

I BES

(BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI)

strumenti e aree di intervento

Mauro Camuffo

Direttore UOC Neuropsichiatria Infantile
Responsabile UFSMIA Area Grossetana
A.USL 9 Grosseto

GROSSETO CTS 25-2-2016



Le disposizioni

Direttiva Min. F. Profumo, 27-12-2012

Circolare Ministeriale n.8 del 6-3-2013



Strumenti di intervento per alunni con BES e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica

(Min. F. Profumo, 27-12-2012)

- “... Alunni con disabilità inseriti in un contesto sempre più variegato, dove **la discriminante tradizionale – alunni con disabilità/alunni senza disabilità – non rispecchia ormai la complessa realtà delle classi**”
- “... Opportuno assumere un **approccio decisamente educativo**, per il quale l'identificazione degli alunni con disabilità non avviene sulla base dell'eventuale certificazione”

- “Rilevante l’apporto del **modello diagnostico dell’ICF dell’OMS**, che considera la persona nella sua totalità, in una **prospettiva bio-psico-sociale**”
- “Fondandosi sul profilo di funzionamento e sull’analisi di contesto, il modello ICF consente di individuare i Bisogni Educativi Speciali (BES) dell’alunno, **prescindendo da preclusive tipizzazioni**”



- “**Ogni alunno**, con continuità o per determinati periodi di tempo, **può manifestare BES**, per motivi fisici, fisiologici, biologici o anche per motivi psicologici e sociali”
- “E’ necessario che le scuole offrano **adeguata e personalizzata risposta**”
- “Va quindi potenziata la **cultura dell’inclusione**, anche mediante un **approfondimento delle relative competenze degli insegnanti curricolari**”

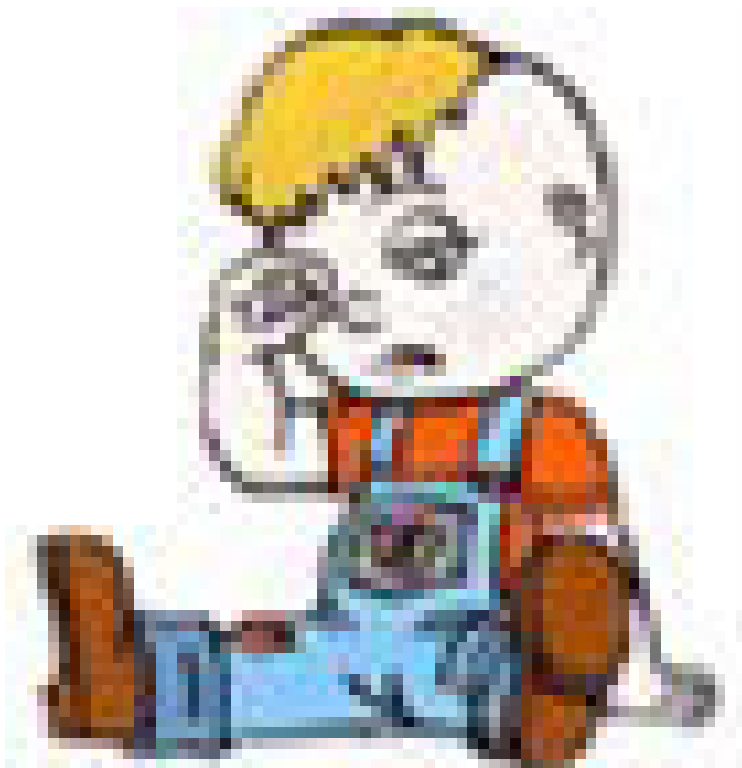


i Bisogni Educativi Speciali

- “**Area dello svantaggio** molto più ampia di quella riferibile esplicitamente alla presenza di deficit”
- “In ogni classe, 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”
- “Quindi tre categorie: **disabilità, disturbi evolutivi specifici, svantaggio**”

i disturbi evolutivi specifici

- “Per disturbi evolutivi specifici vanno intesi, oltre i **DSAp**, anche i **deficit del linguaggio, delle abilità non verbali, della coordinazione motoria, dell’attenzione e dell’iperattività**”
- “Il **livello intellettivo limite** può essere considerato un caso di confine tra disabilità e disturbo specifico”



- “Disturbi che **non vengono o possono non venir certificati** ai sensi della Legge 104/92, non dando conseguentemente diritto alle provvidenze e alle misure previste dalla stessa legge-quadro e, tra queste, all’insegnante di sostegno”
- “La **Legge 170/2010** rappresenta un punto di svolta, perché apre un diverso canale di **cura educativa**, concretizzando i principi di personalizzazione dei percorsi di studio enunciati dalla L. 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 di sostegno”

- “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 di:

Disturbi con specifiche problematiche nell’area del linguaggio (DSL 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)

o di **altre problematiche severe che possono compromettere il percorso scolastico** (ad es. un disturbo dello spettro autistico lieve)”

- “Un **approccio educativo, non meramente clinico**, 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**”



ADHD

- spesso associato a DSAp;
- cause neurobiologiche;
- genera difficoltà di pianificazione, apprendimento e socializzazione
- in forma grave nell'1% pop. scolastica
- spesso in comorbidità con DOP, DC, DSAp, dist. d'ansia, dist. umore
- percorso migliore per presa in carico se sinergia tra famiglia-scuola e clinica
- in alcuni casi gravi insegnante sostegno; per gli altri misure previste da L. 170/2010

Funzionamento cognitivo limite

- o “funzionamento intellettivo borderline” o “livello intellettivo limite”
- circa 2,5% pop. scolastica
- QI da 70 a 85, senza elementi di specificità
- in alcuni casi legato a fattori neurobiologici e frequentemente in comorbidità
- negli altri, forma lieve di difficoltà che, se sostenuta e indirizzata verso percorsi scolastici consoni, consente vita normale
- importanza degli interventi educativi e didattici mirati”

Area dello svantaggio

- socio-economico, linguistico e culturale
- individuazione ... “sulla base di elementi oggettivi (segnalazione servizi sociali) o di ben fondate considerazioni psicopedagogiche e didattiche”
- in particolare alunni che sperimentano difficoltà derivanti dalla non conoscenza della lingua italiana
- percorsi individualizzati e personalizzati, strumenti compensativi e misure dispensative (anche a carattere transitorio)
- non dispensa da prove scritte lingua straniera in assenza di certificazione per DSAP

Strategie di intervento per i BES

- “Redazione di un PDP...
- individuale o riferito a tutti gli alunni della classe con BES, ma articolato...
- che serva come strumento di lavoro in itinere per gli insegnanti...
- e abbia la funzione di documentare alle famiglie le strategie di intervento programmate”
- Con determinazioni assunte dai Consigli di Classe



adozione strumenti compensativi e misure dispensative previsti da L.170/2010

Formazione

- “...è sempre più urgente adottare una didattica che sia denominatore comune per tutti gli alunni e non lasci indietro nessuno: **didattica inclusiva più che didattica speciale**”
- Accordo quadro MIUR-Università con corsi di scienze della formazione per attivazione corsi di formazione professionale e/o master rivolti al personale scolastico
- 35 corsi/master in Didattica e Psicopedagogia dei DSAs già attivati
- Da attivare corsi su: autismo, ADHD, disabilità intellettive e LIL, disabilità sensoriali

Centri Territoriali di Supporto

- istituiti dagli Uffici Scolastici Regionali in accordo con il MIUR
- presso scuole-polo
- almeno **un CTS per provincia**
- per “migliore efficienza ed efficacia nella gestione delle risorse disponibili ed aumento capacità del sistema di offrire servizi adeguati”
- possono far capo ai CTS equipe di docenti specializzati (curricolari e di sostegno) per supporto e consulenza specifica sulla didattica dell’inclusione

I DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA_p)





DEFINIZIONE

- Una serie di **difficoltà specifiche** nell'apprendimento scolastico, presentate da bambini **normalmente scolarizzati** e di **normale intelligenza**, in assenza di patologie neurologiche, psicopatologiche e/o sensoriali
- Il disturbo può interessare l'apprendimento della lettura (**dislessia**), della scrittura (**disortografia, disgrafia**), del calcolo (**discalculia**)
- La **discalculia**, intesa come disturbo specifico o selettivo, è più rara

accordo internazionale su:



1. **compromissione dell'abilità specifica *significativa*** (inferiore al 5° percentile del valore normativo per età o classe frequentata)
2. **livello intellettuale nei limiti della norma**
3. **impatto significativo e negativo per l'adattamento scolastico e/o per le attività della vita quotidiana**
4. **classificazione ICD10= F81; DSM IV TR= 315**



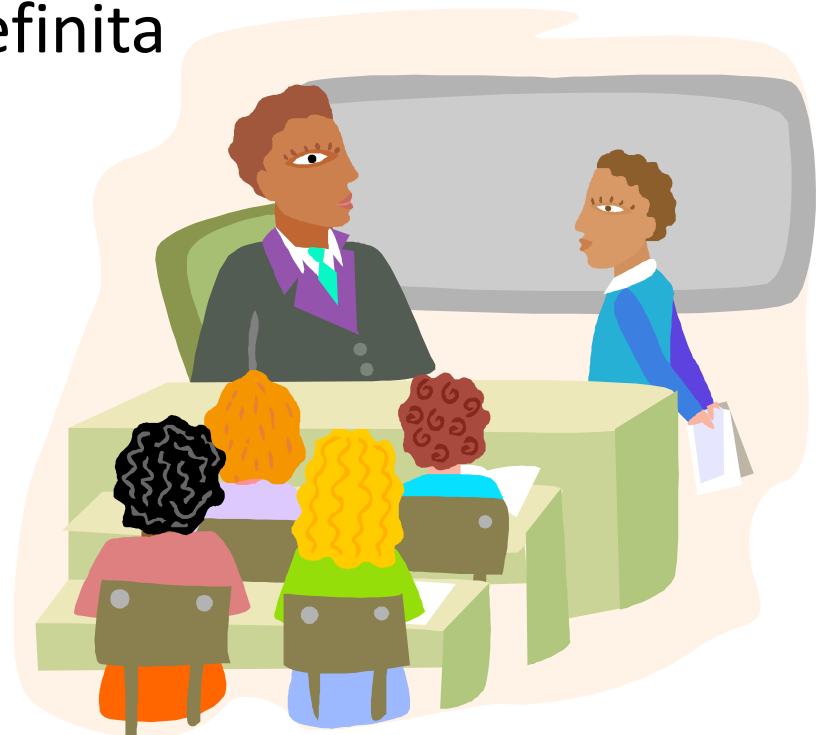
EPIDEMIOLOGIA DEI DSAp IN ITALIA

- Imperfetta conoscenza dell'entità del fenomeno
- Prevalenza attesa **tra il 3 e il 4%** (>1.000 minori in Provincia di Grosseto)...
- ...ma le diagnosi realmente effettuate non superano il **2% della popolazione in età scolare**
- **Le UFSMIA A.USL 9 GR: ca. 400 casi seguiti nel 2015** (>1,8% circa pop. età scolare)
- Più frequenti **nei maschi (2,5:1)**

quindi, in una classe (di scuola elementare o media)...

... dei 5 bambini che vanno peggio, è **probabile** che:

- 1 abbia difficoltà neuropsicologiche generiche o una disabilità intellettiva definita
- 1 abbia una problematica affettiva importante
- 1 abbia un deficit sensoriale
- 1 non abbia avuto le giuste opportunità di studio ...

