



realizzato da:

AIRIPA

**Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento
nella Psicopatologia dell'Apprendimento**

I DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)



**Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento
nella Psicopatologia dell'Apprendimento**

Via Nievo, 6 30027 S. Donà di Piave (VE)

Tel: 0421-457764 Fax: 0421-457768

sito: www.airipa.it

e-mail: info@airipa.it



I DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)

Autori: C. De Candia, B. Carretti, D. Lucangeli, I.C. Mammarella,
C. Toso, P.E. Tressoldi, M. L. Tretti, C. Vio, C. Zamperlin

Disegno di copertina: S. Caviola

(settembre 2009)

Indice dei contenuti

Incidenza e rilevanza clinica dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)	1
Caratteristiche ed aspetti evolutivi dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)	2
L' intervento con i DSA	4
Bibliografia	6
Dislessia	8
Disortografia	10
Discalculia	11
Disturbo di Comprensione	12
Disturbo Non Verbale	13
Altre difficoltà	14
Frequenti comorbidità	16
Indici per una segnalazione precoce	17
Bibliografia suggerita sui DSA	19
L'associazione AIRIPA	21
Elenco Soci (Veneto)	23

PRESENTAZIONE

In Italia le fonti di informazione sui DSA sono ormai molte grazie in particolare al lavoro svolto da molti anni dall'Associazione Italiana Dislessia e dall'Airipa.

La Consensus Conference * del 2007 a cui hanno partecipato ben dieci rappresentanze di società scientifiche e professionali ** ha segnato un punto di svolta importante per arrivare a conoscenze e prassi condivise a tutto vantaggio dell'utenza e dell'organizzazione dei servizi pubblici e privati che si occupano di DSA, divulgando e implementando le "Raccomandazioni per la pratica clinica per i DSA".

La spinta a continuare la collaborazione tra i partecipanti alla Consensus Conference ha portato all'avvio di una revisione delle attuali "Raccomandazioni" che ha trovato l'interesse anche del Sistema Nazionale Linee Guida presso l'Istituto Superiore di Sanità e all'organizzazione di eventi di informazione e formazione comuni.

Il presente libretto vuole essere un agile strumento di informazione accompagnato da informazioni su come reperire psicologi esperti di DSA. L'augurio è che il processo virtuoso innescato con la Consensus Conference continui a lungo favorendone le revisioni e l'applicazione dei contenuti.

Patrizio Emanuele Tressoldi



*Gli atti sono disponibili nel sito www.airipa.it

**AID Associazione Italiana Dislessia, ACP Associazione culturale pediatri, AFNOO Associazione federativa nazionale ottici optometristi, AIORAO Associazione Italiana Ortottisti Assistenti in oftalmologia, AIRIPA Associazione italiana per la ricerca e l'intervento nella psicopatologia dell'apprendimento, ANUPI Associazione nazionale unitaria psicomotricisti italiani, FLI Federazione logopedisti italiani, SIGU Società Italiana di Genetica Umana, SINPIA Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, SIP Società Italiana di Pediatria, SSLI Società Scientifica Logopedisti Italiani.

INCIDENZA E RILEVANZA CLINICA DEI DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)

L'incidenza dei Disturbi Evolutivi Specifici dell'Apprendimento (DSA) è stimabile mediamente attorno al 3/4% a seconda dell'età, ma anche dei criteri e degli strumenti utilizzati dai ricercatori. Si tratta di un dato importante: indicherebbe che in media ci possiamo aspettare la presenza di **un alunno per classe** con queste difficoltà

I Disturbi Evolutivi Specifici dell'Apprendimento (DSA) costituiscono un'area di interesse clinico, nella quale si è realizzato negli ultimi trent'anni un importante avanzamento delle conoscenze grazie ai numerosi contributi derivati dalla ricerca scientifica e dall'affinamento delle tecniche di indagine diagnostica.

Questo consente oggi di poter condividere la definizione e la classificazione dei DSA anche tra professionisti e/o specialisti di diversa formazione (es. psicologi, neuropsichiatri, pediatri, logopedisti, pedagogisti), di effettuare una diagnosi in modo accurato, di realizzare trattamenti mirati, nonché di poter disporre di psicologi ed altri operatori che operano nel campo con competenze specifiche.

Un passo fondamentale in questa direzione è stato compiuto con la pubblicazione a fine gennaio 2007 delle nuove Raccomandazioni per la pratica clinica elaborate nell'ambito della **Consensus Conference**, nate dal confronto di studiosi e professionisti esperti di ben 10 associazioni che si occupano di diagnosi ed intervento a favore di queste problematiche.

Il documento che contiene le raccomandazioni, a partire da una definizione comune dei Disturbi Evolutivi Specifici dell'Apprendimento (identificati ormai in modo uniforme con l'acronimo DSA), ha definito anche criteri diagnostici, evidenziato l'eziologia, le procedure di indagine, i segni precoci con evoluzione e prognosi, l'epidemiologia, comorbilità e trattamento.

CARATTERISTICHE ED ASPETTI EVOLUTIVI DEI DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)

Hamill nel 1990 definiva le caratteristiche generali del Disturbo di Apprendimento ("learning disability" è l'espressione corrispondente in lingua inglese) basandosi sull'intesa a cui erano giunte numerose associazioni di ricerca ed intervento nel campo:

learning disability (L.D.) si riferisce ad un gruppo eterogeneo di disturbi manifestati da significative difficoltà nell'acquisizione e nell'uso di abilità di ascolto, espressione orale, lettura, ragionamento e matematica, presumibilmente dovuti a disfunzioni del sistema nervoso centrale. Possono coesistere con la L.D. problemi nei comportamenti di autoregolazione, nella percezione sociale e nell'interazione sociale, ma non costituiscono di per sé una L.D. Le L.D. possono verificarsi in concomitanza con altri fattori di handicap o con influenze estrinseche (culturali, d'istruzione, ecc.), ma non sono il risultato di quelle condizioni o influenze .

