber et al., 2010a; 2010b; 2011; McLaughlin, 2011

IL CONCETTO DI DISABILITÀ

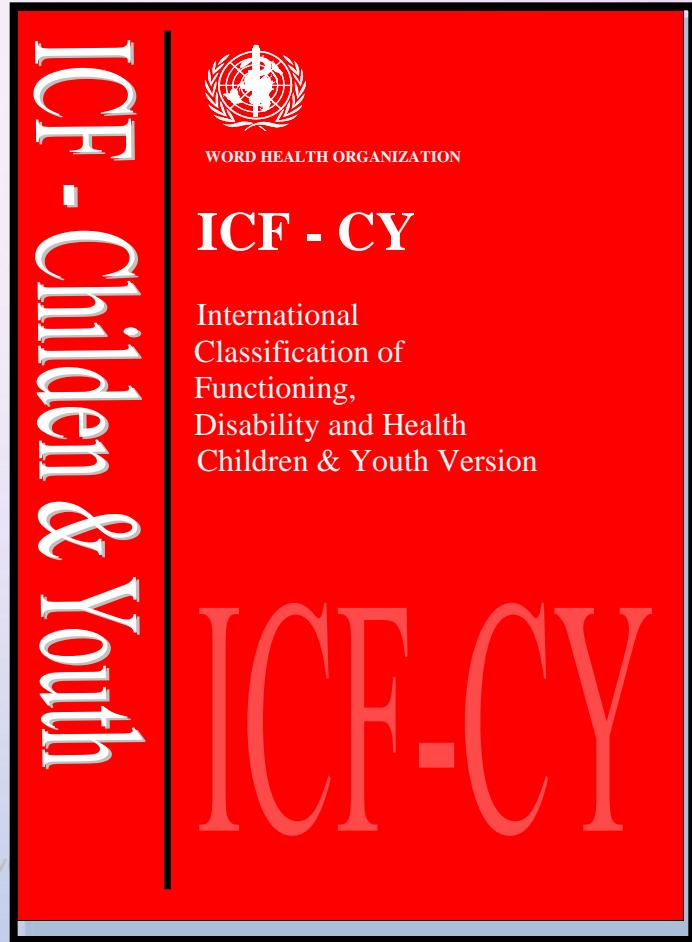
- Negli ultimi decenni il concetto di disabilità ha subito importanti cambiamenti nella cultura europea:
dopo un'approfondita critica su cosa sia la “normalità”, passando da una definizione del 1980 della classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute (ICF; OMS, 1980) a una classificazione delle componenti della salute (ICF; OMS, 2001).

La disabilità viene inquadrata a livello di approccio non solo sanitario ma anche psicosociale, mettendo in luce non solo le menomazioni derivanti da lesioni funzionali di strutture corporee, ma anche le conseguenze rispetto all'integrazione nella comunità.