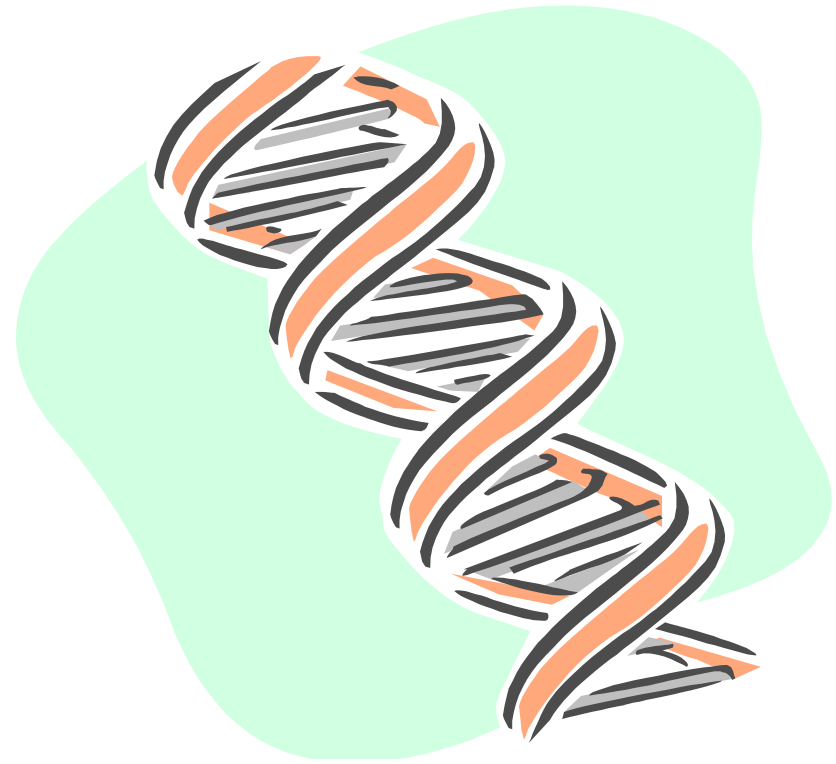


il 5°, ...l'ultimo:

- ha seguito un normale curriculum scolastico
- non ha deficit sensoriali
- non ha una DI
- non un disturbo affettivo primario ...
- **... ma non riesce a leggere/scrivere/far di conto**
(e questo problema lo condiziona in ogni momento della giornata, non solo a scuola)



ASPETTI EZIOLOGICI



- **Fattori genetici**
 - **familiarità** (il 40% dei fratelli/genitori è dislessico)
 - **diversa incidenza tra i sessi**
 - associazione tra dislessia e **cromosomi** 1, 2, 6 (dist. sistema immunitario?), 13, 14, 15

- **Fattori acquisiti**

- anamnesi positiva per **fattori potenzialmente cerebrolesivi** (prematurità, distocie del parto, asfissia neonatale ecc.)
- frequente riscontro di **disturbi neurologici minori** (iperreflessia, anomalie del tono, alterazioni EEG aspecifiche)
- riscontro di **variazioni morfo-funzionali** di alcune aree encefaliche (evidenziate da PET, RMN, SPECT)



studi di imaging funzionale

anomalie architettoniche della corteccia,
relative a disordini della migrazione cellulare?
(non vi è accordo, ma l'evidenza è forte)

fMRI in developmental dyslexia

NeuroReport

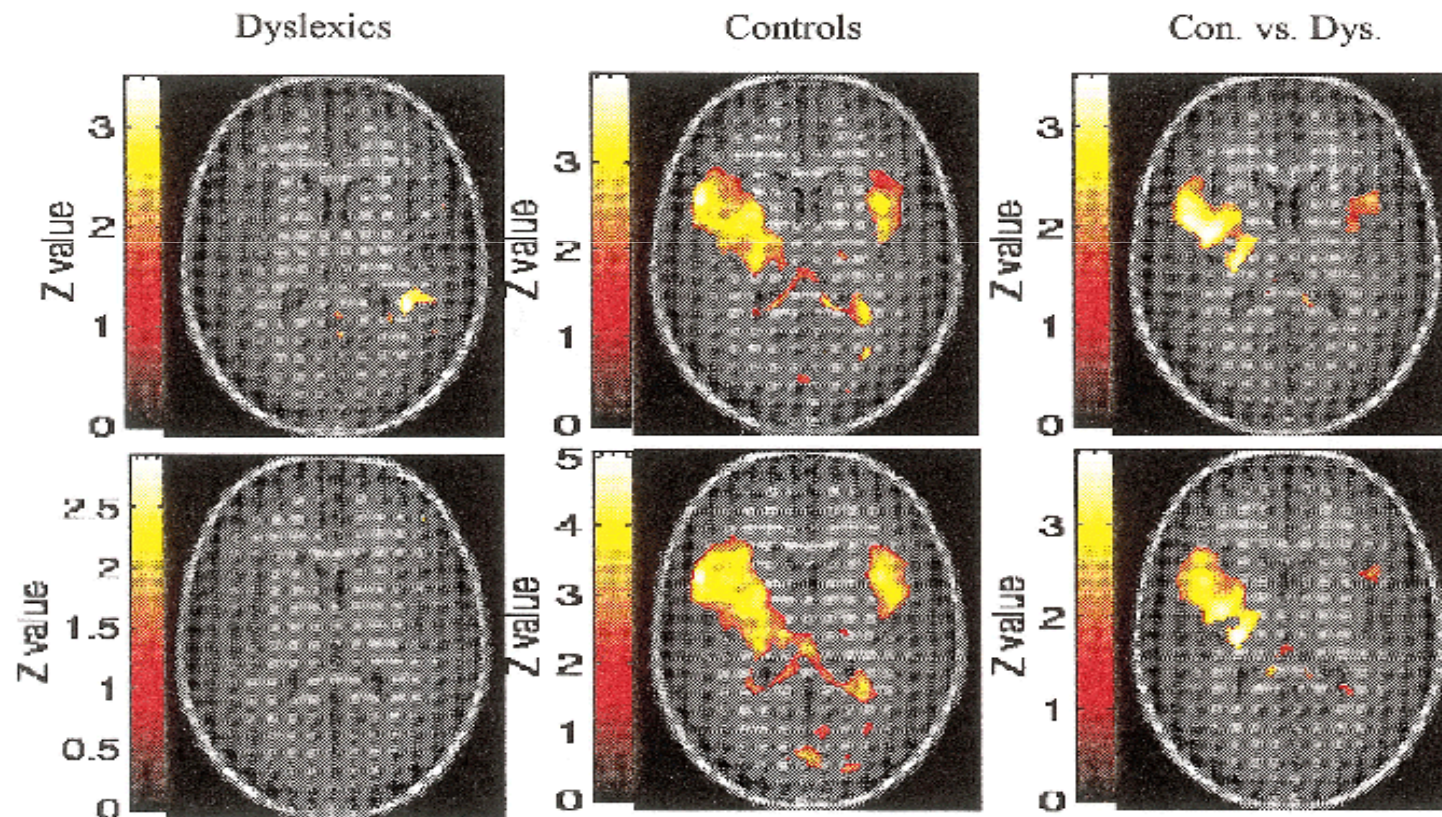
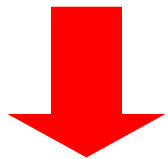


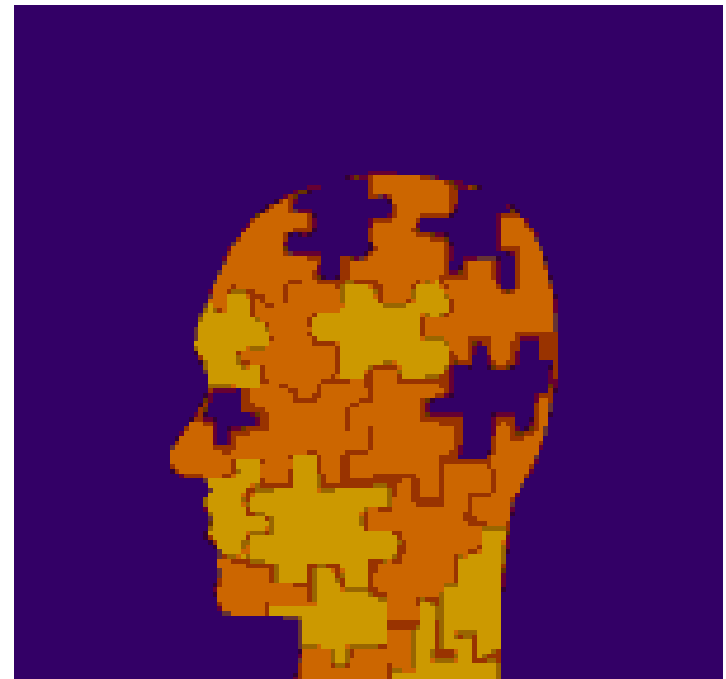
FIG. 3. SPM Z-scores in non-word reading (upper row) and letter transformation (lower row) against letter strings for dyslexic children, normal reading children and the between group comparison of controls versus dyslexics (slice: $z = +5$ to $+15$ mm).

ipotesi eziopatogenetica generale:

alterazioni strutturali e/o funzionali,
di natura genetica e/o acquisita, a carico delle
**strutture preposte all'acquisizione e
all'automatizzazione dei vari apprendimenti**



**“predisposizione” ai DSAP
come via finale comune**
(poi l'ambiente amplifica
o contiene il disturbo)



Consensus Conference 3

(Min. Salute; giugno 2011)



- I DSAs sono **disturbi cronici** in cui i fattori ambientali si intrecciano con quelli neurobiologici e contribuiscono a determinare fenotipo e adattamento
- la loro **espressività** è molto varia
- la loro **prevalenza** (3-4%) è maggiore nella scuola primaria e secondaria di primo grado
- Il **tasso di comorbidità** è molto elevato (ADHD, dist. condotta, ansia/depressione, impaccio/disprassia)

- La definizione diagnostica **deve attendere che sia terminato il normale processo di insegnamento delle abilità** di lettura e scrittura (fine seconda primaria) e di calcolo (fine terza primaria)
- Un'anticipazione eccessiva della diagnosi aumenta in modo significativo la rilevazione di **falsi positivi**
- Tuttavia è possibile individuare **fattori di rischio** (per interventi mirati e precoci e diagnosi tempestiva)



DISLESSIA

- **Disturbo dell'abilità di codifica del testo**
- Si manifesta con una **lettura scorretta** (per numero di errori commessi) **e/o lenta** (tempo impiegato)



In alcuni casi anche con **difficoltà di comprensione** del testo scritto

il bambino dislessico può leggere e scrivere, ma
**riesce a farlo solo impegnando al massimo le
sue energie**

(perché non può farlo in maniera automatica),

quindi si stanca rapidamente,

commette errori,

rimane indietro,

non impara

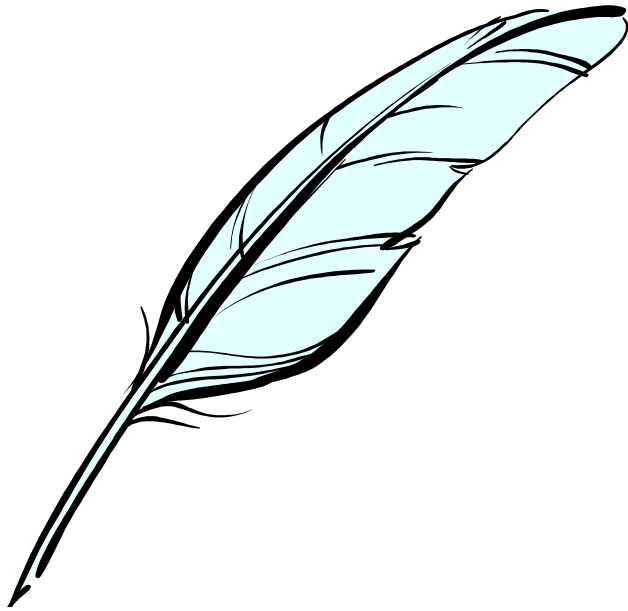


- **lettura non fluente**
- **incapacità di distinguere lettere simili**
per forma (*p b d q, m n*) o per suono (*d t ; b p*)
- **inversione di lettere**
nell'ambito di una sillaba
(*lad* per *dal ; id* per *di*)
- **omissione di lettere o sillabe** in una parola
(*doni* per *domani*)
- **sostituzione di intere parole** nel corso di una prova (*auto* al posto di *aereo*)
- **omissione delle doppie**



- **non rispetto della punteggiatura**
- difficoltà nell'apprendimento delle **lingue straniere**
- difficoltà ad usare il **vocabolario**, a ricordare i **termini specifici**
(... gli elementi geografici, le epoche storiche)
- difficoltà nell'espressione verbale del pensiero:
DISNOMIA



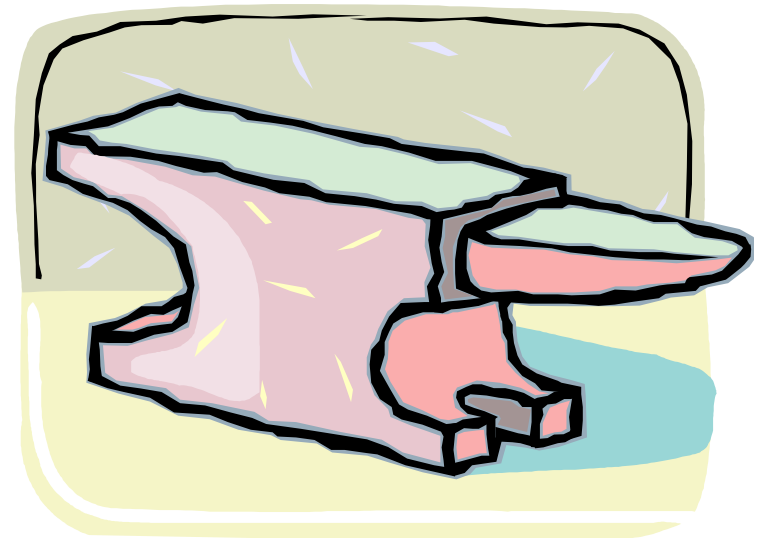


Forme lievi:

il bambino riesce a mascherare gli errori iniziali con uno sforzo attentivo;
lettura sillabica,
esitante,
lenta
o priva di intonazione