In sintesi, secondo tale definizione, la L.D. viene a raccogliere una gamma diversificata di problematiche nello sviluppo cognitivo e nell'apprendimento scolastico, non imputabili primariamente a fattori di handicap mentale grave e definibili in base al mancato raggiungimento di criteri attesi di apprendimento (per i quali esista un largo consenso) rispetto alle potenzialità generali del soggetto (Cornoldi, 1999, 2007).

Va precisato che il termine **"Disturbo Specifico dell'Apprendimento"** fa riferimento ad una ben precisa categoria diagnostica dal punto di vista clinico e scientifico, identificata da precisi criteri oggettivi e valutabili, e pertanto va distinto dalla più generica espressione "difficoltà di apprendimento" che include più

sommariamente tipologie molto diverse di difficoltà che si possono manifestare nell'ambito scolastico.

Questo è stato ben definito nella prima parte del documento elaborato dalla Consensus Conference che indica come principale caratteristica della definizione di questo disturbo quella della "specificità", intendendo che tale disturbo sia riferito ad uno specifico dominio di abilità in modo significativo, ma circoscritto, mentre rimane intatto il funzionamento intellettivo generale.

I Disturbi Specifici dell'Apprendimento possono riguardare un ambito specifico, come lettura, scrittura o calcolo, anche se nella pratica clinica è più frequente incontrare l'associazione di più deficit (ad esempio disturbo di lettura e di scrittura).

I modelli neuropsicologici che interpretano questi disturbi dello sviluppo propongono un'interpretazione che vede per ognuno di essi una propria fisionomia .

Sebbene questi disturbi siano in relazione con la maturazione biologica, ciò non implica che i bambini affetti siano semplicemente all'estremo più basso di un normale continuum e che quindi riguadagneranno col tempo il terreno perduto, ma avviene che, a seconda del grado di difficoltà, l'acquisizione delle competenze richieste, pur modificandosi nel tempo, non raggiunge quasi mai i livelli attesi per età e/o scolarità.

Si tratta solitamente di difficoltà che si manifestano nel bambino fin dalle prime fasi del suo apprendimento, quando deve acquisire nuove abilità come la lettura, la scrittura ed il calcolo partendo da un assetto neuropsicologico che non favorisce l'apprendimento di queste specifiche abilità. Tali difficoltà possono dunque persistere, in modo più o meno marcato , attraverso l'adolescenza fino all'età adulta.

Ciò si verifica anche quando sono stati effettuati interventi riabilitativi ed educativi: interventi che nella gran parte dei casi risultano determinanti allo scopo di consentire miglioramenti e appropriate condizioni e opportunità di apprendimento.

L'**evoluzione** di tali Disturbi, in effetti, è favorita dalla precocità ed adeguatezza dell'intervento, oltre che dalle misure

compensative utilizzate nell'ambito del percorso scolastico per favorire l'apprendimento.

Quanto detto è rilevante anche per una **prognosi** favorevole riguardo all'evoluzione sociale e della personalità di chi presenta queste problematiche. Soggetti con questi disturbi, infatti, presentano frequentemente storie di insuccesso nella scuola dell'obbligo che spesso finiscono per compromettere non solo la carriera scolastica, ma anche lo sviluppo della personalità e 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. Di solito tali bambini sono meno benvoluti e più facilmente respinti rispetto agli altri compagni, presentano minore adattamento sociale ed emotivo, maggiore ansia, ritiro in se stessi, in qualche caso depressione, ma spesso bassa autostima (Searcy, 1988; Wong, 1996).

L' INTERVENTO CON I DSA

Le precedenti considerazioni, hanno portato negli ultimi anni anche in Italia a valorizzare l'**intervento di tipo psicologico** da parte di figure preparate in psicopatologia dell'apprendimento, che si avvalgono di tecniche e strumenti per migliorare le competenze deficitarie, ma che allo stesso tempo agiscono anche sul piano emotivo-motivazionale e relazionale.

Riguardo al trattamento dei DSA, infatti, è bene tener presente se pure si tratti di disturbi che non sono di per sé "guaribili", essi tuttavia, nella maggior parte dei casi e in misura dipendente dalla gravità del deficit, si possono ridurre con adeguati interventi abilitativi e corrette procedure educative. Questo significa che nel bambino con DSA non dobbiamo aspettarci, anche intervenendo, l'improvvisa scomparsa della difficoltà, ma un lento e progressivo

percorso di miglioramento, che solo raramente porta, come già detto, alla remissione dei sintomi .

Lo **scopo** del trattamento include diversi aspetti quali:

1. favorire la migliore evoluzione delle competenze in esame, nonostante la presenza di uno specifico deficit
2. fornire strumenti e strategie per poter apprendere attraverso “strade alternative a quella deficitaria”
3. “gestire” nel modo migliore la situazione di difficoltà
4. evitare che si sviluppino altre forme di disagio sul piano emotivo-motivazionale e/o relazionale.

In questo senso il trattamento non può limitarsi a proporre tecniche per ridurre il deficit, ma deve affiancare anche una serie di misure “compensative” per poter avanzare comunque nel percorso di apprendimento (come ad esempio l’uso della calcolatrice per i discalculici, che consente di eseguire operazioni aritmetiche per affrontare altri compiti come la risoluzione dei problemi, oppure l’utilizzo di un programma di videoscrittura al computer con correttore ortografico, quando il problema sia la disortografia) e rivolgere l’attenzione anche agli aspetti psicologici sopra richiamati.

Risulta evidente che un intervento di questo tipo, per essere efficace, deve dedicare uno spazio anche al lavoro con genitori e insegnanti al fine di favorire una comprensione corretta del problema e l’individuazione di atteggiamenti ed aspettative adeguati.