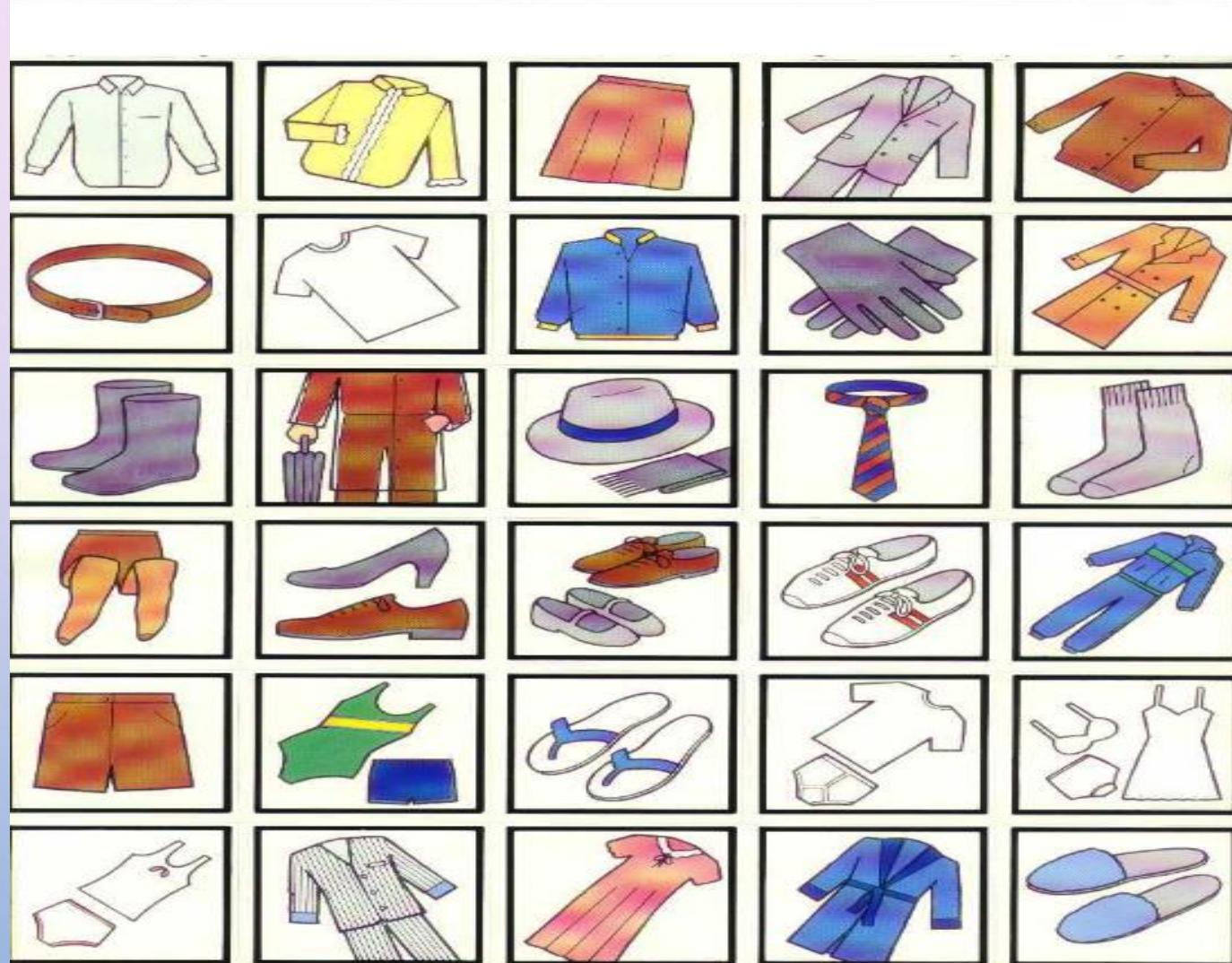
ICF-CY

International
Classification of
Functioning,
Disability
and
Health –
Version for
Children
& Youth

WHO Workgroup for development of v



L'ICF E' UNO STRUMENTO DI CLASSIFICAZIONE



ICF E' UN LINGUAGGIO COMUNE

PERMETTE DI DESCRIVERE CON UN SIGNIFICATO CONDIVISO TUTTI I POSSIBILI CAMBIAMENTI, IN TERMINI DI FUNZIONAMENTO O DI DISABILITÀ, NELLE FUNZIONI E STRUTTURE CORPOREE E NELLA ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE, CHE AVVENGONO IN UNA PERSONA CON UN PROBLEMA DI SALUTE NEL SUO AMBIENTE DI VITA.

PUÒ ESSERE CONSIDERATO UN “META-LINGUAGGIO”, NEL SENSO CHE È POSSIBILE TRADURRE IN ICF LE DESCRIZIONI FUNZIONALI PRESENTI NEI VARI STRUMENTI DI ASSESSMENT UTILIZZATI DALLE DIFFERENTI DISCIPLINE MEDICHE E SOCIALI, ELIMINANDO “L’EFFETTO SILOS” PER CUI OGNI BRANCA SPECIALISTICA UTILIZZA SCALE DI FUNZIONAMENTO CHE POSSONO ANDARE BENE SOLO ALL’INTERNO DELL’AMBIENTE IN CUI TALI SCALE SONO NATE.

L'ICF E' UNO STRUMENTO DI CLASSIFICAZIONE

LE CATEGORIE ICF SONO LE UNITÀ DELLA CLASSIFICAZIONE. SONO ORGANIZZATE IN CAPITOLI E SONO UTILIZZABILI A PIÙ LIVELLI COSTRUITI SECONDO UN ORDINE GERARCHICO CHE PERMETTE DIVERSI GRADI DI DETTAGLIO: LA CATEGORIA DEL PRIMO LIVELLO COMPRENDE TUTTE LE CATEGORIE DEL SECONDO E COSÌ VIA.