Forme gravi:

incapacità di leggere correttamente;
comprensione particolarmente compromessa



altri sintomi:

- **difficoltà nel memorizzare** i giorni della settimana, i mesi in ordine; a ricordare la data di nascita, le stagioni ...
- **confusione tra destra e sinistra**
- difficoltà nell'organizzazione del **tempo**, nel leggere l'**orologio**
- **difficoltà motorie fini** (allacciarsi stringhe o bottoni)
- facile **distraibilità**

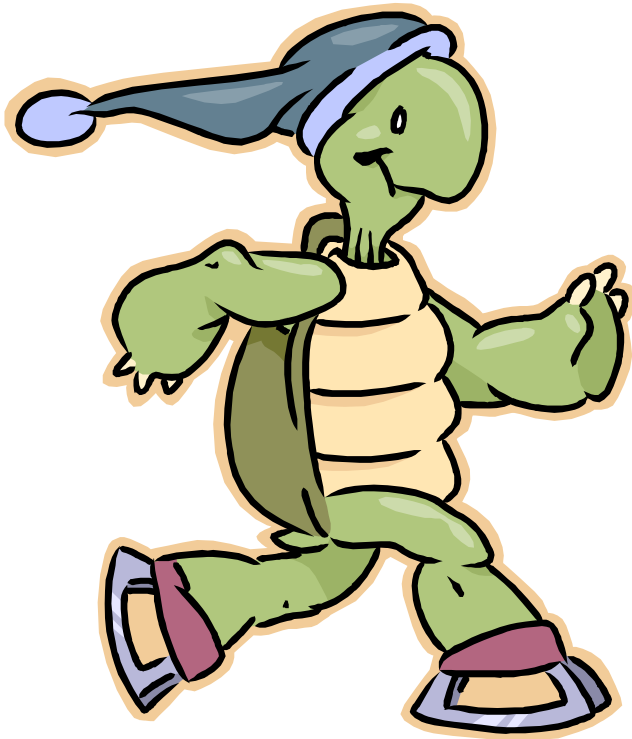


i criteri diagnostici:

- la diagnosi **non** può essere formulata prima della fine della 2^a classe primaria
- Parametri essenziali:
 - **rapidità** (tempo di lettura)
 - **correttezza** (numero di errori) nella lettura di un brano o di liste di parole e non-parole
- Comprensione: fornisce solo informazioni utili sull'efficienza del lettore



il parametro critico è la lentezza nella lettura:

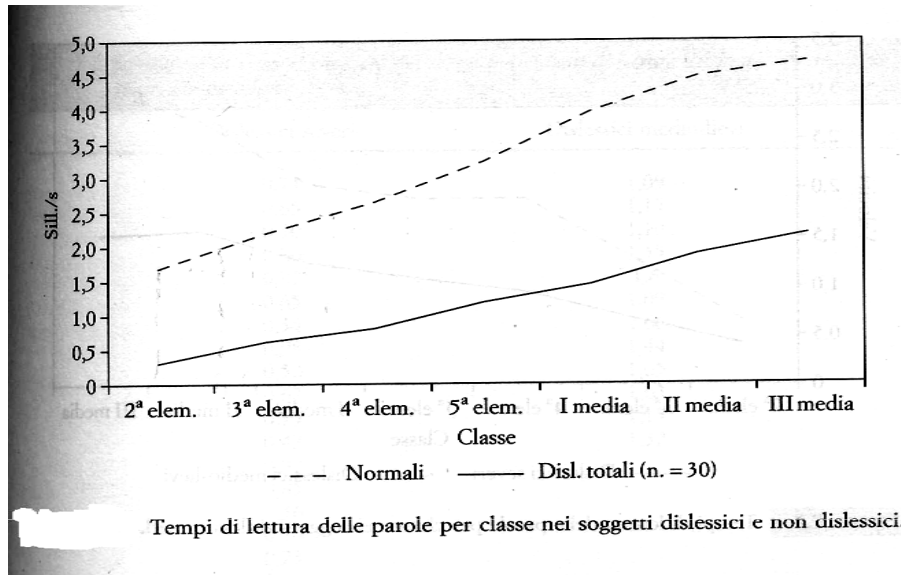


i bambini dislessici di grado grave leggono

1,3 sillabe/secondo.

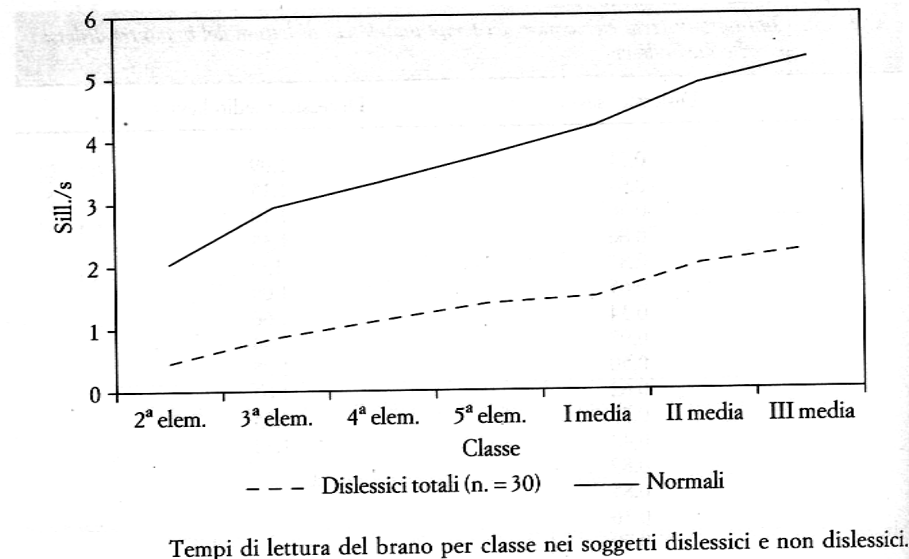
Ciò significa che per leggere un brano di **una pagina** occorrono circa **20 minuti.**

L'andamento nel tempo della velocità:



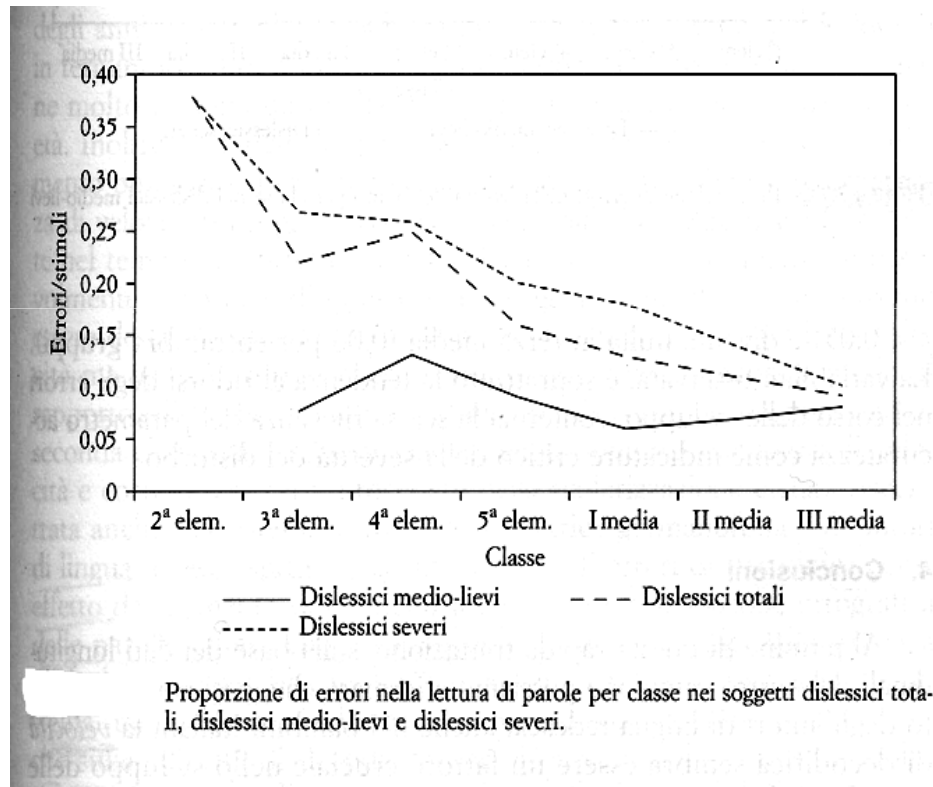
Letture di parole

- La **velocità di lettura** (sillabe/sec) tende a crescere con gli anni di scolarizzazione in tutti i soggetti, ma **la distanza tra i dislessici e i soggetti non dislessici resta invariata** lungo tutto l'arco di tempo



Letture di brano

L'andamento nel tempo dell'accuratezza:



Per l'accuratezza
(n. errori/n. parole lette)
le linee tendono ad avvicinarsi nel tempo,
poiché nei sistemi ortografici con elevato grado di regolarità la confidenza con il sistema porta ad un aumento della padronanza nell'accuratezza

DISORTOGRAFIA

- **Disturbo dell'abilità di codifica fonologica e della competenza ortografica**

- I disturbi si manifestano

nel dettato (inversioni, trasformazioni, omissioni di lettere o sillabe)

e nella composizione libera (brevità del testo, povertà del vocabolario, inadeguata strutturazione della frase, errori grammaticali e di punteggiatura)



- **Lentezza nello scrivere** (soprattutto alla lavagna)
- Scrittura con **caratteri troppo grandi e/o troppo piccoli** (preferenza per stampato maiuscolo)



(parole dettate:)

Luna →

Topo →

Vaso →

Dado →

Mare →

Vela →

LUNA
TOPO

VASO

DADO

MARE

VELA

CIOME
CIODO
PUNIO
STANIO
FRESCO
ALLEPE

all'ora

ERPA
TANOLO
CORERE
PRENDERE
TRIAGE
ARPUSTO

all'ora

LINGUA

UOMO

all'ora

LARE
AZZANARE

OCCHIO
GINOCIO

CONVULSIA
STOMACO
GAPIA

all'ora

OMPENICO

12 + 19

12 +
19 =

31

22 - 9

22 -
9 =

13

07/13/2007
RICCARDO

questa estate sono andati a fare un'immersione
con le ~~Poppe~~ e ~~Orlando~~ il mini radio mini radio
e il primo anno il mini radio e anche il radio
in riva al lago, due i pontoloni con l'ago,
al luna di notte, la luna splende alta nel
cielo.

X

Tigre

Manigotela

Montongoso

Volame

Collegio

Accipare

Quigniere

Quadrato

Preteone

Stivio ^{STRIVIO}

elatrucita

massera

immersione

Nesleria

Scualo

Tavthoga.

Tachaca
Vugoso

Mazzinaproni
Radioastro
Corneto

Riccardo

1/10/2010

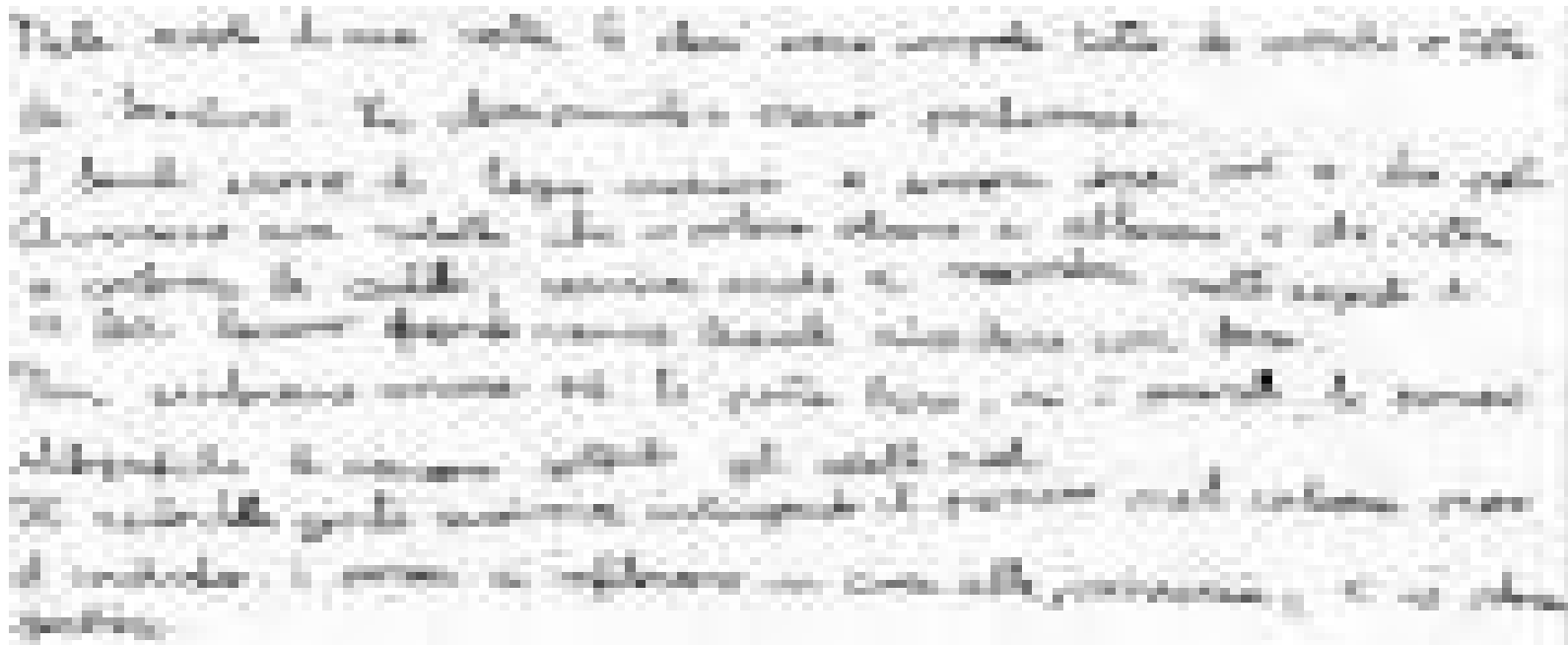
i criteri diagnostici:

- regola della **quantità di errori ortografici** (2 o più DS al di sopra della media dei bambini che frequentano la stessa classe; ad es. >8 in un brano standard di V primaria) alla prova di dettato di parole singole (parole e non-parole), di dettato di testo, di composizione di frasi o di testo
- importanza della **valutazione qualitativa** degli errori



DISGRAFIA

- tracciato incerto, irregolare, illegibile
- indipendentemente dal tipo di grafia



indian esistenti

nelle sterminate ^{partite} tribù americane, prima dello scoppio
del terremoto bianco, e l'antica indiana svilupparono da
sempre sulle coste, il loro equilibrio con
la natura.

con loro, in quelle tribù, vissero mentre
mandrò chiericanti.

curare pro durante cominciarono e
di mille anni un giorno come
tutto e lo scorso caso.

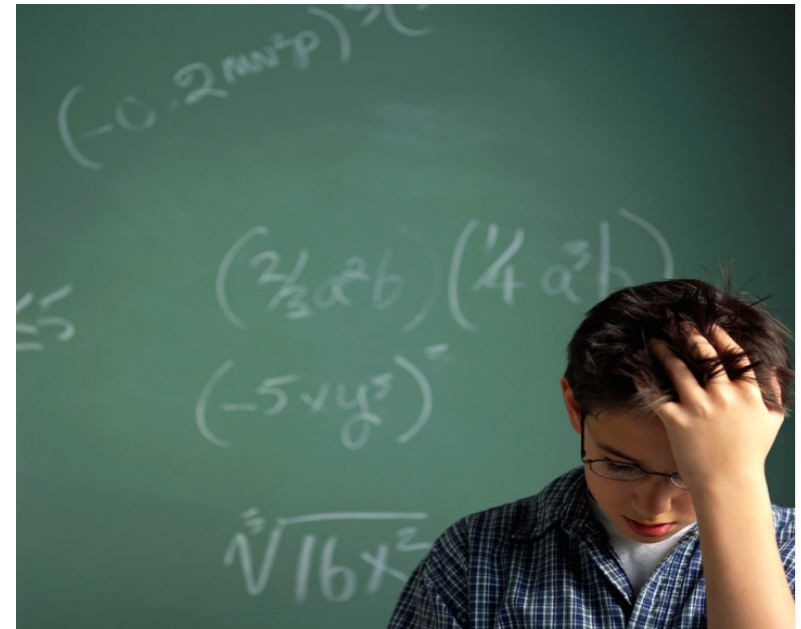
al color della natura si svilupparono
e l'ultimo numero di svilupparono
che causò tanta indole che svilupparono
i brividi tutto il mallo che
la principale representazione del tema
i quasi tutto divinto per svilupparono
tutto svilupparono per svilupparono

che svilupparono per svilupparono
co svilupparono svilupparono
e svilupparono svilupparono
tutto svilupparono svilupparono
e svilupparono svilupparono
per svilupparono svilupparono

18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

DISCALCULIA

- **Disturbo nelle abilità di calcolo** (intese come **capacità di comprendere i numeri e di operare con essi**)
- Difficoltà ad operare **anche su piccole quantità**, con la necessità di aiutarsi con le dita o con altro
- Sempre difficili l'acquisizione del **concetto di numero**, la capacità di **scriverlo correttamente** e di **effettuare semplici operazioni**
- Talora **scrittura speculare** dei numeri
- **Difficoltà nella risoluzione dei problemi**



i criteri diagnostici:



- la diagnosi **non può essere formulata prima della 3^a primaria**
- già nel primo ciclo, discrepanze tra capacità cognitive globali e apprendimento del calcolo numerico
- prove per valutare **abilità specifiche** (fatti aritmetici; padronanza di addizione, sottrazione, moltiplicazione; lettura e scrittura di numeri; confronto di quantità; abilità di conteggio)
- prove per valutare **memoria e abilità visuo-spaziali**



PROGNOSI DEI DSAp: tendenza all'attenuazione ...

... ma impatto a livello individuale

frequente abbassamento del livello curricolare
conseguito

e/o prematuro abbandono scolastico

e a livello sociale

riduzione della realizzazione delle potenzialità
sociali e lavorative dell'individuo

COMORBIDITA'

- Altri disturbi neuropsicologici
 - **ADHD** (disturbo dell'attenzione con iperattività)
- Disturbi psicopatologici
 - **ansia**
 - **depressione**
 - **disturbi della condotta**
- Spesso, disturbo psicopatologico **conseguenza** del disturbo di apprendimento e dell'insuccesso scolastico



DALL'IDENTIFICAZIONE AL TRATTAMENTO

- Gli **insegnanti**, durante il **primo anno di scuola primaria**, rilevano, dopo attività didattica adeguata, le difficoltà di lettura e scrittura:

- difficoltà di associazione grafema-fonema e/o fonema-grafema
- mancato raggiungimento controllo sillabico
- eccessiva lentezza
- incapacità di produrre lettere riconoscibili in stampato maiuscolo



- In presenza di criticità relative a tali indicatori ...
 - mettono in atto interventi mirati (**attività di potenziamento**)
 - informano le famiglie
- Nel caso di persistenza delle difficoltà, anche dopo gli interventi attivati ...
 - propongono alla famiglia accertamenti sanitari
- **Il Pediatra:**
 - accoglie i segnali di difficoltà;
 - tiene conto degli indicatori di rischio;
 - indirizza la famiglia agli approfondimenti specialistici.



- **Il team specialistico multiprofessionale (Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Logopedista, Neuropsicomotricista dell'E.E., Educatore Professionale):**

- effettua la valutazione
- formula la diagnosi
- definisce un progetto di intervento, che comunica alla famiglia
- favorisce contatti con la scuola ai fini di integrare programmi educativi e interventi specifici

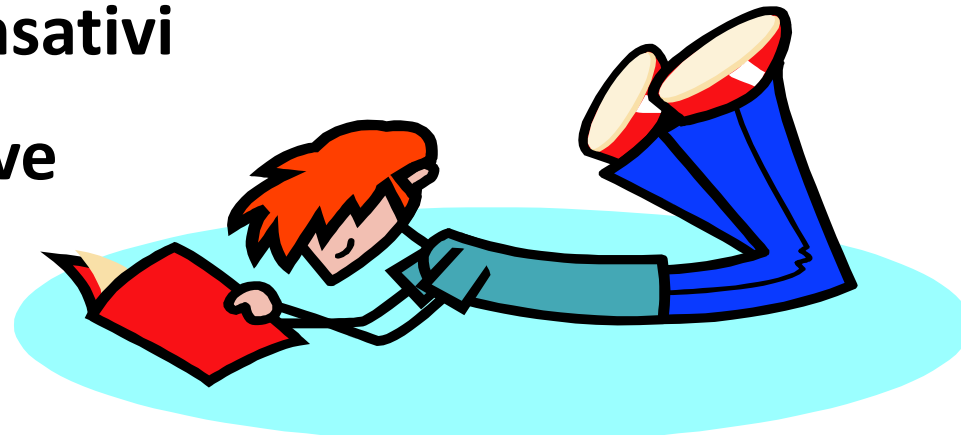




**I trattamenti più efficaci
sembrano essere quelli
mirati al recupero
della correttezza e
dell'automatizzazione
del riconoscimento
delle parole
(tachistoscopio?)**

STRATEGIE DIDATTICHE

- **scomposizione** del compito
- **lavoro separato** sulle diverse componenti
- **tempi più lunghi**
- **interrogazioni programmate**
- **valutazione separata** delle diverse componenti (e dell'impegno!)
- uso di **strumenti compensativi**
- uso di **misure dispensative**



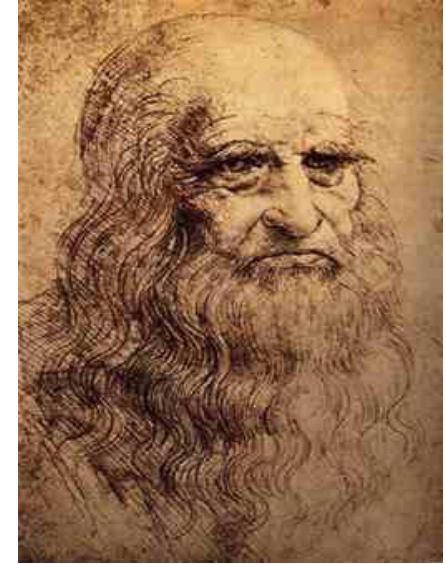
obiettivi finali degli interventi di aiuto:



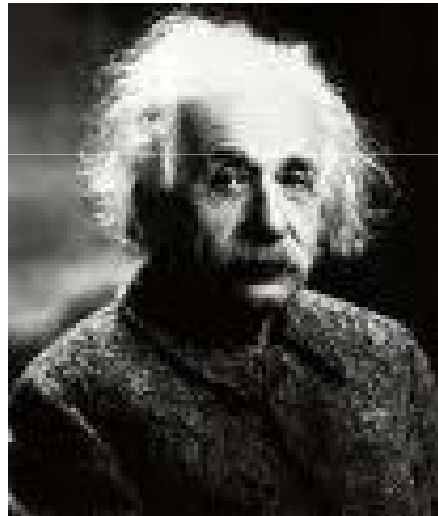
- **evitamento degli effetti collaterali della dislessia non riconosciuta**
- **profitto scolastico commisurato alle potenzialità**
- **arricchimento culturale e realizzazione personale a prescindere dalla dislessia**