Notevole interesse negli ultimi anni è stato posto anche 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).

Particolare rilevanza, infine, riveste l’attenzione che viene rivolta finalmente, da parte della ricerca e nell’ambito della **letteratura scientifica**, all’analisi degli esiti di procedure di intervento, così da fornire indicazioni fondate in grado di orientare i clinici del settore, ma anche insegnanti e genitori,

all'individuazione dei metodi migliori per conseguire una significativa modificazione dell'evoluzione naturale del Disturbo e sulla opportunità o meno di utilizzare strumenti compensativi (Tressoldi et al. 2000, Tressoldi et al. 2003, Vio e Mattiuzzo 2005, Tressoldi, Vio et al. 2007, Allamandri et al. 2007, Tressoldi, Iozzino et al. 2007, Vio e Toso 2007, Vio e Tretti 2008).

BIBLIOGRAFIA

Allamandri V., Brembati F., Donini R., Iozzino R., Riccardi Ripamonti I., Vio C., Mattiuzzo T., Tressoldi P.E. (2007), "Trattamento della dislessia evolutiva: un confronto multicentrico di efficacia ed efficienza", in *Dislessia*, 4, 2, 43-162

Biancardi A. (1991), "Disturbi di apprendimento nell'età scolare e successivi esiti sociali", in *Bambino incompiuto*, n. 3, pp. 91-102

Consensus Conference (Montecatini 2006, Milano 2007) scaricabile dal sito dell'Associazione Airipa www.airipa.it

Cornoldi, C. (a cura di) (2007), *Difficoltà e Disturbi dell'Apprendimento*, Il Mulino, Bologna

Cornoldi, C. (1999), *Le difficoltà di apprendimento a scuola*, Il Mulino, Bologna

Hammill, D.D. (1990), "On defining learning disabilities: an emerging consensus", in *Journal of Learning Disabilities*, 23, 74-84

Masi G., Brovedani P., Poli P. (1998), "School failure in early adolescence: the psychopathological risk", in *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 29 (2), pp. 127-140

Searcy S. (1988), "Developing self-esteem", in *Academic Therapy*, vol. 23 (5), pp. 453-460

Stone W.L., La Greca A. (1990), "The social status of children with learning disabilities: a reexamination", in *Journal of Learning Disabilities*, 23, pp. 32-38

Stringer S.J., Morton R.C., Bonikowski M.H. (1999), "Learning disabled students: using process writing to build autonomy and self-esteem", in *Journal of Instructional Psychology*, vol. 26 (3), pp. 196-200

Terreni A., Tretti M.L., Corcella P.R., Cornoldi C., Tressoldi P.E. (2002), *IPDA Questionario Osservativo per l'identificazione precoce delle difficoltà di apprendimento*, Erickson, Trento

Tretti M.L., Terreni A., Corcella P.R. (2002), *Materiali IPDA per la prevenzione delle difficoltà di apprendimento, Strategie e interventi*, Erickson, Trento

Vogel S.A. (1990), "Gender differences in intelligence, language, visual motor abilities and academic achievement in students with learning disabilities: a review of the literature", in *Journal of Learning Disabilities*, 23, pp. 44-53

Tressoldi P.E., Lonciari I., Vio C. (2000), "Results of the treatment of specific developmental reading disorder, based on a single and dual-route models"; in *Journal of Learning Disabilities*, 33, 3, 278-285

Tressoldi P.E., Iozzino R., Vio C. (2007), "Ulteriori evidenze sull'efficacia dell'automatizzazione del riconoscimento sublessicale per il trattamento della dislessia evolutiva", in *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 11, 1, 27-37

Tressoldi P.E., Vio C., Lo Russo M.L., Facchetti A., Iozzino R. (2003), "Confronto di efficacia ed efficienza tra trattamenti per il miglioramento della lettura in soggetti dislessici", in *Psicologia Clinica e dello Sviluppo*, 7, 3, 481-493

Tressoldi P.E., Vio C., Iozzino R. (2007), "Efficacy of an Intervention to Improve Fluency in Children with Developmental Dyslexia in a Regular Orthography", in *Journal of Learning Disabilities*, 40, 3, 203-209

Vio C., Mattiuzzo T. (2005), "Il trattamento dei disturbi specifici della lettura e della scrittura: un contributo metodologico", in Bisiacchi P., Tressoldi P.E. (a cura di), *Riabilitazione delle funzioni cognitive*, Carocci, Roma, p. 227-255

Vio C., Toso C. (2007), *Dislessia evolutiva: dall'identificazione del disturbo all'intervento*; Carocci, Roma

Vio C., Tretti M.L. (2008), *Il trattamento del disturbo della lettura. Evidenze dell'efficacia di un intervento di automatizzazione della decodifica attraverso il software abilitativo Occhio alla lettera*, in "Dislessia", a. XII, n. 2, agosto 2008, pp. 289-300

Wong B. (1996), *The ABCs of learning disabilities*, Academic Press, San Diego U.S.A

DISLESSIA

Negli ultimi anni la parola “Dislessia” è entrata a far parte del lessico comune e viene utilizzata per indicare tutta una serie di problematiche scolastiche, non sempre in modo corretto.

Innanzitutto, è bene partire dalla considerazione che quando utilizziamo il termine Dislessia ci riferiamo ad un vero e proprio **disturbo di carattere neurobiologico**: per cui il bambino in questione si presenterà con uno sviluppo tipico sotto diversi punti di vista, ciononostante **non riesce ad imparare a leggere** o a scrivere in modo sufficientemente veloce e/o accurato in relazione alla scolarità. Nello specifico, la dislessia riguarda un deficit nel riconoscimento delle lettere dell'alfabeto, dei segni dell'ortografia, nella conoscenza delle regole di conversione dei segni grafici in suoni e nella ricostruzione dei singoli suoni in parole appartenenti al lessico. A differenza di un bambino che è in ritardo nell'automatizzazione di tali competenze, nel dislessico permarrà un processo di decodifica lento e faticoso anche all'aumentare della scolarizzazione.