E' IMPORTANTE NOTARE CHE LE PERSONE NON SONO LE UNITÀ DI CLASSIFICAZIONE DELL'ICF, OVVERO CHE NON CLASSIFICA LE PERSONE, MA DESCRIVE LA SITUAZIONE DI CIASCUNA PERSONA ALL'INTERNO DI UNA SERIE DI DOMINI DELLA SALUTE O DEGLI STATI AD ESSA CORRELATI. LA DESCRIZIONE VIENE EFFETTUATA ALL'INTERNO DEL CONTESTO DEI FATTORI AMBIENTALI E PERSONALI.

ART. 3 L104/92

E' persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che

•causa difficoltà di:

- Apprendimento
- di relazione
- di integrazione lavorativa

•tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

LEGGE 104 (5 FEBBRAIO 1992)

ARTICOLO 12

DIRITTO ALL'EDUCAZIONE E

ALL'ISTRUZIONE

Comma 3 L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione.

Comma 4 L'esercizio del diritto all'educazione e all'istruzione non può essere impedita da difficoltà di apprendimento né da altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all'handicap

Comma 5 introduce il concetto di PDF come documento fondamentale per formulare il PEI. Il profilo indica le caratteristiche fisiche, psichiche, sociali ed affettive dell'alunno e pone in rilievo sia le difficoltà di apprendimento conseguenti alla situazione di handicap e le possibilità di recupero, sia le capacità possedute che devono essere sostenute, sollecitate, e progressivamente rafforzate e sviluppate nel rispetto delle scelte culturali della persona handicappata

L'IMPORTANZA DELL'INTEGRAZIONE NEL GRUPPO

In ogni caso anche in presenza di serie difficoltà intellettive deve essere curata il più possibile l'integrazione con il gruppo dei pari, sia durante lo svolgimento delle attività curricolari, dove il soggetto in difficoltà, pur applicandosi in compiti più semplici, deve essere aiutato ad adeguarsi alle regole comuni del comportamento, sia durante le dimensioni ludiche, che potrebbero essere guidate dall'insegnante, almeno in parte, nella consapevolezza che queste attività sono da considerarsi essenziali per l'apprendimento sociale dei soggetti che frequentano la scuola primaria

La scuola svolge una funzione sociale, una funzione didattica e una funzione formativa su piccoli individui che le sono affidati.

Trasmettere regole di comportamento, insegnamenti e favorisce lo sviluppo di una personalità matura, responsabile e creativa

VISSUTO PREVALENTE NEI CONFRONTI DELLA DISABILITÀ

L'AMBIVALENZIA

EVITAMENTO: tutte le decisioni e i provvedimenti sono delegati solo alla famiglia

COMPASSIONE: viene visto come una problematica che compete solo la struttura sanitaria e non la struttura sociale in senso lato

BANALIZZAZIONE: viene visto come un eterno bambino

The background of the slide features a subtle gradient from light purple at the top to light blue at the bottom. Scattered across this gradient are numerous clear, translucent water droplets of various sizes, some with soft highlights and others with sharp reflections, creating a sense of depth and texture.

**L'IMPORTANZA DI
PROMUOVERE L'AUTONOMIA
ED
AIUTARE A TOLLERARE I FALLIMENTI**

L'alunno con disabilità non accetta mai veramente l'impossibilità e i fallimenti legati all'handicap.

Mettono sovente in campo ogni sorta di manovra diversiva per distogliere la loro attenzioni, e la nostra dai loro brucianti fallimenti.

Il bambino manifesta allora un apparente indifferenza su tutto ciò che si propone.

Si rischia di scambiare per mancanza di interesse o per incapacità intellettuale ciò che in realtà è una paura del fallimento.

La presa di coscienza provoca inevitabilmente dei momenti di depressione.

LA MOTIVAZIONE

*“Il bambino non è una bottiglia che deve essere riempita ma
un fuoco che deve essere acceso” Montaigne*

Riuscire a stimolare e ad accendere gli interessi del bambino per il mondo intorno a sé la condizione di base senza la quale nessuno apprendimento vero può avere luogo

BIBLIOGRAFIA

- A.A.V.V., IL DISAGIO DELL'INSEGNARE E DELL'APPRENDERE: MAESTRI, ALLIEVI E GENITORI A SCUOLA, RIVISTA INTERAZIONI 1-2016/43, FRANCOANGELI
- A.A.V.V a cura di Marco Rossi-Doria, GENITORI E INSEGNANTI, COLLANA CENTO E UN BAMBINO, ASTROLABIO
- R.J HILT, A.M. NUSSBAUM, L'ESAME DIAGNOSTICO DON IL DSM-V PER BAMBINI E ADOLESCENTI, RAFFAELLO CORTINA EDITORE
- S. SAUSSE, SPECCHI INFRANTI, ANANKE
- A. M. SORRENTINO, FIGLI DISABILI: LA FAMIGLIA DI FRONTE ALL'HANDICAP, RAFFAELLO CORTINA EDITORE
- W. BION ATTENZIONE E INTERPRETAZIONE
- W. BION, APPRENDERE DALL'ESPERIENZA, ARNALDO1972