DISLESSICI FAMOSI

- Leonardo da Vinci



- Albert Einstein



- Agatha Christie



- Winston Churchill



- John Lennon



- Tom Cruise



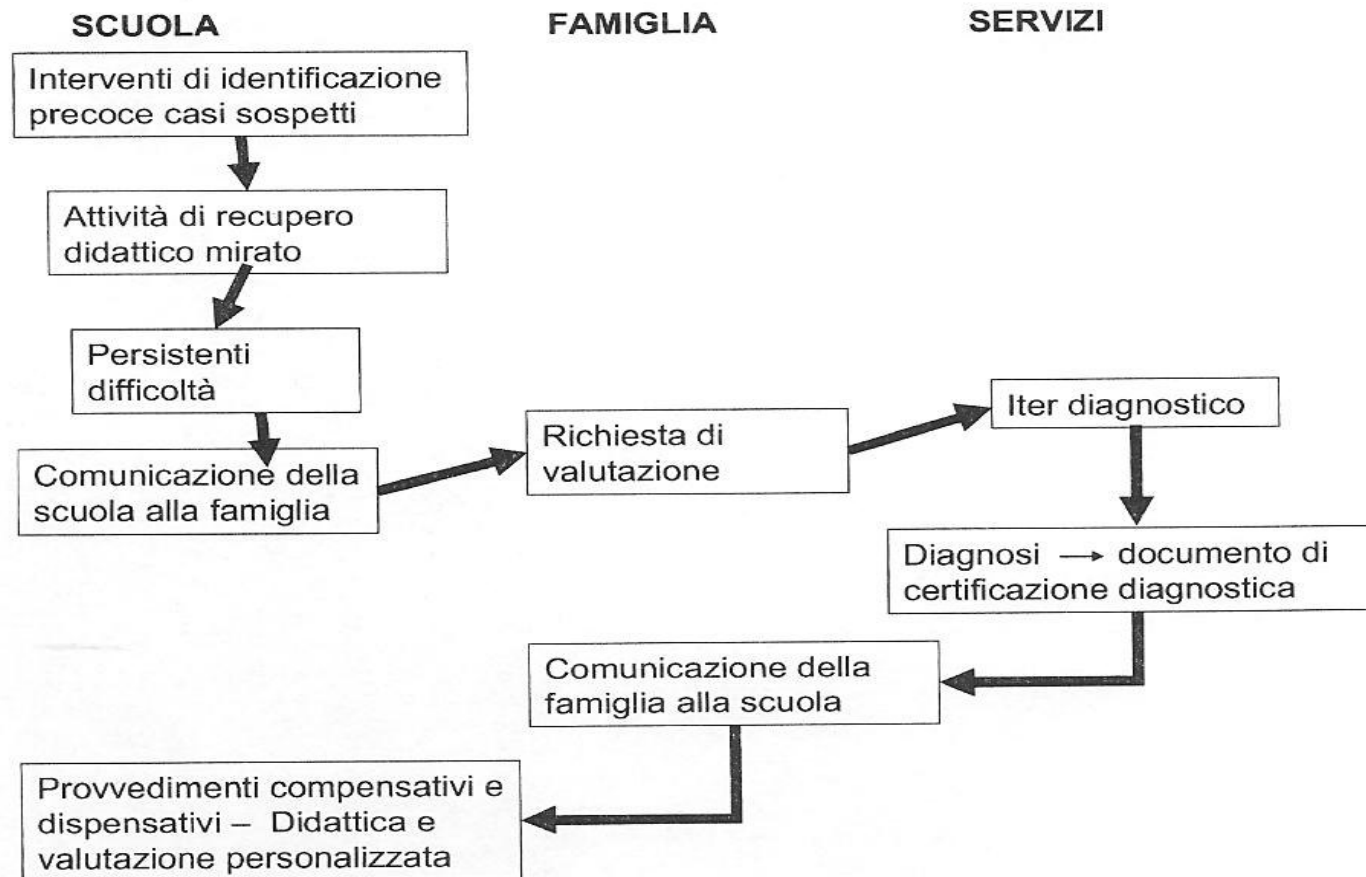
- Whoopi Goldberg



LEGGE 170/2010

chi fa che cosa

Diagramma schematico dei passi previsti dalla legge 170/2010 per la gestione dei DSA



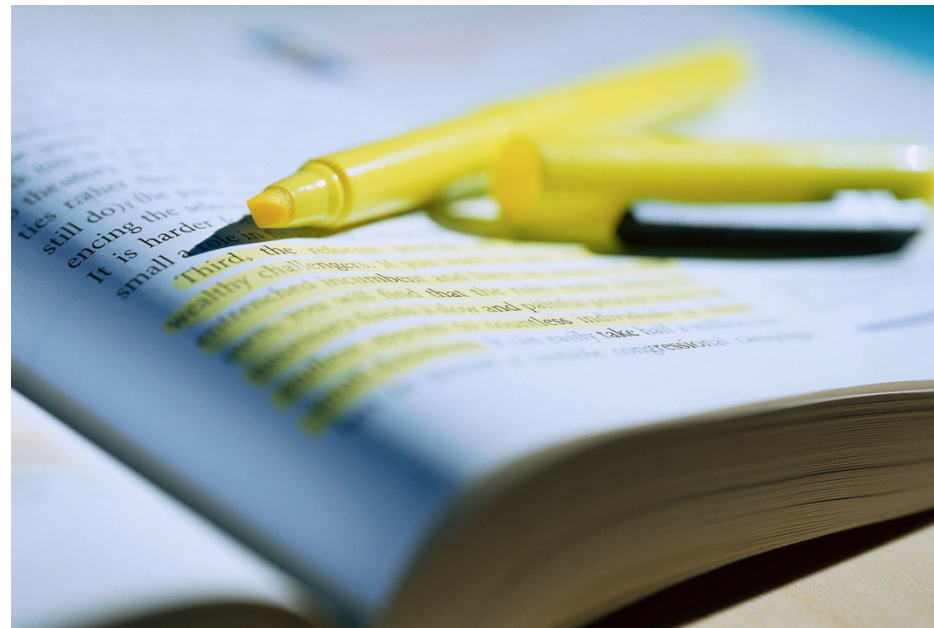
il “core” della legge



- I bambini/ragazzi con DSAP **non hanno un handicap** (hanno un disturbo di sviluppo) **e non sono disabili**
- Il loro progetto educativo-didattico è gestito dagli **insegnanti curricolari** (e **non prevede un insegnante di sostegno**)
- Le misure compensative e dispensative vanno **valutate caso per caso**
- La chiave sta nel lavoro sulle **strategie neurocognitive** capaci di aggirare i meccanismi neuropsicologici disfunzionali

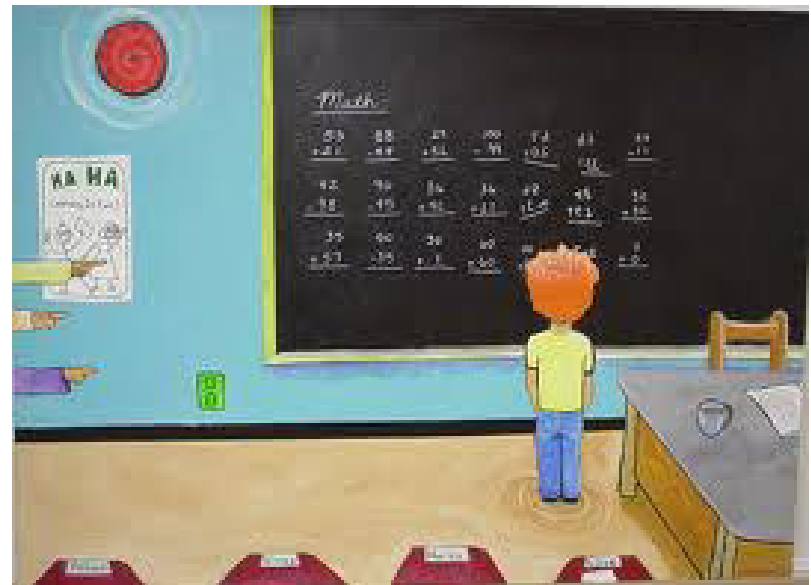
Linee-Guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento

Allegate al DM 12-7-2011



Strumenti compensativi e misure dispensative

- Gli **strumenti compensativi** sono strumenti didattici e tecnologici che sostituiscono o facilitano la prestazione richiesta nell'abilità deficitaria
- Le **misure dispensative** consentono di non svolgere alcune prestazioni che risultano particolarmente difficili e non migliorano l'apprendimento



le misure compensative e dispensative

- Computer
- Videoscrittura
- Correttore ortografico
- Sintetizzatore vocale
- Lettore ottico
- Registratore
- Calcolatrice
- Tavola delle tabelline
- Elenco delle formule
- Scrivere alla lavagna
- Leggere ad alta voce in pubblico
- Lingue straniere in forma scritta
- Rispetto dei tempi sotto dettatura



documentazione dei percorsi didattici

- La scuola predispone (**raccordandosi con la famiglia**), nelle forme ritenute idonee e in tempi che non superino il **primo trimestre scolastico**, un documento (**Piano Didattico Personalizzato**) che deve contenere:
 - dati anagrafici
 - tipologia del disturbo
 - attività didattiche individualizzate
 - attività didattiche personalizzate
 - strumenti compensativi utilizzati
 - misure dispensative adottate
 - forme di verifica e valutazione personalizzate



indicazioni didattiche scuola infanzia

- Privilegiare l'uso di **metodologie di carattere operativo** su quelle di carattere trasmissivo
- Dare importanza all'**attività psicomotoria**
- Stimolare l'**espressione attraverso tutti i linguaggi**
- Favorire una vita di relazione caratterizzata da **ritualità e convivialità serena**
- Privilegiare la **narrazione**, l'invenzione di **storie**, il loro completamento, la loro ricostruzione, la memorizzazione di **filastrocche**, poesie e conte, i **giochi di manipolazione dei suoni** all'interno delle parole

scuola primaria

- Non ostacolare i **processi di apprendimento** che dovrebbero essere **graduali e personalizzati**
- Attendere la **maturazione delle capacità percettivo-motorie e linguistiche che costituiscono i prerequisiti** per la conquista delle abilità strumentali di letto-scrittura
- La letteratura scientifica più accreditata sconsiglia il metodo globale (ritarda l'acquisizione di un'adeguata fluenza e correttezza di lettura) e consiglia il **metodo fono-sillabico**, oppure quello puramente **sillabico**

**per la scuola
secondaria
di I e II grado
disturbo di
lettura**



- **Promuovere la capacità di comprensione del testo**
 - insistere sul passaggio alla lettura silenziosa
 - insegnare modalità di lettura per cogliere il significato generale
- **Utilizzare strumenti compensativi** che possano trasformare un compito di lettura in compito di ascolto
 - presenza di un lettore
 - sintesi vocale
 - audio-libri

- **Proporre nuovi contenuti attraverso il canale orale**
- **Semplificare** il testo di studio
- Impiegare **mappe concettuali, schemi**, altri mediatori didattici
- Favorire le **interrogazioni programmate**





- **Dispensa da:**
 - lettura a voce alta in classe
 - lettura autonoma di brani di lunghezza non compatibile con il livello di abilità
 - attività ove la lettura è la prestazione valutata

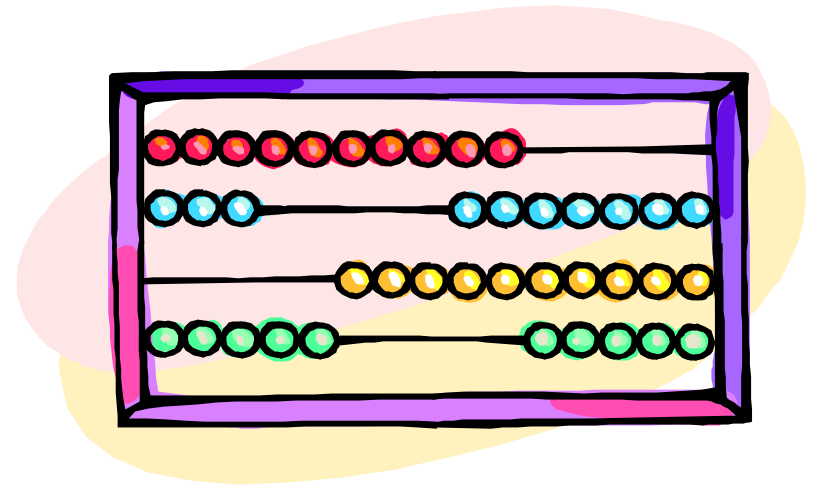
disturbo della scrittura

- **Maggior tempo nella realizzazione dei testi scritti**
 - doppia lettura del proprio testo (prima per autocorrezione, seconda per correzione aspetti sintattici e organizzazione complessiva)
- **Mappe o schemi** per la costruzione del testo
- **Computer (con correttore ortografico e sintesi vocale per la rilettura)** per velocizzare i tempi e ottenere testi più corretti
- **Registratore** per prendere appunti



area del calcolo

- Gestire almeno **parte degli interventi in modo individualizzato**, anche in contesti collettivi
- **Aiutare**, in fase preliminare, **a superare il senso di impotenza** e a sperimentare la propria competenza
- **Analizzare gli errori** per comprendere i processi cognitivi attraverso l'intervista
 - errori di recupero di fatti algebrici, di applicazione di formule, di applicazione di strategie, di scelta di strategie, visuo-spaziali, di comprensione semantica



- Pianificare in modo mirato il **potenziamento dei processi cognitivi necessari**
- **Calcolatrice, tabella pitagorica, formulario personalizzato ecc.** sono **di supporto** ma non di potenziamento, in quanto riducono il carico ma non aumentano le competenze



didattica per le lingue straniere

- Opportunità di **scelta di una lingua che non abbia trasparenza linguistica minore**
- Maggiore importanza allo **sviluppo delle abilità orali**
- Possibilità di **consegnare il testo scritto qualche giorno prima della lezione** (per concentrarsi sulla decodifica superficiale prima della comprensione dei contenuti)
- **Audio-libri e sintesi vocale**
- **Computer** con correttore ortografico e dizionario digitale