In Italia, non sono disponibili dati circa l'incidenza del disturbo. Tuttavia, se viene richiesto agli insegnanti quanti potrebbe essere gli alunni in questa condizione le stime si aggirano attorno al 16-20 % della popolazione in età scolare.

Una percentuale così elevata può essere spiegata in diversi modi: comorbilità con altri disturbi (es. Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività), situazioni esterne al bambino come svantaggio socio-culturale, o più semplicemente ritardi nelle acquisizioni richieste.

Al contrario, il vero e proprio deficit a carico dell'acquisizione della strumentalità della lettura sembra riguardare circa il 3% degli alunni in età scolare ed è dovuto ad anomalie a carico del sistema nervoso centrale, in bambini senza difetti nei movimenti, alla vista, all'udito e con risorse cognitive adeguate.

In particolare, quando ci troviamo di fronte al Disturbo, è possibile notare una certa resistenza di apprendimento nonostante l'attivazione di training specifici, al contrario dei casi di difficoltà

in cui assistiamo ad un variabile grado di modificabilità. Nei casi più severi, in particolare all'inizio del ciclo della scuola secondaria di primo grado, sarà necessario avvalersi dell'utilizzo di strumenti compensativi come ad esempio la sintesi vocale.

Dalle indagini presenti in letteratura, due sembrano i principali **fattori di rischio** per lo sviluppo della Dislessia: la presenza di un ritardo o un deficit a carico del linguaggio e la presenza di familiarità. Nel caso in cui si presenti un'acquisizione in tempi dilatati del linguaggio, aumenta la probabilità che si presentino difficoltà nei processi di apprendimento della letto-scrittura ed in ogni attività che prevede la manipolazione del linguaggio. Secondo alcuni studiosi la presenza di un Disturbo Specifico di Linguaggio attivo dopo i 4 anni ha l'80% di possibilità di concretizzarsi in Disturbo Specifico di Apprendimento.

Alcune ricerche inoltre, hanno evidenziato che la familiarità è presente nel 30% dei casi, prevalentemente in linea paterna.

Attualmente, i manuali diagnostici di riferimento per l'identificazione del problema mettono sullo stesso piano diverse manifestazioni del disturbo: velocità e accuratezza del processo di decodifica e la comprensione del testo scritto.

Tale caratterizzazione pone ai clinici alcuni problemi interpretativi e di intervento abilitativo: a questi sta cercando di porre rimedio il documento prodotto dalla Consensus Conference del 2007, nel quale viene stabilito che la diagnosi di Dislessia può essere posta alla fine della seconda classe della scuola primaria, e che il Disturbo della comprensione del testo scritto va distinto da un più generale disturbo di linguaggio e può essere presente in forma isolata.

DISORTOGRAFIA

Mentre la dislessia esprime una marcata difficoltà ad utilizzare correttamente e fluentemente le regole sottostanti il rapporto tra ortografia e fonologia, la disortografia rappresenta una marcata **difficoltà** nell'applicazione delle regole sottostanti il rapporto tra fonologia e ortografia **nella scrittura di parole**, ad esempio, omissioni, scambi o inversioni di grafemi.

Ecco alcuni errori tipici:

pote invece di *ponte*

finetra invece di *finestra*

cafolo invece di *cavolo*

improtante invece di *importante*

palone invece di *pallone*

percio invece di *perciò*

Si escludono quindi gli errori di punteggiatura, quelli dipendenti dalle convenzioni stilistiche ad es. Iniziare con un grafema scritto in maiuscolo dopo il punto o nella scrittura di nomi propri, e gli errori di sintassi, es. le coniugazioni dei verbi.

Nei casi meno gravi, gli errori possono ridursi a livelli di normalità se il soggetto pone tutta la sua attenzione ai processi di trasformazione tra fonologia e ortografia come ad esempio nei compiti di dettato. Quando invece deve distribuire le sue risorse cognitive su altri processi, sintattici, espositivi, ecc., come nel caso della produzione spontanea di un testo, emergono gli errori ortografici.

In caso di brutta grafia che nei casi particolarmente gravi può essere espressione di un vero e proprio disturbo e quindi di "**disgrafia**" è importante distinguere se l'errore deriva da una non corretta costruzione del segno grafico oppure da una non corretta applicazione delle regole sottostanti il rapporto tra fonologia ed ortografia.

DISCALCULIA

Nella scuola italiana (Lucangeli et al. 2006) si stima che il 20% dei bambini in età scolare incontrerebbe difficoltà significative nell'apprendere le abilità di calcolo (segnalati circa 5 bambini per classe). Tali dati sono però in contrasto con l'incidenza effettiva delle difficoltà nella cognizione numerica che secondo l'International Academy for Research in Learning Disabilities (IARLD) avrebbe un'incidenza del 2,5 %, se in comorbidità con altri disturbi dell'apprendimento, e sarebbe ancora più esigua (0,5-1% circa) se si considera il vero e proprio disturbo di calcolo (discalculia evolutiva). Si può quindi desumere che circa il 90% delle segnalazioni è costituito da casi di generale difficoltà di apprendimento della cognizione numerica e non da situazioni effettive di Discalculia evolutiva.

Nel primo caso (**difficoltà di calcolo**) pur rilevando spesso, ad una prima valutazione, profili severi, si riscontra che, in seguito ad un intervento di potenziamento delle abilità dominio specifiche rilevate come carenti, il quadro subisce una rapida evoluzione che giunge alla completa. Nel secondo caso (**discalculia evolutiva**) si rileva che, nonostante interventi di abilitazione neuropsicologica specifica, i quadri migliorano nelle situazioni più lievi solo a livello di correttezza, ma non nell'automatizzazione, mentre nelle situazioni più severe si manifesta un'importante resistenza al trattamento.