MODULO DUE

DIFFERENZA TRA DSA E ALTRI BES

IL MAL D'APPRENDERE

- Bambini che all'inizio della scolarizzazione non hanno nessuna percezione dei loro limiti di apprendimento, già dal secondo anno possono mutare in modo radicale la loro autopercezione.

Il bambino che non apprende ha una crisi nella rappresentazione di sé, nella costruzione del proprio ruolo sociale ed un conflitto con i propri oggetti.

La pervasività di questa identità negativa non è limitata solo al concetto di sè scolastico.

Comorbidità tra la difficoltà di apprendimento e difficoltà emotive

- Nei bambini con difficoltà di apprendimento lo spazio virtuale dell'attesa, dell'apertura all'ignoto, è stato obliterato dalla ripetizione dell'incontro fallimentare con un oggetto inafferrabile, dall'aspro confronto con richieste inaccettabili.

L'energia della ricerca è stata deviata sull'evitamento, come avviene nei confronti dell'oggetto fobico che, pur incontrato in condizioni e situazioni diverse, rimane sempre uguale a se stesso. Così questi bambini alla fine rinunciano.

“Non potere” per il bambino vuol dire “non volere”

Spetta all'adulto cercare di reintrodurre l'oggetto nella sfera del desiderio.

Il bambino ha bisogno di un traghettatore che facendo transitare nella propria mente l'oggetto danneggiato ne attenui la persecutorietà, lo renda più idoneo alla riparazione e lo rivitalizi

CAPACITÀ NEGATIVA

Bion sottolinea come la possibilità di apprendere è collegata alla capacità di tollerare l'angoscia e l'ambivalenza emotiva inevitabilmente connesse al processo del conoscere.

La capacità negativa dell'adulto, ovvero **una tolleranza del non sapere, della frustrazione nell'attesa di riuscire a capire e di rimanere nell'incertezza e nel dubbio**: una capacità che aiuta la mente a crescere.

Un'impresa faticosa ma profondamente trasformativa per tutti partecipanti, perché consente di apprendere dall'esperienza condivisa la fatica di imparare tra fallimenti, desideri e capacità di resilienza.

L'INSEGNATE SUFFICIENTEMENTE BUONO

Per Winnicott il compito dell'insegnante richiede un complesso intreccio tra funzione genitoriale ed educative-didattiche.

La **capacità di tollerare la frustrazione e il dubbio** è un aspetto centrale che accomuna la funzione genitoriale e quella di insegnante, e da cui dipende la possibilità che il bambino possa sviluppare la propria tolleranza del dubbio, dei limiti propri e dell'altro adulto.

IMPARARE GIOCANDO

Per i bambini il gioco è un'attività molto seria, essenziale alla crescita.

Nel gioco il bambino rappresenta, apprende e trasforma la realtà. Il gioco non ha una finalità e con esso il bambino costruisce simboli

L'ERRORE

L'errore può avere un ruolo costruttivo, strategico se interpretato come una fra le scelte possibili di pensiero e può trovare nobilitata la sua potenza se presentato come un'idea.

Esplorare il significato dell'errore mette nella condizione di poterlo trattare come una delle ipotesi possibili.

Riflettere sulle cause dell'errore facilita inoltre la possibilità di **apprendere dall'esperienza** di apprendimento

DUE MODI DI APPRENDERE

Apprendere dall'esperienza: apprendimento trasformativo.

L'apprendimento incontra il bisogno ed accende un'emozione, lo studio si illumina di desiderio: il desiderio di modificare se stessi ed incamminarsi verso una meta.

Apprendere intorno all'esperienza: incorporare l'esperienza altrui sottoforma di insegnamenti o regole senza che venga innescato un processo di cambiamento. È un apprendimento che non accendere un fuoco, un puro incameramento

FALLIMENTO SCOLASTICO

L'apprendimento scolastico rischia di passare in secondo piano se intervengono altre urgenze nelle aree connesse alla costruzione della propria identità di adolescente: divenire un soggetto sociale, separarsi dalla famiglia dell'infanzia, vivere, sperimentare nuove passioni.