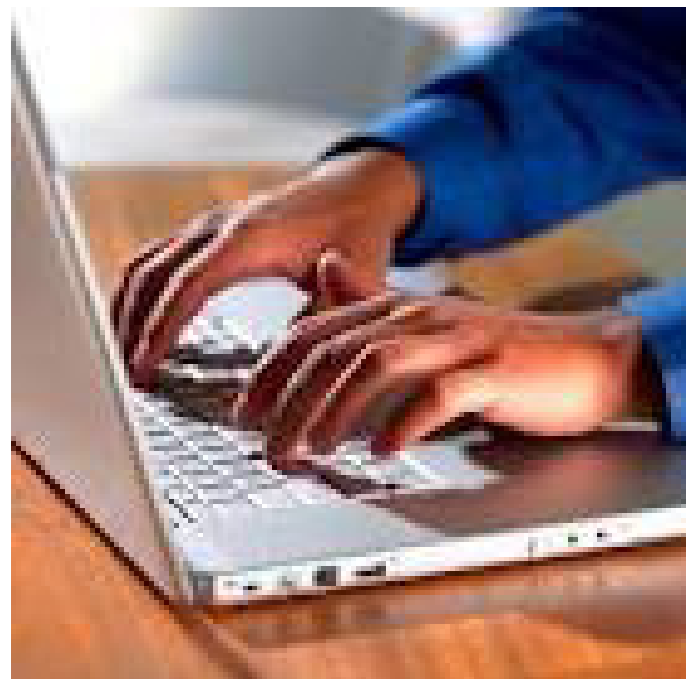
- **Misure dispensative**

- tempi aggiuntivi
- riduzione carichi di lavoro
- in caso di gravità, dispensa dalla valutazione delle prove scritte e, in sede di esame di Stato, prova orale sostitutiva

- **Forme di valutazione**

- valorizzare la capacità di cogliere il senso generale del messaggio
- dare più rilievo all'efficacia comunicativa

- **Approfondimento dei caratteri culturali e sociali del popolo che parla la lingua studiata e potenziamento del lessico ad alta frequenza**



LE LINEE-GUIDA TOSCANE PER LA DIAGNOSI E LA GESTIONE DEI DSA

DGR n.1159 del 17-12-2012

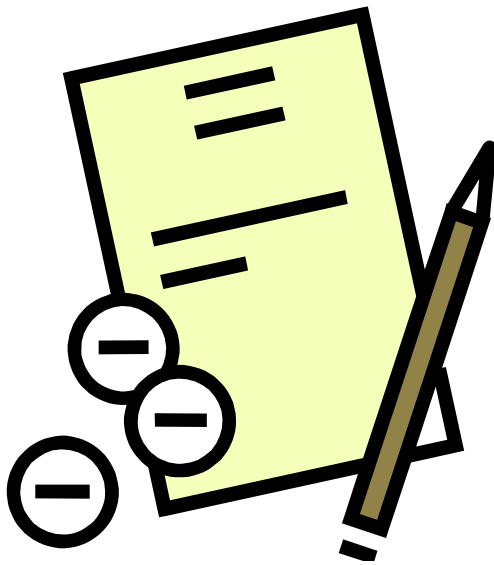
- Fondamentale azione riconosciuta alla **scuola dell'infanzia**



- **Richiesta alle scuole secondarie** una didattica personalizzata e individualizzata in continuità con i gradi precedenti
- **Specifica formazione per tutti gli insegnanti**
- Segnalazione a Pediatra/Servizi territoriali per approfondimento diagnostico

LA DIAGNOSI

- **Segnalazione comprensiva dei dettagli relativi alle difficoltà osservate** dagli insegnanti curricolari e delle azioni poste in essere, senza successo, **per almeno tre mesi**
- La comunicazione della scuola alla famiglia **attiva** il percorso diagnostico
- La **certificazione è rilasciata in coerenza con le LG** e con priorità per la scuola primaria
- **Completamento dell'iter diagnostico entro sei mesi** (31 marzo negli anni terminali del ciclo)



- **La scuola riconosce come valide solo le certificazioni rilasciate con le modalità indicate nelle LG**
(multiprofessionali e multidimensionali,
anche da gruppi privati accreditati)



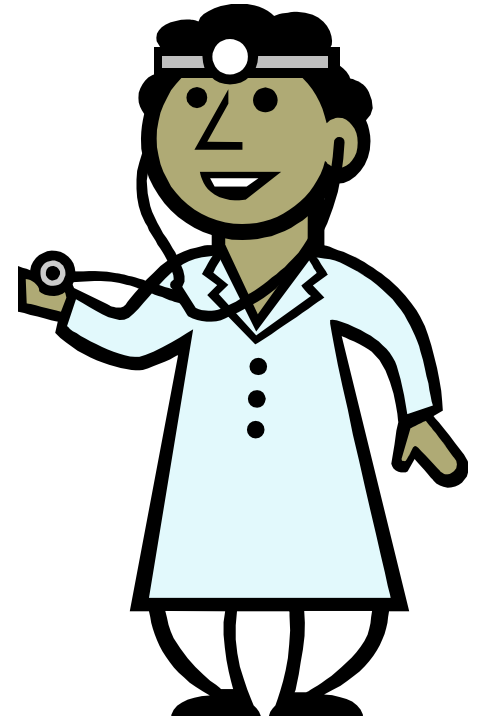
LA GESTIONE DEL CASO

funzione della scuola

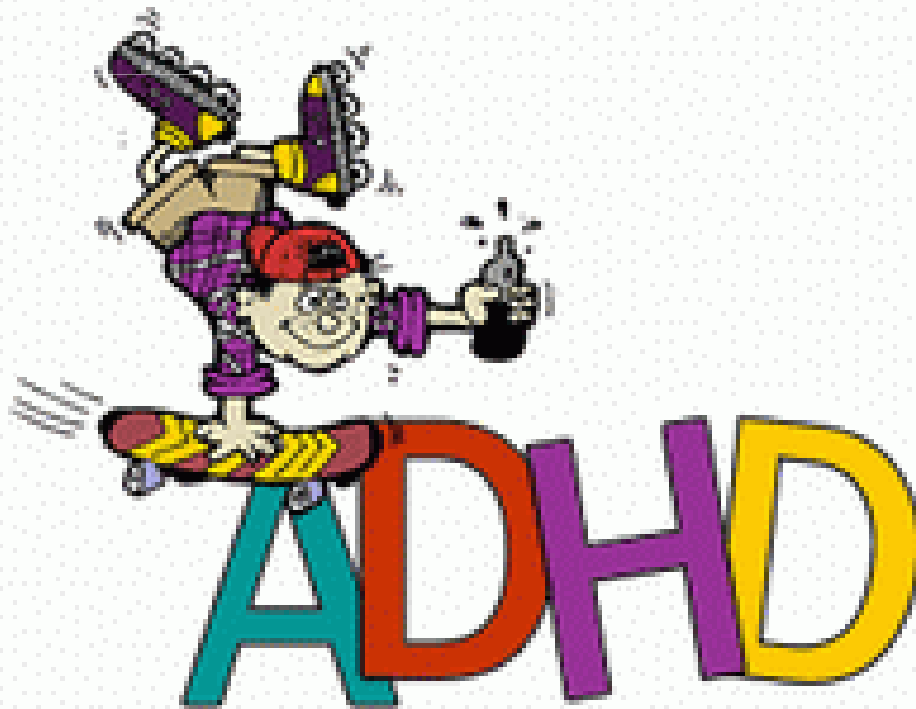
- Presa in carico dell'alunno da parte dell'intero **consiglio di classe**
- Coinvolgimento della **famiglia**
- Redazione del PDP **entro il primo trimestre**
- **PDP di competenza dei docenti**; non richiesta partecipazione vincolante e sottoscrizione di operatori socio-sanitari (come PEI)
- **Obiettivi di apprendimento non differenziati** (titolo di studio legalmente valido; nel diploma finale nessuna menzione delle modalità di svolgimento esame)

funzione dei servizi

- **Controlli periodici** per aggiornamento del profilo di funzionamento **al passaggio da un ciclo all'altro** e ogni qualvolta sia necessario
- **Intervento clinico specifico a cicli solo in casi selezionati** per gravità e comorbidità



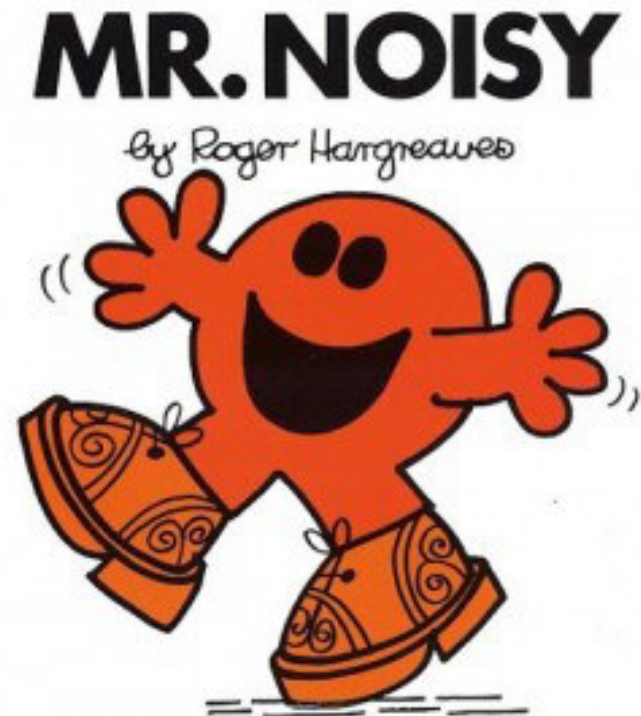
DISTURBO DA DEFICIT ATTENTIVO CON IPERATTIVITA' (ADHD)

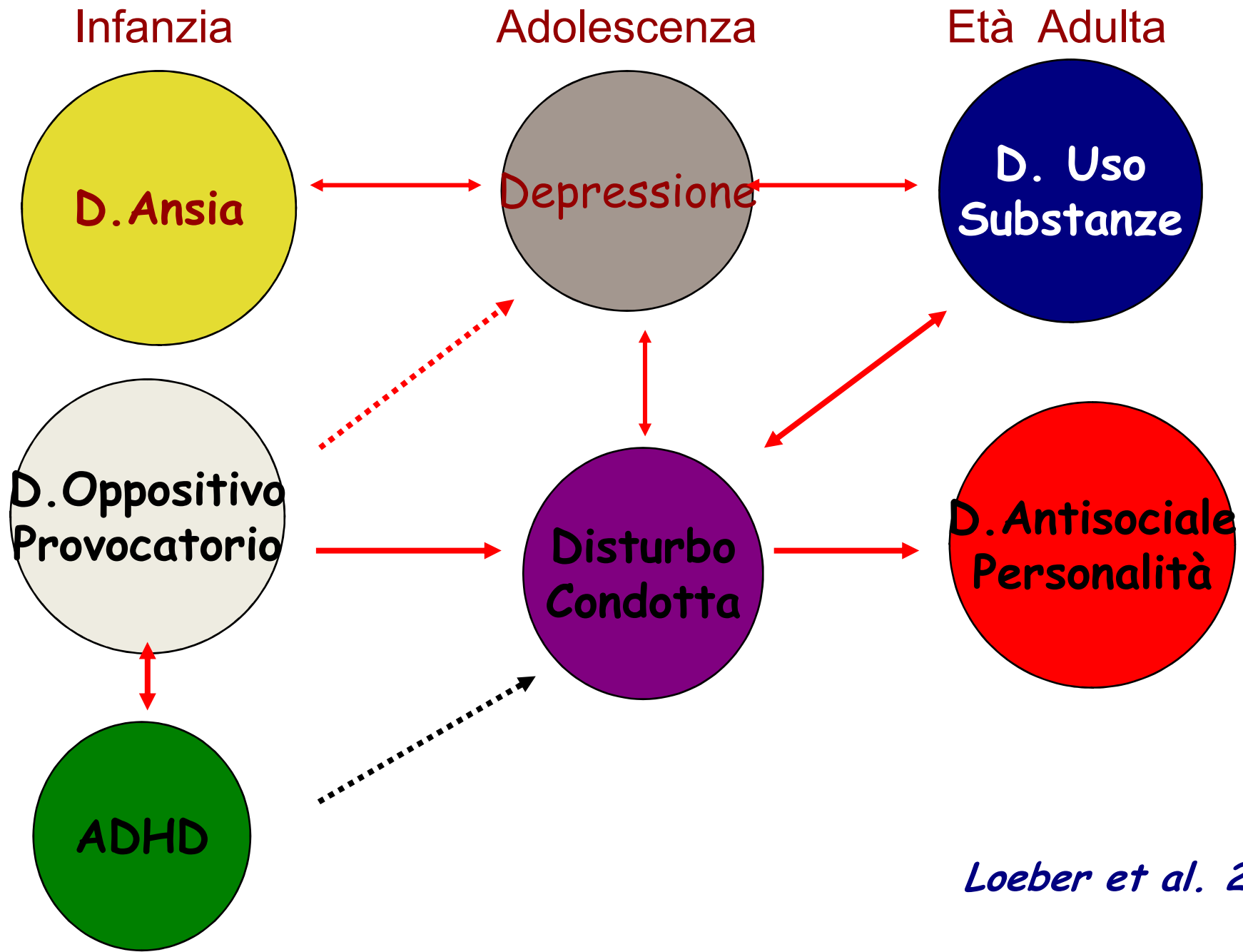


Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Disturbi dirompenti del comportamento (DSM-IV)

- ✓ ADHD
- ✓ Disturbo Oppositivo Provocatorio (ODD)
- ✓ Disturbo di Condotta (CD)





Loeber et al. 2000

Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività'

- A **Sei o più sintomi** di inattenzione o di iperattività/impulsività (presenti da 6 mesi)
- B Esordio **prima dei 7 anni** di età'
- C Disturbo presente **in almeno due contesti** (casa, scuola, gioco, etc.)
- D **Compromissione significativa** del funzionamento globale (scolastico, sociale, occupazionale etc.)