La Consensus Conference (2007) ha individuato **due profili distinti** di discalculia evolutiva, il primo è caratterizzato da debolezza nella strutturazione cognitiva delle componenti di cognizione numerica (cioè negli aspetti basali dell'intelligenza numerica quali: *subitizing*, meccanismi di quantificazione, seriazione, comparazione, strategie di calcolo mentale): una sorta di "cecità ai numeri" dovuta a un disturbo causato da disfunzioni nel "Modulo Numerico", il secondo da compromissioni a livello procedurale e di calcolo (lettura, scrittura e messa in colonna dei numeri, recupero dei fatti numerici e degli algoritmi del calcolo scritto).

DISTURBO DI COMPrensIONE

Il Disturbo specifico di Comprensione (DCT) può essere definito come la **difficoltà a comprendere** in modo adeguato il **significato del testo**. È chiaro quindi come questo disturbo sia trasversale ai vari aspetti dell'apprendimento scolastico, il quale si basa nella maggior parte sulla comprensione e studio di un testo.

Nonostante l'esistenza di una categoria diagnostica per il DCT del testo sia ancora oggetto di dibattito, è stato stimato che la percentuale di studenti che presentano una qualche difficoltà possa raggiungere valori intorno al 5 – 10% della popolazione scolastica.

Nella individuazione di un DCT bisogna considerare alcuni **criteri di esclusione**, così come avviene per i DSA: lo studente con DCT non deve presentare problemi di decodifica del testo: in altre parole a fronte di una lettura ad alta voce nella norma non riesce a comprendere il contenuto del testo; le capacità cognitive generali devono essere nella norma: questo implica che dalla categoria DCT vengano esclusi gli studenti con lieve ritardo mentale e si considerino con cautela quelli con funzionamento intellettivo limite.

È importante inoltre chiarire che la presenza di un disturbo di comprensione non è diretta conseguenza di un disturbo del linguaggio: se, in alcuni casi, studenti con problemi nella comprensione hanno presentato problemi nell'acquisizione del linguaggio, in altri, i problemi sono riconducibili a difficoltà nelle conoscenze e nel controllo metacognitivo in relazione alla lettura, a scarse capacità inferenziali, ad un vocabolario povero e ad una scarsa capacità di memoria.

Si può quindi affermare che non esiste un profilo tipico di DCT: la ricerca ha infatti messo in evidenza un'estrema variabilità all'interno del gruppo di studenti con DCT; ciò significa che nella valutazione del singolo caso non tutte le componenti sopra citate saranno necessariamente deficitarie.

DISTURBO NON VERBALE

Il Disturbo dell'Apprendimento Non-Verbale (DANV) o visuo-spaziale, può essere identificato nelle situazioni in cui un bambino mostri delle **cadute specifiche in compiti di natura non-verbale** (ad es. incolonnamento dei numeri, geometria, comprensione di grafici e tabelle, disegno, scrittura, ricordo di posizioni nello spazio, lettura dell'orologio) associate a prestazioni sufficienti in compiti verbali (ad es. lettura, ricordo di informazioni verbali).

Negli ultimi anni si è assistito ad un crescente interesse nei confronti di questo disturbo nonostante esso non sia ancora stato inserito all'interno dei principali manuali diagnostici, quali il Dsm-IVTR [2002] e l'Icd-10 [1992], né sia stato preso in considerazione nella italiana Consensus conference.

Ad ogni modo, alcuni studiosi dal punto di vista clinico hanno individuato tra le caratteristiche principali: un'intelligenza verbale superiore a quella spaziale, cadute significative in compiti di memoria visospaziale e difficoltà scolastiche nell'area della matematica o in altre discipline che sottendono il coinvolgimento di abilità visuo-spaziali e grafo-motorie, quali geometria, disegno, scienze, comprensione di testi che implicano una rappresentazione spaziale.

Ad esempio, per quanto riguarda il calcolo, gli errori più tipici dei bambini con DANV si osservano, nei primi anni della scuola primaria, nella scrittura e nella lettura dei numeri: sono frequenti la scrittura di numeri speculari o l'errato riconoscimento di numeri visivamente simili (per es. 2-5). Altri errori di natura visuo-spaziale possono essere legati a difficoltà nel riconoscimento dei segni delle operazioni (per es. +, x) e nell'incolonnamento.

È importante inoltre chiarire che la presenza di un disturbo non-verbale non è diretta conseguenza di un disturbo del calcolo, di un disturbo di scrittura o di difficoltà psicomotorie anche se può presentarsi in associazione ad essi.

ALTRE DIFFICOLTÀ SCOLASTICHE

Lo studio è una particolare forma di apprendimento che ha come scopo l'apprendere dal testo o da una lezione, in modo intenzionale (Anderson 1978). Studiare un testo significa leggerlo attentamente ed in modo selettivo con lo scopo di comprenderlo, ricavarne informazioni e memorizzarle per eseguire una prova come una interrogazione o un compito scritto. L'attività di studio in genere è intenzionale e autodiretta dallo studente che decide autonomamente di studiare, scegliendo obiettivi, tempi e strategie.

Lo **studio efficace** si basa su diverse abilità di tipo cognitivo (attenzione, lettura come decodifica, comprensione, memoria), metacognitivo (conoscenza e uso regolato di strategie) ed emotivo-motivazionali (idee del se', fiducia, attribuzioni causali) in relazione tra loro.

Considerata la complessità dell'abilità di studio si possono individuare **diverse tipologie di studenti** con difficoltà differenti per i quali vanno previsti aiuti specifici.