Il non apprendere è indicatore di processi di relazioni, pensieri, emozioni che attraversano le vite dei ragazzi che sono anche (ma non solo) studenti

- Adolescenti che non apprendono perché **spaventati dal non sapere**
- Adolescenti **preoccupati del destino dei propri genitori**, percepiti a torto o a ragione come poco competenti o fragili: superarli spaventa, genera confusione di ruoli
- Adolescenti che percepiscono l'impegno, la concentrazione nello studio come un **gesto egoista** dilaniati da un compito che li vede impegnati nella relazione di aiuto di un familiare

BES

L'area dello svantaggio scolastico è molto più ampia di quella riferibile esplicitamente alla presenza di deficit.

Viene indicata come area dei Bisogni Educativi Speciali. In ogni classe ci sono alunni che presentano una richiesta di attenzione speciale per una varietà di ragioni.

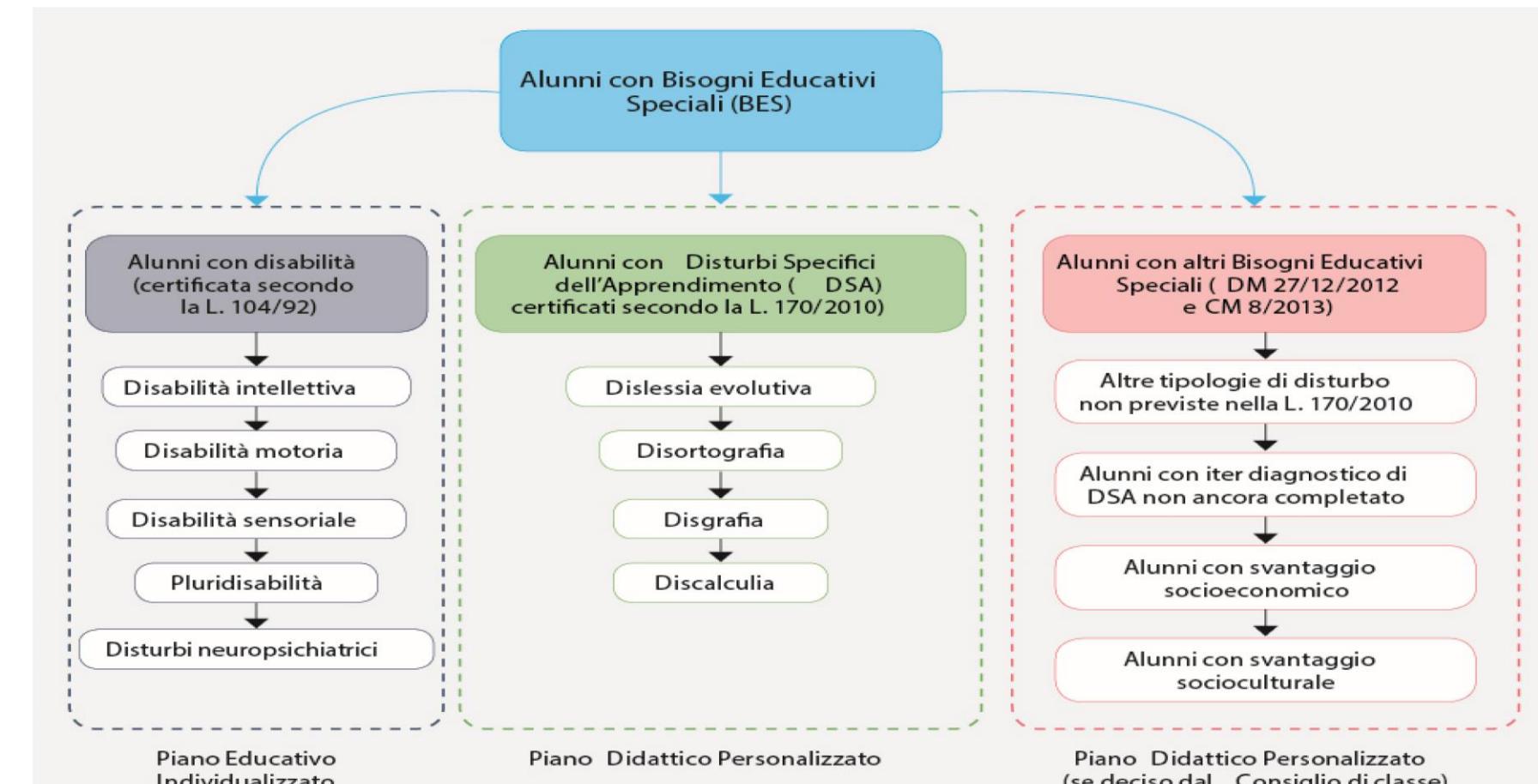
Comprendono tre grandi sotto-categorie: disabilità; disturbi evolutivi specifici (tra i quali i DSA, tutelati dalla L.170/2010, e per la comune origine evolutiva anche ADHD e borderline cognitivi), svantaggio socioeconomico, linguistico, culturale.