Specificare se: prevalentemente *inattentivo*
 prevalentemente *iperattivo*
 tipo *combinato*

Sintomi di Inattenzione



ADHD: Sintomi di Inattenzione

1. Scarsa cura per i dettagli, errori di distrazione
2. Labilità' attentiva
3. Sembra non ascoltare quando si parla con lui/lei
4. Non segue le istruzioni, non porta a termine le attività'
5. Ha difficoltà' ad organizzarsi
6. Evita le attività' che richiedono attenzione sostenuta (compiti)
7. Perde gli oggetti
8. E' facilmente distraibile da stimoli esterni
9. Si dimentica facilmente cose abituali

Iperattività / Impulsività



ADHD: Sintomi di Iperattivit /Impulsivit 

Iperattivit 

1. Irrequieto, non riesce a star fermo su una sedia
2. In classe si alza spesso dal banco
3. Corre o si arrampica quando non dovrebbe
4. Ha difficolt  a giocare tranquillamente
5. Sempre in movimento, come “attivato da un motorino”
6. Parla eccessivamente

Impulsivita'

7. Risponde prima che la domanda sia completata
8. Ha difficoltá' ad aspettare il proprio turno
9. Interrompe / si intromette in attivita' di coetanei o adulti

I bambini con ADHD:

- Raggiungono rapidamente un **elevato livello di stanchezza**
- **Si annoiano** facilmente
- **Si spostano** da un'attività all'altra
- Sono **incapaci di portare a termine** qualsiasi attività protratta
- **Difficoltà a posticipare** una gratificazione
- **Eccessiva attività** motoria
- Sembrano sempre **sul punto di partire**
- **Difficoltà negli apprendimenti** e nella resa scolastica
- **Difficoltà a comprendere gli indici sociali** non verbali delle relazioni (problematiche sociali)

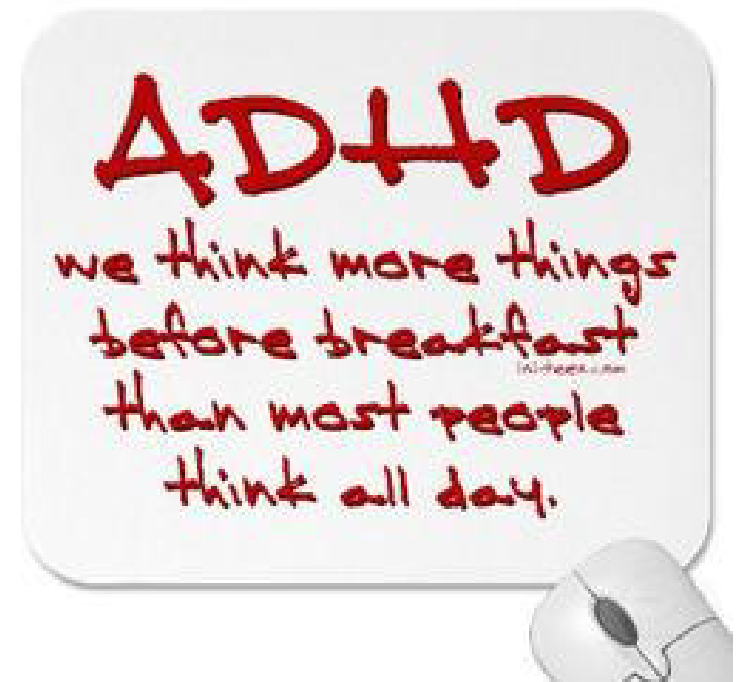
Una definizione concisa

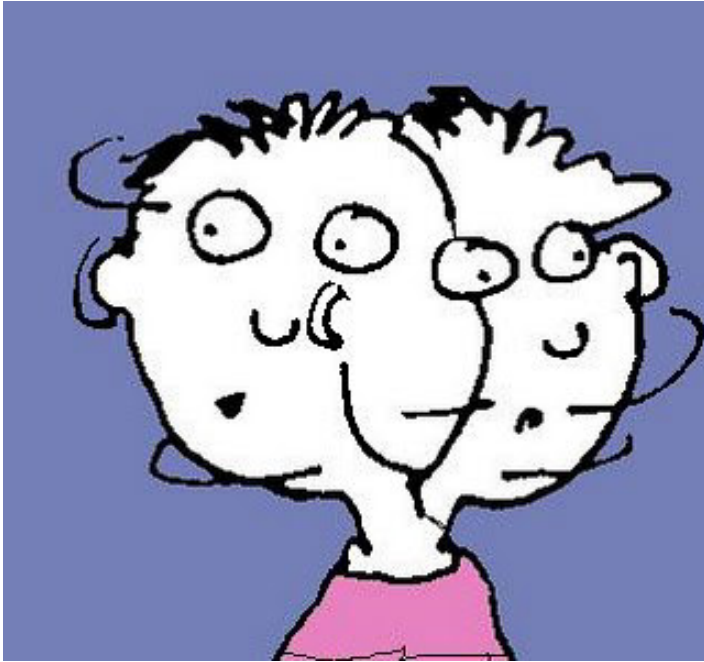
Livello di inattenzione e/o iperattività-impulsività inappropriato rispetto al livello di sviluppo e presente prima dell'età di 7 anni

- deve essere **più grave** di quello osservato in altri soggetti della stessa età
- deve essere **più grave** di quello osservato in altri soggetti dello stesso livello di sviluppo
- deve essere presente **in diversi contesti** (es. famiglia, scuola)
- deve essere causa di **seri problemi nelle attività quotidiane**
- si modifica con l'età e può durare tutta la vita

ADHD in età prescolare

- Massimo grado di iperattività
- Crisi di rabbia (“tempeste affettive”)
- Assenza di paura, tendenza a incidenti
- Litigiosità, provocatorietà
- Comportamenti aggressivi
- Disturbo del sonno



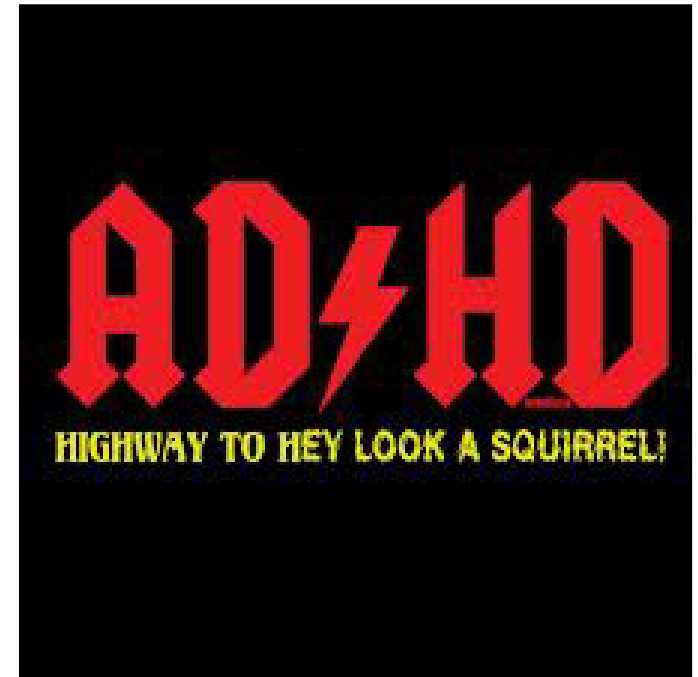


ADHD in età scolare

- Comparsa di disattenzione, impulsività
- Difficoltà scolastiche
- Possibile riduzione dell'iperattività
- Evitamento di compiti prolungati
- Comportamento oppositivo-provocatorio

ADHD in adolescenza

- Disturbo dell'attenzione:
difficoltà scolastiche,
di organizzazione della
vita quotidiana (pianificazione)
- Riduzione del comportamento iperattivo (sensazione
soggettiva di instabilità)
- Instabilità scolastica, lavorativa, relazionale
- Condotte rischiose
- Bassa autostima, ansietà'



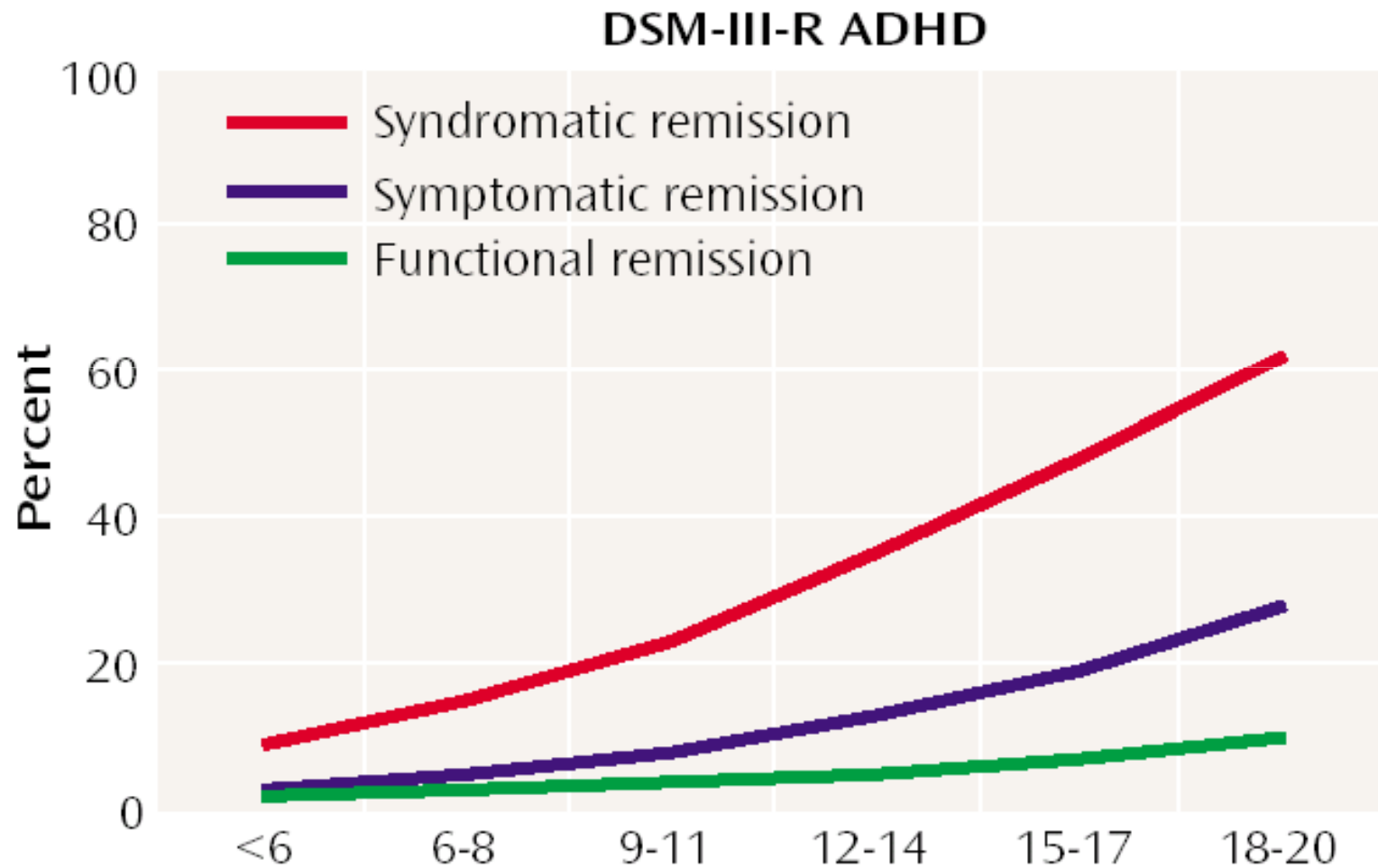
ADHD in età Adulta

- Sensazione soggettiva di tensione
- Instabilità scolastica, lavorativa, relazionale
- Impulsività
- Intolleranza per vita sedentaria
- Condotte pericolose (sport, abitudini)
- Difficoltà di organizzazione nel quotidiana (strategie)
- Disturbi depressivi e/o ansiosi
- Rischio di marginalità sociale

The word "ADHD" is written in large, bold, sans-serif capital letters. Each letter has a different color and a rainbow gradient: 'A' is pink, 'D' is orange, 'H' is green, and the second 'D' is blue. The letters are slightly shadowed, giving them a 3D appearance.