Una prima categoria riguarda studenti con difficoltà di studio legate a disturbi specifici nella lettura strumentale, nella comprensione del testo, nella memoria e nell'attenzione. In questo caso il problema primario riguarda lo specifico processo cognitivo, ma le prestazioni di studio ne vengono ampiamente danneggiate. Si pensi ad uno studente dislessico che deve affrontare ogni pomeriggio pagine e pagine di lettura e studio di diversi manuali.

Una seconda tipologia di studenti presenta difficoltà di tipo strategico. Utilizzando la distinzione di Flavell si possono individuare studenti con deficit di mediazione, nei quali mancano le abilità di base per usare le strategie, e studenti con deficit di produzione, che non usano spontaneamente le strategie, ma che sono in grado di usarle qualora vengano loro insegnate. La prima situazione è tipica di studenti con ritardo mentale di una certa gravità, la seconda, invece, riguarda sia studenti con ritardo mentale lieve, sia studenti più giovani o comunque inesperti. Alcuni studenti dimostrano una povertà strategica o una rigidità d'uso

delle strategie ed una scarsa automatizzazione dovute a poca esperienza in contesti diversi.

Una terza categoria di studenti presenta difficoltà legate soprattutto alla conoscenza metacognitiva, in particolare ad errate convinzioni, che a loro volta portano a cattive abitudini, come ad esempio pensare che per studiare sia sufficiente leggere e capire, che chi è dotato impara senza sforzo ecc.

Una quarta categoria di studenti ha difficoltà legate ai processi di controllo metacognitivo: non sanno prevedere in anticipo i loro risultati, non sanno pianificare ed organizzare il lavoro personale, non sanno autovalutare la loro prestazione, cogliendo eventuali cadute.

Una quinta categoria di studenti sono quelli che hanno marcate difficoltà associate a demotivazione verso lo studio in generale o verso talune discipline (ad esempio la matematica o l'italiano) e attività specifiche (le espressioni, la grammatica), a stili attributivi, percezioni del sé, convinzioni, stati emotivi poco funzionali.

Questi studenti non puntano molto sulla scuola, sono convinti che gli scarsi risultati scolastici dipendano da variabili come la fortuna, la difficoltà della materia, le richieste dei professori, la scarsa abilità ed intelligenza. Per alcuni la scuola e lo studio suscitano malessere generale o serie situazioni di ansia che non sanno fronteggiare.

FREQUENTI COMORBILITÀ

I Disturbi Specifici di Apprendimento fanno parte della famiglia dei Disturbi Specifici dello Sviluppo (es. Disturbo di Linguaggio, Disturbo di Attenzione/Iperattività, Disturbo della Coordinazione Motoria).

I Disturbi dello Sviluppo condividono il fatto che l'espressione dei sintomi varia in relazione all'età del bambino (es. un Disturbo di linguaggio, se non è particolarmente grave, non è più evidente attraverso la conversazione con un bambino di scuola elementare, mentre lo era quando frequentava la scuola materna perché non pronunciava bene i suoni della nostra lingua e non si faceva capire), ma hanno anche **l'elevata possibilità di presentarsi associati tra loro** (vera comorbilità).

In Italia, non esistono ricerche che abbiano indagato in modo puntuale questo problema. Tuttavia, dati raccolti in altri paesi propongono indici di comorbilità tra dislessia e discalculia che si aggirano tra il 12 ed il 25%, se a questi Disturbi si associa anche il Disturbo di Attenzione/Iperattività il valore si attesta attorno al 27%.

Al contrario, ragazzi con problematiche di Attenzione possono presentare DSA nell'ordine del 30-50%. Per questi bambini, e per le loro famiglie, il percorso scolastico è particolarmente gravoso.

La comorbilità con il Disturbo della Coordinazione Motoria (possibile evoluzione verso la disgrafia evolutiva) sembra aggirarsi anche questa attorno al 30%.

Come è dunque intuibile, la comorbilità rende il quadro clinico più compromesso e più delicato il piano di trattamento.

INDICI PER UNA SEGNALAZIONE PRECOCE

La diagnosi di DSA può essere posta generalmente al termine della seconda classe della scuola primaria e ciò può essere fatto da **professionisti con formazione specifica** (neuropsichiatra o psicologo).

Tuttavia, perché un sospetto DSA possa giungere a diagnosi è opportuno che tutte le figure di riferimento coinvolte nella crescita del bambino (insegnanti, genitori e pediatri) siano attenti a diversi segni di precoce rischio evolutivo.

È bene sottolineare, infatti, che l'evoluzione dei DSA è favorita dalla **precocità ed adeguatezza dell'intervento**, oltre che da un corretto approccio didattico (es. nella scelta del metodo di insegnamento e dei passaggi necessari al consolidamento delle competenze), ma anche dalle misure compensative prese nell'ambito del percorso scolastico.

È importante che il **pediatra** conosca la storia di vita del bambino, se vi sono stati problemi durante la gravidanza o perinatali, se l'anamnesi familiare è positiva per disturbi di apprendimento in famiglia. Inoltre, nei periodici bilanci di salute, dovrebbe rilevare se vi è un ritardo nell'acquisizione delle principali tappe evolutive: competenze linguistiche, motorio-prassiche, abilità visuospatiali ...

Gli **insegnanti**, che hanno per esperienza un quadro dello sviluppo tipico delle abilità nei bambini, possono suggerire alla famiglia un approfondimento della situazione, qualora ritengano vi sia stato un difficile impatto scolastico e/o un ritardo importante nell'acquisizione degli apprendimenti. Ad esempio, alla fine della prima classe della scuola primaria il bambino dovrebbe essere in grado di (Consensus Conference, 2007):

1. associare il grafema al fonema corrispondente e viceversa;
2. raggiungere il controllo sillabico in lettura e scrittura;
3. cominciare ad automatizzare lettura e scrittura;
4. produrre le lettere in stampato maiuscolo in modo riconoscibile;

5. riconoscere piccole quantità;
6. leggere e scrivere i numeri entro venti;
7. calcolare oralmente entro la decina anche con supporto concreto.