Il termine BES non indica un'etichetta diagnostica, è una definizione pedagogica e non clinica.

La diagnosi è un processo di tipo clinico che dà esito a un codice nosografico tra quelli contenuti nei manuali diagnostici di riferimento (ICD-10 e DSM-5.) Alcuni alunni potrebbero averla, poichè tra le tipologie di BES sono compresi oltre ai DSA, anche il Funzionamento Intellettivo Limite (FIL), i Disturbi Specifici del Linguaggio (DSL), il Disturbo della Coordinazione Motoria, ecc.

Per le difficoltà non riconducibili ad un disturbo non si utilizzano codici nosografici. Possono essere di natura persistente o transitoria

Normativa di riferimento



DISTURBO DELL'ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ

STORIA

Prima diagnosi, nel 1902, un pediatra inglese Sir George Friederick Still descrisse 43 bambini con seri problemi di mantenimento dell'attenzione e di autoregolazione. Definì tale disturbo **“deficit di controllo morale”** e ne individuò la causa esclusivamente in un deficit ereditato da un danna alla nascita, senza alcuna considerazione del contesto ambientale.

L' interesse per questo disturbo crebbe dopo **l'epidemia di encefalite** del 1917-1918 che portò ad un primo collegamento concreto tra **“malattia cerebrale”** e comportamento.

Solo dagli anni 60 alcuni studi cominciarono a sottolineare **l'importanza dei fattori ambientali** nel manifestarsi della sindrome

OGGI: DUE DIVERSE POSIZIONI TEORICHE

1) È un disturbo di certe regioni e funzioni del cervello, geneticamente determinato, che può essere trattato farmacologicamente.

La sindrome è considerata un **disturbo neurobiologico**, un'alterazione nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali, in cui fattori sociali, ambientali possono giocare un ruolo addizionale, non primario

2) È un **complesso modello di comportamento** dovuta a molteplici condizioni individuali e biografiche. Senza trascurare il ruolo dei fattori genetici e biologici, ritiene che i fattori prenatali e sociali, il vissuto nelle relazioni primarie di esperienze problematiche se non traumatiche, oppure di contrapposizioni temperamentalì tra colui che si prende cura del bambino e il bambino abbiano tutti una notevole influenza. I farmaci possono talvolta essere necessari ma non come cura per le cause alla radice del comportamento iperattivo

DALLA DIRETTIVA MIUR SUI BES

- “..... 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....
- 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”.

I DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO

DEFINIZIONE

Il Disturbo Specifico di Apprendimento è un disturbo della lettura e/o scrittura che si manifesta in un soggetto in età di sviluppo in assenza di deficit neurologici, intellettivi, sensoriali e con adeguate opportunità educative e scolastiche (Brizzolara, Stella, 1995)

QUALI SONO I D.S.A.

- DISLESSIA: difficoltà specifica nella lettura
- DISORTOGRAFIA: difficoltà specifica nella scrittura (ortografia)
- DISGRAFIA: difficoltà specifica nella scrittura (segno grafico)
- DISCALCULIA: difficoltà specifica nel calcolo

ASPETTI CLINICI

- QI nella norma (≥ 85)
- Lettura a voce alta stentata (scorretta e/o lenta)
- Difficoltà ortografiche in scrittura
- Difficoltà nella velocità e fluenza grafo-motoria
- Difficoltà nelle abilità numeriche e /o di calcolo

CONSEGUENZE SUGLI APPRENDIMENTI

- I bambini con D.S.A. non riuscendo a leggere e scrivere in modo automatico devono impegnare al massimo le capacità attentive e le energie
- Le loro prestazioni possono essere altalenanti e questo è fonte di rimproveri da parte di insegnanti e genitori che imputano tale aspetto al poco impegno
- In realtà il dispendio di energie nella transcodifica fa sì che i soggetti si stanchino rapidamente, commettano errori, non imparino.