ADHD – Course of the Disorder

Differential Remission



Biederman et al. AJP 2000

PREVALENZA

- Il 3-10% dei bambini americani è in trattamento per ADHD
- In Italia: stima attesa 3%, stima reale <1% bambini in età scolare
- Si manifesta solitamente entro i 4 anni
- Più comune nei maschi (M:F=6-9:1) e nei primogeniti

EZIOPATOGENESI

- **Disturbo neurobiologico** complesso ed eterogeneo, che si manifesta come alterazione nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali
- Uno dei disturbi npi con più elevata familiarità
- I fattori genetici determinano una predisposizione, mentre l'attivazione è modulata da fattori ambientali (stile di vita della madre in gravidanza, basso peso neonatale, complicanze del parto, fattori postnatali, deprivazione affettiva precoce)

IL VISSUTO DEL BAMBINO CON ADHD

Rapporto con gli altri
difficoltoso, difficoltà
scolastiche,
comportamento
“fastidioso”



Continui rimproveri da
parte delle figure di autorità



Senso di inadeguatezza
costante,
demoralizzazione, ansia



Esperienza soggettiva di
essere frequentemente
punito o discriminato, di
sentirsi cattivo e
inadeguato



Rinforzo del
comportamento per
attrarre l'attenzione, con
modalità sempre più
inadeguate



Terapia = approccio multidimensionale

- **Trattamento psicoeducativo e comportamentale**
 - parent training
 - modificazione del comportamento e training sulle capacità sociali
 - training insegnanti
- **Trattamento esclusivamente farmacologico**
 - metilfenidato (Ritalin)
- **Trattamento combinato**
 - il più efficace

La decisione di usare i farmaci si basa su:

- 1) *severità dei sintomi*
- 2) *consenso dei genitori e del bambino*
- 3) *risorse della comunità*
- 4) *risultati dei precedenti interventi terapeutici*

Non tutti i bambini/ragazzi con ADHD necessitano di trattamento farmacologico (*così come non tutti i bambini /ragazzi con la febbre hanno bisogno degli antibiotici*)

I DISTURBI DEL LINGUAGGIO



CLASSIFICAZIONE ETIOPATOGENETICA

- **Disturbi primari** (non associati ad altre patologie definite)
 - Ritardo semplice del linguaggio
 - Disturbi specifici del linguaggio (DSL)
 - Balbuzie
- **Disturbi secondari** (legati a patologie definite)
 - RM (DI)
 - PCI
 - Deficit uditivi
 - DPS
 - Malformazioni organi fonatori

I late-talker o parlatori tardivi

- Circa il 15% dei bambini a 24 mesi presenta un **ritardo del linguaggio**
- Di questi, il 30% si normalizza intorno a 36 mesi (3 anni), il 30% a 44-48 mesi (4 anni) (bambini con recupero tardivo)
- L'**incidenza** del Disturbo Specifico di Linguaggio (DSL) che residua nella popolazione a 60 mesi è del 3-5%

RITARDO SEMPLICE DEL LINGUAGGIO

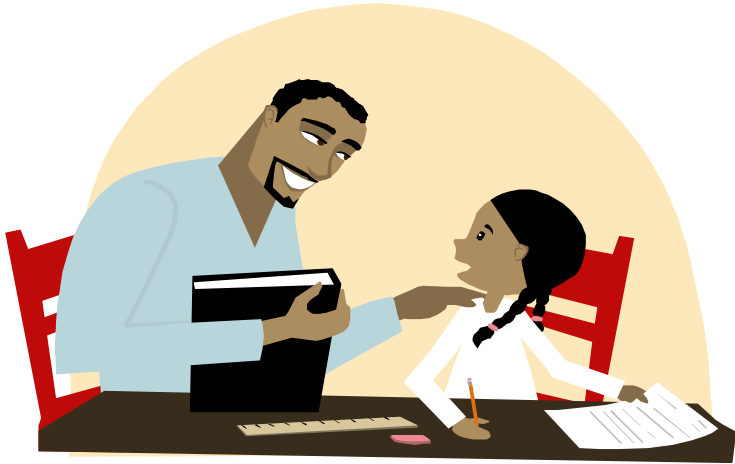
- Mancata acquisizione di adeguate competenze linguistiche in **bambini di età tra 2 e 4 anni**, in assenza di altri quadri patologici o di un DSL
- Semplice **ritardo maturativo** a prognosi benigna
- **A 24 mesi dicono meno di 50 parole** (vocabolario espressivo inferiore o uguale al 10° percentile) o a 30 mesi ancora non combinano parole
- In assenza di patologie, deficit cognitivi, senso-motori o relazionali che renderebbero il ritardo secondario

Fattori predisponenti

- Sesso (prevalente nei maschi)
- Familiarità
- Particolari profili affettivo-comportamentali (immaturità affettiva: canali preverbali)
- Caratteristiche ambiente significativo (incoerenze pedagogiche, atteggiamenti iperprotettivi e anticipatori ecc.)

Indici di rischio

- Basso peso alla nascita
- Basso indice di Apgar
- Basso livello di istruzione parentale
- Otiti medie ricorrenti
- Assenza di gioco simbolico tra 24 e 30 mesi
- Deficit quantitativo di gesti comunicativi
- Vocabolario ridotto a 24 mesi
- Aspetti fonetico-fonologici simili a quadro DSL



CLINICA

- Il bambino non presenta altri problemi. Infatti:
 - mostra di udire i suoni e di discriminarli
 - si gira se viene chiamato per nome
 - esegue ordini semplici su richiesta verbale
 - riesce a comunicare adeguatamente utilizzando altri canali
 - ricerca la compagnia altrui
 - partecipa alle attività proposte
 - struttura attività ludiche adeguate

TERAPIA

- In linea di principio, **nessuna terapia**
- Suggerimenti pedagogici ai genitori
 - “non rinforzare la comunicazione mimico-gestuale”
 - “non assumere atteggiamenti anticipatori”
 - “parlare molto al bambino”
 - “favorire le occasioni di incontro con altri bambini”
 - “privilegiare la lingua principale”
- **Inserimento a scuola**
- Se modalità comportamentali inadeguate, interventi specifici (sulla comunicazione, sulla relazione, non sul linguaggio)
- Terapia psicomotoria (canale corporeo)

IL DISTURBO SPECIFICO DEL LINGUAGGIO

- Nella maggior parte dei casi, **disfunzione nell'acquisizione e nell'automatizzazione delle competenze linguistiche**
- Tasso di prevalenza = 3-5%
- Rapporto maschi/femmine = 2/1
- Può interessare prevalentemente
 - la componente recettiva del linguaggio
 - la componente espressiva
 - entrambe
- Può investire in maniera diversa i vari aspetti del linguaggio (aspetto fonologico-sintattico; aspetto semantico-pragmatico)

SINDROME FONOLOGICO-SINTATTICA

- Disturbi nell'articolazione dei suoni e nella strutturazione della frase
- Continuum da forme lievi a forme gravi
- Nelle **forme lievi**
 - dislalie (difetti di pronuncia di alcuni suoni: sigmatismo, rotacismo ecc.)
 - errori di omissione e sostituzione di fonemi (*tato* per andato, *baca* per barca, *pette* per scarpette)
- Nelle **forme gravi**
 - alterazioni di natura sintattica con
 - semplificazioni delle frasi (*io uscire papà* per io voglio uscire con papà; *io ato scuola* per io sono andato a scuola)
 - alterazioni della strutturazione della frase (*canzone balla* per voglio sentire la canzone per ballare; *mamma Maia brum brum* per sono andato in macchina con mamma e Maria)

DISORDINE SEMANTICO-PRAGMATICO

- Disturbo complesso, con compromissione nell'uso e nella comprensione del linguaggio
- Generalizzazioni semantiche (*cane* per qualsiasi animale)
- Anomia (difficoltà a trovare l'etichetta denominativa per oggetti conosciuti)
- Parafasie (sostituzione di una parola con un'altra di suono o significato simile; ad es. *capelli* per pettine)
- Difficoltà a comprendere il senso di una parola o di una frase riferendosi al contesto (motti di spirito, metafore, espressioni mimico-gestuali)

DIAGNOSI

- Anamnesi, osservazione neuropsichiatrica, indagini mirate
- Valutazione del linguaggio
 - livello di sviluppo
 - tipo di disturbo
- Eventuale presenza altre patologie associate (RM, PCI, DPS, deficit sensoriali)








LOGOPEDIA

- Volta a favorire l'apprendimento e l'automatizzazione delle competenze
- Programmata sulle specifiche difficoltà del bambino e le sue attitudini
- Inserita in un progetto più ampio

PROGNOSI

- Evoluzione in gran parte dipendente dalla natura e dalla gravità del disturbo
- Forme lievi  si risolvono in età scolare
- Forme medio-lievi  il disturbo persiste in età scolare, condizionando l'apprendimento di lettura e scrittura
- Forme gravi  il disturbo perdura nel tempo, caratterizzando le modalità espressive del soggetto

BALBUZIE

- **Disturbo dell'articolazione della parola** dovuto ad uno spasmo intermittente dell'apparato fonatorio, per cui l'eloquio si presenta **esitante, tronco o con ripetizioni**
- Molto frequente (1-2% dei bambini; prevalenza dei maschi, 5:1)
- Cause indefinite
 - orientamento organicista (familiarità, sesso, dist. lateralizzazione, ritardi linguaggio; ipotesi linguistica: disfunzione circuiti di controllo della parola)
 - orientamento psicogenetico (coartazione affettiva, rimozione istinti aggressivi e sessuali, affettività labile e mal controllata: condizione nevrotica)

CLINICA

- **Balbuzie tonica** (lo spasmo ostacola l'avvio del suono o il passaggio da un suono al successivo)
- **Balbuzie clonica** (ripetizione di un suono, in genere prima sillaba o prima parola, prima dell'emissione del successivo)
- Sincinesie facciali o diffuse
- Turbe vegetative e respiratorie
- Variazioni di intensità
 - nel tempo
 - per situazioni diverse
- Può comparire a 3 anni (forme transitorie; **b. "fisiologica"**)
- Maggiore incidenza tra 6 e 10 anni

TERAPIA E PROGnosi



- Logopedia (ritmo verbale, controllo profondità e sinergie respiratorie, movimenti ritmici di scansione della parola)
- Terapia psicomotoria (integrazione senso-percettivo-motoria, padronanza del corpo, controllo movimento ecc.)
- Terapia farmacologica (benzodiazepine, neurolettici)
- Psicoterapia (cognitivo-comportamentale, psicodinamica)
- Prognosi: si risolve in età evolutiva nel 70% dei casi

DISTURBI EVOLUTIVI SPECIFICI DELLA FUNZIONE MOTORIA



Include:

- **Impaccio motorio**
- **Sindrome del bambino goffo**
- **Disprassia evolutiva**
- **Disturbo evolutivo della coordinazione**
- **Maldestrezza**



Esclude:

- Incoordinazione secondaria a DI, ad una condizione neurologica diagnosticabile
- Anomalie dell'andatura o della mobilità

DIRETTIVE DIAGNOSTICHE

- Coordinazione motoria (movimenti fini e grossolani) significativamente al di sotto del livello atteso per età e livello intellettuale
- Valutazione con test standardizzati di coordinazione motoria
- Difficoltà presenti sin dalle fasi iniziali dello sviluppo
- Non deficit di vista, udito o condizioni neurologiche

- Le tappe dello sviluppo motorio possono essere ritardate
- Difficoltà associate dell'eloquio (articolazione)
- Bambino goffo nella deambulazione
 - tardivo nell'imparare a correre, saltare, salire e scendere i gradini
- Difficoltà nell'imparare ad allacciarsi le scarpe, abbottonarsi, gettare o prendere la palla
- Bambino goffo nei movimenti fini e/o grossolani
 - tende a far cadere le cose, ad inciampare, ad urtare gli ostacoli, ad avere una brutta grafia

- Capacità di disegno scarse
- Difficoltà nei giochi di pazienza, nei giochi di costruzione, nel costruire modellini, nei giochi con la palla, nel disegnare e comprendere le carte geografiche



LO SCHEMA CORPOREO NELL'IMPACCIO MOTORIO

- Nella **goffagine**: ipotonia lieve; atti motori caotici e ridondanti; confini corporei maldefiniti
- Nella **maldestrezza**: dist. dell'integrazione tonico-posturo-motoria dei due emilati e/o dei due emicorpi superiore e inferiore; motricità scomposta; corpo funzionalmente scisso (in settori che agiscono alternativamente o in modo dissociato)



GRAZIE PER L'ATTENZIONE !