In generale, possiamo dire che le figure professionali (Cornoldi, 1999) che possono offrire, se pure con ruoli diversi, un aiuto concreto alla scuola e alla famiglia sono:

1. il neuropsichiatria che dovrebbe accertarsi della presenza di alcuni criteri di esclusione del Disturbo, es. approfondimento neurologico, quando necessario;
2. lo psicologo che dovrebbe verificare la presenza dei criteri di inclusione e di alcuni di esclusione del disturbo (es. ritardo mentale), ed inoltre dovrebbe interrogarsi rispetto alle variabili emotive, motivazionali e cognitive che possono influenzare la riuscita negli apprendimenti;
3. il pedagogo che si dovrebbe occupare della comunicazione-collaborazione con la scuola, in modo da concertare il percorso riabilitativo;
4. il logopedista nel caso sia in atto o sia prevista una specifica terapia abilitativa linguistica

In realtà, nella nostra esperienza, i ruoli di queste figure non sono così distinti e spesso di accavallano, infatti il profilo professionale di nessuna di esse è specifico per i disturbi di apprendimento.

Per questo motivo, ad esempio, vi sono corsi rivolti alle figure di psicologo, neuropsichiatria, pedagogo, logopedista, attraverso i quali è possibile acquisire un' specifica competenza nell'ambito della psicopatologia dell'apprendimento, così da affrontare queste problematiche in modo efficace e rispettando i risultati della ricerca scientifica.

BIBLIOGRAFIA SUGGERITA SUI DSA

Cornoldi C., *Le difficoltà di apprendimento a scuola*, Ed. Il Mulino, Bologna, 1999

Cornoldi C. (a cura di), *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento*, Ed. Il Mulino Collana "Strumenti", Bologna, 2007

De Beni R., Cisotto L., Carretti B., *Psicologia della lettura e della scrittura*, Ed. Erickson, 2001

House A. E., *La diagnosi psicologica nella scuola secondo il DSM-IV*, Ed. Erickson, Trento 2002.

Lucangeli D., Iannitti A., *Lo sviluppo dell'intelligenza numerica*, Ed. Carocci, 2007

Marzocchi G.M., *Bambini disattenti e iperattivi*, Ed. Il Mulino, Bologna, 2004

Orsolini M., Fanari R., Maronato C., *Difficoltà di lettura nei bambini*, Ed. Carocci, 2005

Stella G., *La dislessia*, Ed. Il Mulino, Bologna, 2004

Vio C., Toso C., *Dislessia evolutiva Dall'identificazione del disturbo all'intervento*, Ed. Carocci, 2007

Zoccolotti P., Angelelli P., Judica A., Luzzatti C., *I disturbi evolutivi di lettura e scrittura*, Ed. Carocci, 2005

**L'associazione AIRIPA
e i soci del Veneto**

L'ASSOCIAZIONE AIRIPA

L'AIRIPA, **Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento**, nasce nel 1991 come Onlus e riunisce studiosi, esperti e professionisti che operano nel campo della psicopatologia dell'apprendimento.

L'associazione si prefigge di:

1. promuovere studi e ricerche nel settore della psicopatologia dell'apprendimento;
2. favorire la diffusione di informazioni, di conoscenze scientifiche e tecniche ai fini di ricerca, formazione degli operatori, pratica clinica ed operativa.

Nello specifico, l'AIRIPA è attiva nel contribuire a programmi di studio e ricerca ed eseguire direttamente indagini e ricerche nel settore; pubblicare e divulgare monografie, documenti ed elaborati a fini educativi ed informativi; organizzare congressi ed altre iniziative di formazione specifica; mantenere i contatti fra gli operatori italiani e stranieri operanti nel settore; mettere a disposizione un elenco di professionisti che svolgono attività clinica nell'ambito della Psicopatologia dell'Apprendimento.

Iniziative annuali promosse dall'AIRIPA:

1. Convegno annuale nazionale sui Disturbi dell'Apprendimento, dedicato all'aggiornamento e alla formazione permanente per gli interessati del settore.
2. Giornate di aggiornamento sull'uso dei test in Psicologia clinica dello sviluppo, in collaborazione con la rivista Psicologia Clinica dello Sviluppo e Il Mulino.
3. Corsi estivi di Formazione sui Disturbi dell'Apprendimento a Civitanova Marche (MC)

Fanno parte dell'Associazione AIRIPA persone che possiedono specifiche competenze nel campo della Psicopatologia dell'Apprendimento, in particolare:

1. coloro che hanno completato un Corso di Perfezionamento o un Master di II livello in Psicopatologia dell'Apprendimento

- presso la Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Padova o altra università italiana o estera;
2. i docenti del Master in Psicopatologia dell'Apprendimento istituito presso la Facoltà di Psicologia di Padova;
 3. i ricercatori che testimonino di aver svolto ricerca originale e metodologicamente valida nel campo della psicopatologia dell'apprendimento.

L'AIRIPA cura e aggiorna costantemente il proprio sito internet **www.airipa.it** con indicazioni bibliografiche e contenuti sui DSA, suggerimenti su materiali utili per la diagnosi ed il trattamento, nonché informazioni sulle iniziative di formazione nell'ambito della Psicopatologia dell'Apprendimento e tematiche correlate.

Mette inoltre a disposizione un elenco di professionisti, soci dell'Airipa in quanto in possesso dei titoli sopra indicati, che svolgono attività clinica di diagnosi e intervento nell'ambito della Psicopatologia dell'Apprendimento.