LE CONSEGUENZE PSICOLOGICHE

- Il bambino dislessico è il primo a vivere la propria difficoltà senza riuscire a darsi una spiegazione ragionevole
- Le reazioni negative dell'ambiente incidono sulla sua autostima
- Il disagio può tradursi in un disturbo del comportamento, atteggiamenti di disinteresse, chiusura in sé stesso

D.S.A. = MALATTIA?

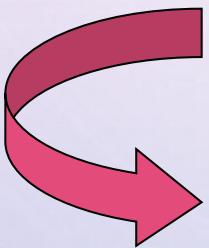
- Non si tratta di una malattia, a livello organico non c'è lesione o malformazione
- È un disturbo funzionale che deriva da una peculiare architettura neuropsicologica del soggetto che lo porta a “funzionare” in maniera diversa
- È una condizione costituzionale genetica che si esprime con caratteristiche comuni a tutti i soggetti ma con gradi e modalità diversi (estrema variabilità da soggetto a soggetto)

SI PUO' GUARIRE?

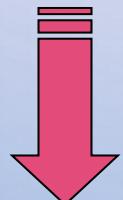
- Trattandosi di una condizione geneticamente determinata non è possibile eliminarla ma si possono mettere in atto degli interventi per migliorare e correggere gli effetti del disturbo
- La prognosi dipende dalla gravità del disturbo e dalla precocità della diagnosi

DIAGNOSI

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE



NEUROPSICHIATRA
INFANTILE O PSICOLOGO



PARTE COGNITIVA



LOGOPEDISTA



PROCESSI DI
LETTURA E SCRITTURA

CRITERI PER LA DIAGNOSI

- **QI ≥ 85 (WISC IV)**
- Assenza di cause neurologiche e/o sensoriali che possono giustificare la difficoltà di lettura come conseguenza indiretta
- Livello di lettura inferiore alla media attesa per l'età e la classe frequentata (≤ -2 d.s.)
- Livello di scrittura inferiore alla media attesa per l'età e la classe frequentata ($\leq 5\%$)
- Quoziente numerico e di calcolo inferiore a 70
- Prove di fluenza e velocità grafo-motoria ≤ -2 d.s

Prodaqi nlente risute r pivvicile gere puetse qoce rige.

Palcuno siaddelerà algi erori pi standa. Evettinfanemete appiano sotsiito duaicele tera, noeso palcosa, agiutno atlo esuvo palche palaro.

Inraltà tsate drofando artivicialnete buelo ce aqituanlente drovano i ragazzi qislesici nl lerege.

PRINCIPALI STRUMENTI COMPENSATIVI





Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Dipartimento per l'Istruzione

Direzione Generale per lo Studente

oppositivi, che possono determinare un abbandono scolastico o una scelta di basso profilo rispetto alle potenzialità.

Per ovviare a queste conseguenze, esistono strumenti compensativi e dispensativi che si ritiene opportuno possano essere utilizzati dalle scuole in questi casi.

Tra gli strumenti compensativi essenziali vengono indicati:

- Tabella dei mesi, tabella dell'alfabeto, e dei vari caratteri.
- Tavola pitagorica.
- Tabella delle misure, tabella delle formule geometriche.
- Calcolatrice.
- Registratore.
- Computer con programmi di video-scrittura con correttore ortografico e sintesi vocale.

Per gli strumenti dispensativi, valutando l'entità e il profilo della difficoltà, in ogni singolo caso, si ritiene essenziale tener conto dei seguenti punti:

- Dispensa dalla lettura ad alta voce, scrittura veloce sotto dettatura, uso del vocabolario, studio mnemonico delle tabelline.
- Dispensa, ove necessario, dallo studio della lingua straniera in forma scritta.
- Programmazione di tempi più lunghi per prove scritte e per lo studio a casa.
- Organizzazione di interrogazioni programmate.
- Valutazione delle prove scritte e orali con modalità che tengano conto del contenuto e non della forma.

Ulteriori strumenti possono essere utilizzati durante il percorso scolastico, in base alle fasi di sviluppo dello studente ed ai risultati acquisiti.

Sulla base di quanto precede si ritiene auspicabile che le SS.LL. pongano in essere iniziative di formazione al fine di offrire risposte positive al diritto allo studio e all'apprendimento dei dislessici, nel rispetto dell'autonomia scolastica.

Si ringraziano le SS.LL. per la consueta collaborazione.

Il Direttore Generale
M. Moioli

- GLI STRUMENTI COMPENSATIVI
NON APPORTANO VANTAGGI AI
BAMBINI CON DSA,MA
PIUTTOSTO CONSENTONO DI
AVVICINARE LE CONDIZIONI DI
REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ
SCOLASTICHE A QUELLE IN CUI
OPERANO I LORO COMPAGNI DI
CLASSE

VIDEO SCRITTURA

- CONTROLLORE ORTOGRAFICO:

IDENTIFICA PAROLE CHE NON SONO SCRITTE IN MODO ORTOGRAFICAMENTE CORRETTO

- PREDITTORE ORTOGRAFICO:

PREVEDE, IN BASE ALLE PRIME LETTERE DIGITATE, LA PAROLA CHE IL SOGGETTO STA PER SCRIVERE

- VANTAGGI:

- ECONOMIZZARE GLI SFORZI PER SCRIVERE I TESTI
- MIGLIORARE LA COMPETENZA ORTOGRAFICA
- VELOCIZZARE I TEMPI DI ESECUZIONE
- OVVIARE AD EVENTUALI DIFFICOLTÀ NEL SEGNO GRAFICO

SINTESI VOCALE

- Consente di trasformare il parlato continuo in video-scrittura attraverso l'uso di un microfono che riconosce la voce del soggetto
- In pratica consente di evitare l'uso della tastiera nella scrittura diretta
- Richiede una buona capacità di costruire enunciati ben strutturati

STRUMENTI PER FAVORIRE LO STUDIO

- **Audioregistratore:** permette di registrare e riascoltare le spiegazioni dell'insegnante e di ascoltare i testi
- **Enciclopedia multimediale su CD rom:** permette di supportare ed approfondire lo studio attraverso l'ascolto e la visione di video su argomenti specifici
- **Libri parlato, libri di testo in formato PDF:** riducono al minimo lo sforzo di lettura e facilitano lo studio attraverso l'utilizzo del canale uditivo

TAVOLA PITAGORICA CALCOLATRICE

- Permette di recuperare i risultati delle moltiplicazioni laddove è assente o carente l'automatismo delle tabelline.
- Consente di ovviare alle difficoltà nelle procedure aritmetiche e/o nel calcolo permettendo di proseguire nello svolgimento di compiti altrimenti non possibili (problemi, equazioni ecc ecc)

STRUMENTI COMPENSATIVI (SCRITTURA)

- Tabella dell'alfabeto, dei vari caratteri, delle regole ortografiche
- Programmazione di tempi più lunghi per i compiti scritti
- Dispensa dalla scrittura veloce sotto dettatura
- Valutazione delle prove scritte e orali con modalità che tengano conto del contenuto e non della forma

PROGRAMMI INFORMATICI E SITI INTERNET

- Superquaderno (ed.Anastasis)
- Carlo Mobile (ed. Anastasis)
- L'ausilio per la lettura facilitata
ALFA READER (ed. Erickson)
- Supermappe (ed. Anastasis)
- Audiolibri (AID)
- www.erickson.it, www.anastasis.it, www.dislessia.it

FUNZIONAMENTO INTELLETTIVO AL LIMITE

- “....il funzionamento intellettivo limite può essere considerato un caso di confine fra la disabilità e il disturbo specifico”.
- QI medio nella norma per età è di 90-100
- limite/borderline è compreso tra 85-70

BIBLIOGRAFIA

- A.A.V.V., IL DISAGIO DELL'INSEGNARE E DELL'APPRENDERE: MAESTRI, ALLIEVI E GENITORI A SCUOLA, RIVISTA INTERAZIONI 1-2016/43, FRANCOANGELI
- A.A.V.V a cura di Marco Rossi-Doria, GENITORI E INSEGNANTI, COLLANA CENTO E UN BAMBINO, ASTROLABIO 2011
- W. BION ATTENZIONE E INTERPRETAZIONE
- W. BION, APPRENDERE DALL'ESPERIENZA, ARNALDO1972
- R.J HILT, A.M. NUSSBAUM, L'ESAME DIAGNOSTICO DON IL DSM-V PER BAMBINI E ADOLESCENTI, RAFFAELLO CORTINA EDITORE 2017
- ANNA MARIA RE, MARTINA PEDRON, DANIELA LUCANGELI, ADHD E LEARNING DISABILITIES, FRANCONAGELI
- SINPIA, LINEE GUIDA PER I DDAI E I DSA, 2007
- WINNICOTT D.W., DALLA PEDIATRIA ALLA PSICOANALISI, MARTINELLI 1958