ELENCO SOCI

Il seguente elenco comprende nominativi e recapiti di professionisti, soci dell' Associazione, che svolgono attività clinica nell'ambito della Psicopatologia dell'Apprendimento nella regione Veneto.

Padova e provincia

Augello Laura	Psicologa	Limena	333/3676045
Barausse Chiara	Laurea in Scienze dell'Educazione	Campo S. Martino	328/6856684 www.psicopedagogista.iimdo.com
Carretti Barbara	Psicologa	Padova	Servizio per i Disturbi dell'Apprendimento c/o Liripac 049/8278463 http://sda.psy.unipd.it
Cinguino Paola	Psicologa	Padova	049/8962345
Cornoldi Cesare	Psicologo	Padova	Servizio per i Disturbi dell'Apprendimento c/o Liripac 049/8278463 http://sda.psy.unipd.it
Duca Valeria	Psicologa	Padova	049/8962345
Englaro Germana	Psicologa	Padova	Servizio per i Disturbi dell'Apprendimento c/o Liripac 049/8278463 http://sda.psy.unipd.it

(segue Padova e provincia)

Friso Gianna	Psicologa	Padova	Associazione "La Nostra Famiglia" 049/8805357
Lazzarin Federica	Psicologa	Padova	049/8962345
Lucangeli Daniela	Psicologa	Padova	Servizio per i Disturbi dell'Apprendimento c/o Liripac 049/8278463 http://sda.psy.unipd.it
Mammarella Irene C.	Psicologa	Padova	Servizio per i Disturbi dell'Apprendimento c/o Liripac 049/8278463 http://sda.psy.unipd.it
Murineddu Marta	Psicologa	Padova	347/4011565
Paiano Angela	Psicologa	Padova	Servizio per i Disturbi dell'Apprendimento c/o Liripac 049/8278463 http://sda.psy.unipd.it
Re Anna	Psicologa	Padova	Servizio per i Disturbi dell'Apprendimento c/o Liripac 049/8278463 http://sda.psy.unipd.it
Russo Maria Rosaria	Psicologa	Piove di Sacco	349/3141380
Tressoldi Patrizio E.	Psicologo	Padova	Servizio per i Disturbi dell'Apprendimento c/o Liripac 049/8278463 http://sda.psy.unipd.it

(segue Padova e provincia)

Tretti M. Lucina	Psicologa	Padova	328/9445980 www.apprendimentopadova.it
------------------	-----------	--------	---

Zamperlin Claudia
Servizio per i Disturbi dell'Apprendimento c/o Liripac
049/8278463 <http://sda.psy.unipd.it>

Padova
Padova

Rovigo e provincia

Gasparetto Raffaella	Psicologa	Lendinara	347/3791948
----------------------	-----------	-----------	-------------

Treviso e provincia

Binotto Doriana	Psicologa	Montebelluna	340/4608191
Cendron Michela	Psicologa	Pieve di Soligo	338/8976690

De Candia Chiara
Treviso
349/5797436

(segue Treviso e provincia)

Giacobbi Luca	Psicologo	Castelfranco Veneto	349/3895496
Gubernale Marco	Psicologo	Conegliano	0438/661911
Leone Valentino	Psicologo	Preganziol	347/5422837
Piovesan Raffaella	Psicologa	Casale sul Sile	338/2221237
Roiter Lisa	Psicologa	Godega di S. Urbana	348/6609156
Trevisi Gabriella	Psicologa	Treviso	347/4500006

Venezia e provincia

Benetti Donatella	Psicologa	Fiesso D'Artico	333/7314176
Cagnin Alessandra	Psicologa	Fiesso D'Artico	338/1237868
Dainese Roberto	Pedagogista	Chioggia	041/5501181
Girardi Silvia	Pedagogista	Chioggia	041/5501181

(segue *Venezia e provincia*)

De Meo Tiziana	Psicologa	San Donà di Piave	UOC di Neuropsichiatria Infantile 0421/457760
Mattiuzzo Tania	Psicologa	San Donà di Piave	UOC di Neuropsichiatria Infantile 0421/457760
Menazza Cristina	Psicologa	Fiesso D'Artico	340/2525992
Toso Cristina	Psicologa	Venezia Mestre	347/8754749 www.studiodipsicologia.com
Vio Claudio	Psicologo	San Donà di Piave	UOC di Neuropsichiatria Infantile 0421/457760

Verona e provincia

Begnoni Liana	Psicologa	Villafranca	349/8679962
Faccioli Luciano	Psicologo	Villafranca	347/9021469

(segue Verona e provincia)

Furioni Elisabetta	Psicologa	Verona	347/0738834
Marogna Valentina	Psicologa	Grezzana	328/0169725
Merella Anne	Psicologa	Verona	C.R.R.D.A. 045/8075031
Penazzi Angela	Pedagogista	Verona	333/5979159
Tucci Renzo	Psicologo	Verona	C.R.R.D.A. 045/8075031

Vicenza e provincia

Fabris Mara	Psicologa	Vicenza	349/2238152
Freato Federica	Psicologa	Schio	349/4006013
Frescura Cecilia	Psicologa	Vicenza	335/7090617
Geremia Gloria	Psicologa	Rosà	349/7353791

(segue Vicenza e provincia)

Moalli Elena	Psicologa	Vicenza	Associazione "La Nostra Famiglia" 0444/303280
Mogentale Carla	Psicologa	Bassano del Grappa	347/8911893 www.studiomogentale.it
Nicotra Dora	Psicologa	Vicenza	Associazione "La Nostra Famiglia" 0444/303280
Rigo Marta	Psicologa	Vicenza	340/1559361 www.studiopsicologiariigo.trovanome.it
Rigoni Fiorenza	Psicologa	Vicenza	Associazione "La Nostra Famiglia" 0444/303280